

# Nota de Acompanhamento do Caderno de Informações da Saúde Suplementar - NACISS

28ª Edição  
Março de 2014

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (dez/13): 50.270.398;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
  - Set/13 a dez/13 (3 meses): 1,1%, 566.973 novos vínculos;
  - Dez/12 a dez/13 (12 meses): 4,6%, 2.206.241 novos vínculos.
- Crescimento anual (dez/12 a dez/13) do número de beneficiários por tipos de contrato:
  - Coletivos: 5,7%, 2.155.170 novos vínculos;
  - Individuais: 1,6%, 159.785 novos vínculos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (dez/13): 25,9%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (jan/13 a dez/13):
  - Receita: 108,0 R\$ bi;
  - Despesas Assistenciais: 90,5 R\$ bi;
  - Sinistralidade: 83,7%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 4º Tri/13: 922

# NACISS

# Sumário Executivo

## Tabela resumo

ASSISTÊNCIA MÉDICA		VÍNCULOS DEZ/13	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
	Total	50.270.398	1,1	4,6
Contratação	Individual	9.988.349	0,5	1,6
	Coletivo	39.701.020	1,4	5,7
	Empresarial	33.052.792	1,6	6,7
	Por Adesão	6.631.678	0,3	1,1
	Não informado	16.550	-0,1	-9,8
	Não Informado	581.029	-2,7	0,0
Época do Contrato	Antigos	6.095.562	-1,7	-8,1
	Novos	44.174.836	1,6	6,6
Faixa Etária	0 a 18 anos	12.149.972	0,6	3,4
	19 a 58 anos	32.016.796	1,3	5,0
	Acima de 59 anos	6.100.225	1,4	5,1
Modalidade	Autogestão	5.229.780	-1,2	-3,1
	Cooperativa	18.569.241	1,2	4,1
	Filantropia	1.452.953	0,2	-1,2
	Medicina de Grupo	18.065.725	1,7	7,3
	Seguradora	6.952.699	1,7	6,6
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO		VÍNCULOS DEZ/13	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
	Total	20.740.761	2,9	8,2
Contratação	Individual	3.705.012	5,6	6,5
	Coletivo	16.946.295	2,4	8,8
	Empresarial	14.963.906	2,8	11,5
	Por Adesão	1.876.903	-0,8	-6,5
	Não informado	105.486	-1,6	-28,7
	Não Informado	89.454	-6,9	-21,0
Época do Contrato	Antigos	486.898	-2,0	-7,1
	Novos	20.253.863	3,0	8,6
Faixa Etária	0 a 18 anos	4.284.608	2,3	6,7
	19 a 58 anos	15.406.497	3,0	8,5
	Acima de 59 anos	1.048.337	3,5	10,4

# Planos médico-hospitalares

## INFORMAÇÕES GERAIS

Em dez/2013, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 50,2 milhões - 566.973 vínculos (1,1%) a mais que o registrado em set/2013. Apesar desse crescimento ter sido inferior ao trimestre anterior (1,7%), foi maior do que a do mesmo período do ano anterior (0,9%). Já o crescimento no acumulado dos 12 últimos meses foi de 4,6%, a maior taxa desde jun/11 (5,2%).

Quanto à época de contratação, os planos anteriores à Lei 9.656 retraíram 8,1%, enquanto os planos novos cresceram 6,6% nos últimos 12 meses.

Destaca-se, em relação às modalidades das operadoras, o crescimento do número de vínculos a planos ofertados por medicinas de grupo (7,3% em 12 meses) e, em contrapartida, o decréscimo das Autogestões (-3,1%) e Filantropias (-1,2%).

Observa-se também que o crescimento de beneficiários a partir de 59 anos cresceu 5,1% nos últimos 12 meses, semelhante ao ritmo de crescimento da faixa etária entre 19 e 58 anos (5,0%).

## TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

O número de beneficiários de planos individuais teve crescimento de 0,5% no 4º tri/2013 e de 1,6% no acumulado em 12 meses. Apesar de ter apresentado crescimento, o ritmo da variação têm se mantido modesto.

Por outro lado, o ritmo de crescimento de beneficiários em planos coletivos tem mantido o ritmo de crescimento, encerrando dez/13 (em re-lação a dez/12) com variação de 5,7%. Esse crescimento foi devido ao, principalmente, de-

sempenho dos planos coletivos empresariais, que cresceram 6,7% no acumulado em 12 meses. Esse desempenho está atrelado ao da criação de postos de trabalho formais no período, que também apresenta diminuição do ritmo de crescimento.

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9.656) tiveram sua carteira reduzida em 1,7% no trimestre e em 8,1% no acumulado em 12 meses. Essa retração está relacionada à adaptação desse tipo de contrato à Lei 9.656, incentivada pela ANS. Quando observada a retração segundo tipo de contratação em 12 meses, os planos coletivos empresariais são os que mais decrescem (-8,0%) — superior aos planos individuais (-5,0%).

Observa-se que para os planos novos (posteriores à Lei 9.656) o crescimento também é maior entre os planos coletivos empresariais (7,6%), entretanto a diferença para o crescimento dos planos individuais é mais que o dobro (2,8%).

TABELA 1: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VARIAÇÃO TRIMESTRAL E ANUAL SEGUNDO TIPO DE CONTRATAÇÃO.

TIPO DE CONTRATO	PERÍODO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Individual	Dez-12	9.828.564	0,1	1,9
	Set13	9.939.514	0,6	1,2
	Dez-13	9.988.349	0,5	1,6
Coletivo	Dez-12	37.545.850	1,3	5,3
	Set13	39.166.862	2,0	5,7
	Dez-13	39.701.020	1,4	5,7
Empresarial	Dez-12	30.966.033	1,7	6,8
	Set13	32.535.989	2,2	6,9
	Dez-13	33.052.792	1,6	6,7
Adesão	Dez-12	6.561.463	-0,6	-1,4
	Set13	6.614.306	0,8	0,2
	Dez-13	6.631.678	0,3	1,1
Não identificado	Dez-12	18.354	-1,0	-21,1
	Set13	16.567	4,6	-10,7
	Dez-13	16.550	-0,1	-9,8

TABELA 2: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS VARIAÇÃO TRIMESTRAL E ANUAL SEGUNDO ÉPOCA DE CONTRATO.

ÉPOCA DO CONTRATO	PERÍODO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Antigo	Dez12	6.634.987	-2,8	-11,3
	Set-13	6.203.489	-1,4	-9,2
	Dez-13	6.095.562	-1,7	-8,1
Novo	Dez12	41.429.170	1,5	6,5
	Set-13	43.499.936	2,1	6,6
	Dez-13	44.174.836	1,6	6,6

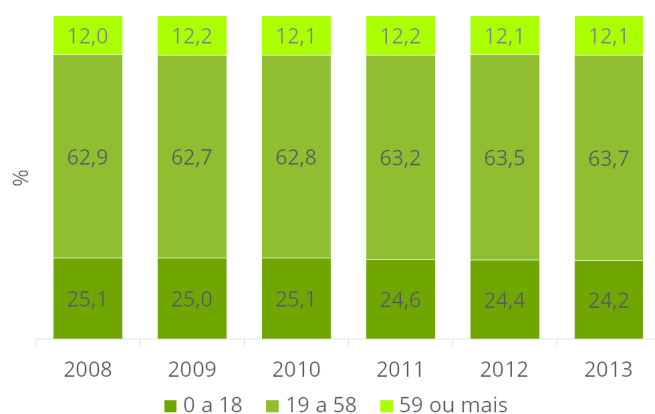
## FAIXA ETÁRIA

Os beneficiários de planos médico-hospitalares estão concentrados principalmente em idade ativa (63,7%) reflexo do mercado de trabalho. As faixas etárias extremas (0 a 18 anos e 59 anos e mais), têm apresentado comportamentos distintos, principalmente em virtude da mudança demográfica da população.

Atualmente, a faixa etária de 59 anos é a que mais apresentou crescimento - de 5,1% no acumulado em 12 meses - mas sua representatividade se manteve (12,1%). Já os beneficiários mais jovens apresentaram um crescimento de 3,4%, mas uma perda na sua representatividade de 0,2 p.p.

A tendência é que o número de idosos continue a crescer devido ao envelhecimento populacional.

FIGURA 1: CONTRIBUIÇÃO RELATIVA (%) DE GRUPOS ETÁRIOS SELECIONADOS PARA O NÚMERO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS. DEZ//2008 A DEZ//2013.



## BENEFICIÁRIOS POR GRANDE REGIÃO

A região Centro-Oeste foi a que apresentou maior crescimento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares no acumulado em 12 meses, encerrados em dez/2013 (7,3%), seguido pela região Nordeste (5,9%).

Já nas regiões Sul e Sudeste onde as taxas de cobertura dos planos de saúde já são mais elevadas, o número de vínculos teve crescimento menos expressivo, porém considerável.

Destaca-se o crescimento do número de vínculos de beneficiários na região Centro-Oeste, apesar de ter uma taxa de cobertura próxima à média da população total. Esse crescimento pode ser explicado pelo emprego. Apesar do saldo de empregos nessa região não ter sido melhor do que as outras, mais empresas podem estar oferecendo esse benefício, dado o bom desempenho da economia na região.

TABELA 3: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E TAXA DE COBERTURA (%) SEGUNDO GRANDES REGIÕES. DEZ//2013..

REGIÃO	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	COBERTURA (%)
Norte	2,6	4,9	11,2
Nordeste	3,8	5,9	12,7
Sudeste	3,4	4,5	39,2
Sul	2,4	2,8	24,3
Centro-Oeste	5,6	7,3	20,0
Brasil	1,1	4,6	25,9

## NÚMERO DE OPERADORAS

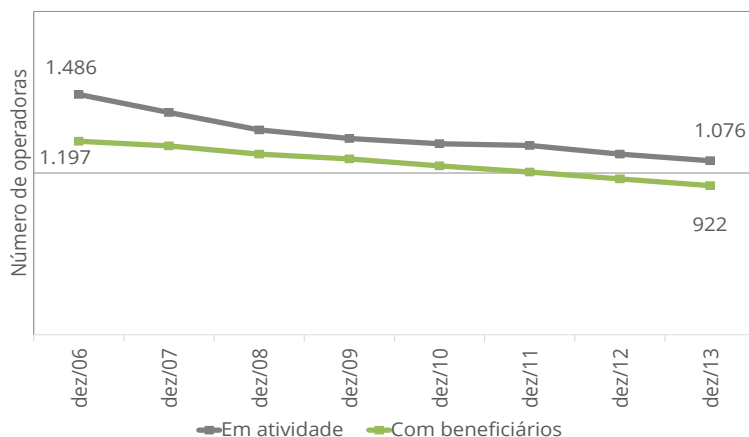
Em dezembro de 2013, 37 operadoras médico-hospitalares foram registradas pela ANS, enquanto 79 tiveram os registros cancelados.

Assim, o 4º tri/2013 encerrou-se com 1.076 operadoras em atividade e 922 com beneficiários.

Entre Dez/06 e Dez/13, o número de

operadoras em atividade e com beneficiários diminuiu 27,6% e 23,0%, respectivamente, apontando para um cenário de consolidação do setor, onde a tendência é o mercado conservar as operadoras mais sólidas e viáveis.

FIGURA 2: NÚMERO DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES EM ATIVIDADE E COM BENEFICIÁRIOS, 2006 A 2013.

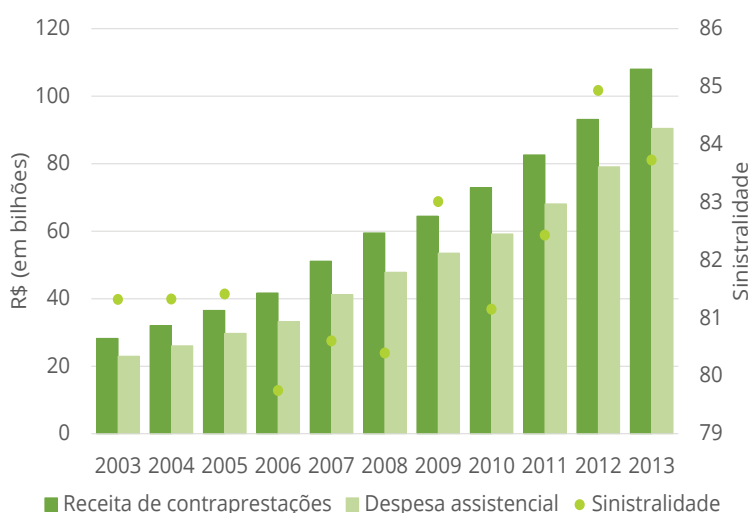


## INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

No acumulado até dez/2013, a receita das operadoras de planos médico-hospitalares foi de 108,0 bilhões e sua despesa assistencial de R\$ 90,5 bilhões e a taxa de sinistralidade registrada, de 83,7%, a segunda maior da série histórica.

Observa-se que, apesar das receitas terem aumentado 16,0% em relação a 2012, as despesas cresceram 14,4%. Essa variação das receitas maior do que as despesas pode ter sido uma recuperação das operadoras, que apresentaram no período anterior (2012 em relação a 2011) uma variação de receitas de 12,7% e de despesas de 16,1%.

FIGURA 3: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES NO 4º TRI, 2003 A 2013.



# Planos odontológicos

## NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE COBERTURA

No 4º tri/2013, o número de vínculos de planos com assistência odontológica cresceu 2,4% em relação ao trimestre anterior e 6,4% em relação a dez/2012, chegando a 24.657.204 beneficiários. Desse total, 20.740.761 (84,1%) são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que tiveram expansão de 2,9% em 3 meses e de 8,2% em 12 meses (Tabela 4).

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários teve decréscimo de 0,1% no trimestre e -2,3% no acumulado em 12 meses (Tabela 5).

## NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

A maior parte (97,7%) dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estão vinculados a contratos novos (posteriores à Lei 9.656). Esses cresceram 3,0% no trimestre e 8,6% em 12 meses. Os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 2,0% em 3 meses e 7,1% em 12 meses (Tabela 6).

Quanto ao tipo de contratação, apesar do desempenho dos planos individuais ter sido mais expressivo que o coletivo no trimestre (5,6% ante 2,4), no acumulado em 12 meses o desempenho se inverteu: os coletivos cresceram 8,8% e os individuais, 6,5% (Tabela 6).

TABELA 4: BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE	ODONTOLÓGICA COM	TOTAL
	ODONTOLÓGICA	ASSISTÊNCIA MÉDICA	
Dez-12	19.171.857	4.007.841	23.179.698
Set-13	20.156.799	3.922.302	24.079.101
Dez-13	20.740.761	3.916.443	24.657.204

TABELA 5: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE		ODONTOLÓGICA COM	
	ODONTOLÓGICA		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Dez-12	1,3	12,6	-0,3	0,1
Set-13	3,7	6,5	0,1	-2,4
Dez-13	2,9	8,2	-0,1	-2,3

TABELA 6: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

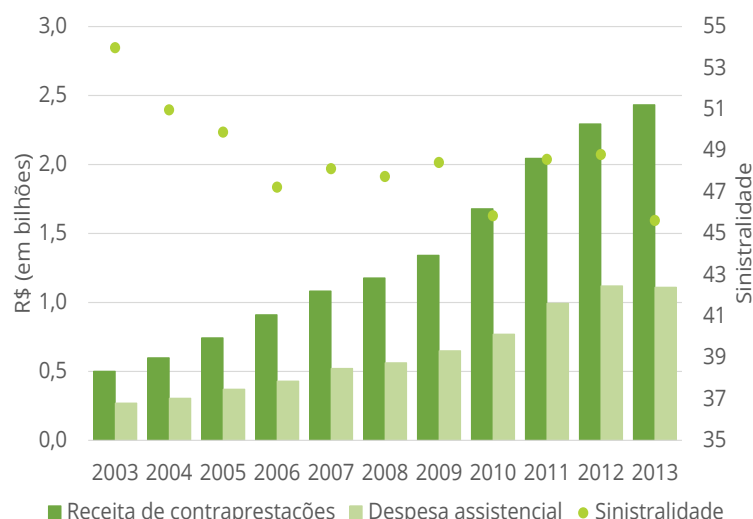
CONTRATO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3	Δ% 12	
		MESES	MESES	
Época	Antigo	486.898	-2,0	-7,1
	Novo	20.253.863	3,0	8,6
Tipo	Individual	3.705.012	5,6	6,5
	Coletivo	16.946.295	2,4	8,8
	Não informado	89.454	-6,9	-21,0

## NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE COBERTURA

No acumulado até dez/2013, a receita das operadoras de planos exclusivamente odontológicos foi de 2,4 bilhões e sua despesa assistencial de R\$ 1,1 bilhão. A taxa de sinistralidade para os planos exclusivamente odontológicos foi de 45,6% - a menor taxa observada no período da série histórica analisada (2003-2013).

O ticket médio dos planos odontológicos em 2013 foi de R\$9,77 por mês e o gasto médio por beneficiário foi de R\$ 4,46 por mês.

FIGURA 4: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE ANUAIS DE OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS. 2003 A 2013.



# Sessão Especial

Em 2013, cada beneficiário pagou, em média, R\$ 179,1 por mês para ter a cobertura de plano de saúde. Em contrapartida, cada beneficiário gastou, em média, por mês, R\$ 150,0 (Tabela 7).

Para o período da série histórica analisada (2003-2013), a variação do ticket médio e do gasto médio per capita mensal variaram aproximadamente no mesmo ritmo. Para os períodos de 2006 (em relação a 2005) e 2010 em relação a 2009), o ticket médio variou acima de dois pontos percentuais do gasto médio per capita mensal. Já para os períodos de 2009 (em relação a 2008) e 2012 (em relação a 2011), a variação foi maior (acima de 2 p.p.) para o gasto médio per capita mensal. Para os demais períodos a diferença entre essas variações não ultrapassou 2 p.p.

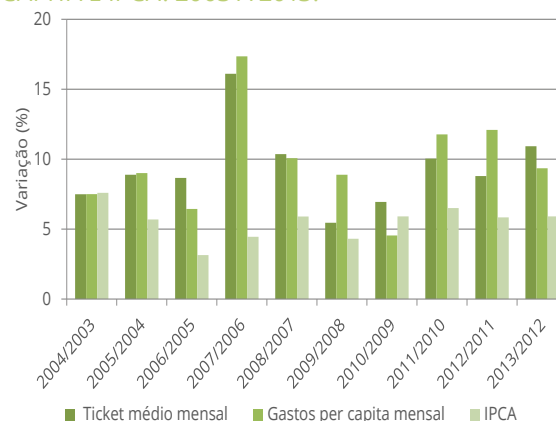
Quando se compara essas duas variações com a variação do IPCA, nota-se que elas variam sistematicamente acima da inflação (exceto o gasto médio per capita mensal para os períodos de 2004/2003, diferença de 0,1 p.p. e 2010/2009, com diferença de 1,4 p.p) (Figura 5).

Dessa forma, é importante a manutenção do equilíbrio entre receitas e despesas, independente da inflação, para que haja uma sustentabilidade econômico-financeira das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares.

TABELA 7: EVOLUÇÃO DO TICKET MÉDIO MENSAL E GASTO MÉDIO PER CAPITA MENSAL DE PLANOS MÉDICOS-HOSPITALARES. 2003 A 2013

Ano	Ticket médio mensal (R\$)	Gasto médio per capita mensal (R\$)
2003	73,4	59,7
2004	78,9	64,1
2005	85,9	69,9
2006	93,3	74,4
2007	108,4	87,3
2008	119,6	96,1
2009	126,1	104,7
2010	134,9	109,4
2011	148,4	122,3
2012	161,5	137,1
2013	179,1	150,0

FIGURA 5: EVOLUÇÃO DA VARIAÇÃO DO TICKET MÉDIO MENSAL, GASTO MÉDIO MENSAL PER CAPITA E IPCA. 2003 A 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](http://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.

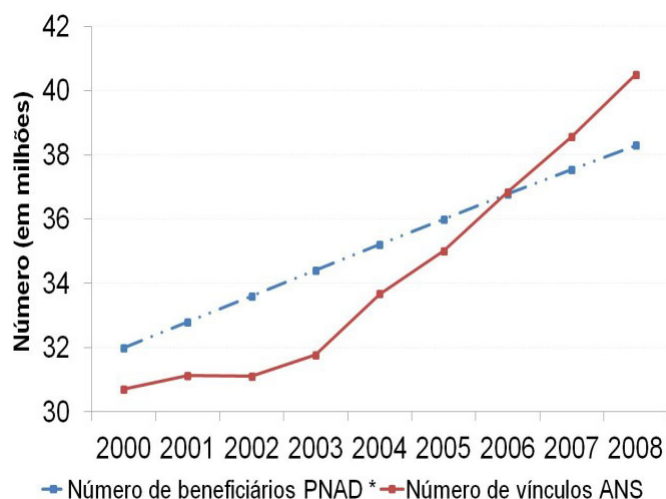
## CRESCIMENTO NO NÚMERO DE "BENEFICIÁRIOS"

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 Nº DE BENEFICIÁRIOS (PNAD) E VÍNCULOS (ANS) DE PLANOS DE SAÚDE



\*valores estimados de 2000 a 2007





**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Equipe

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo  
Francine Leite - Pesquisadora  
Amanda Reis - Pesquisadora  
Natalia Lara - Pesquisadora

IESS  
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42  
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP  
Tel (11) 3706.9747  
contato@iess.org.br

Documento disponível em: <http://www.iess.org.br/Naciss28edmar14.pdf>



# 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.