

NACISS
Junho 2013

Sumário Executivo

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (Mar/13): 48.802.991;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Dez/12 a Mar/13 (3 meses): 0,2%, 107.664 novos vínculos;
 - Mar/12 a Mar/13 (12 meses): 3,0%, 1.429.123 novos vínculos.
- Crescimento anual (Mar/12 a Mar/13) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 4,3%, 1.569.026 novos vínculos;
 - Individuais: 1,6%, 153.240 novos vínculos;
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (Mar/13): 25,1 %;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (Jan/12 a Dez/12):
 - Receita: R\$ 93,1 bi;
 - Despesas Assistenciais: R\$ 79,0 bi;
 - Sinistralidade: 84,9%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 1º Tri/13: 959 (-22 no trimestre)

Planos médico-hospitalares Informações gerais

No primeiro Tri/13, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 48,8 milhões, um crescimento de 0,2% em relação a Dez/12 e de 3,0% em relação a Mar/2012. O crescimento trimestral foi o menor observado desde Mar/09 e o anual ficou aquém da média registrada desde o início da série histórica, em Mar/00, de 3,8%.

Os planos coletivos empresariais foram os responsáveis pelo crescimento do setor de saúde suplementar no trimestre, dado que a sua expansão foi de 0,5%, ante um crescimento de 0,2% dos planos individuais e uma retração de 0,7% dos coletivos por adesão.

Os números apresentados nesta nota não estão em concordância com os divulgados no Caderno de Informações de Saúde Suplementar, visto que essa publicação está defasada em relação às informações divulgadas no Tabnet (ver Notas Técnicas). Assim, optou-se por elaborar a Naciss com base nas informações mais atuais, que, portanto, representam melhor o setor.

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 nas regiões metropolitanas e no interior. | 3 |
| Planos médicos hospitalares: Número 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 |
| Notas técnicas | 5 |
| Glossário | 6 |

| Assistência Médica | | Vínculos | Δ% 3 meses | Δ% 12 meses |
|-----------------------------|--------------------------|------------|------------|-------------|
| Total | | 48.802.991 | 0,2 | 3,0 |
| Contratação | Individual | 9.890.779 | 0,2 | 1,6 |
| | Coletivo | 37.979.544 | 0,3 | 4,3 |
| | Empresarial | 31.351.854 | 0,5 | 5,6 |
| | Por Adesão | 6.609.507 | -0,7 | -1,4 |
| | Não informado | 18.183 | -4,3 | -22,3 |
| | Não Informado | 932.668 | -2,6 | -23,9 |
| Época do Contrato | Antigos | 6.904.565 | -1,5 | -10,0 |
| | Novos | 41.898.426 | 0,5 | 5,5 |
| Faixa Etária | 0 a 18 anos | 11.790.898 | -0,2 | 2,0 |
| | 19 a 58 anos | 31.102.645 | 0,2 | 3,3 |
| | Acima de 59 anos | 5.905.589 | 1,1 | 3,6 |
| Modalidade | Autogestão | 5.398.019 | 0,1 | 0,2 |
| | Cooperativa | 17.932.457 | 0,8 | 4,2 |
| | Filantropia | 1.477.540 | -0,7 | -1,1 |
| | Medicina de Grupo | 17.406.167 | -0,7 | 1,1 |
| | Seguradora | 6.588.808 | 1,4 | 8,6 |
| Exclusivamente Odontológico | | Vínculos | Δ% 3 meses | Δ% 12 meses |
| Total | | 18.999.118 | -0,3 | 8,1 |
| Contratação | Individual | 3.435.662 | -0,3 | 15,8 |
| | Coletivo | 15.458.724 | -0,2 | 7,1 |
| | Empresarial | 13.194.592 | 0,3 | 10,7 |
| | Por Adesão | 2.116.446 | -3,2 | -8,7 |
| | Não informado | 147.686 | -4,7 | -24,1 |
| | Não identificado | 104.732 | -4,9 | -41,1 |
| Época do Contrato | Antigos | 502.557 | -2,2 | -14,0 |
| | Novos | 18.496.561 | -0,2 | 8,8 |
| Faixa Etária | 0 a 18 anos | 3.901.470 | -0,9 | 5,6 |
| | 19 a 58 anos | 14.147.548 | -0,2 | 8,7 |
| | Acima de 59 anos | 948.655 | 1,1 | 9,3 |

NACISS
Junho 2013

Planos médico-hospitalares: tipo e época de contratação

O número de beneficiários de planos individuais teve crescimento de 0,2% entre Dez/12 e Mar/13, o que pode estar associado à elevação do rendimento médio de trabalhadores sem carteira assinada no trimestre (8,1%).

Entre os planos coletivos, apenas os empresariais tiveram expansão no acumulado em 3 e 12 meses (de 0,5 e 5,6%, respectivamente), puxados pelo saldo positivo na criação de empregos formais no 1º tri (372.802 vagas). Apesar de positivo, o crescimento trimestral dos planos empresariais foi o menor registrado desde Mar/09, quando foi de 0,2%. Já os planos coletivos por adesão mantiveram a tendência de retração observada desde 2009, quando a ANS publicou normas que tornaram mais rígidos os critérios para contratação desse tipo de plano. O número de beneficiários de planos coletivos não identificados também teve redução importante, tanto no acumulado em 3 meses (4,3%) quanto em 12 meses (22,3%), em grande medida devido aos avanços alcançados na troca de informações entre a Agência e as operadoras.

Quanto à época de contratação, os planos posteriores à Lei 9656 cresceram 0,5% no trimestre e 5,5% em 12 meses. Já os planos anteriores à Lei tiveram sua carteira reduzida em 1,5% no trimestre e em 10,0% no ano.

Desde Set/2011, quando entrou em vigor a RN 254, que incentiva a adaptação de contratos à Lei 9556, a retração dos planos antigos foi maior para os contratos coletivos que para os individuais (9,1% contra 8,4%).

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

| | Período | Beneficiários | Δ% 3 meses | Δ% 12 meses |
|-------------------------|---------|---------------|------------|-------------|
| Individual | mar12 | 9.737.539 | 0,4 | 1,5 |
| | dez/12 | 9.874.178 | 0,0 | 1,8 |
| | mar/13 | 9.890.779 | 0,2 | 1,6 |
| Coletivo | mar12 | 36.410.518 | 1,0 | 3,6 |
| | dez/12 | 37.864.033 | 1,3 | 5,0 |
| | mar/13 | 37.979.544 | 0,3 | 4,3 |
| Empresarial | mar12 | 36.410.518 | 1,3 | 5,5 |
| | dez/12 | 37.864.033 | 1,5 | 6,4 |
| | mar/13 | 37.979.544 | 0,5 | 5,6 |
| Adesão | mar12 | 6.700.533 | -0,3 | -3,6 |
| | dez/12 | 6.653.714 | -0,6 | -1,0 |
| | mar/13 | 6.609.507 | -0,7 | -1,4 |
| Não identificado | mar12 | 23.412 | -2,0 | -7,2 |
| | dez/12 | 18.994 | -0,9 | -20,5 |
| | mar/13 | 18.183 | -4,3 | -22,3 |

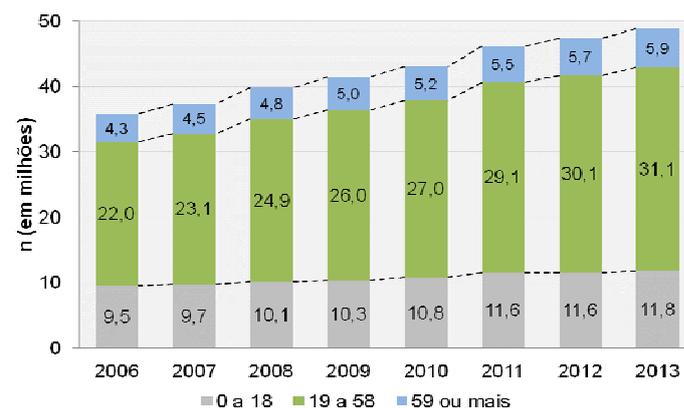
Tabela 2: Número de beneficiários variação trimestral e anual segundo época de contratação.

| | Período | Beneficiários | Δ% 3 meses | Δ% 12 meses |
|---------------|---------|---------------|------------|-------------|
| Antigo | mar12 | 7.675.221 | -0,6 | -7,3 |
| | dez/12 | 7.012.207 | -2,4 | -9,2 |
| | mar/13 | 6.904.565 | -1,5 | -10,0 |
| Novo | mar12 | 39.698.647 | 1,0 | 4,7 |
| | dez/12 | 41.683.120 | 1,3 | 6,0 |
| | mar/13 | 41.898.426 | 0,5 | 5,5 |

Planos médico-hospitalares: faixa etária

Entre Mar/06 e Mar/13, o número de beneficiários de 0 a 18 anos cresceu 24,0%, de 9,5 para 11,8 milhões. Para aqueles com idade entre 19 e 58 anos e de 59 anos e mais, o crescimento foi ainda mais expressivo, respectivamente 41,6% (de 22,0 para 31,1 milhões) e 37,8% (de 4,3 para 5,9 milhões). Esses resultados mostram que a população de beneficiários de planos de saúde é formada, principalmente, por pessoas em idade ativa, para grande parte das quais o plano é um benefício oferecido pela empresa. Apesar disso, o número de idosos tem apresentado crescimento significativo, pelo próprio envelhecimento da população brasileira e pelo maior interesse desse grupo populacional em adquirir e manter o plano de saúde.

Gráfico 1: Evolução do número de beneficiários ao final do 1º trimestre por faixa etária. 2006 a 2013.



NACISS
Junho 2013

Planos médico-hospitalares: Regiões Metropolitanas x Interior

Em relação a Dez/12, o número de beneficiários de planos médico-hospitalares cresceu mais no interior (0,4%) que nas regiões metropolitanas (0,3%).

Essa discrepância foi mais acentuada no Sudeste: crescimento de 0,1% no interior e retração de 0,2% nas RM's.

Já na Região Norte, a tendência foi contrária: o número de beneficiários cresceu 1,5% nas RM's e 0,3% no interior.

No que se refere à taxa de cobertura, as regiões metropolitanas têm 38,3% de sua população atendida pelos planos de saúde, enquanto no interior essa parcela é de 19,2%. Justamente pela baixa taxa de cobertura, as regiões interiores do país representam um importante mercado a ser explorado pelas operadoras, princi-

palmente nas regiões Norte e Nordeste, onde menos de 10% da população mantém um plano de saúde.

Tabela 3: Variação trimestral do número de beneficiários e taxa de cobertura nas regiões metropolitanas e interior, segundo grande regiões. Mar/2013.

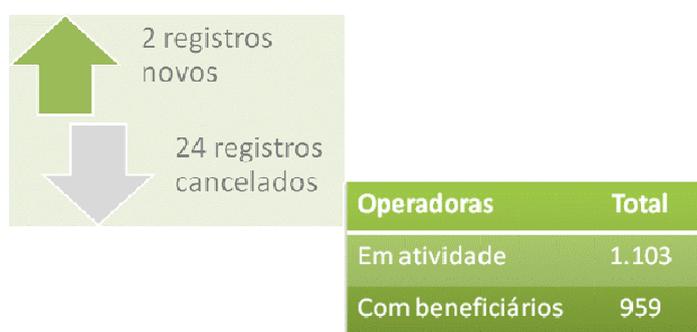
| Região | Δ% 3 meses | | Cobertura (%) | |
|--------------|------------|----------|---------------|----------|
| | RM | Interior | RM | Interior |
| Norte | 1,5 | 0,3 | 22,9 | 5,0 |
| Nordeste | 1,7 | 1,3 | 27,2 | 6,4 |
| Sudeste | -0,2 | 0,1 | 47,9 | 31,4 |
| Sul | 1,0 | 0,8 | 37,1 | 19,9 |
| Centro-Oeste | 0,9 | 1,3 | 25,0 | 12,1 |
| Brasil | 0,3 | 0,4 | 38,3 | 19,2 |

Planos médico-hospitalares: número de Operadoras

Encerrou-se o 1º tri/2013 com 959 operadoras de planos médico-hospitalares com beneficiários e 1.103 operadoras em atividade. Nesse período houve 2 novos registros e 24 cancelamentos, resultando em um saldo negativo de 22 operadoras.

Apesar da redução no número de operadoras, o mercado de planos de saúde de assistência médico-hospitalar não é considerado concentrado, pois as 4 maiores operadoras detêm 21,0% dos beneficiários. Considera-se um mercado concentrado quando essa proporção atinge 75,0%.

Figura 2: Número de Operadoras médico-hospitalares no 1º tri/2013.

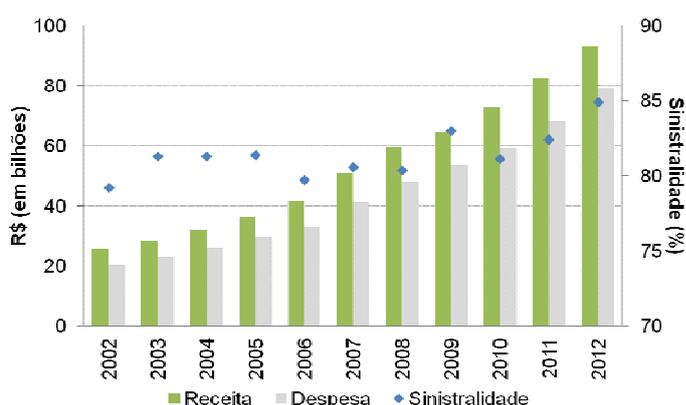


Planos médico-hospitalares: informações econômico-financeiras

Nesta edição do Caderno, a ANS não divulgou as informações de despesa e receita das operadoras médico-hospitalares no 1º tri/13. No entanto, foram atualizadas as informações relativas ao ano de 2012, originalmente divulgadas na edição de março do Caderno.

A receita das operadoras foi corrigida de R\$ 92,7 bi para R\$ 93,1 bi e a despesa assistencial de R\$ 78,8 bi para R\$ 79,0 bi, de forma que a sinistralidade foi de 84,9% (e não de 85,0%, como divulgado pela ANS anteriormente). Ainda assim, essa é a maior sinistralidade desde o início da série histórica, indicando que as operadoras tem despendido uma parcela cada vez maior de sua receita para o financiamento dos serviços de saúde.

Figura 3: Receitas, despesas assistenciais e sinistralidade anuais de operadoras médico-hospitalares. 2001 a 2012.



NACISS
Junho 2013

Planos Odontológicos

Número de beneficiários por tipo de cobertura

No 1º tri/13, o número de beneficiários de planos com assistência odontológica teve redução de 0,2% em relação ao trimestre anterior e crescimento de 6,7% em relação a Mar/2012, atingindo 23.106.713 vínculos. Desses, 18.999.118 (82,2%) são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que teve retração de 0,3% nos 3 primeiros meses do ano, impactando negativamente o crescimento acumulado em 12 meses, que passou de 11,7% em Dez/12 para 8,1% em Mar/13.

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, a expansão da carteira foi de 0,3% no trimestre, recuperando a tendência de alta após a estabilidade observada em Dez/12.

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

| Período | Exclusivamente Odontológica | Odontológico com assistência médica | Total |
|---------|-----------------------------|-------------------------------------|------------|
| mar/12 | 17.581.416 | 4.078.142 | 21.659.558 |
| dez/12 | 19.047.133 | 4.096.673 | 23.143.806 |
| mar/13 | 18.999.118 | 4.107.595 | 23.106.713 |

Tabela 5: Variação (%) trimestral e anual do número de beneficiários segundo tipo de cobertura.

| Período | Exclusivamente Odontológica | | Odontológico com assistência médica | |
|---------|-----------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| | Δ% 3 meses | Δ% 12 meses | Δ% 3 meses | Δ% 12 meses |
| mar/12 | 3,1 | 15,3 | 1,4 | -3,3 |
| dez/12 | 0,9 | 11,7 | 0,0 | 1,9 |
| mar/13 | -0,3 | 8,1 | 0,3 | 0,7 |

Planos Odontológicos: beneficiários por tipo e época de contratação

Os contratos novos (pós Lei 9656) tiveram retração de 0,2% no trimestre e crescimento de 8,8% em 12 meses. Já os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 2,2% em 3 meses e em 14,0% desde Mar/12.

Quanto ao tipo de contratação, os planos individuais e coletivos perderam, respectivamente, 0,3% e 0,2% de seus beneficiários no 1º tri. No acumulado em 12 meses, os planos individuais cresceram duas vezes mais que os coletivos (15,8% contra 7,1%).

Os beneficiários de planos "não informados" mantiveram de redução, em grande parte devi-

do à expansão da qualidade da troca de informações entre a ANS e a operadoras, que permite a melhor identificação dos beneficiários e dos planos a que estão vinculados.

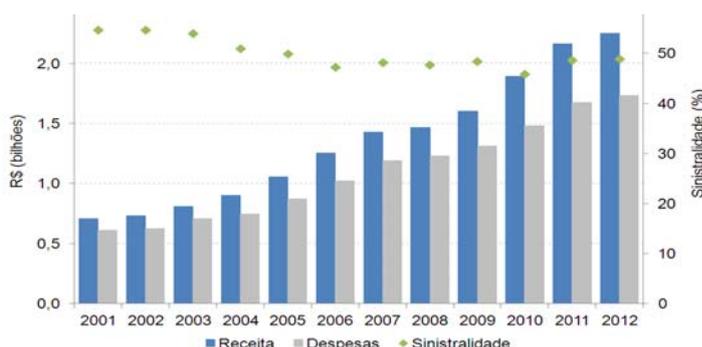
Tabela 6: Número de beneficiários e variação (%) trimestral e anual segundo época e tipo de contratação. Mar/2013.

| Contrato | Beneficiários | Δ% 3 meses | Δ% 12 meses |
|----------|---------------|------------|-------------|
| Época | Antigo | 502.557 | -2,2 |
| | Novo | 18.496.561 | -0,2 |
| Tipo | Individual | 3.435.662 | -0,3 |
| | Coletivo | 15.458.724 | -0,2 |
| | Não informado | 104.732 | -4,9 |

Planos Odontológicos: receita e despesa

Nesta edição do Caderno não foram divulgadas as informações de receita e despesas das operadoras exclusivamente odontológicas no 1º tri/13. No entanto, as informações relativas a 2012 foram atualizadas. Nesse ano, 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%, um pouco maior que a divulgada anteriormente (47,7%). Essa taxa foi inferior à sinistralidade média registrada entre 2002 e 2012, de 49,4%.

Figura 4: Receitas, despesas assistenciais e sinistralidade anuais de operadoras exclusivamente odontológicas. 2002 a 2012.



Notas técnicas

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - **Caderno de Informações de Saúde Suplementar**
www.ans.gov.br e Tabnet/ANS

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

Tabnet

Ferramenta que permite a tabulação on-line de dados dos diversos sistemas de informação da ANS e a geração e exportação de planilhas.

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”

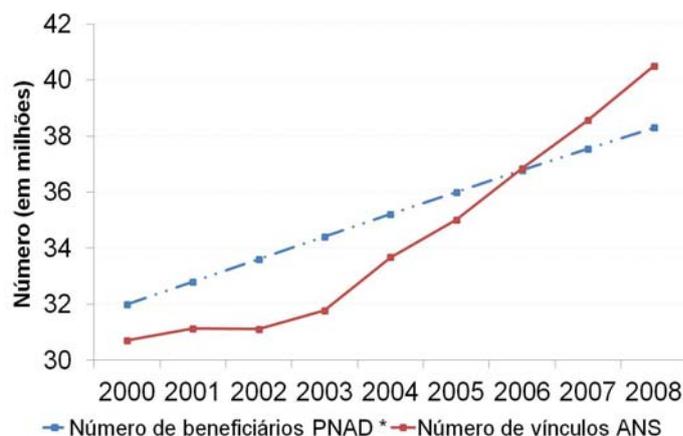
É necessário cautela ao se fazer uma análise da taxa de crescimento de beneficiários com base nos dados da ANS. De acordo com estimativas do IESS, a partir de dados da PNAD, o número de beneficiários cresceu 19,7%, entre 2000 e 2008. Já os registros da ANS, que são baseados em número de vínculos de beneficiários, 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.

Correção periódica do número de “beneficiários” pela ANS

O número de beneficiários divulgado trimestralmente pela ANS é passível de correções, como parte do processo de permanente atualização da base de dados da ANS. Um dos motivos dessa atualização é devido à inadimplência. Por lei, as operadoras são obrigadas a manter o beneficiário inadimplente até completar os 3 meses de inadimplência e, então, por esse motivo, deixa de existir o vínculo. Essa correção é feita retroativamente a partir do início da inadimplência.

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
Greice M. Mansini dos Santos
Pesquisadora

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 04
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/Naciss24edmar13.pdf>

NACISS
Dezembro 2012

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.