

NACISS
Maio 2012

Sumário Executivo

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares: 47.611.636;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Dez/11 em relação a Dez/10 (12 meses): 4,2%; 1.922.947 novos vínculos
 - 4º Tri/11 em relação ao 3º Tri/11: 1,0%; mais de 480 mil novos beneficiários;
- Taxa de crescimento (12 meses) do número de Beneficiários por tipo de contrato:
 - Coletivos: 5,8%; 2.010.145 novos vínculos
 - Individuais: 1,9%; 185.665 novos vínculos
- Taxa de cobertura de plano de saúde de assistência médica: 24,9%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (jan/11 até dez/11):
 - Receita: R\$ 81,4 bi;
 - Despesas Assistenciais: R\$ 67,1 bi;
 - Sinistralidade: 82,4%;
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 4º tri/11: 1.016;
- ANÁLISE ESPECIAL: Dentro das despesas médico hospitalares (R\$ 66,2 bi), 18,1% foram utilizados para consultas, 21,7% para exames, 4,8% para Terapias, 41,3% para internações, 7,0% para outros atendimentos ambulatoriais e 7,2% para demais despesas.

Planos médico-hospitalares Informações gerais

No 4º tri/11 o número de beneficiários em planos de assistência médica alcançou 47,6 milhões - um crescimento de 1,0% em relação ao trimestre anterior e 4,2% no acumulado em 12 meses. A taxa de crescimento anualizada tem desacelerado nos últimos 2 trimestres, retomando os índices de até o 1º semestre de 2010.

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 set/11 passou de 47,0 milhões divulgados no 3º tri/11 para 47,1 milhões divulgados no 4º tri/11: uma variação de 0,2%, ou pouco mais de 100 mil beneficiários.

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 por tipo de plano	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	Δ% 4º Tri /11	Δ% 12 Meses
Total		47.611.636	1,0	4,2
Contrato	Individual	9.736.272	0,2	1,9
	Coletivo	36.751.504	1,5	5,8
	Empresarial	29.781.505	1,9	8,2
	Por Adesão	6.932.439	-0,2	-3,5
	ñ identificado	37.560	-0,6	0,2
	Não Informado	1.123.860	-5,0	-19,5
Época do Contrato	Antigos	7.795.684	-1,3	-8,9
	Novos	39.815.952	1,5	7,2
Faixa Etária	0 a 18 anos	11.623.872	-0,3	1,0
	19 a 58 anos	30.317.887	1,5	5,6
	≥ 59 anos	5.663.465	1,5	4,0
Modalidade	Autogestão	5.329.172	-0,3	-4,4
	Cooperativa	17.102.411	0,7	5,0
	Filantropia	1.512.713	1,4	2,1
	Med.de Grupo	17.835.317	1,3	5,0
	Seguradora	5.832.023	2,3	8,8
Exclusivamente Odontológico		Nº. vínculos	Δ% 4º Tri /11	Δ% 12 Meses
Total		16.805.450	2,7	14,8
Contrato	Individual	2.903.932	2,0	20,8
	Coletivo	13.763.061	2,9	13,9
	Empresarial	10.850.127	3,6	19,1
	Por Adesão	2.683.181	0,7	-2,0
	ñ identificado	229.753	0,1	0,1
	Não Informado	138.457	-3,3	-12,3
Época do Contrato	Antigos	502.823	-0,2	0,7
	Novos	16.302.627	2,8	15,3
Faixa Etária	0 a 18 anos	3.543.602	0,5	8,6
	19 a 58 anos	12.468.397	3,3	16,3
	≥ 59 anos	791.133	4,6	20,4

Fonte: ANS - Tabnet - Pesquisado em 26/mar/2012; Elaboração: IESS

NACISS
Maio 2012

Planos médico-hospitalares: tipo e época de contratação

O número de beneficiários em planos coletivos, apesar da diminuição no ritmo, continua crescendo a taxas acima da média do mercado. O número de beneficiários de planos coletivos por adesão continua 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 retomada do aumento do número de beneficiários (0,2%) no trimestre.

O desempenho do mercado de saúde suplementar pode estar relacionado ao momento econômico do país: o saldo entre contratados e demitidos formais em 2011 foi de 1,9 milhões. Além disso, a taxa de desemprego tem atingido níveis historicamente baixos. Esses resultados podem favorecer o mercado de saúde suplementar com o aumento do número de beneficiários em planos coletivos. Outro fator positivo é principalmente o aumento da massa de rendimento (resultante do nº de pessoas empregadas e dos salários) registrada pela PME nas 6 principais regiões metropolitanas (3,9%). O rendimento da população tem maior impacto no nº de beneficiários de contratos do tipo individual.

O número de beneficiários de planos antigos tem diminuído a taxas elevadas (-8,9% no acumulado em 12 meses), apesar de ter diminuído no mesmo ritmo neste 4º tri/11 (-1,5%), em relação ao trimestre anterior (-1,7%). Espera-se que essa tendência de decréscimo continue em 2012, resultado da RN 254, que incentiva a adaptação e migração de contratos antigos.

Tabela 1: Taxas de crescimento do nº de beneficiários

	Período	Nº de Beneficiários	Δ% 12 meses	Δ% 3 meses
Total	dez/10	45.688.689		
	set/11	47.123.210		
	dez/11	47.611.636	4,2	1,0
Individual	dez/10	9.550.607		
	set/11	9.718.915		
	dez/11	9.736.272	1,9	0,2
Coletivo	dez/10	34.741.359		
	set/11	36.220.780		
	dez/11	36.751.504	5,8	1,5
Empresarial	dez/10	27.517.097		
	set/11	29.237.041		
	dez/11	29.781.505	8,2	1,9
Adesão	dez/10	7.186.779		
	set/11	6.945.959		
	dez/11	6.932.439	-3,5	-0,2
Não identificado	dez/10	37.483		
	set/11	37.780		
	dez/11	37.560	0,2	-0,6

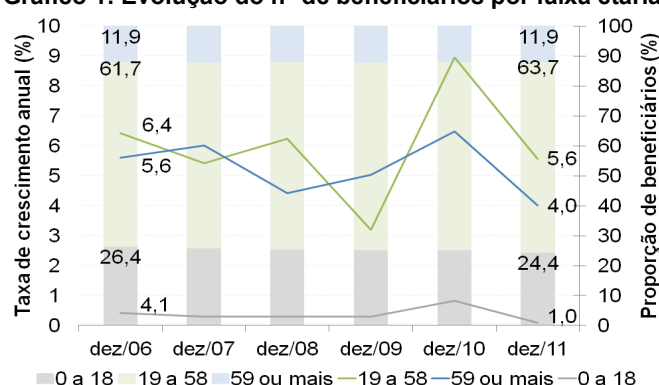
Tabela 2: Taxas de crescimento do nº de beneficiários

	Período	Nº de Beneficiários	Δ% 12 meses	Δ% trimestre
Total	dez/10	45.688.689		
	set/11	47.123.210		
	dez/11	47.611.636	4,2	1,0
Antigos	dez/10	8.561.250		
	set/11	7.901.150		
	dez/11	7.795.684	-8,9	-1,3
Novos	dez/10	37.127.439		
	set/11	39.222.060		
	dez/11	39.815.952	7,2	1,5

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 o ritmo de crescimento e a representatividade relativa. A faixa etária de 19 a 58 anos é a que mais cresce, 5,6% nos últimos 12 meses, impulsionada pelo crescimento dos planos coletivos empresariais. E a faixa a partir de 59 anos, com crescimento de 4,0%, tem mantido sua representatividade relativa.

Gráfico 1: Evolução do nº de beneficiários por faixa etária



NACISS
Maio 2012

Planos médico-hospitalares: Regiões Metropolitanas x Interior

O mercado de planos de saúde se concentra nas regiões de maior atividade econômica, como capitais e regiões metropolitanas, que concentram 69,4% dos beneficiários.

Dentre os estados compreendidos na pesquisa PME do IBGE, Bahia, Pernambuco e Rio de Janeiro apresentam taxa de crescimento no interior maior do que na Região Metropolitana, o que denota uma interiorização do mercado de saúde suplementar nesses estados. Em São Paulo e em Minas Gerais o crescimento é mais que o dobro na região metropolitana em relação ao interior. Vale ressaltar que para São Paulo foram consideradas as três regiões metropolitanas do estado conforme as informações disponibilizadas pela ANS.

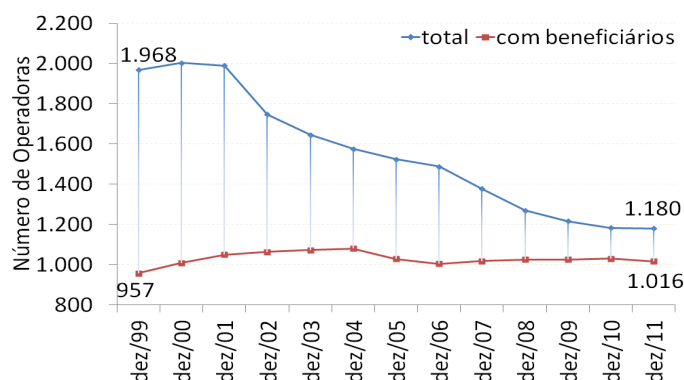
Tabela 3: Taxas de crescimento do nº de beneficiários de acordo com regiões dos Estados da PME/IBGE

Estado	Crescimento acumulado em 12 meses (em %)			% do total (dez11)
	Interior	Região Metropolitana	Total	
BA	1,6	1,3	1,4	36,1
MG	3,1	8,0	5,5	50,5
PE	6,2	5,2	5,3	13,9
RJ	7,7	2,9	3,8	18,8
RS	4,0	4,1	4,1	22,8
SP	1,3	4,9	3,7	31,1
Brasil	3,4	4,5	4,2	28,4

Planos médico-hospitalares: número de Operadoras

A Saúde Suplementar encerrou o ano com um saldo de 3 registros de operadoras médico-hospitalares canceladas (40 registros e 43 cancelamentos). Ao se considerar apenas as OPS com beneficiários, entre dezembro de 2010 e 2011 houve 14 cancelamentos de operadoras médico-hospitalares com beneficiários. Apesar desse decréscimo, o número de operadoras com beneficiários é de 1.016, o que torna a média do número de beneficiários por operadora baixo: pouco mais de 46,9 mil beneficiários para cada operadora.

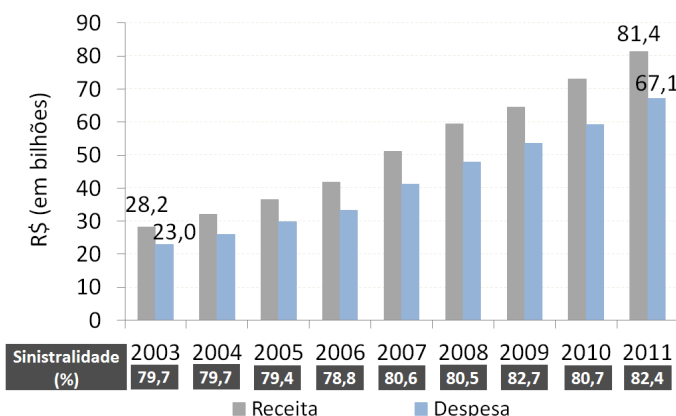
Gráfico 2: Evolução do nº de Operadoras médico-hospitalares



Planos médico-hospitalares: informações econômico-financeiras

Até dezembro de 2011, as operadoras médico-hospitalares arrecadaram R\$ 81,4 bi e pagaram R\$ 67,1 bi em despesas com assistência médica. A sinistralidade fechou o 4º tri/11 em 82,4%, 1,3 pontos percentuais acima da sinistralidade do mesmo período em 2010. A receita média mensal das operadoras médico-hospitalares foi de R\$ 142,44 por beneficiário e, o gasto per capita mensal por beneficiário foi de R\$ 117,43 (considerando o número de beneficiários em dez/11).

Gráfico 3: Evolução das receitas, despesas e sinistralidade de operadoras médico-hospitalares até 4º Tri do ano



NACISS
Maio 2012

Planos Odontológicos

Número de beneficiários

O número de beneficiários em planos odontológicos atingiu a marca de 20.698.139 no 4º trimestre de 2011, com um crescimento de 2,2% em relação ao trimestre anterior. Esses vínculos são, em sua maioria (81,2%), de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que cresceram 2,7% no mesmo período e somam 16.805.450 beneficiários. Os demais beneficiários estão em planos que possuem cobertura odontológica conjuntamente com a assistência médica. Para estes, o número de vínculos de beneficiários apresentou um discreto aumento de 0,2% em relação ao 3º trimestre, após decréscimo em 2 trimestres consecutivos.

Tabela 4: Número de beneficiários de planos odontológicos segundo contratação

Período	Exclusivamente odontológica	Odontológica com assistência médica	Total
set/10	14.642.659	4.036.589	18.679.248
dez/10	15.323.148	4.112.802	19.435.950
mar/11	16.014.717	3.990.750	20.005.467
jun/11	16.358.503	3.886.843	20.245.346
set/11	16.805.450	3.892.689	20.698.139

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

Período	Exclusivamente odontológica	Odontológica com assistência médica	Total
mar/11	4,6	1,9	4,1
jun/11	4,5	-3,0	2,9
set/11	2,1	-2,6	1,2
dez/11	2,7	0,2	2,2

Planos Odontológicos: beneficiários por tipo de contratação

Os beneficiários de planos odontológicos estão concentrados em contratos coletivos. Nos planos exclusivamente odontológicos, 81,9% dos beneficiários pertencem a planos coletivos e nos com assistência médica essa proporção é de 87,6%. 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 3ºtri/11 e os por adesão decresceram -1,1%, para o mesmo período.

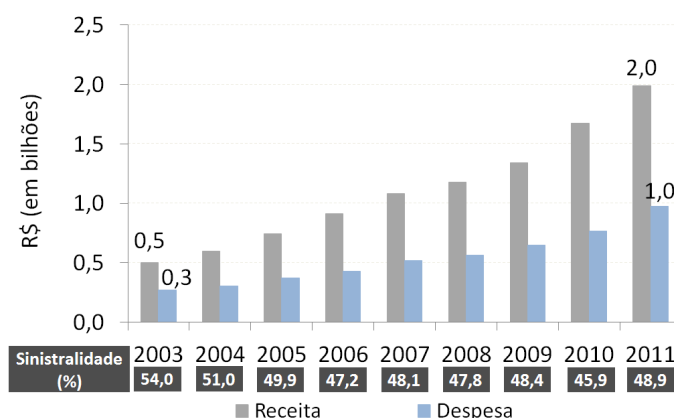
Tabela 7: Proporção (%) de Beneficiários de planos odontológicos segundo forma de contratação e faixa etária

Época de contratação	Anterior à Lei	Exclusivamente Odontológico	Odontológico com Assistência Médica
Anterior à Lei	3,0	46,2	
Posterior à Lei	97,0	53,8	
Tipo de Contratação*	Individual	17,3	12,4
Coletivo	81,9	87,6	

*0,8% não identificado entre os planos exclusivamente odontológicos

Planos Odontológicos: receita e despesa

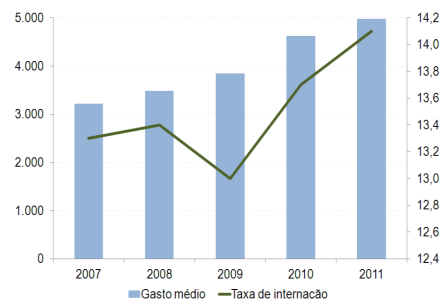
Até dezembro de 2011, as operadoras exclusivamente odontológicas arrecadaram R\$ 2,0 bi e pagaram R\$ 1,0 bi em despesas com assistência odontológica. A sinistralidade fechou o 4º tri/11 em 48,9%, 3,1 pontos percentuais acima da sinistralidade do mesmo período em 2010, o que pode ser reflexo do aumento do rol de procedimentos odontológicos.

Gráfico 4: Evolução das receitas, despesas e sinistralidade de operadoras exclusivamente odontológicas até 4º Tri


Análise Especial - Despesas por grupos de serviços de Saúde

A análise especial deste caderno aponta a distribuição das despesas assistenciais conforme os principais grupos de atendimentos prestados. Do total das despesas das operadoras médico-hospitalares, 98,6% foi com despesas médico-hospitalares e 1,4% com despesas odontológicas. Dentro das despesas médico hospitalares (R\$ 66,2 bi), 18,1% foram utilizados para consultas, 21,7% para exames, 4,7% para Terapias, 41,3% para internações, 7,0% para outros atendimentos ambulatoriais e 7,2% para demais despesas. As internações, responsáveis pela maior despesa, têm apresentado um aumento em sua taxa de utilização (total de internações/total de beneficiários) e também no gasto médio por evento (total de gastos/total de internações). Tanto o aumento do gasto médio quanto da utilização podem contribuir para o aumento dos custos médico-hospitalares.

Gráfico 5: Evolução da taxa de internação e gasto médio por evento



Fonte: Tabela 22 do Caderno de Informações de Saúde Suplementar (p.40).
Elaboração: IESS

Notas técnicas

Referências

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

Tabnet/ANS. Acesso em 26 de março de 2012.

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-

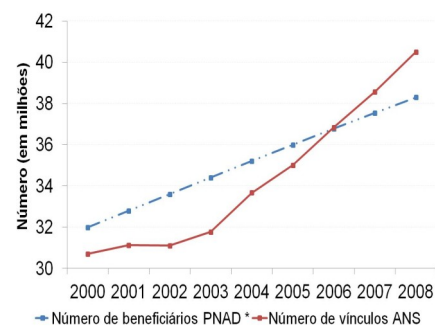
nada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

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/Naciss20edmai12.pdf>

NACISS
Maio 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.