

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

34ª Edição
Outubro de 2015

SUMÁRIO EXECUTIVO

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (jun/15): 50.516.992;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - mar/15 a jun/15 (3 meses): 0,0%, 1.280 vínculos a mais;
 - jun/14 a jun/15 (12 meses): 1,0%, 518.715 novos vínculos.
- Crescimento em 12 meses (jun/14 a jun/15) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 1,6%, 617.237 novos vínculos;
 - Individuais: -0,3%, 24.654 vínculos a menos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (jun/15): 26,0%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares no 1º semestre de 2015:
 - Receitas das contraprestações: R\$ 67,6 bi;
 - Despesas Assistenciais: R\$ 56,9 bi;
 - Sinistralidade: 84,2%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários em jun/2015: 855

NACISS

Sumário Executivo

Tabela resumo

Data-base: Jun/2015

ASSISTÊNCIA MÉDICA		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Total		50.516.992	0,0	1,0
Contratação	Individual	9.811.895	-0,1	-0,3
	Coletivo	40.389.971	0,1	1,6
	Empresarial	33.609.770	0,0	1,4
	Por Adesão	6.771.442	0,5	2,2
	Não identificado	8.759	-22,7	-21,5
	Não Informado	315.126	-3,7	-19,0
Época do Contrato	Antigos	5.527.223	-0,7	-4,5
	Novos	44.989.769	0,1	1,8
Faixa Etária	0 a 18 anos	12.199.951	0,0	0,2
	19 a 58 anos	31.822.268	-0,1	0,8
	59 anos ou mais	6.492.840	0,7	3,8
Modalidade	Autogestão	5.509.775	-0,1	0,7
	Cooperativa	19.454.391	0,2	3,1
	Filantropia	1.178.512	0,2	-4,5
	Medicina de Grupo	16.997.454	0,1	-0,6
	Seguradora	7.376.860	-0,8	0,8
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Total		21.526.467	1,7	4,9
Contratação	Individual	3.731.082	3,6	4,6
	Coletivo	17.726.438	1,4	5,1
	Empresarial	15.843.945	1,4	4,7
	Por Adesão	1.877.731	1,0	8,8
	Não identificado	4.762	-0,1	-6,1
	Não Informado	68.947	-4,5	-13,3
Época do Contrato	Antigos	452.351	-1,8	-3,3
	Novos	21.074.116	1,8	5,1
Faixa Etária	0 a 18 anos	4.413.132	1,5	2,5
	19 a 59 anos	15.894.292	1,7	4,8
	59 anos ou mais	1.218.202	2,8	16,7

Planos médico-hospitalares

INFORMAÇÕES GERAIS

Em junho/2015, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 50,5 milhões (**Tabela Resumo**), 1.280 vínculos a mais que o registrado em mar/2015 (0,0%). Em relação a jun/14 houve um acréscimo de 518.715 novos vínculos, o que resultou numa variação, em 12 meses, de 1,0%. No mesmo período de 2014 (jun/14), o crescimento em 12 meses havia sido superior (3,2%).

Quanto à época de contratação, em jun/15 os planos anteriores à Lei 9.656 retraíram 4,5% em 12 meses, enquanto os planos novos cresceram 1,8%.

Em relação às modalidades das operadoras, na comparação de 12 meses, destaca-se o maior crescimento do número de vínculos a planos ofertados por cooperativa médica (3,1%) e por seguradoras (0,8%). Em contrapartida, as Filantropias apresentaram o 8º decréscimo consecutivo (-4,5%). Observa-se também que o crescimento de beneficiários com 59 anos ou mais foi de 3,8% em 12 meses, ritmo superior ao crescimento das faixas etárias entre 19 e 58 anos (0,8%) e de 0 a 18 anos (0,2%).

TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

Em junho/2015, o número de beneficiários de planos individuais apresentou um pequeno decréscimo em relação a mar/2015 (-0,1%) e no acumulado em 12 meses de -0,3% (**Tabela 1**). Os planos coletivos têm mantido o ritmo de crescimento superior aos individuais, encerrando jun/15 (em relação a jun/14) com variação de 1,6%. Esse crescimento foi devido, principalmente, ao desempenho dos planos coletivos por adesão, que

cresceram 2,2%. Apesar disso, esse foi o sexto menor crescimento em 12 meses dos planos coletivos na série histórica.

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9.656) tiveram sua carteira reduzida em 0,7% no trimestre e em 4,5% 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 decresceram mais do que os coletivos (-5,1% contra -2,9%).

Observa-se que, para os planos novos (posteriores à Lei 9.656), o crescimento em 12 meses (1,8%) foi impulsionado pelos planos coletivos por adesão (3,1%) e pelos planos coletivos empresariais (1,9%).

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/14	9.815.849	-0,1	0,6
	mar/15	9.822.631	-0,3	0,2
	jun/15	9.811.895	-0,1	-0,3
Coletivo	dez/14	40.496.532	0,8	3,2
	mar/15	40.366.002	-0,3	2,2
	jun/15	40.389.971	0,1	1,6
Empresarial	dez/14	33.739.033	0,7	3,2
	mar/15	33.616.135	-0,4	2,2
	jun/15	33.609.770	0,0	1,4
Adesão	dez/14	6.746.292	1,4	3,0
	mar/15	6.738.533	-0,1	2,1
	jun/15	6.771.442	0,5	2,2
Não identificado	dez/14	11.207	-0,5	-3,0
	mar/15	11.334	1,1	0,3
	jun/15	8.759	-22,7	-21,5

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	dez/14	5.643.303	-1,3	-4,0
	mar/15	5.565.851	-1,4	-4,7
	jun/15	5.527.223	-0,7	-4,5
Novo	dez/14	45.066.957	0,8	3,4
	mar/15	44.949.861	-0,3	2,4
	jun/15	44.989.769	0,1	1,8

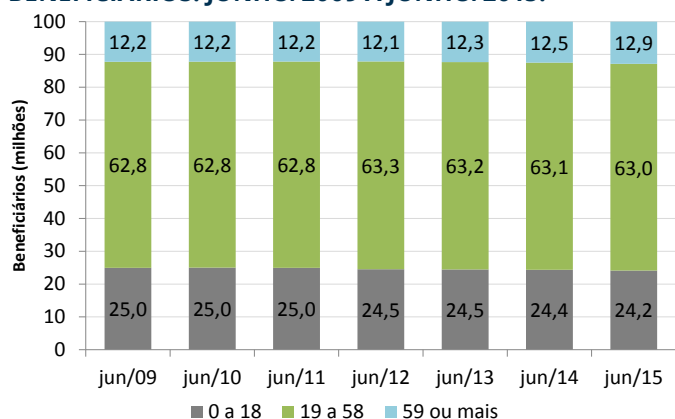
FAIXA ETÁRIA

Os beneficiários de planos médico-hospitalares estão concentrados na faixa etária de 19 a 58 anos (63,0%), 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 cresceu (3,8% no acumulado em 12 meses) e sua representatividade é de 12,9%. Já os beneficiários mais jovens (0 a 18 anos) apresentaram um crescimento de 0,2%, o que resultou numa representatividade de 24,2% (**Tabela Resumo e Figura 1**).

A tendência é que o número de idosos continue a crescer devido ao envelhecimento populacional, aumentando sua proporção em relação ao total e, respectivamente, diminuindo a proporção de jovens.

FIGURA 1: CONTRIBUIÇÃO RELATIVA (%) DE GRUPOS ETÁRIOS SELECIONADOS PARA O NÚMERO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS. JUNHO/2009 A JUNHO/2015.



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 (5,5%) encerrados em jun/2015, seguida pelas regiões Sul (2,7%), Nordeste (2,6%) e Norte (2,5%) que apresentaram crescimento próximos (**Tabela 3**).

Já na região Sudeste, onde a taxa de cobertura do plano de saúde é mais elevada, o número de vínculos teve um pequeno decréscimo de 0,2%.

O decréscimo da região Sudeste é devido à queda da taxa de crescimento dos planos individuais e os planos coletivos empresariais que foram de 0,8 e 0,1, respectivamente. Apenas a Região Sudeste apresentou desempenho negativo dos planos empresariais.

TABELA 3: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS (JUNHO/15) E TAXA DE COBERTURA (%) SEGUNDO GRANDES REGIÕES

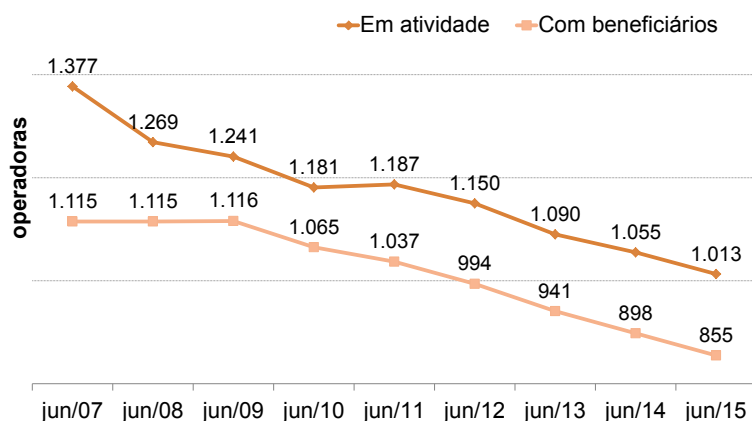
REGIÃO	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	TAXA DE COBERTURA
Norte	0,1	2,5	11,9
Nordeste	0,5	2,6	12,7
Sudeste	-0,4	-0,2	38,5
Sul	0,6	2,7	26,0
Centro-Oeste	1,2	5,5	21,8
Brasil	0,0	1,0	26,0

NÚMERO DE OPERADORAS

De janeiro a junho de 2015, 8 operadoras médico-hospitalares obtiveram registro da ANS, enquanto 35 tiveram os registros cancelados.

Assim, em jun/15 havia 1.013 operadoras médico-hospitalares em atividade e 855 operadoras médicos - hospitalares com beneficiários (**Figura 2**).

Entre Jun/07 e Jun/15, o número de operadoras em atividade diminuiu 26,4%, 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, 2007 A 2015.

INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

No primeiro semestre de 2015, a receita de contraprestações das operadoras de planos médico-hospitalares foi de R\$ 67,6 bilhões e a despesa assistencial foi de R\$ 56,9 bilhões. Nesse período a taxa de sinistralidade foi de 84,2% (Figura 3 e Tabela 5).

Na Tabela 4 está apresentada a taxa de variação da receita e da despesa assistencial do 1º semestre de cada ano em relação às essas mesmas variáveis do ano anterior.

Na comparação do segundo tri/2015 com o segundo tri/2014, a receita cresceu 15,6% e a despesa assistencial 16,6%. A taxa de crescimento da receita foi superior ao período entre 2014 e 2013 retomando o crescimento após o período de queda em 2014 (Tabela 4).

Na Tabela 5 verifica-se que o Ticket Médio (R\$) de 2010 para 2015 cresceu 64,9% enquanto que o

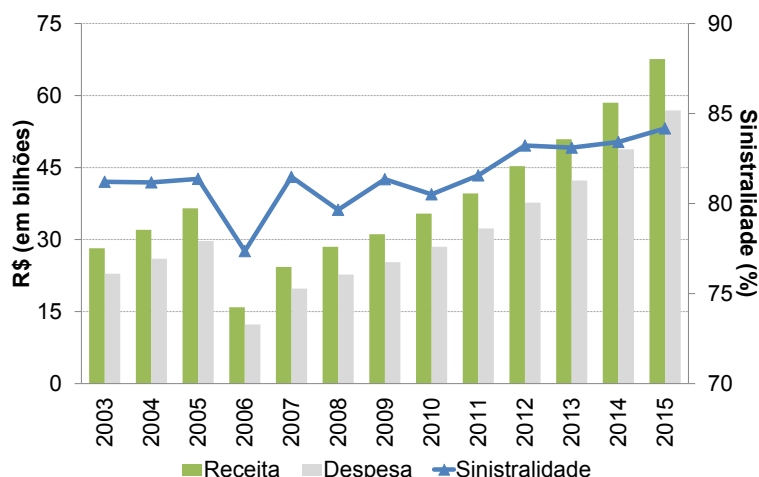
gasto médio cresceu 72,4%. Portanto, o crescimento do Gasto Médio nesse período tem sido superior.

TABELA 4: VARIAÇÃO PERCENTUAL DA RECEITA E DESPESA ASSISTENCIAL, SEMESTRAL, JUNHO 2006 A JUNHO 2015.

VARIAÇÃO TRIMESTRAL		
ANO	RECEITA	DESPESA
2006	16,9	15,0
2007	52,8	61,0
2008	17,3	14,6
2009	9,1	11,5
2010	13,8	12,6
2011	11,9	13,3
2012	14,4	16,7
2013	12,4	12,2
2014	14,9	15,4
2015	15,6	16,6

TABELA 5: EVOLUÇÃO DO TICKET MÉDIO SEMESTRAL E DO GASTO MÉDIO PER CAPITA SEMESTRAL DOS PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES, 2010-2015

ANO	TICKET MÉDIO (R\$)	GASTO MÉDIO (R\$)
2010	67,6	54,5
2011	72,3	59,0
2012	80,6	67,0
2013	87,7	72,8
2014	97,6	81,5
2015	111,5	94,0

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

Planos odontológicos

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE COBERTURA

Em Jun/2015, o número de vínculos de planos exclusivamente odontológicos cresceu 1,7% em relação ao trimestre anterior e 4,9% em 12 meses chegando a 21.526.467 (**Tabelas 6 e 7**).

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários apresentou aumento de 0,6% no trimestre e queda de 0,5% 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 (97,9%) dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estão vinculados a contratos novos (posteriores à Lei 9.656). Esses cresceram 1,8% no trimestre e 5,1% em 12 meses. Os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 1,8% em 3 meses e em 3,3% em 12 meses (**Tabela 8**).

Quanto ao tipo de contratação, o desempenho dos planos individuais (3,6%) foi superior aos coletivos (1,4%) no trimestre. No acumulado em 12 meses, o desempenho foi de 5,1% para os coletivos e de 4,6% para os individuais (**Tabela 8**).

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

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA	ODONTOLÓGICA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA	TOTAL
dez/14	21.232.202	3.918.824	25.151.026
mar/15	21.158.216	3.875.950	25.034.166
jun/15	21.526.467	3.897.662	25.424.129

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
dez/14	2,2	5,4	-0,2	0,6
mar/15	-0,3	4,6	-1,1	-1,5
jun/15	1,7	4,9	0,6	-0,3

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

CONTRATO		BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Época	Antigo	452.351	-1,8	-3,3
	Novo	21.074.116	1,8	5,1
Tipo	Individual	3.731.082	3,6	4,6
	Coletivo	17.726.438	1,4	5,1
	Não informado	68.947	-4,5	-13,3

INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Em junho de 2015, a receita das operadoras de planos exclusivamente odontológicos foi de R\$ 1.288 milhões e sua despesa assistencial de R\$ 571,4 milhões. A taxa de sinistralidade para os planos exclusivamente odontológicos foi de 45,7%.

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 à planos de saúde e ao SUS. Nessa sessão especial, foi realizada uma análise que considera o número de estabelecimentos para cada 100 mil usuários.

Durante os anos de 2009 a 2015, a população brasileira usuária do SUS cresceu em 11 milhões de pessoas, chegando a 204,4 milhões de brasileiros. Já os usuários de planos de saúde cresceram em 8 milhões de pessoas, alcançando 50,5 milhões de beneficiários. Considerando essa população, há 36,6 estabelecimentos de atendimento ambulatorial por 100.000 usuários do SUS, enquanto essa relação para planos privados de saúde é de 228,7 estabelecimentos por 100.000 beneficiários (**Tabela 9**).

Em comparação ao período de 2009 o número de estabelecimentos ambulatoriais cresceu 11,1% no SUS e 37,7% nos Plano de Saúde Privado. Os estabelecimentos de Diagnose e Terapia, também apresentaram crescimento expressivo no período, com um aumento de 29,2% na saúde suplementar, enquanto que no SUS, foi de 2,9%. 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 9: RELAÇÃO DE NÚMERO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA 100.000 USUÁRIOS SEGUNDO SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009 E 2015

TIPO DE ATENDIMENTO	2009		2015	
	SUS	PLANO DE SAÚDE PRIVADO	SUS	PLANO DE SAÚDE PRIVADO
Ambulatorial	33,0	166,1	36,6	228,7
Internação	3,1	3,8	2,8	4,6
Diagnose e Terapia	11,1	27,7	11,4	35,8
Urgência	3,7	3,1	4,9	4,0

Fonte: ANS / Caderno de Informação da Saúde Suplementar - ano 9, n. 2, Setembro de 2015.

Notas Técnicas

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - Caderno de Informação da Saúde Suplementar de Setembro de 2015, disponível em www.ans.gov.br.

Tabnet/ANS. Acesso em 28 de setembro 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”

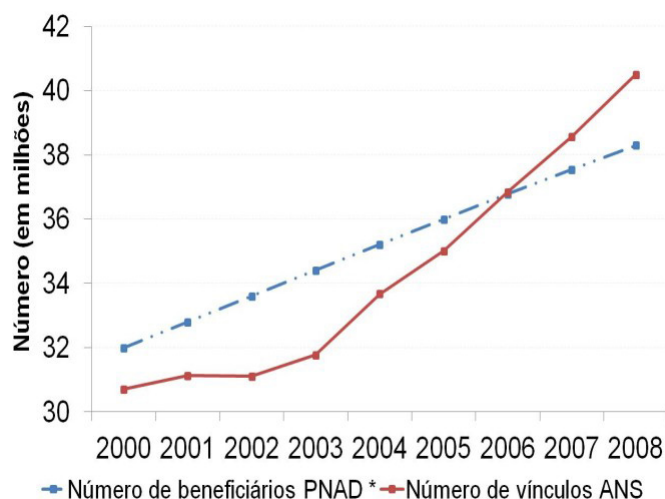
O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma operadora específica. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos 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, estima-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 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, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br