

NACISS
Dezembro 2011

Sumário Executivo

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares: 47.008.888
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Set/11 a Set/10 (12 meses): 5,5%
 - 3º Tri/11 em relação ao 2º Tri/11: 0,2%; quase 80 mil novos beneficiários
- Taxa de crescimento (12 meses) do número de Beneficiários por tipo de contrato:
 - Coletivos: 7,4%
 - Individuais: 2,7%;
- Taxa de cobertura de plano de saúde de assistência médica: 24,6%
- Desempenho Econômico Financeiro (jan/11 até set/11):
 - Receita: R\$ 59,2 bi
 - Despesas Assistenciais: R\$ 49,0 bi
 - Sinistralidade: 82,8%
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 3º tri/11: 1.024
- ANÁLISE ESPECIAL: O número de estabelecimentos de saúde *per capita* é maior entre usuários de planos de saúde privados quando comparado ao SUS.

Planos médico-hospitalares Informações gerais

No 3º tri/11 o número de beneficiários em planos de assistência médica alcançou 47 milhões - um crescimento de 0,2% em relação ao trimestre anterior e 5,5% no acumulado em 12 meses. A taxa de crescimento anualizada retornou para valores próximos à média verificada entre janeiro de 2005 e setembro de 2011 (5,3%). Vale destacar que o crescimento do número de beneficiários havia alcançado 9,3% ao ano em março de 2011 - período marcado pelo aquecimento da economia do país.

O número de vínculos de beneficiários divulgado está sujeito a alterações, pois com mudanças no processo de envio da informação à ANS pelas operadoras, essas podem corrigir os números passados, como ocorreu neste trimestre: o número de beneficiários em jun/11 passou de 46,6 milhões divulgados no 2º tri/11 de para 46,9 milhões divulgados no 3º tri/11.

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 Capital X Interior	3
Planos médicos hospitalares: n.º de Operadoras	3
Planos médicos hospitalares: Informações econômico-financeiras	3
Planos odontológicos: n.º. beneficiários	4
Planos odontológicos: n.º. beneficiários por faixa etária	4
Planos odontológicos: n.º. beneficiários de beneficiários por tipo de contratação	4
Análise especial: Estabelecimentos de Saúde	5
Notas técnicas	5
Glossário	6

Assistência Médica		Nº. vínculos	3º Tri/11	12 Meses
Total		47.008.888	0,2	5,5
Contrato	Individual	9.656.863	-0,3	2,7
	Coletivo	36.152.682	0,5	7,4
	Empresarial	29.163.296	0,8	10,0
	Por Adesão	6.951.510	-0,9	-2,3
	ñ identificado	37.876	-1,3	-1,1
	Não Informado	1.199.343	-4,5	-18,7
Época do Contrato	Antigos	7.918.687	-1,7	-8,7
	Novos	39.090.201	0,6	9,0
Faixa Etária	0 a 18 anos	11.624.672	-1,0	3,4
	19 a 58 anos	29.822.783	0,7	6,6
	≥ 59 anos	5.554.869	0,1	4,1
Modalidade	Autogestão	5.321.857	-1,4	-2,8
	Cooperativa	16.922.032	0,1	6,4
	Filantropia	1.479.510	0,4	1,2
	Med.de Grupo	17.484.547	0,4	6,5
	Seguradora	5.800.942	1,3	9,6
Exclusivamente Odontológico		Nº. vínculos	3º Tri /11	12 Meses
Total		16.030.617	1,7	16,4
Contrato	Individual	2.815.947	3,6	21,3
	Coletivo	13.070.610	1,4	16,0
	Empresarial	10.177.509	2,0	23,1
	Por Adesão	2.663.532	-1,1	-3,7
	ñ identificado	229.569	-0,1	-1,3
	Não Informado	144.060	-3,5	-19,6
Época do Contrato	Antigos	403.808	-1,6	-13,3
	Novos	15.626.809	1,8	17,5
Faixa Etária	0 a 18 anos	3.500.886	-0,3	13,3
	19 a 58 anos	11.781.177	2,2	17,2
	≥ 59 anos	746.161	3,7	19,6

Fonte: ANS - Tabnet - Pesquisado em 14/dez/11; Elaboração: IESS

NACISS
Dezembro 2011

Planos médico-hospitalares: tipo e época de contratação

O número de beneficiários em planos coletivos continua crescendo a taxas acima da média de mercado, porém com diminuição no ritmo. O número de beneficiários de planos coletivos por adesão continuam em queda, desde a entrada em vigor da RN 195 (agosto/09) e da IN 22 (novembro/09), que dificultou a entrada de beneficiários não ligados às associações e entidades de classe. Para os planos individuais houve uma ligeira redução do número de beneficiários (-0,3%) no trimestre.

O desempenho do mercado de saúde suplementar pode estar relacionado ao momento econômico do país. A economia brasileira estagnou no 3º tri de 2011, ou seja, não houve crescimento no 3º tri em relação ao 2º tri, segundo o IBGE. Entretanto, a taxa de desemprego nas regiões metropolitanas (PME/IBGE) está no seu mais baixo nível para o período desde o início da série (5,8%), o que explica o desempenho positivo do mercado de planos coletivos empresariais. Por outro lado, a renda média real da população ocupada teve variação muito próxima de zero no 3º tri/11 em relação ao 2º tri/11 (0,02%), reflexo da taxa de inflação, que compromete a renda disponível. Este cenário pode estar relacionado ao fraco desempenho do mercado de planos individuais.

O número de beneficiários de planos antigos tem diminuído a taxas elevadas (-8,7% no acumulado em 12 meses), apesar de ter diminuído menos neste 3º tri/11 (-1,7%), em relação ao trimestre anterior (-3,6%). Espera-se que essa tendência de decréscimo continue em 2012, resultado da RN 254, que incentiva a adaptação e

Tabela 1: Taxas de crescimento do nº de beneficiários

	Período	Nº de Beneficiários	Δ% 12 meses	Δ% 3 meses
Total	set/10	44.552.376		
	jun/11	46.928.969		
	set/11	47.008.888	5,5	0,2
Individual	set/10	9.406.235		
	jun/11	9.682.585		
	set/11	9.656.863	2,7	-0,3
Coletivo	set/10	33.670.140		
	jun/10	35.989.873		
	set/11	36.152.682	7,4	0,5
Empresarial	set/10	26.519.407		
	jun/11	28.936.007		
	set/11	29.163.296	10,0	0,8
Adesão	set/10	7.112.455		
	jun/11	7.015.502		
	set/11	6.951.510	-2,3	-0,9
Não identificado	set/10	38.278		
	jun/11	38.364		
	set/11	37.876	-1,1	-1,3

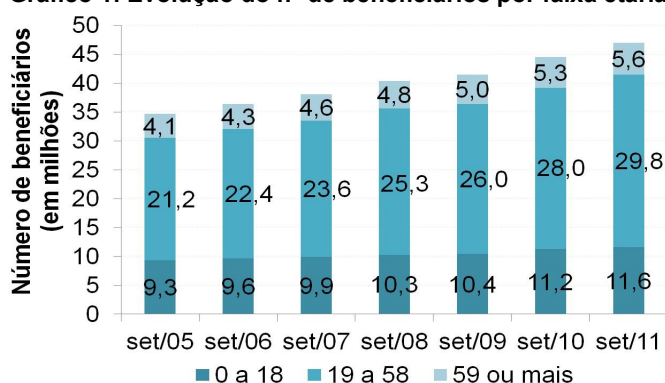
Tabela 2: Taxas de crescimento do nº de beneficiários

	Período	Nº de Beneficiários	Δ% 12 meses	Δ% trimestre
Total	set/10	44.552.376		
	jun/11	46.928.969		
	set/11	47.008.888	5,5	0,2
Antigos	set/10	8.674.212		
	jun/10	8.056.092		
	set/11	7.918.687	-8,7	-1,7
Novos	set/10	35.878.164		
	jun/11	38.872.877		
	set/11	39.090.201	9,0	0,6

Planos médico-hospitalares: faixa etária

Para a análise do perfil etário, os beneficiários foram divididos em 3 faixas etárias: 0 a 18 anos, 19 a 58 anos e 59 anos ou mais. A faixa etária de 0 até 18 anos tem perdido representatividade relativa, apesar do crescimento em número absoluto: 3,4% nos últimos 12 meses. A faixa etária de 19 a 58 anos é a que mais cresce, 6,6% nos últimos 12 meses, impulsionada pelo crescimento dos planos coletivos empresariais. E a faixa a partir de 59 anos, com crescimento de 4,1%, tem mantido sua representatividade relativa.

Gráfico 1: Evolução do nº de beneficiários por faixa etária



NACISS
Dezembro 2011

Planos médico-hospitalares: Pólos econômicos x Interior

O mercado de planos de saúde se concentra nas regiões de maior atividade econômica, como capitais, regiões metropolitanas e pólos industriais: 71,5% dos beneficiários estão nessas regiões.

O Rio de Janeiro, dentre os estados compreendidos na pesquisa PME do IBGE, é o único que apresenta taxa de crescimento no interior maior do que pólos econômicos (9,3% contra 4,5%), o que denota uma interiorização do mercado de saúde suplementar neste estado. Em São Paulo e em Minas Gerais o crescimento é mais que o dobro nas regiões de concentração econômica em relação ao interior.

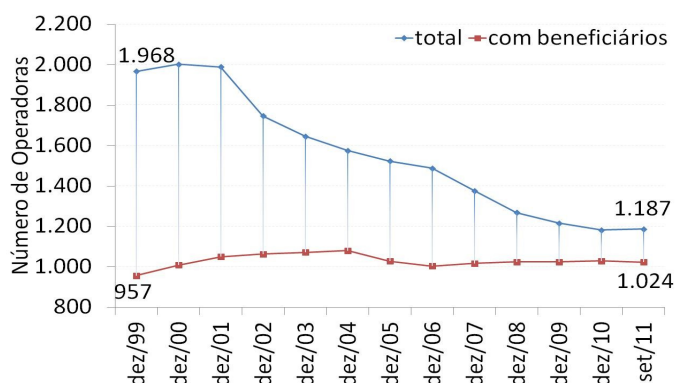
Tabela 3: Taxas de crescimento do nº de beneficiários de acordo com regiões dos Estados da PME/IBGE

Estado	Crescimento acumulado em 12 meses (em %)		beneficiários no Interior
	Interior	Pólos econômicos	% do total (set/11)
BA	3,0	4,5	35,8
MG	4,0	9,6	50,8
PE	6,2	7,3	13,6
RJ	9,3	4,5	18,7
RS	4,5	5,6	23,0
SP	2,1	5,5	31,3
Brasil	4,8	5,8	28,5

Planos médico-hospitalares: número de Operadoras

O número total de operadoras médico-hospitalares cresceu no 3º trimestre após 34 novos registros e 30 cancelamentos de operadoras no período. Contudo, o número de operadoras com beneficiários decresceu em relação ao 2ºTri11, passando de 1037 para 1024. Ainda assim, o setor de saúde suplementar continua competitivo, segundo a medida de concentração "C4". Segundo essa medida, quando as 4 maiores empresas possuem menos de 70% do mercado, este é considerado competitivo. Na saúde suplementar 70% dos beneficiários estão distribuídos em 107 operadoras.

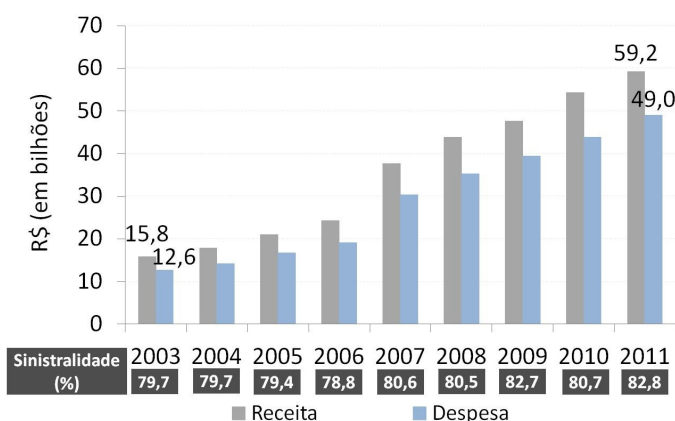
Gráfico 2: Evolução do nº de Operadoras médico-hospitalares



Planos médico-hospitalares: informações econômico-financeiras

Até setembro de 2011, as operadoras médico-hospitalares arrecadaram R\$ 59,2 bi e pagaram R\$ 49,0 bi em despesas com assistência médica. A sinistralidade fechou o 3º tri/11 em 82,8%, 2,1 pontos percentuais acima da sinistralidade do mesmo período em 2010 e 1,4 ponto percentual maior em relação ao fechamento em jun/11. Este aumento pode ser resultado de um aumento da frequência de utilização, do preço médio dos procedimentos ou de uma defasagem da mensalidade média. Em relação à epidemiologia, neste período não houve mudanças significativas que pudessem interferir no volume de despesas. As despesas administrativas são publicadas apenas anualmente.

Gráfico 3: Evolução das receitas, despesas e sinistralidade de operadoras médico-hospitalares até 3º Tri do ano



NACISS
Dezembro 2011

Planos Odontológicos Número de beneficiários

O número de beneficiários em planos odontológicos atingiu a marca de 19.754.815 em setembro de 2011, com um crescimento de 0,8% em relação ao trimestre anterior. Esses vínculos são, em sua maioria, de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que cresceram 2,3% no mesmo período e somam 16.030.617 beneficiários. A desaceleração do crescimento de planos exclusivamente odontológicos pode ser também reflexo da estagnação na economia. Os demais beneficiários estão em planos que possuem cobertura odontológica conjuntamente com a assistência médica. Para estes, o número de vínculos de beneficiários apresentou uma queda de 4,7% em relação ao 2º trimestre, o maior decréscimo dos últimos 4 trimestres.

Tabela 4: Número de beneficiários de planos odontológicos segundo contratação

Período	Exclusivamente odontológica	Odontológica com assistência médica	Total
set/10	13.770.280	3.919.034	17.544.303
dez/10	14.448.890	3.988.106	18.309.254
mar/11	15.114.574	4.072.120	19.054.832
jun/11	15.763.319	4.060.322	19.588.379
set/11	16.030.617	3.868.258	19.754.815

Tabela 5: Variação trimestral (%) do número de beneficiários de planos odontológicos segundo contratação

Período	Exclusivamente odontológica	Odontológica com assistência médica	Total
dez/10	5,1	1,8	4,4
mar/11	4,6	2,1	4,1
jun/11	3,6	-0,3	2,8
set/11	2,3	-4,7	0,8

Planos Odontológicos: beneficiários por faixa etária

O número de vínculos de beneficiários entre 19 e 58 anos apresentou a maior taxa de crescimento neste 3º tri. Os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos são predominantemente adultos em idade ativa (73,0%). Para os planos odontológicos com cobertura para assistência médica a proporção de beneficiários em idade ativa é menor (58,2%), enquanto a proporção de beneficiários com mais de 59 anos é maior (17,9%). Este resultado denota que os beneficiários que possuem planos odontológicos vinculado a planos médicos tem um padrão etário mais envelhecido.

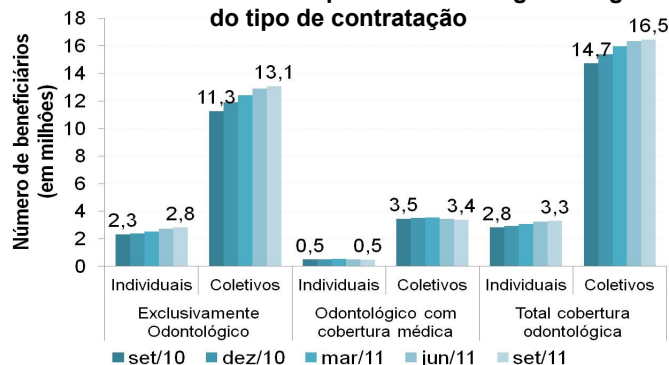
Tabela 6: Beneficiários de planos odontológicos por forma de contratação e faixa etária

Tipo de plano	Faixa etária (anos)	Número de beneficiários no Período		Δ trim. Set/11 (%)	% do total
		jun/11	set/11		
Exclusivamente odontológica	0 a 18	3.512.676	3.500.886	-0,3	21,8
	19 a 58	11.528.937	11.781.177	2,2	73,5
	≥ 59	719.193	746.161	3,7	4,7
Odontológica com assistência médica	0 a 18	893.174	855.599	-4,2	23,0
	19 a 58	2.219.830	2.171.650	-2,2	58,3
	≥ 59	711.130	696.037	-2,1	18,7
Total	0 a 18	4.405.850	4.356.485	-1,1	22,1
	19 a 58	13.748.767	13.952.827	1,5	70,6
	≥ 59	1.430.323	1.442.198	0,8	7,3

Planos Odontológicos: beneficiários por tipo de contratação

Os beneficiários de planos odontológicos estão concentrados em contratos coletivos - 82,3% dos beneficiários estão nesta condição. Porém, o tipo de contratação que mais cresceu foi a individual (3,6%), entre os planos exclusivamente odontológicos. Enquanto os planos coletivos empresariais cresceram 2,0% no 3º tri/11 e os por adesão decresceram -1,1%, para o mesmo período.

Gráfico 4: Beneficiários de planos odontológicos segundo tipo de contratação



NACISS
Dezembro 2011

Análise Especial - Estabelecimentos de Saúde

A análise especial deste caderno compara o número de estabelecimentos de saúde que atende a planos de saúde e ao SUS a cada 100.000 usuários da sua população. Considerando 47 milhões de beneficiários e 190,8 milhões de brasileiros, há 34,9 estabelecimentos de atendimento ambulatorial por 100.000 usuários do SUS, enquanto essa relação para planos privados de saúde é de 188,9 estabelecimentos por 100.000 beneficiários. O número de estabelecimentos por usuário é sempre maior no sistema de saúde suplementar em comparação ao SUS, exceto para as unidades de Urgência.

Tabela 7: Relação de número de estabelecimento para cada 100.000 usuários segundo tipo de atendimento

Tipo de atendimento	SUS	Plano de Saúde Privado
Ambulatorial	34,9	188,9
Internação	3,1	4,2
Diagnose e Terapia	11,8	30,7
Urgência	3,8	3,6

Fonte: Tabela 26 do Caderno de Informações de Saúde Suplementar (p.39).
Elaboração: IESS

Notas técnicas

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - **Caderno de Informações de Saúde Suplementar** de junho de 2011, disponível em www.ans.gov.br.

Tabnet/ANS. Acesso em 15 de dezembro de 2011.

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

Interiorização

Para a análise de interiorização contida nesta nota foram considerados aqueles beneficiários que não fazem parte de planos da capital, região metropolitana ou pólos. O pólo de Petrolina e Juazeiro foi considerado pertencente ao Estado de Pernambuco. 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 determi-

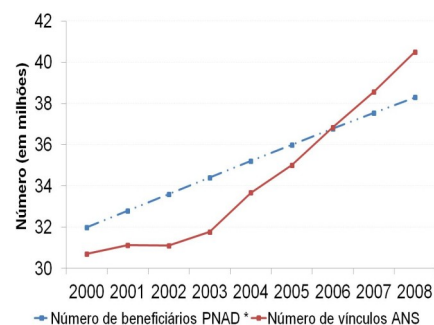
nada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

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



*valores estimados de 2000 a 2007

EQUIPE

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo

Francine Leite
Pesquisadora

Marcos Paulo Novais Silva
Pesquisador

Amanda Reis A. Silva
Pesquisadora

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004
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/Naciss19eddez11.pdf>

NACISS
Dezembro 2011

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.