

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

*33ª Edição
Agosto de 2015*

SUMÁRIO EXECUTIVO

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (mar/15): 50.809.065;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Dez/14 a mar/15 (3 meses): 0,0%, -10.670 vínculos a menos;
 - Mar/14 a mar/15 (12 meses): 2,1%, 1.057.222 novos vínculos.
- Crescimento em 12 meses (mar/14 a mar/15) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 2,6%, 1.015.489 novos vínculos;
 - Individuais: 1,3%, 124.086 novos vínculos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (mar/15): 26,0%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares até Março 2015:
 - Receitas das contraprestações: 33,4 R\$ bi;
 - Despesas Assistenciais: 27,4 R\$ bi;
 - Sinistralidade: 81,9%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários em 2014: 862

NACISS

Sumário Executivo

Tabela resumo

Data-base: Mar/2015

ASSISTÊNCIA MÉDICA		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
	Total	50.809.065	0,0	2,1
Contratação	Individual	9.979.007	-0,1	1,3
	Coletivo	40.494.536	0,1	2,6
	Empresarial	33.763.895	0,1	2,7
	Por Adesão	6.718.320	-0,1	1,8
	Não identificado	12.321	1,5	2,2
	Não Informado	335.522	-9,1	-19,8
Época do Contrato	Antigos	5.602.382	-1,4	-4,6
	Novos	45.206.683	0,1	3,0
Faixa Etária	0 a 18 anos	12.273.965	-0,3	1,2
	19 a 58 anos	32.066.238	-0,1	2,1
	59 anos ou mais	6.466.838	0,8	4,1
Modalidade	Autogestão	5.545.000	0,4	1,3
	Cooperativa	19.486.408	0,3	3,5
	Filantropia	1.177.551	-0,3	-9,4
	Medicina de Grupo	17.127.317	-0,1	1,3
	Seguradora	7.472.789	-0,9	3,1
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
	Total	21.394.807	0,6	5,7
Contratação	Individual	3.763.304	2,2	8,0
	Coletivo	17.560.712	0,3	5,3
	Empresarial	15.718.907	-0,4	5,7
	Por Adesão	1.837.032	7,1	2,2
	Não identificado	4.773	-6,7	-11,0
	Não Informado	70.791	-2,1	-12,2
Época do Contrato	Antigos	460.055	-0,5	-2,0
	Novos	20.934.752	0,6	5,9
Faixa Etária	0 a 18 anos	4.408.842	-0,9	3,9
	19 a 59 anos	15.794.367	0,7	5,5
	59 anos ou mais	1.190.738	6,0	15,0

Planos médico-hospitalares

INFORMAÇÕES GERAIS

Em mar/2015, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 50,8 milhões, 10.670 vínculos a menos que o registrado em dez/2014 (0,0%). Em relação a mar/14 houve um acréscimo de 1.057.222 novos vínculos, o que resultou numa variação, em 12 meses, de 2,1%. No mesmo período de 2014 (mar/14), o crescimento em 12 meses havia sido superior (3,6%).

Quanto à época de contratação, nos 12 meses anteriores a mar/15 os planos anteriores à Lei 9.656 retraíram 4,6%, enquanto os planos novos cresceram 3,0%.

Em relação às modalidades das operadoras, destaca-se o maior crescimento do número de vínculos a planos ofertados por cooperativa médica (3,5% em 12 meses) e por seguradoras (3,1%). Em contrapartida, as Filantropias apresentaram o 7º decréscimo consecutivo (-9,4%). Observa-se também que o crescimento de beneficiários a partir de 59 anos foi de 4,1% nos últimos 12 meses, ritmo superior crescimento das faixas etárias entre 19 e 58 anos (2,1%) e de 0 a 18 anos (1,2%).

TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

Em mar/2015, o número de beneficiários de planos individuais apresentou um pequeno decréscimo em relação a dez/2014 (-0,1%) e cresceu 1,3% no acumulado em 12 meses (Tabela 1). Os planos coletivos têm mantido o ritmo de crescimento superior aos individuais, encerrando mar/15 (em relação a mar/14) com variação de 2,6%. Esse crescimento foi devido, principalmente, ao desempenho dos planos coletivos empresariais, que cresceram 2,7%, apesar disso, esse foi o

terceiro menor crescimento em 12 meses dos planos coletivos empresariais na série histórica.

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9.656) tiveram sua carteira reduzida em 1,4% no trimestre e em 4,6% no acumulado em 12 meses (Tabela 2). Essa retração dos planos antigos está relacionada à adaptação desse tipo de contrato à Lei 9.656, incentivada pela ANS. Quando se analisa o desempenho dos planos antigos por tipo de contratação, observa-se que em 12 meses, os planos individuais e os coletivos apresentaram o mesmo decréscimo (-4,7%).

Observa-se que, para os planos novos (posteriores à Lei 9.656), o crescimento em 12 meses (3,0%) foi impulsionado pelos planos coletivos empresarial (3,3%) e pelos planos coletivos por adesão (2,5%).

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	set/14	9.962.820	0,5	1,9
	dez/14	9.988.065	0,3	1,4
	mar/15	9.979.007	-0,1	1,3
Coletivo	set/14	40.101.800	1,0	3,2
	dez/14	40.450.266	0,9	3,2
	mar/15	40.482.215	0,1	2,6
Empresarial	set/14	33.461.933	1,1	3,4
	dez/14	33.721.944	0,8	3,3
	mar/15	33.763.895	0,1	2,7
Adesão	set/14	6.639.867	0,4	2,3
	dez/14	6.728.322	1,3	2,7
	mar/15	6.718.320	-0,1	1,8
Não identificado	set/14	12.031	0,9	-4,2
	dez/14	12.137	0,9	-1,3
	mar/15	12.321	1,5	2,2

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	set/14	5.751.368	-1,1	-3,8
	dez/14	5.679.911	-1,2	-3,9
	mar/15	5.602.382	-1,4	-4,6
Novo	set/14	44.701.166	1,1	3,6
	dez/14	45.139.824	1,0	3,6
	mar/15	45.206.683	0,1	3,0

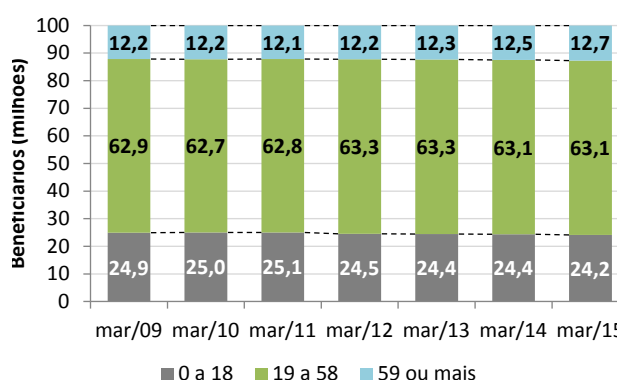
FAIXA ETÁRIA

Os beneficiários de planos médico-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 (4,1% no acumulado em 12 meses) e sua representatividade é de 12,7%. Já os beneficiários mais jovens (0 a 18 anos) apresentaram um crescimento de 1,2%, o que resultou numa representatividade de 24,2%.

A tendência é que o número de idosos continue a crescer devido ao envelhecimento populacional, aumentando sua proporção

FIGURA 1: PORCENTAGEM (%) DOS GRUPOS ETÁRIOS SELECIONADOS PARA O NÚMERO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS. MAR/2009 A MAR/2015.



em relação ao total e, respectivamente, diminuindo a proporção de jovens.

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 (6,6%) encerrados em mar/2015, seguido pelo Nordeste que cresceu 3,4% (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 (2,9% e 1,1%, respectivamente).

O alto crescimento percentual da Região Nordeste pode, também, ser devido à baixa taxa de cobertura (12,6%) 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 (MAR/15) SEGUNDO GRANDES REGIÕES

REGIÃO	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	TAXA DE COBERTURA
Norte	-0,4	2,0	11,9
Nordeste	-0,8	3,4	12,6
Sudeste	-0,1	1,1	38,6
Sul	1,0	2,9	25,8
Centro-Oeste	0,7	6,6	21,6
Brasil	0,0	2,1	26,0

NÚMERO DE OPERADORAS

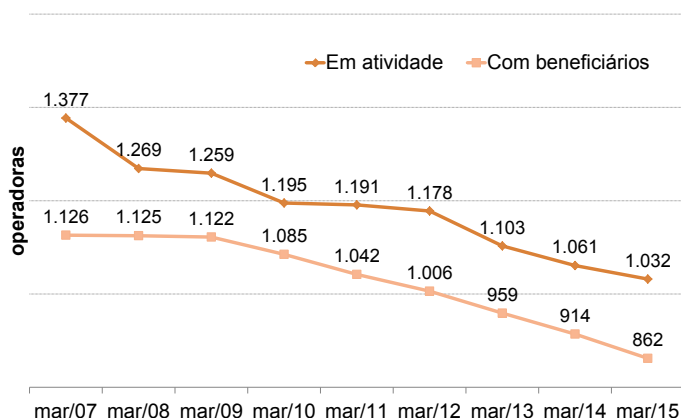
De janeiro a março de 2015, 4 operadoras médico-hospitalares obtiveram registro da ANS, enquanto 13 tiveram os registros cancelados.

Assim, em Mar/15 havia 1.032 operadoras médico-hospitalares em atividade e 862 operadoras médico-hospitalares com beneficiários (Figura 2).

Entre Mar/07 e Mar/15, o número de operadoras em atividade diminuiu 25,5%, indicando um cenário de consolidação do

setor, onde a tendência é o mercado conservar as operadoras mais sólidas e viáveis.

FIGURA2: NÚMERO DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES EM ATIVIDADE E COM BENEFICIÁRIOS, 2007 A 2015.



INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Em março de 2015, a receita de contraprestações das operadoras de planos médico-hospitalares foi de R\$ 33,4 bilhões e a despesa assistencial foi de R\$ 27,4 bilhões. Nesse período a taxa de sinistralidade foi de 81,9% (Figura 3 e Tabela 5).

Na comparação de 2013 com 2014 a receita cresceu 14,7% e a despesa assistencial 17,1%. A taxa de crescimento da receita foi inferior ao período entre 2013 e 2012 (16,3%), uma diferença de 1,8 p.p.

Na Tabela 4 está apresentada a taxa de variação da receita e da despesa assistencial anual e também a variação da receita e despesa assistencial anual em relação às mesmas variáveis do ano anterior. Na Tabela 5 verifica-se que o Ticket Médio (R\$) de 2010 para 2014 cresceu 70,6% enquanto que o

gasto médio cresceu 78,6%. Portanto, o crescimento do Gasto Médio nesse período tem sido superior.

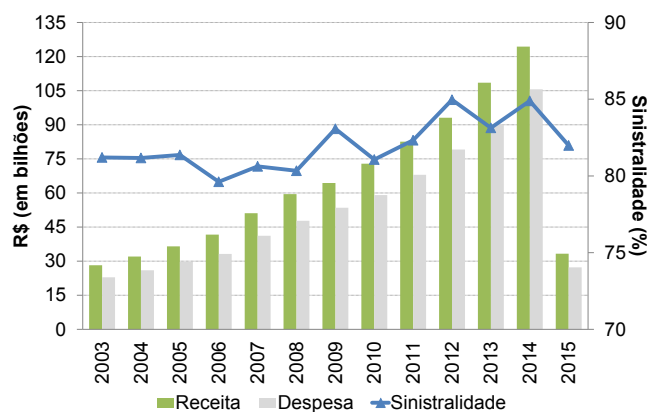
TABELA 4: VARIAÇÃO PERCENTUAL DA RECEITA E DESPESA ASSISTENCIAL, EM 12 MESES, 2006 A 2014.

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

TABELA 5: 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

FIGURA 3: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES, 2003 A MARÇO DE 2015*.



NOTA: O ANO DE 2015 REPRESENTA AS DESPESAS APENAS DO 1º TRIMESTRE

Planos odontológicos

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE COBERTURA

Em Mar/2015, o número de vínculos de planos exclusivamente odontológicos cresceu 0,6% em relação ao trimestre anterior e apresentou um crescimento de 5,7% em 12 meses chegando a 21.394.807 (Tabela 6).

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários apresentou queda de 1,0% no trimestre e de 1,5% 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 maior parte (97,8%) 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 (2,2% ante 0,3%). A tendência refletiu para o acumulado em 12 meses pois desempenho foi de 8,0% para os individuais e de 5,3% para os coletivos (Tabela 8).

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

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA	ODONTOLÓGICA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA	TOTAL
set/14	20.791.128	3.909.209	24.700.337
dez/14	21.263.180	3.899.753	25.162.933
mar/15	21.394.807	3.859.046	25.253.853

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
set/14	1,2	6,0	0,4	-0,2
dez/14	2,3	5,6	-0,2	-0,2
mar/15	0,6	5,7	-1,0	-1,5

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

CONTRATO		BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Época	Antigo	460.055	-0,5	-2,0
	Novo	20.934.752	0,6	5,9
Tipo	Individual	3.763.304	2,2	8,0
	Coletivo	17.560.712	0,3	5,3
	Não informado	70.791	-2,1	-12,2

INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Em março de 2015, a receita das operadoras de planos exclusivamente odontológicos foi de R\$ 641,6 milhões e sua despesa assistencial de R\$ 264,3 milhões. A taxa de sinistralidade para os planos exclusivamente odontológicos foi de 41,1%.

Sessão Especial

ANÁLISE DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

No Caderno de Informação da Saúde Suplementar com data base de março de 2015, foi publicada a pirâmide etária por faixa etária e sexo dos beneficiários da saúde suplementar, que é o objeto de estudo da Seção Especial dessa Naciss.

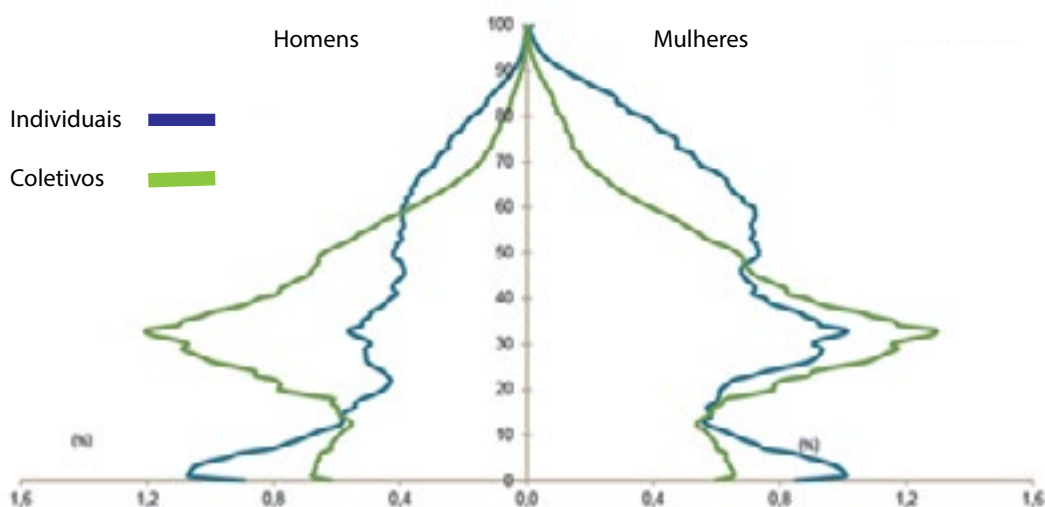
No geral, nota-se que os planos individuais possuem o topo da pirâmide mais alargado do que os planos coletivos, reflexo da maior proporção de idosos naquele tipo de plano. Os planos individuais representam 19,4% do total dos planos de saúde e 22,8% são beneficiários acima de 59 anos.

Observa-se que há maior participação de mulheres com 50 anos ou mais em planos individuais, quando comparada à população masculina na mesma faixa etária.

Já os planos coletivos representam 79,9% do total de planos de saúde sendo que 10,2% são referentes a beneficiários acima de 59 anos. Ao analisarmos a faixa etária entre 19 anos a 58 anos verificamos que a maior parte dos beneficiários em idade ativa estão localizados em planos de saúde coletivos (66,6%) enquanto que os planos individuais possuem 48,9% dos seus beneficiários em idade ativa. Isso é resultado do fato de que a maioria dos planos coletivos estão atrelados ao vínculo empregatício.

Portanto, a carteira dos planos individuais possui um maior número de beneficiários idosos que os planos coletivos, sendo superior em 12,6 pontos percentuais. Dado que os idosos têm uma maior frequência de utilização de serviços de saúde e, em geral, usam mais serviços de alto custo, isso acarreta uma maior despesa assistencial para esse tipo de plano relativamente aos coletivos.

FIGURA 1: PIRÂMIDE ETÁRIA DO PERCENTUAL DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR POR TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO E SEXO (BRASIL - MARÇO 2015).



Notas Técnicas

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - Caderno de Informações de Saúde Suplementar de Junho de 2015, disponível em www.ans.gov.br.

Tabnet/ANS. Acesso em 7 de Agosto de 2015.

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

TERMO “BENEFICIÁRIOS”

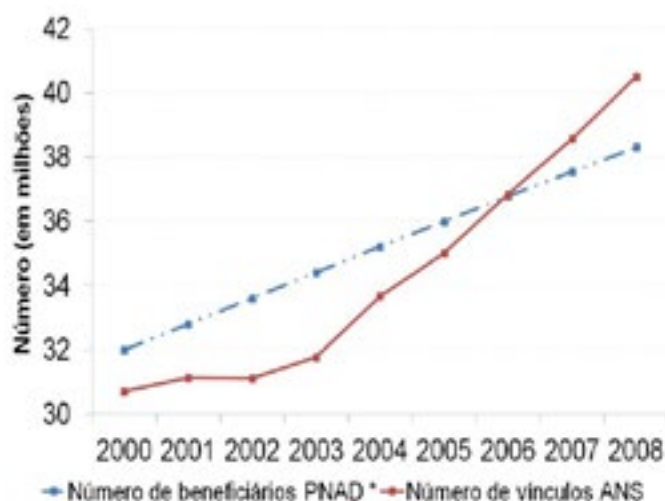
O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma operadora específica. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos 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 Nº 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.

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.



**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Equipe

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

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