

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

*32ª Edição  
Junho de 2015*

## **SUMÁRIO EXECUTIVO**

---

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (dez/14): 50.819.735;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
  - Set/14 a Dez/14 (3 meses): 0,7%, 367.201 novos vínculos;
  - Dez/13 a Dez/14 (12 meses): 2,7%, 1.324.386 novos vínculos.
- Crescimento em 12 meses (Dez/13 a Dez/14) do número de beneficiários por tipos de contrato:
  - Coletivos: 3,2%, 1.254.122 novos vínculos;
  - Individuais: 1,4%, 138.129 novos vínculos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (mar/15): 26,2%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares em 2014:
  - Receita: 124,4 R\$ bi;
  - Despesas Assistenciais: 105,6 R\$ bi;
  - Sinistralidade: 84,9%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários em 2014: 873

# NACISS

# Sumário Executivo

## Tabela resumo

Data-base: Dez/2014

ASSISTÊNCIA MÉDICA		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Total		<b>50.819.735</b>	<b>0,7</b>	<b>2,7</b>
Contratação	Individual	9.988.065	0,3	1,4
	Coletivo	40.450.266	0,9	3,2
	Empresarial	33.721.944	0,8	3,3
	Por Adesão	6.728.322	1,3	2,7
	Não identificado	12.137	0,9	-1,3
	Não Informado	369.267	-1,8	-15,5
	Época do Contrato	Antigos	5.679.911	-1,2
Novos		45.139.824	1,0	3,6
Faixa Etária	0 a 18 anos	12.315.547	0,4	1,9
	19 a 58 anos	32.089.644	0,8	2,6
	59 anos ou mais	6.412.449	1,2	4,8
Modalidade	Autogestão	5.523.214	-0,1	3,3
	Cooperativa	19.422.339	1,4	4,2
	Filantropia	1.181.324	-1,3	-18,9
	Medicina de Grupo	17.152.389	0,3	1,0
	Seguradora	7.540.469	0,9	6,6
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Total		21.263.180	2,3	5,6
Contratação	Individual	3.683.267	2,7	6,6
	Coletivo	17.308.117	1,9	5,8
	Empresarial	17.507.630	2,2	5,5
	Por Adesão	1.715.122	0,9	-5,4
	Não identificado	5.117	-1,0	0,1
	Não Informado	72.283	-1,8	-22,8
	Época do Contrato	Antigos	462.314	-0,7
Novos		20.800.866	2,3	5,8
Faixa Etária	0 a 18 anos	4.449.338	2,2	4,8
	19 a 59 anos	15.689.547	2,2	5,4
	59 anos ou mais	1.123.421	4,1	10,8

# Planos médico-hospitalares

## INFORMAÇÕES GERAIS

Em dez/2014, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 50,8 milhões, 367.201 (0,7%) vínculos a mais que o registrado em set/2014. Em relação a dez/13 houve um acréscimo de 1.324.386 novos vínculos, o que resultou numa variação, em 12 meses, de 2,7%. No mesmo período de 2013 (dez/13) o crescimento em 12 meses havia sido superior (3,4%).

Quanto à época de contratação, nos 12 meses anteriores a dez/14 os planos anteriores à Lei 9.656 retraíram 3,9%, enquanto os planos novos cresceram 3,6%.

Em relação às modalidades das operadoras, destaca-se o maior crescimento do número de vínculos a planos ofertados por seguradoras (6,6% em 12 meses) e, em contrapartida, as Filantropias apresentaram o 6º decréscimo consecutivo (-18,9%). Observa-se também que o crescimento de beneficiários a partir de 59 anos foi de 4,8% nos últimos 12 meses, ritmo superior ao crescimento das faixas etárias entre 19 e 58 anos (2,6%) e de 0 a 18 anos (1,9%).

## TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

O número de beneficiários de planos individuais manteve-se praticamente estável em relação ao 3º tri/2014 (0,3%) e cresceu 1,4% no acumulado em 12 meses (Tabela 1). Os planos coletivos têm mantido o ritmo de crescimento superior aos individuais, encerrando dez/14 (em relação a dez/13) com variação de 3,2% em relação a dez/13. Esse crescimento foi devido, principalmente, ao desempenho dos planos coletivos empresariais, que cresceram 3,3% no acumulado em 12 meses. Apesar disso, esse crescimento é o menor dos planos

coletivos empresariais da série histórica (Tabela 1).

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9.656) tiveram sua carteira reduzida em 1,2% no trimestre e em 3,9% no acumulado em 12 meses (Tabela 2). Essa retração dos planos antigos está relacionada à adaptação desse tipo de contrato à Lei 9.656 regulamentada pela RN nº 254/2011, incentivada pela ANS. Quando se analisa o desempenho dos planos antigos por tipo de contratação, observa-se que em 12 meses, os planos individuais são os que mais decrescem (-4,7%). Os planos antigos de contratação coletivo empresarial decresceram 3,3% (Tabela 2).

Observa-se que, para os planos novos (posteriores à Lei 9.656), o crescimento em 12 meses (3,6%) foi impulsionado pelos planos coletivos por adesão (4,0%) (Tabela 2) e pelos planos coletivos empresariais (3,8%).

**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	jun/14	9.916.170	0,6	2,1
	set/14	9.962.820	0,5	1,9
	dez/14	9.988.065	0,3	1,4
Coletivo	jun/14	39.707.156	0,6	3,7
	set/14	40.101.800	1,0	3,2
	dez/14	40.450.266	0,9	3,2
Empresarial	jun/14	33.094.865	0,7	4,0
	set/14	33.461.933	1,1	3,4
	dez/14	33.721.944	0,8	3,3
Adesão	jun/14	6.612.291	0,2	2,3
	set/14	6.639.867	0,4	2,3
	dez/14	6.728.322	1,3	2,7
Não identificado	jun/14	11.919	-1,1	-1,2
	set/14	12.031	0,9	-4,2
	dez/14	12.137	0,9	-1,3

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

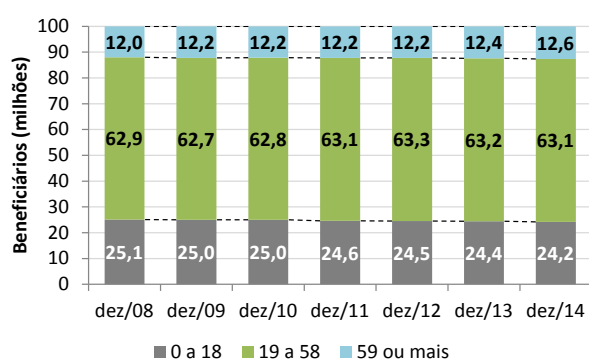
ÉPOCA DO CONTRATO	PERÍODO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Antigo	jun/14	5.818.158	-0,9	-4,2
	set/14	5.751.368	-1,1	-3,8
	dez/14	5.679.911	-1,2	-3,9
Novo	jun/14	44.212.391	0,8	4,2
	set/14	44.701.166	1,1	3,6
	dez/14	45.139.824	1,0	3,6

## FAIXA ETÁRIA

Os beneficiários de planos médicos-hospitalares estão concentrados na faixa etária de 19 a 58 anos (63,1%), reflexo do crescimento dos planos coletivos empresariais (Figura 1), que concentram pessoas em idade ativa.

Em virtude da transição demográfica da população, a faixa etária de 59 anos ou mais é a que mais apresentou crescimento (4,8% no acumulado em 12 meses), sendo que a sua representatividade é de 12,6%. Já os beneficiários mais jovens (0 a 18 anos) apresentaram um crescimento de 1,9%. Apesar do crescimento essa faixa etária apresentou uma queda na representatividade de 0,1 p.p (Figura 1). A tendência é que o número de idosos continue a crescer devido ao envelhecimento populacional, aumentando,

**FIGURA 1: PORCENTAGEM (%) DOS GRUPOS ETÁRIOS SELECIONADOS PARA O NÚMERO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS. DEZ/2008 A DEZ/2014.**



assim, sua proporção em relação ao total de beneficiários. Por consequência, a proporção de jovens deve diminuir em relação ao total de beneficiários (Figura 1).

## BENEFICIÁRIOS POR GRANDE REGIÃO

A região Centro-Oeste foi a que apresentou maior crescimento percentual do número de beneficiários de planos médico-hospitalares em 12 meses (7,7%) encerrados em dez/2014, seguido pelas regiões Norte e Nordeste que cresceram ambas 4,2% (Tabela 3).

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 (3,1% e 1,6%, respectivamente).

O alto crescimento percentual da Região Nordeste pode, também, ser devido à baixa taxa de cobertura (12,7%) em relação às demais regiões, o que proporciona potencial para o crescimento da adesão aos planos.

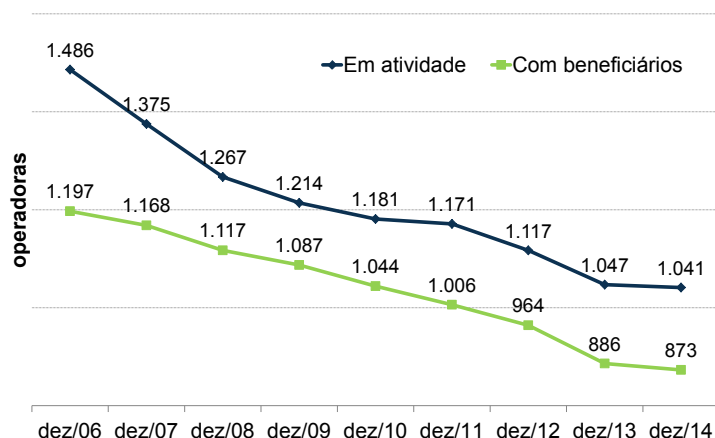
**TABELA 3: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS (DEZ/14) SEGUNDO GRANDES REGIÕES**

REGIÃO	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Norte	1,2	4,2
Nordeste	1,4	4,2
Sudeste	0,5	1,6
Sul	0,3	3,1
Centro-Oeste	1,6	7,7
Brasil	0,7	2,7

## NÚMERO DE OPERADORAS

De janeiro a dezembro de 2014, 43 operadoras médico-hospitalares obtiveram registro da ANS, enquanto 84 tiveram os registros cancelados (Figura 2).

Entre Dez/07 e Dez/14, o número de operadoras em atividade diminuiu 24,4%, indicando 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 2014.**

## INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Em 2014, a receita das operadoras de planos médico-hospitalares foi de R\$ 124,4 bilhões e a despesa assistencial foi de R\$ 105,6 bilhões. Nesse período a taxa de sinistralidade foi de 84,9% (Figura 3). Essa sinistralidade está 1,2 pontos percentuais (p.p.) acima da sinistralidade de 2003 (83,7%).

Na comparação de 2014 com 2013 a receita cresceu 12,1% e a despesa assistencial 14,8%. A taxa de crescimento da receita foi inferior ao período entre 2013 e 2012, quando a taxa foi de 16,3%, uma diferença de 4,2 p.p.

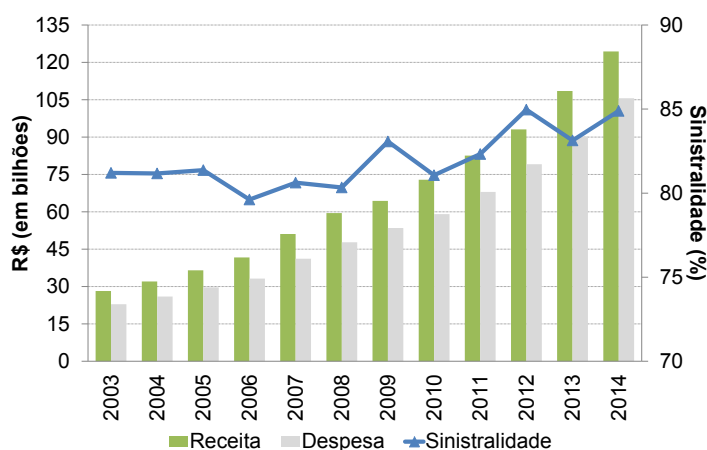
Na Tabela 5 está apresentada a taxa de variação da receita e da despesa assistencial anual e também a variação da receita e despesa assistencial anuais em relação às essas mesmas variáveis do ano anterior.

**TABELA 4: EVOLUÇÃO DO TICKET MÉDIO MENSAL E DO GASTO MÉDIO PER CAPITA MENSAL DOS PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES, 2003-2014**

ANOS	TICKET MÉDIO MENSAL (R\$)	GASTO PER CAPITA MENSAL (R\$)
2010	119,6	97,0
2011	135,5	111,7
2012	152,7	129,7
2013	178,0	149,1
2014	204,1	173,3

**TABELA 5: VARIAÇÃO PERCENTUAL DA RECEITA E DESPESA ASSISTENCIAL, EM 12 MESES, 2006 A 2014.**

ANO	VARIAÇÃO DO TOTAL DO ANO EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR (%)		VARIAÇÃO DO TOTAL DO 3º TRIMESTRE CONTRA MESMO PERÍODO DO ANO ANTERIOR (%)	
	RECEITA	DESPESA ASSISTENCIAL	RECEITA	DESPESA ASSISTENCIAL
2006	14,3	17,7	15,8	14,8
2007	22,5	24,1	57,8	60,2
2008	16,4	16,0	16,4	16,2
2009	8,2	11,9	9,0	11,9
2010	13,2	10,5	13,5	11,1
2011	13,3	15,1	12,3	14,8
2012	12,7	16,3	12,3	16,3
2013	16,5	14,0	15,2	14,0
2014	14,7	17,1	16,0	16,0

**FIGURA 3: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES, 2003 A 2014.**

# Planos odontológicos

## NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE COBERTURA

Em Dez/2014, o número de vínculos de planos exclusivamente odontológicos cresceu 0,7% em relação ao trimestre anterior e apresentou um crescimento de 5,6% em 12 meses chegando a 21.263.180 (Tabela 6).

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários apresentou queda de 0,2% no trimestre e no acumulado em 12 meses (Tabela 7). Esse tipo de plano representa 15,3% do total de planos odontológicos.

## NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

A quase totalidade (98,5%) dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estão vinculados a contratos novos (posteriores à Lei 9.656). Esses cresceram 0,6% no trimestre e 5,9% em 12 meses. Os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 0,5% em 3 meses e 2,0% em 12 meses (Tabela 8).

Quanto ao tipo de contratação, o desempenho dos planos individuais foi superior aos coletivos no trimestre (2,7% ante 2,2%). A tendência refletiu para o acumulado em 12 meses, sendo que o desempenho foi de 6,6% para os individuais e de 5,5% para os coletivos (Tabela 8).

TABELA 6: BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA	ODONTOLÓGICA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA	TOTAL
jun/14	20.536.522	3.893.300	24.429.822
set/14	20.791.128	3.909.209	24.700.337
dez/14	21.263.180	3.899.753	25.162.933

TABELA 7: 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
jun/14	1,4	7,8	-0,6	-0,4
set/14	1,2	6,0	0,4	-0,2
dez/14	2,3	5,6	-0,2	0,2

TABELA 8: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

CONTRATO		BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Época	Antigo	462.314	-0,7	-4,6
	Novo	20.800.866	2,3	5,8
Tipo	Individual	3.683.267	2,7	6,6
	Coletivo	17.507.630	2,2	5,5
	Não informado	5.117	-1,0	0,1

## INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Em 2014, a receita das operadoras de planos exclusivamente odontológicos foi de 2,6 bilhões e sua despesa assistencial de R\$ 1,2 bilhões. A taxa de sinistralidade para os planos exclusivamente odontológicos foi de 45,9%.

O ticket médio dos planos odontológicos em 2014 foi de R\$10,4 por mês e o gasto médio por beneficiário foi de R\$ 4,8 por mês.

# Sessão Especial

## ANÁLISE DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Nessa edição do Caderno de Informações da Saúde Suplementar é apresentado o número de estabelecimentos de saúde que atende a planos de saúde e ao SUS. Esses números são relativos à quantidade de estabelecimentos para cada 100.000 usuários. Considerando 50,8 milhões de beneficiários e 202,7 milhões de brasileiros, há 37,3 estabelecimentos de atendimento ambulatorial por 100.000 usuários do SUS, enquanto essa relação para planos privados de saúde é de 222,5 estabelecimentos por 100.000 beneficiários (Tabela 9).

Em comparação ao período de 2009 os estabelecimentos ambulatoriais cresceram 13,0% no SUS e 33,9% nos Plano de Saúde Privado. O estabelecimento de Diagnose e Terapia, também apresentaram crescimento expressivo no período, com um aumento de 28,9% na saúde suplementar, enquanto que no SUS, foi de 5,4%. Considerando os quatro tipos principais de estabelecimentos de saúde, o número é sempre maior no sistema de saúde suplementar em comparação ao SUS, exceto para as unidades de Urgência.

**TABELA 6: RELAÇÃO DE NÚMERO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA 100.000 USUÁRIOS SEGUNDO SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009 E 2014**

TIPO DE ATENDIMENTO	2009		2014	
	SUS	PLANO DE SAÚDE PRIVADO	SUS	PLANO DE SAÚDE PRIVADO
Ambulatorial	33,0	166,1	37,3	222,5
Internação	3,1	3,8	2,9	4,6
Diagnose e Terapia	11,1	27,7	11,7	35,7
Urgência	3,7	3,1	4,9	4,1

# Notas Técnicas

## NOTA

## REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - Caderno de Informações de Saúde Suplementar de Junho de 2014, disponível em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

Tabnet/ANS. Acesso em 16 de outubro de 2014.

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

## 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.

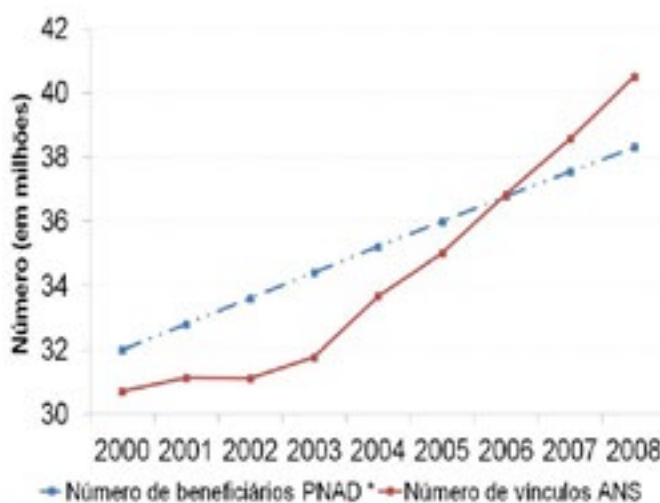
## CRESCIMENTO NO NÚMERO DE “BENEFICIÁRIOS”

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





# 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 expesso 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.



**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Equipe

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo  
Amanda Reis - Pesquisadora  
Natalia Lara - Pesquisadora  
Elene Nardi - Pesquisadora  
Bruno Minami - Estagiário

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