

NACISS
Dezembro 2013

Sumário Executivo

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (Set/13): 49.032.912;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Jun/13 a Set/13 (3 meses): 0,9%, 445.791 novos vínculos;
 - Set/12 a Set/13 (12 meses): 3,2%, 1.522.154 novos vínculos.
- Crescimento anual (Set/12 a Set/13) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 4,4%, 1.611.619 novos vínculos;
 - Individuais: 0,8%, 75.412 novos vínculos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (Set/13): 25,3%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (Jan/13 a Set/13):
 - Receita: 79,9 R\$ bi;
 - Despesas Assistenciais: 66,1 R\$ bi;
 - Sinistralidade: 82,7%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 2º Tri/13: 929

Planos médico-hospitalares

Em set/2013, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 49,0 milhões - 445.791 vínculos (0,9%) a mais que o registrado em jun/2013. O crescimento no trimestre apresentou uma ligeira desaceleração em relação a jun/2013. Já o crescimento no acumulado dos 12 últimos meses foi de 3,2%, mantendo o ritmo de crescimento entre 3,1% e 3,4% desde set/2012.

Quanto à época de contratação, os planos anteriores à Lei 9.656 retraíram 9,2%, enquanto os planos novos cresceram 5,3% nos últimos 12 meses.

Destaca-se, em relação às modalidades das operadoras, o expressivo crescimento do número de vínculos a planos ofertados por seguradoras especializadas em saúde (7,6% em 12 meses) e, em contrapartida, o decréscimo das autogestões (-2,2%) e Filantropias (-1,9%).

Observa-se também que o crescimento de beneficiários a partir de 59 anos cresceu 4% nos últimos 12 meses, o dobro da taxa de até 18 anos.

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: Caracterização dos planos cadastrados	5
Notas técnicas	5
Glossário	6

Assistência Médica		Vínculos	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Total		49.032.912	0,9	3,2
Contratação	Individual	9.853.106	0,4	0,8
	Coletivo	38.573.506	1,1	4,4
	Empresarial	32.025.060	1,3	5,5
	Por Adesão	6.531.273	0,1	-0,8
	Não informado	17.173	4,5	-10,3
	Não Informado	606.300	-2,6	-21,4
Época do Contrato	Antigos	6.226.388	-1,5	-9,2
	Novos	42.806.524	1,3	5,3
Faixa Etária	0 a 18 anos	11.831.270	0,4	2,0
	19 a 58 anos	31.209.542	1,0	3,5
	Acima de 59 anos	5.988.604	1,2	4,0
Modalidade	Autogestão	5.276.857	-0,4	-2,2
	Cooperativa	18.178.846	0,5	3,0
	Filantropia	1.423.982	-2,4	-1,9
	Medicina de Grupo	17.309.746	1,7	3,9
	Seguradora	6.843.481	1,7	7,6
Exclusivamente Odontológico		Vínculos	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Total		19.531.839	2,5	4,2
Contratação	Individual	3.450.947	5,1	4,2
	Coletivo	15.985.560	2,0	4,6
	Empresarial	13.978.614	2,7	7,8
	Por Adesão	1.892.900	-2,9	-10,6
	Não informado	114.046	0,2	-41,8
	Não Informado	95.332	-3,1	-33,7
Época do Contrato	Antigos	495.194	-1,3	-11,1
	Novos	19.036.645	2,6	4,7
Faixa Etária	0 a 18 anos	3.945.092	1,7	1,3
	19 a 58 anos	14.601.318	2,7	4,8
	Acima de 59 anos	984.073	3,2	7,2

NACISS
Dezembro 2013

Planos médico-hospitalares: tipo e época de contratação

O número de beneficiários de planos individuais teve crescimento de 0,4% no 3º tri/2013 e de 0,8% no acumulado em 12 meses. Apesar de ter apresentado crescimento, o ritmo da variação anual tem diminuído desde dez/12.

Por outro lado, o ritmo de crescimento de beneficiários em planos coletivos tem mantido o ritmo de crescimento, encerrando set/13 (em relação a set/12) com variação de 4,4%. Esse crescimento foi mantido em virtude do desempenho dos planos coletivos empresariais, que apesar de apresentar indícios de desaceleração, cresceram 5,5% 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 1,5% no trimestre e em 9,2% 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 (-9,7%) — quase duas vezes mais que os planos individuais (-5,6%).

Observa-se que para os planos novos (posteriores à Lei 9.656) o crescimento também é maior entre os planos coletivos empresariais (7,0%), entretanto a diferença para o crescimento dos planos individuais é mais que o triplo (1,9%).

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

	Período	Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Individual	set/12	9.777.694	1,0	2,1
	jun/13	9.813.213	0,1	1,4
	set/13	9.853.106	0,4	0,8
Coletivo	set/12	36.961.887	1,1	4,7
	jun/13	38.151.260	1,5	4,3
	set/13	38.573.506	1,1	4,4
Empresarial	set/12	30.358.283	1,4	6,1
	jun/13	31.610.773	1,7	5,6
	set/13	32.025.060	1,3	5,5
Adesão	set/12	6.584.469	-0,3	-1,3
	jun/13	6.524.052	0,5	-1,3
	set/13	6.531.273	0,1	-0,8
Não identificado	set/12	19.135	-18,3	-19,6
	jun/13	16.435	-9,3	-29,9
	set/13	17.173	4,5	-10,3

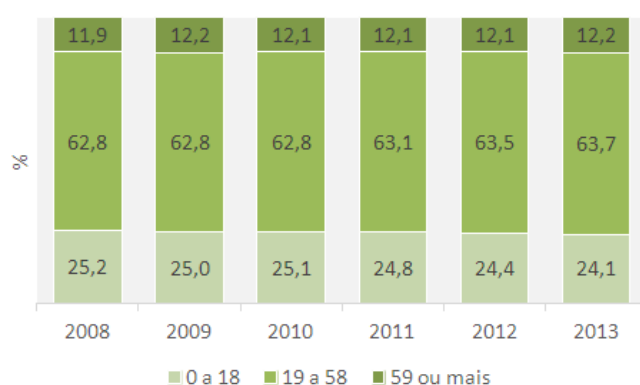
Tabela 2: Número de beneficiários variação trimestral e anual segundo época de contrato.

	Período	Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Antigo	set/12	6.857.957	-4,0	-10,8
	jun/13	6.318.976	-3,3	-11,5
	set/13	6.226.388	-1,5	-9,2
Novo	set/12	40.652.801	1,7	6,0
	jun/13	42.268.145	1,8	5,7
	set/13	42.806.524	1,3	5,3

Planos médico-hospitalares: 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 e mais apresentou crescimento de 4,0% no acumulado em 12 meses e cresceu 0,1 p.p. na sua representatividade da população total. Já os beneficiários mais jovens apresentaram um crescimento de 2,0%, mas uma perda na sua representatividade de 0,3 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. Set//2008 a set/2013.



NACISS
 Dezembro 2013

Planos médico-hospitalares: beneficiários por grande região

O Nordeste foi a região com maior crescimento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares no acumulado em 12 meses, encerrados em set/2013 (6,0%), seguido pela região Norte (5,8%). Estas regiões apresentam grande potencial de crescimento, pois a parcela da população coberta por planos de saúde é relativamente baixa (12,3% e 11,0%, respectivamente, Nordeste e Norte).

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 neste período o desempenho da região Centro-Oeste, que vinha apresentando um bom desempenho, decresceu no trimestre 0,2%, acumulando crescimento de 4,0% no acumulado em 12 meses.

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

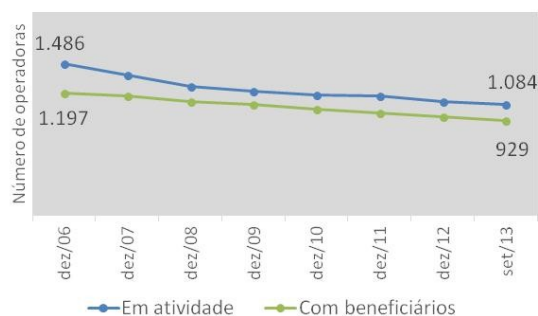
Região	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses	Cobertura (%)
Norte	0,7	5,8	11,0
Nordeste	1,5	6,0	12,3
Sudeste	0,9	2,6	38,2
Sul	1,1	2,5	24,1
Centro-Oeste	-0,2	4,0	19,1
Brasil	0,9	3,2	25,3

Planos médico-hospitalares: número de Operadoras

Em setembro de 2013, 22 operadoras médico-hospitalares foram registradas pela ANS, enquanto 55 tiveram os registros cancelados.

Assim, o 3º tri/2013 encerrou-se com 1.084 operadoras em atividade e 929 com beneficiários. Entre Dez/06 e Jun/13, o número de operadoras em atividade e com beneficiários diminuiu 44,9% e 33,0%, 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.



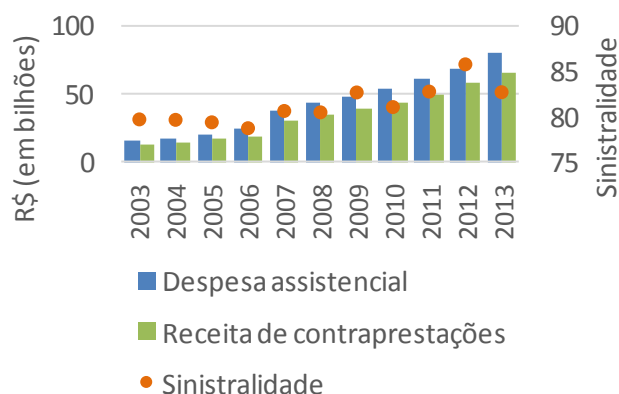
Planos médico-hospitalares: informações econômico-financeiras

No acumulado até set/2013, a receita das operadoras de planos médico-hospitalares foi de 79,9 bilhões e sua despesa assistencial de R\$ 66,1 bilhões.

A taxa de sinistralidade registrada, de 82,7, foi inferior ao mesmo período do ano anterior, mas na faixa dos resultados observados entre 2009 e 2011.

O resultado desse trimestre aponta para a tendência de encerrar 2013 com uma sinistralidade inferior ao ano de 2012, entretanto, esse nível é considerado elevado.

Figura 3: Receitas, despesas assistenciais e sinistralidade de operadoras médico-hospitalares no 3º Tri, 2003 a 2013.



NACISS
Dezembro 2013

Planos Odontológicos

Número de beneficiários por tipo de cobertura

No 3º tri/2013, o número de vínculos de planos com assistência odontológica cresceu 2,1% em relação ao trimestre anterior e 3,0% em relação a set/2012, chegando a 23.472.713 beneficiários. Desse total, 19.531.839 (83,2%) são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que tiveram expansão de 2,5% em 3 meses e de 4,2% em 12 meses.

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários teve crescimento de 0,1% no trimestre e retração de -2,4% em 12 meses.

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

Período	Exclusivamente Odontológica	Odontológica com assistência médica	Total
set/12	18.740.925	4.037.721	22.778.646
jun/13	19.048.316	3.937.333	22.985.649
set/13	19.531.839	3.940.874	23.472.713

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
set/12	4,1	14,8	0,0	-0,6
jun/13	0,2	5,8	-2,3	-2,5
set/13	2,5	4,2	0,1	-2,4

Planos Odontológicos: beneficiários por tipo e época de contratação

A maior parte (97,5%) dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estão vinculados a contratos novos (posteriores à Lei 9.656). Esses cresceram 2,6% no trimestre e 4,7% em 12 meses. Os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 1,3% em 3 meses e 11,1% em 12 meses.

Quanto ao tipo de contratação, os planos coletivos cresceram 2,0% no trimestre e 4,6% em 12 meses. Já os planos individuais tiveram expansão mais acentuada no 3º Tri/2013 (5,1%), e mais expressiva do que no acumulado anual (4,2%).

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

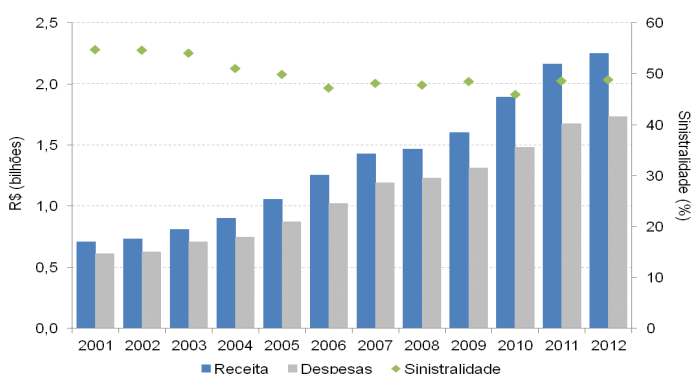
Contrato		Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Época	Antigo	495.194	-1,3	-11,1
	Novo	19.036.645	2,6	4,7
Tipo	Individual	3.450.947	5,1	4,2
	Coletivo	15.985.560	2,0	4,6
	Não informado	95.332	-3,1	-33,7

Planos Odontológicos: receita e despesa

Nesta edição do Caderno não foram divulgadas as informações de receita e despesas das operadoras exclusivamente odontológicas no 3º 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 assistenciais e sinistralidade anuais de operadoras exclusivamente odontológicas. 2001 a 2012.



Análise Especial: Caracterização dos planos cadastrados

Em set/2013, a ANS contabilizou 55.435 planos cadastrados, sendo 58,7% com beneficiários. Em média, em cada plano individual há 649 beneficiários, enquanto para os coletivos esse número é de 2.767 e para os coletivos por adesão, 1.148.

Entre esses planos com beneficiários, 46,7% são de contratação individual, 35,6% coletivos empresariais e 17,5% são coletivos por adesão. Predominam os planos pós Lei (61,4%), de assistência hospitalar e ambulatorial (83,9%), de Cooperativas Médicas (58,0%), com abrangência em grupos de municípios (47,4%), com 1 a 100 beneficiários (56,2%). Destaca-se:

- 72,7% dos coletivos empresariais são pós-Lei;

- 69,9% dos coletivos não identificados são de segmentação hospitalar e ambulatorial;
- 63,6% dos individuais possuem entre 1 e 100 beneficiários, enquanto 20,4% dos coletivos possuem entre 1001 e 10.000 beneficiários.

Pela amplitude do rol de procedimentos, essa diversidade pode ser decorrente principalmente das diferenças de padrão de rede. Nota-se que, apesar da rigorosa legislação e de um relativo engessamento da diversificação de produtos, há uma ampla diversidade de produtos registrados na ANS e que se concentram principalmente entre os planos individuais.

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 operado-

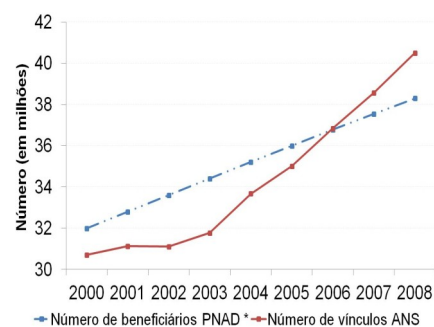
ra específica. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

Crescimento no número de "beneficiários"

É necessária 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

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/Naciss27eddez13.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.