

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

35ª Edição

SUMÁRIO EXECUTIVO

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (set/15): 50.261.602;
- Crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - jun/15 a set/15 (3 meses): -0,5%, 236.210 vínculos a menos;
 - set/14 a set/15 (12 meses): -0,3%, 164.400 vínculos a menos.
- Crescimento em 12 meses (set/14 a set/15) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 0,0%, 8.427 vínculos a menos;
 - Individuais: -0,9%, 87.493 vínculos a menos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (set/15): 25,9%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares até o 3º trimestre de 2015:
 - Receitas das contraprestações: R\$ 103,9 bi;
 - Despesas Assistenciais: R\$ 88,8 bi;
 - Sinistralidade: 85,4%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários em set/2015: 843.
- O “Caderno de informação da saúde suplementar” (edição: dez/15) foi divulgado pela ANS em Janeiro de 2016 com informações referentes a set/15. Endereço eletrônico da fonte: < <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>>.

NACISS

Sumário Executivo

TABELA 1: RESUMO DAS INFORMAÇÕES DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES E EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS. DATA-BASE: SET/15.

ASSISTÊNCIA MÉDICA		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Total		50.261.602	-0,5	-0,3
Contratação	Individual	9.768.795	-0,5	-0,9
	Coletivo	40.172.895	-0,4	0,0
	Empresarial	33.453.476	-0,3	-0,1
	Por Adesão	6.709.228	-0,9	0,6
	Não identificado	10.191	-1,0	-7,8
	Não Informado	319.912	-4,1	-17,6
Época do Contrato	Antigos	5.471.829	-0,9	-4,4
	Novos	44.789.773	-0,4	0,2
Faixa Etária	0 a 18 anos	12.103.160	-0,8	-1,3
	19 a 58 anos	31.603.585	-0,6	-0,7
	59 anos ou mais	6.552.999	0,6	3,3
Modalidade	Autogestão	5.494.199	-0,4	-0,4
	Cooperativa	19.327.363	-0,7	1,4
	Filantropia	1.184.440	0,1	-1,1
	Medicina de Grupo	17.139.846	-0,3	-0,2
	Seguradora	7.115.754	-0,6	-4,9
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Total		21.858.485	1,4	5,0
Contratação	Individual	3.836.334	4,0	8,9
	Coletivo	17.954.577	0,9	4,3
	Empresarial	16.027.432	0,9	3,6
	Por Adesão	1.922.741	0,5	10,4
	Não identificado	4.404	-7,3	-14,6
	Não Informado	67.574	-4,4	-12,6
Época do Contrato	Antigos	439.518	-1,3	-5,1
	Novos	21.418.967	1,4	5,3
Faixa Etária	0 a 18 anos	4.454.442	1,0	2,1
	19 a 59 anos	16.136.093	1,3	5,0
	59 anos ou mais	1.267.155	3,3	17,5

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar (ed. Dez/15) e Tabet/ANS. Elaboração: IESS (acesso em: 26/01/2016).

Planos médico-hospitalares

INFORMAÇÕES GERAIS

Em setembro de 2015, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 50,3 milhões (**Tabela 1**), 236.210 vínculos a menos que o registrado em jun/2015 (-0,5%). Em relação a set/14 houve um decréscimo de 164.400 vínculos, o que resultou numa variação, em 12 meses, de -0,3%. No mesmo período de 2014 (set/14), o crescimento em 12 meses havia sido superior (2,7%).

Quanto à época de contratação, em set/15, os planos anteriores à Lei 9.656 retraíram 4,4% em 12 meses, enquanto os planos novos cresceram 0,2%.

Em relação às modalidades das operadoras, na comparação de 12 meses, destacam-se as cooperativas médicas, a única modalidade que apresentou crescimento positivo (1,4%). No entanto, esse foi o menor crescimento desde março de 2001. Acrescenta-se que as Filantropias apresentaram o 9º decréscimo consecutivo (-1,1%) na comparação de 12 meses.

Observa-se também que o crescimento de beneficiários com 59 anos ou mais foi de 3,3% em 12 meses, essa foi a única faixa etária a apresentar crescimento positivo. As faixas etárias de 0 a 18 anos e 19 a 58 anos tiveram redução de 1,3% e de 0,7%, respectivamente.

TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

Em Setembro de 2015, o número de beneficiários de planos individuais apresentou decréscimo em relação a jun/2015 (-0,5%) e no acumulado em 12 meses (-0,9%) (**Tabela 2**). Os planos coletivos estabilizaram seu ritmo de crescimento, encerrando set/15 (em relação a set/14) com variação de

0,0%. O plano coletivo empresarial, decresceu 0,1%. Já o plano coletivo por adesão apresentou uma taxa de crescimento de 0,6% no acumulado de 12 meses. Apesar disso, esse foi o menor crescimento em 12 meses do plano coletivo por adesão desde dez/13.

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9.656) tiveram sua carteira reduzida em 0,9% no trimestre e em 4,4% no acumulado em 12 meses (**Tabela 3**). Essa retração dos planos antigos está relacionada à adaptação desse tipo de contrato à Lei 9.656, incentivada pela ANS.

Quando se analisa o número de beneficiários dos planos antigos por tipo de contratação, observa-se que, em 12 meses, os planos individuais decresceram mais do que os coletivos (-4,8% contra -3,0%).

Observa-se que, para os planos novos (posteriores à Lei 9.656), o crescimento em 12 meses (0,2%) foi impulsionado pelos planos coletivos por adesão (1,1%) e pelos planos coletivos empresariais (0,2%).

TABELA 2: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VARIAÇÃO TRIMESTRAL E ANUAL SEGUNDO TIPO DE CONTRATAÇÃO.

TIPO DE CONTRATO	PERÍODO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Individual	mar/15	9.808.602	-0,3	0,2
	jun/15	9.820.676	0,1	-0,1
	set/15	9.768.795	-0,5	-0,9
Coletivo	mar/15	40.326.923	-0,4	2,0
	jun/15	40.343.566	0,0	1,4
	set/15	40.172.895	-0,4	0,0
Empresarial	mar/15	33.564.327	-0,4	2,0
	jun/15	33.562.954	0,0	1,3
	set/15	33.453.476	-0,3	-0,1
Adesão	mar/15	6.751.512	-0,1	2,1
	jun/15	6.770.320	0,3	2,0
	set/15	6.709.228	-0,9	0,6
Não identificado	mar/15	11.084	0,9	-0,1
	jun/15	10.292	-7,1	-6,0
	set/15	10.191	-1,0	-7,8

TABELA 3: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VARIAÇÃO TRIMESTRAL E ANUAL, SEGUNDO ÉPOCA DE CONTRATO.

ÉPOCA DO CONTRATO	PERÍODO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Antigo	mar/15	5.567.687	-1,4	-4,7
	jun/15	5.520.971	-0,8	-4,7
	set/15	5.471.829	-0,9	-4,4
Novo	mar/15	44.913.664	-0,3	2,3
	jun/15	44.976.841	0,1	1,7
	set/15	44.789.773	-0,4	0,2

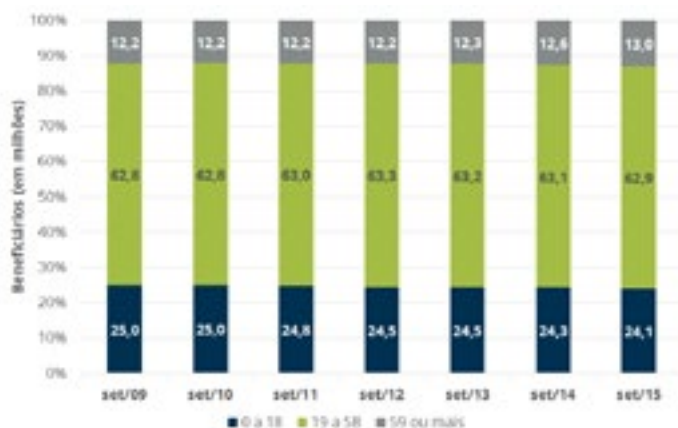
FAIXA ETÁRIA

Os beneficiários de planos médico-hospitalares estão concentrados na faixa etária de 19 a 58 anos (62,9%) (**Figura 1**).

Em virtude da transição demográfica da população, a faixa etária de 59 anos ou mais é a que mais cresceu (3,3% no acumulado em 12 meses) sendo que a sua representatividade é de 13,0%. Já os beneficiários mais jovens (0 a 18 anos) apresentaram um decréscimo de -1,3%, o que resultou numa representatividade de 24,1% (**Tabela 1 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. SETEMBRO/2009 A SETEMBRO/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 (4,7%) encerrados em set/2015, seguida das regiões Sul (1,1%) e Nordeste (0,5%) (**Tabela 4**).

Na região Sudeste, onde a taxa de cobertura do plano de saúde é a mais elevada (38,3%), o número de vínculos teve um decréscimo de 1,3% no acumulado em 12 meses. Nessa mesma região, todos os tipos de planos tiveram decréscimo no crescimento em 12 meses. A queda foi de 1,5% nos planos individuais, de 1,1% nos planos coletivos empresariais e de 1,4% nos planos coletivos por adesão.

A região Norte apresentou a primeira queda no acumulado em 12 meses (-0,4%) desde jun/2002.

TABELA 4: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E TAXA DE COBERTURA (%) SEGUNDO GRANDES REGIÕES (SETEMBRO/15).

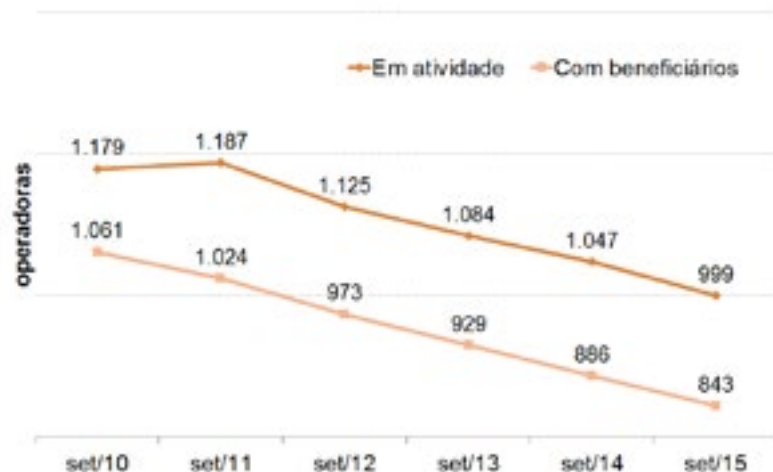
REGIÃO	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	TAXA DE COBERTURA
Norte	-0,2	-0,4	11,6
Nordeste	0,1	0,5	12,6
Sudeste	-0,8	-1,3	38,3
Sul	-0,4	1,1	25,9
Centro-Oeste	0,8	4,7	22,1
Brasil	-0,5	-0,3	25,9

NÚMERO DE OPERADORAS

De janeiro a setembro de 2015, 19 operadoras médico-hospitalares obtiveram registro da ANS, enquanto 58 tiveram os registros cancelados.

Assim, em set/15 havia 999 operadoras médico-hospitalares em atividade e 843 operadoras médico - hospitalares com beneficiários (**Figura 2**).

Entre set/10 e set/15, o número de operadoras em atividade diminuiu 15,3%, 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, SET/2010 A SET/2015.

INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Até o terceiro trimestre de 2015, a receita de contraprestações das operadoras de planos médico-hospitalares foi de R\$ 103,9 bilhões e a despesa assistencial foi de R\$ 88,8 bilhões. Nesse período a taxa de sinistralidade foi de 85,4% (Figura 3).

Na Tabela 5 está apresentada a taxa de variação da receita e da despesa assistencial do 3º trimestre de cada ano em relação às essas mesmas variáveis do ano anterior.

Na comparação de set/15 com set/14, a taxa de crescimento da receita (11,7%) foi inferior a taxa de crescimento da despesa (13,5%) (Tabela 5).

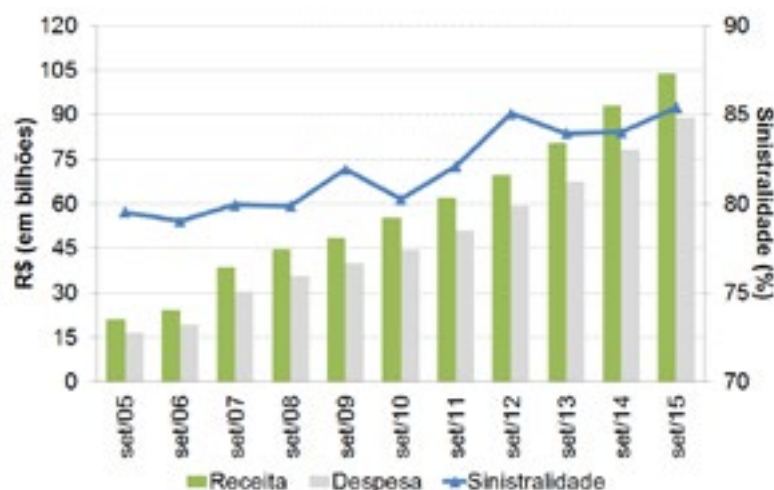
Na Tabela 6, verifica-se que o ticket médio (R\$) de 2010 para 2015 cresceu 67,0% enquanto que o gasto médio cresceu 77,7%. Portanto, o crescimento do Gasto Médio nesse período tem sido superior ao do ticket médio.

TABELA 5: VARIAÇÃO (%) EM 12 MESES DA RECEITA E DESPESA ASSISTENCIAL, SETEMBRO 2006 A SETEMBRO 2015.

VARIAÇÃO (%) EM 12 MESES		
ANO	RECEITA	DESPESA
set/06	15,8	14,8
set/07	57,8	60,2
set/08	16,4	16,2
set/09	9,0	11,9
set/10	13,5	11,1
set/11	12,3	14,8
set/12	12,3	16,3
set/13	15,2	14,0
set/14	16,0	16,0
set/15	11,7	13,5

TABELA 6: EVOLUÇÃO DO TICKET MÉDIO E DO GASTO MÉDIO PER CAPITA DOS PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES, SET/2010-SET/2015.

ANO	TICKET MÉDIO (R\$)	GASTO MÉDIO (R\$)
set/10	103,2	82,9
set/11	112,7	92,5
set/12	122,6	104,2
set/13	136,3	114,5
set/14	153,8	129,3
set/15	172,4	147,2

FIGURA 3: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES, SET/05 A SET/15.

Planos odontológicos

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE COBERTURA

Em Set/2015, o número de vínculos de planos exclusivamente odontológicos cresceu 1,4% em relação ao trimestre anterior e 5,0% em 12 meses chegando a 21.858.485 beneficiários (**Tabelas 7 e 8**).

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários apresentou aumento de 0,7% no trimestre e queda de 0,8% no acumulado em 12 meses (**Tabela 8**). Esse tipo de plano representa 15,1% do total de planos odontológicos.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

A maior parte dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (98,0%) estão vinculados a contratos novos (posteriores à Lei 9.656). Esses cresceram 1,4% no trimestre e 5,3% em 12 meses. Os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 1,3% em 3 meses e em 5,1% em 12 meses (**Tabela 9**).

Quanto ao tipo de contratação, o crescimento dos planos individuais (4,0%) foi superior aos coletivos (0,9%) no trimestre. No acumulado em 12 meses, o crescimento foi de 8,9% para os individuais e de 4,3% para os coletivos (**Tabela 9**).

TABELA 7: BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA	ODONTOLÓGICA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA	TOTAL
mar/15	21.188.229	3.864.311	25.052.540
jun/15	21.558.065	3.866.692	25.424.757
set/15	21.858.485	3.894.074	25.752.559

TABELA 8: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA (SET/15).

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA		ODONTOLÓGICA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
mar/15	-0,3	4,4	-1,2	-1,7
jun/15	1,7	4,8	0,1	-1,1
set/15	1,4	5,0	0,7	-0,8

TABELA 9: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA (SET/15).

CONTRATO		BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Época	Antigo	439.518	-1,3	-5,1
	Novo	21.418.967	1,4	5,3
Tipo	Individual	3.836.334	4,0	8,9
	Coletivo	17.954.577	0,9	4,3
	Não informado	67.574	-4,4	-12,6

INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

Em setembro de 2015, a receita das operadoras de planos exclusivamente odontológicos foi de R\$ 2,0 bilhões e sua despesa assistencial de R\$ 916 milhões. A taxa de sinistralidade para os planos exclusivamente odontológicos foi de 46,1%.

Sessão Especial

ANÁLISE DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Nessa edição do Caderno de Informações da Saúde Suplementar foi apresentado o número de estabelecimentos de saúde que atendem a 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 SUS¹ cresceu aproximadamente em 13 milhões de pessoas, chegando a uma estimativa de 204,4 milhões de brasileiros em julho de 2015 (IBGE,2015). Já os usuários de planos de saúde² cresceram em 8 milhões de pessoas no mesmo período, alcançando 50,3 milhões de beneficiários em setembro de 2015.

Considerando a população usuária do SUS e de beneficiários de planos de saúde, há 37 estabelecimentos de atendimento ambulatorial por 100.000 usuários do SUS, enquanto que essa relação para planos privados de saúde é de 234,8 estabelecimentos por 100.000 beneficiários (**Tabela 10**). Em comparação ao período de 2009 o número de estabelecimentos ambulatoriais cresceu 10,8% no SUS e 39,8% no Plano de Saúde Privado.

Na mesma comparação, entre set/09 e set/15, o número de estabelecimentos de Internação por 100 mil usuários, decresceu em 10,5% para usuários do SUS, enquanto que para os usuários de planos privados de saúde, houve crescimento de 20,0%.

Os estabelecimentos de Diagnose e Terapia, também apresentaram crescimento expressivo no mesmo período, com um aumento de 30,4% na saúde suplementar, enquanto que no SUS, foi de 1,8%.

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 10**).

TABELA 10: RELAÇÃO DE NÚMERO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA 100.000 USUÁRIOS DA SAÚDE PÚBLICA E DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009 E 2015

TIPO DE ATENDIMENTO	SET/2009		SET/2015	
	SUS	PLANO DE SAÚDE PRIVADO	SUS	PLANO DE SAÚDE PRIVADO
Ambulatorial	33,4	168,0	37,0	234,8
Internação	3,2	3,9	2,8	4,7
Diagnose e Terapia	11,2	28,0	11,4	36,5
Urgência	3,7	3,2	4,9	4,2

Fonte: ANS / Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Dezembro de 2015 e IBGE.
Elaboração: IESS.

¹O Sistema Único de Saúde (SUS) possui um sistema universal de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência (Lei nº8.080) e, podem usufruir dele, qualquer cidadão brasileiro. Assim, para o cálculo dos usuários do SUS, a população brasileira estimada em julho de 2009 foi de 191.480.630 cidadãos e em julho de 2015 foi de 204.450.649 cidadãos (IBGE/2015).

²Para o cálculo de usuários do Sistema Suplementar, considerou-se os beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar (ANS/Tabnet). Assim, em set/2009 eram 42.072.708 beneficiários e em set/2015 eram 50.261.602 beneficiários.

ANÁLISE DO NÚMERO DE LEITOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) diferencia os leitos em SUS e Não-SUS (sistema de saúde suplementar e pacientes particulares). Para uma aproximação dos leitos destinados ao SUS, foi considerada a população total do país e, para o sistema de saúde suplementar, foi considerada a população com planos de assistência-médica em set/09 e set/15.

O Ministério da Saúde estima a necessidade de 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes (Portaria nº1101/GM). O setor privado apresentou 2,6 leitos por mil habitantes em set/15, dentro do estimado pelo Ministério da Saúde (**Tabela 11**). No período de set/09 a set/15, esse mesmo setor aumentou o número de leitos de internação disponíveis (acréscimo 7.787 leitos).

Ao observar os leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (Setor Público), esse perdeu 25.833 leitos nesse mesmo período (set/09 a set/15) e apresentou 1,5 leitos de internação por mil habitantes em set/15, valor abaixo do parâmetro estimado pelo Ministério da Saúde (**Tabela 11**).

O artigo “O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde” (Santos, et al., 2008), observa que esses cálculos superestimam a disponibilidade de leitos públicos e subestimam a oferta de leitos privados. Porém, o mesmo artigo destaca que, mesmo retirando os beneficiários da saúde suplementar da população brasileira para o cálculo da população exclusivamente SUS, a oferta de leitos públicos continuaria sendo inferior a oferta privada (Santos, et al., 2008).

Em uma comparação mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não possui um parâmetro ideal para o número de leitos por habitante. Mesmo assim, é possível observar que o Brasil, segundo o relatório de estatísticas de saúde da OMS, possuía 2,3 leitos hospitalares (públicos e privados) por mil habitantes no período de 2006 a 2012. Essa taxa é equivalente a média das Américas, mas está abaixo das média Global (2,7) e de outros países como Argentina (4,7), China (3,8), Portugal (3,4) e Canadá (2,7) (**Tabela 12**).

TABELA 11: RELAÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO, POR MIL USUÁRIOS DO SUS E DO SETOR PRIVADO. SET/2009 E SET/2015.

VÍNCULO	SET/2009		SET/2015	
	LEITOS	POR MIL HABITANTES	LEITOS	POR MIL HABITANTES
SUS	339.005	1,9	313.172	1,6
Não-SUS	122.068	2,9	129.855	2,6
Total	461.073	2,7	443.027	2,3

Fonte: ANS / Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Dezembro de 2015, IBGE e Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES). Elaboração: IESS.

TABELA 12: RELAÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES, POR MIL HABITANTES, 2006 - 2012

PAÍS	LEITOS (POR 1.000 HAB.)
Japão	13,7
Rússia	9,7
India	7,0
Argentina	4,7
Australia	3,9
China	3,8
Itália	3,4
Portugal	3,4
Reino Unido	2,9
Canadá	2,7
Brasil	2,3
Chile	2,1
Média das Américas	2,3
Média Global	2,7

Fonte: World Health Statistics 2014

Notas Técnicas

REFERÊNCIAS

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

Tabnet/ANS. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

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

Datasus. Acesso em: 26/01/2016. www2.datasus.gov.br/DATASUS

IBGE. Estimativa da população acessada em: 26/01/2015. ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/serie_2001_2015_TCU.pdf

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N.º 1101/GM, 12 de junho de 2002.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Oct. 2008.

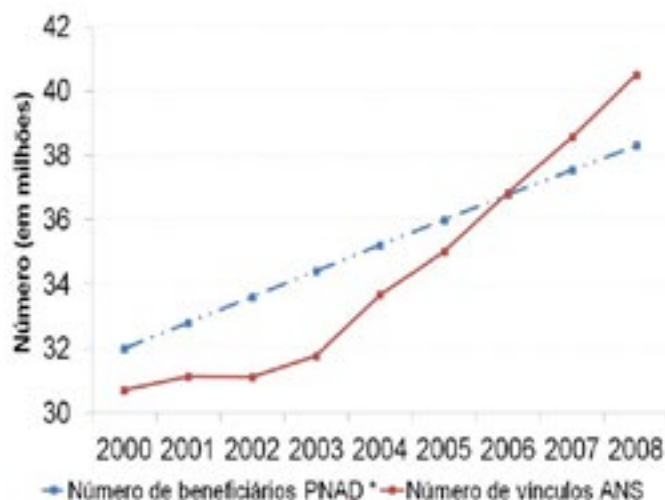
TERMO “BENEFICIÁRIOS”

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 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. 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