

Agência Nacional de Saúde Suplementar

junho de 2017

Caderno de Informação da Saúde Suplementar:

Beneficiários, Operadoras e Planos



RIO DE JANEIRO
2017



junho de 2017

Caderno de Informação da Saúde Suplementar:

Beneficiários, Operadoras e Planos



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação – GEPIN/DIDES

ISSN 1981-3627
ISSN online 1981-0962

**CADERNO DE INFORMAÇÃO
DA SAÚDE SUPLEMENTAR:**
beneficiários,
operadoras e planos

Rio de
Janeiro

ano 11, n. 2 p.1-64

junho
2017



2017. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página www.ans.gov.br

Versão online

Elaboração, distribuição e informações

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES
Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação – GEPIN/DIDES
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20.021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel.: +55(21) 2105-0000
Disque ANS 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria de Fiscalização – DIFIS
Diretoria de Gestão – DIGES
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Coordenação

Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação – GEPIN/DIDES

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Fotografia (capa) – istock photos

Normalização

Biblioteca/CGECO/GEQIN/DIRAD/DIGES

Ficha Catalográfica

Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico] : beneficiários, operadoras e planos. – Ano 1, n. 2 (mar. 2007). – Rio de Janeiro : ANS, ano 11, n. 1 (jun.) 2017-1MB ; ePUB.

Trimestral.

Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>>.

Título anterior: Caderno de informação de beneficiários, operadoras e planos: dados do setor.

Publicação renumerada a partir de 2015, com indicação de ano e fascículo.

O exemplar de dezembro de 2016 representa o ano 11, n. 1 da coleção.

ISSN 1981-3627. – ISSN online 1981-0962.

1. Saúde suplementar. I. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação.

CDD 368.382

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – dezembro/2000 – março/2017)	14
Gráfico 2	Taxa de crescimento anual do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - março/2013-março/2017)	16
Gráfico 3	Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - março/2012- março/2017)	17
Gráfico 4	Número-índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora (Brasil - março/2012-março/2017)	18
Gráfico 5	Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil – março/2004 – março/2017)	19
Gráfico 6	Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2017)	21
Gráfico 7	Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil - março/2012-março/2017)	21
Gráfico 8	Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano (Brasil - março/2012-março/2017)	22
Gráfica 9	Taxa de rotatividade dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano, segundo modalidade da operadora (Brasil - janeiro-março/2017)	25
Gráfico 10	Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-março/2017)	27
Gráfico 11	Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2017)	28
Gráfico 12	Distribuição dos beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - setembro/2016)	29
Gráfico 13	Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)	32
Gráfico 14	Taxa de sinistralidade das operadoras exclusivamente odontológicas, por modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)	32
Gráfico 15	Índice combinado saúde das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)	33
Gráfico 16	Índice combinado saúde das operadoras exclusivamente odontológicas, por modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)	33
Gráfico 17	Demandas dos consumidores, por classificação do atendimento (Brasil - janeiro-março/2010-janeiro-março/2017)	39
Gráfico 18	Distribuição percentual de reclamações por tema da demanda (Brasil - janeiro-março/2016 e janeiro-março/2017)	41
Gráfico 19	Distribuição percentual de demandas NIP, por natureza da demanda (Brasil - janeiro-março/2016 e janeiro-março/2017)	41
Gráfico 20	Distribuição percentual de demandas NIP, por natureza da demanda (Brasil - janeiro-março/2016 e janeiro-março/2017)	42

Gráfico 21	Demandas NIP assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2017)	43
Gráfico 22	Varição do PIB acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos novos (Brasil - 1º trimestre/2013 - 1º trimestre/2017)	45
Gráfico 23	Varição anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - 2004-2017)	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – dezembro/2000 – março/2017)	13
Tabela 2	Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – setembro/2015 – março/2017)	15
Tabela 3	Taxa de variação do número de beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – março/2016 – março/2017)	15
Tabela 4	Taxa de cobertura por cobertura assistencial do plano e localização, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação (Brasil - março/2017)	20
Tabela 5	Beneficiários de planos privados de assistência médica, por época de contratação do plano e sexo, segundo tipo de contratação do plano e faixas etárias (Brasil - março/2017)	23
Tabela 6	Beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos por época de contratação do plano e sexo, segundo tipo de contratação do plano e faixas etárias (Brasil - março/2017)	24
Tabela 7	Resumo do registro de operadoras (Brasil - março/2017)	27
Tabela 8	Planos privados de assistência médica com beneficiários por tipo de contratação, segundo época de contratação e abrangência geográfica (Brasil - março/2017)	30
Tabela 9	Planos privados de assistência médica com beneficiários por época de contratação, segundo número de beneficiários (Brasil - março/2017)	31
Tabela 10	Receitas e despesas, por modalidade das operadoras, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil - 1º trimestre 2017)	31
Tabela 11	Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo (Brasil - março/2017)	35
Tabela 12	Estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, segundo tipo de atendimento (Brasil - março/2017)	35
Tabela 13	Leitos para internação, por vínculo ao SUS, segundo localização (Brasil - março/2017)	36
Tabela 14	Reclamações por 100.000 beneficiários de planos privados de saúde, segundo Unidades da Federação (Brasil - janeiro-março/2017)	40
Tabela 15	Índices de preços selecionados (Brasil - março/2016-março/2017)	51
Tabela 16	Índices de preços – Expectativas de mercado	51

SUMÁRIO



Apresentação	9
Perfil do setor	11
Beneficiários	13
Operadoras e planos de saúde	27
Rede de serviços de saúde	35
Demandas dos consumidores e fiscalização	39
Aspectos macroeconômicos	45
Índices de preços selecionados	51
Normativos publicados de Outubro de 2016 a Dezembro de 2016	53
Participação da sociedade	55
Termos Técnicos	59

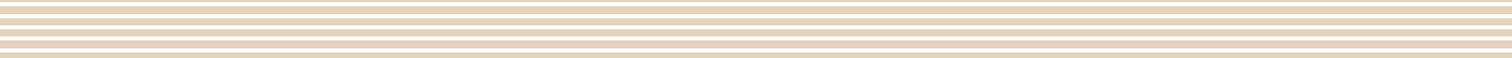
APRESENTAÇÃO

Iniciamos o primeiro trimestre de 2017 com 47,6 vínculos de beneficiários da saúde suplementar a planos de assistência médica com ou sem odontologia e 22,5 milhões a planos exclusivamente odontológicos. No último trimestre de 2016, houve redução de 134 mil vínculos no segmento médico, enquanto que no segmento odontológico houve crescimento de mais 490 mil vínculos.

O número de operadoras em atividade no setor chegou a 1.290 até março de 2017, das quais 1.076 operavam com beneficiários. Esse número permanece em queda gradual desde o início da série. Essas operadoras atuavam no mercado, neste primeiro trimestre, através de 33,9 mil planos de saúde ou produtos e tiveram receita de contraprestações de R\$ 42,6 bilhões no mesmo período.

Informações mais detalhadas e séries históricas sobre o setor de planos privados de assistência à saúde podem ser consultadas no sítio www.ans.gov.br, no menu Perfil do Setor por meio da Sala de Situação, do tabulador de dados ANS Tabnet, na apresentação Dados Consolidados da Saúde Suplementar, ou ainda transferidas em arquivos para serem processados pelos próprios usuários.

Boa leitura!



BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIOS

O Cadastro de Beneficiários fechou o primeiro trimestre de 2017 com 47,6 milhões de vínculos de beneficiários a planos privados de assistência médica e 22,5 milhões a planos exclusivamente odontológicos (Tabela 1 e Gráfico 1). Considerando o trimestre (março de 2017 em relação a dezembro de 2016), houve redução da ordem de 134 mil vínculos entre os planos de assistência médica com ou sem odontologia, ao passo que entre os planos exclusivamente odontológicos a diferença, para mais, no momento é superior a 490 mil vínculos no mesmo período.

Tabela 1 – Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – dezembro/2000 – março/2017)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	30.966.522	2.603.001
dez/01	31.420.006	3.062.681
dez/02	31.513.309	3.677.782
dez/03	32.074.667	4.325.568
dez/04	33.840.716	5.312.915
dez/05	35.441.349	6.204.404
dez/06	37.248.388	7.349.643
dez/07	39.316.313	9.164.386
dez/08	41.468.019	11.061.362
dez/09	42.561.398	13.253.744
dez/10	44.937.350	14.514.074
dez/11	46.025.814	16.669.935
dez/12	47.814.411	18.525.537
dez/13	49.435.589	19.569.252
dez/14	50.409.378	20.325.917
dez/15	49.259.250	21.162.599
dez/16	47.740.783	21.970.649
mar/17	47.606.341	22.468.131

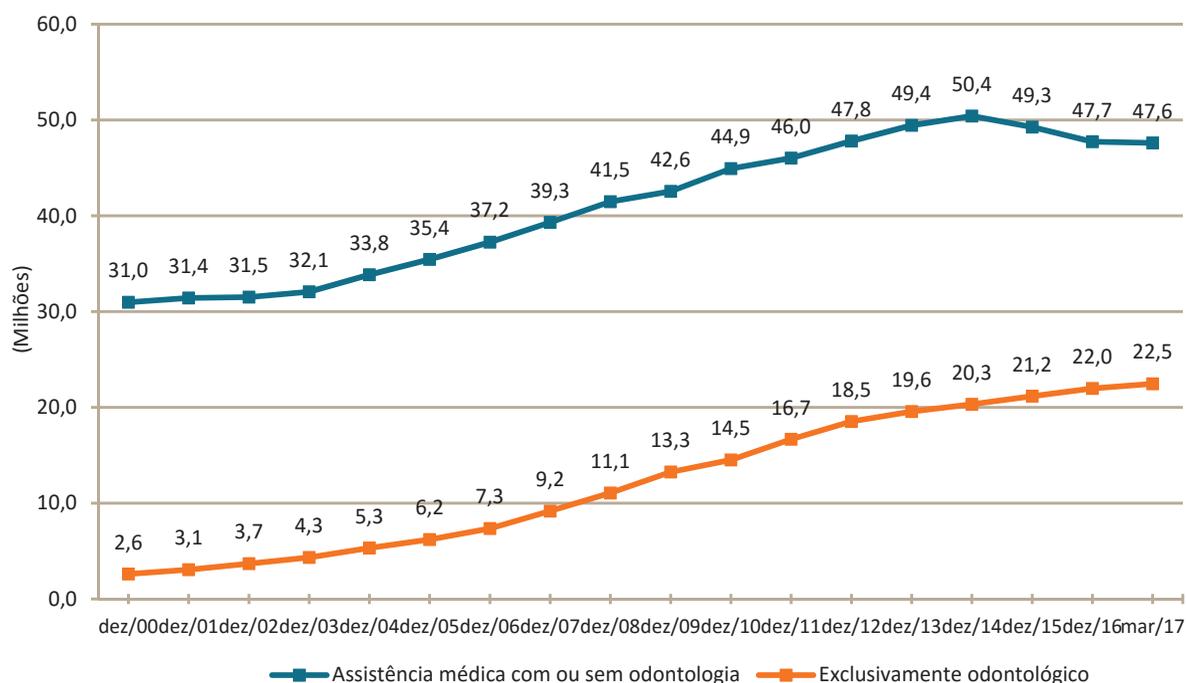
Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Gráfico 1 – Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – dezembro/2000 – março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Na Tabela 2 pode-se acompanhar a evolução do número de beneficiários de planos privados de assistência médica e dos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação, nos últimos cinco trimestres. Nos planos de assistência médica, o último trimestre atingiu a menor quantidade total de beneficiários. Analisando-se por tipo de contratação, verifica-se que todos os tipos de contratação médico-hospitalares apresentaram decréscimo. Inversamente, no que tange aos planos exclusivamente odontológicos, houve aumento no último período para todos os tipos de contratação.

Tabela 2 – Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – setembro/2015 – março/2017)

Cobertura assistencial do plano	Total	Coletivo				Individual	Não informado
		Total	Empresarial	Por adesão	Não identificado		
Assistência médica com ou sem odontologia							
mar/16	48.584.583	38.792.000	32.199.721	6.582.361	9.918	9.557.389	235.194
jun/16	48.340.488	38.612.376	32.009.868	6.592.596	9.912	9.498.507	229.605
set/16	48.005.850	38.351.780	31.813.367	6.529.267	9.146	9.434.848	219.222
dez/16	47.740.783	38.156.815	31.674.272	6.473.500	9.043	9.370.873	213.095
mar/17	47.606.341	38.053.573	31.591.360	6.453.413	8.800	9.344.440	208.328
Exclusivamente odontológico							
mar/16	20.870.602	17.241.801	15.408.065	1.829.578	4.158	3.583.961	44.840
jun/16	21.204.888	17.546.412	15.688.884	1.853.384	4.144	3.619.213	39.263
set/16	21.499.139	17.708.711	15.816.670	1.887.910	4.131	3.752.062	38.366
dez/16	21.970.649	17.986.205	16.082.581	1.899.553	4.071	3.947.039	37.405
mar/17	22.468.131	18.335.829	16.406.813	1.924.952	4.064	4.097.312	34.990

Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão..

A taxa de variação do número de beneficiários de planos de assistência médica foi negativa em todos os períodos apresentados na Tabela 3, sendo mais acentuada para o plano coletivo por adesão. A variação do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, por sua vez, apresenta-se positiva em todos os tipos de contratação no primeiro trimestre deste ano, com maior variação para o tipo de contratação individual.

Tabela 3 – Taxa de variação do número de beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – março/2016 – março/2017)

Cobertura assistencial do plano	Total	Coletivo				Individual	Não informado
		Total	Empresarial	Por adesão	Não identificado		
Assistência médica com ou sem odontologia							
Em um ano (mar/16- mar/17)	-2,01	-1,90	-1,89	-1,96	-11,27	-2,23	-11,42
No ano (dez/16 - mar/17)	-0,28	-0,27	-0,26	-0,31	-2,69	-0,28	-2,24
No trimestre (dez/16 - mar/17)	-0,28	-0,27	-0,26	-0,31	-2,69	-0,28	-2,24
Exclusivamente odontológico							
Em um ano (mar/16- mar/17)	7,65	6,35	6,48	5,21	-2,26	14,32	-21,97
No ano (dez/16 - mar/17)	2,26	1,94	2,02	1,34	-0,17	3,81	-6,46
No trimestre (dez/16 - mar/17)	2,26	1,94	2,02	1,34	-0,17	3,81	-6,46

Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.

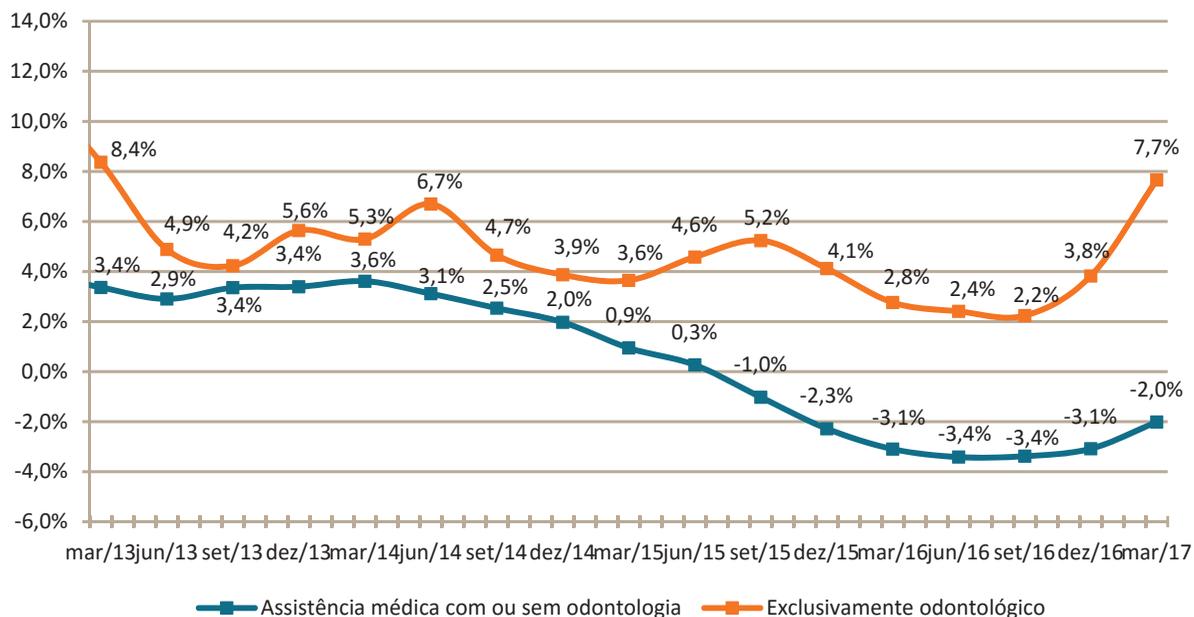
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

A taxa de crescimento anual do número de beneficiários entre os planos de assistência médica tem sofrido redução gradativa desde junho de 2014 (Gráfico 2) e, desde setembro de 2015, apresenta retração, embora menos acentuada no último trimestre de 2016 e no primeiro trimestre de 2017. Em contrapartida, entre os planos exclusivamente odontológicos as taxas de crescimento têm apresentado aumento no mesmo período.

Gráfico 2 - Taxa de crescimento anual do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - março/2013-março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.

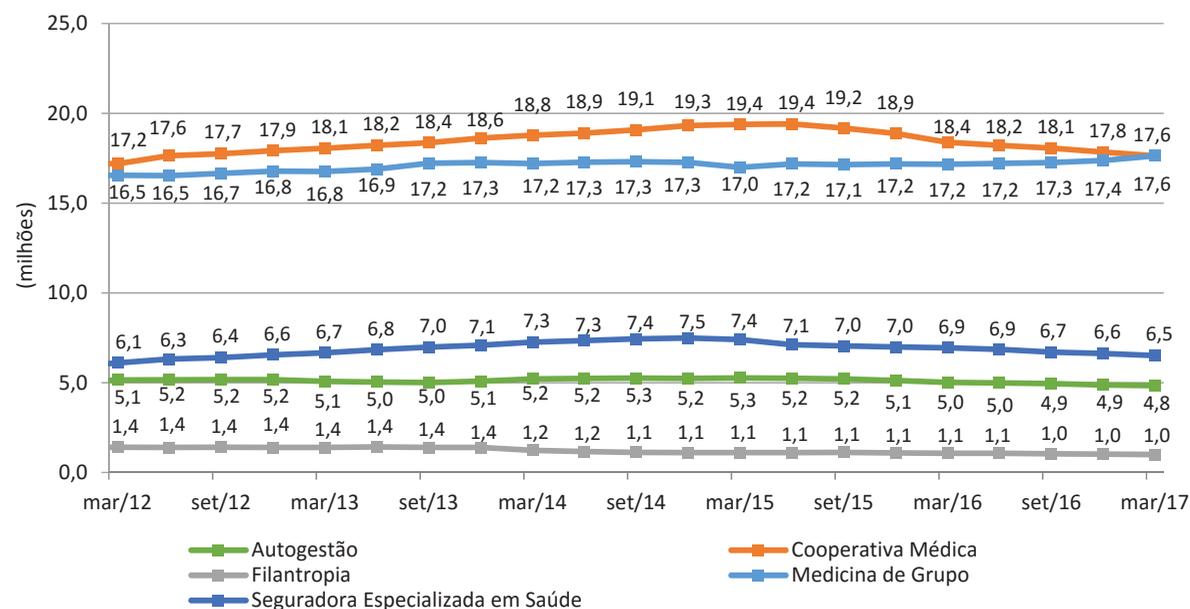
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Analisando-se a evolução dos beneficiários de acordo com a modalidade da operadora dos planos de assistência médica, pode-se observar que as cooperativas médicas, que regularmente apresentam o maior aumento no número de beneficiários, vêm experimentando redução desde setembro de 2015 (Gráfico 3). As demais modalidades sofreram pouca alteração no último trimestre.

Gráfico 3 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - março/2012- março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.

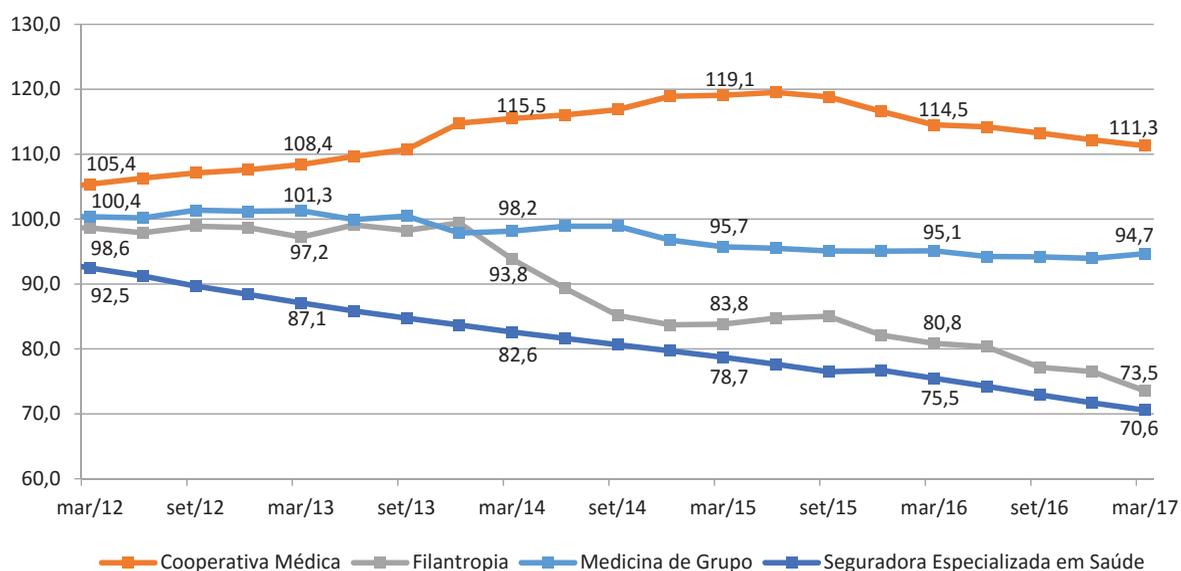
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Com relação aos beneficiários em planos individuais de assistência médica continua-se observando redução para todas as modalidades de operadoras (Gráfico 4), sendo mais acentuada entre as seguradoras especializadas em saúde e filantropias.

Gráfico 4 - Número-índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora (Brasil - março/2012-março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS -03/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

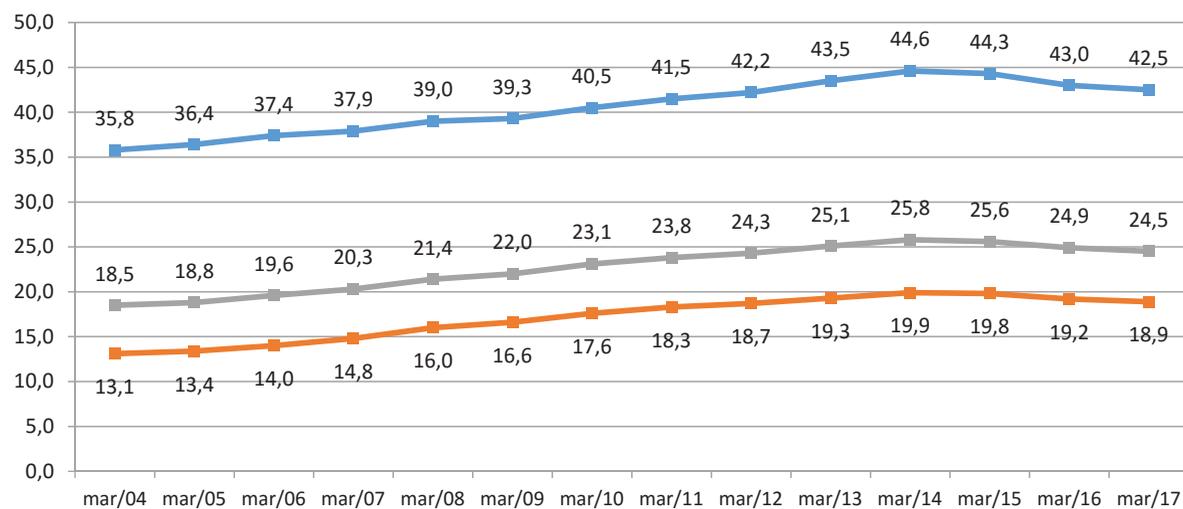
Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Base: março/2010 = 100.

3. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

A taxa de cobertura dos planos de assistência médica por localização em março de 2017, quando comparada com a de março de 2016, apresenta tendência decrescente. Isso se observa tanto entre as capitais quanto no interior (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil – março/2004 – março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017
 Nota: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Analisando-se as taxas de cobertura dos planos privados de assistência médica por grandes regiões e unidades da federação, nota-se que as regiões Sudeste e Sul têm as maiores coberturas – 35,8% e 24,9%, respectivamente (Tabela 4). Vitória é a capital com maior taxa de cobertura por planos de assistência médica, com 66,4% da população coberta. Quanto à cobertura de planos exclusivamente odontológicos, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas – 15,7% e 11,3%, respectivamente. No extremo oposto tem-se o caso dos estados da Região Norte, com destaque para o Acre, Tocantins e Roraima, que apresentam as menores taxas de cobertura tanto em planos de assistência médica como nos exclusivamente odontológicos.

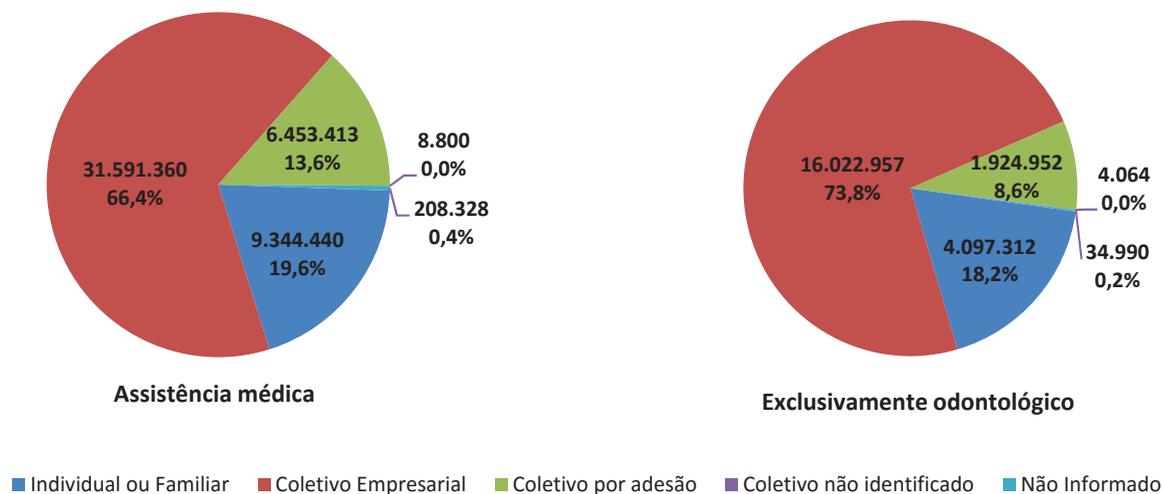
Tabela 4 - Taxa de cobertura por cobertura assistencial do plano e localização, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação (Brasil - dezembro/2016)

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Assistência médica com ou sem odontologia				Exclusivamente odontológico			
	Unidade da Federação	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior	Unidade da Federação	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior
Brasil	24,5	42,5	36,7	18,9	11,6	22,4	19,3	8,2
Norte	10,8	24,5	23,7	4,8	6,4	16,0	16,7	2,2
Rondônia	10,0	19,5	-	6,3	6,1	12,4	-	3,6
Acre	6,3	11,9	-	1,6	1,5	3,1	-	0,2
Amazonas	15,1	28,5	24,5	0,7	11,8	22,4	19,2	0,3
Roraima	6,5	10,0	-	0,5	1,8	2,7	-	0,2
Pará	10,4	30,5	25,9	5,9	5,6	18,7	16,5	2,7
Amapá	10,0	13,4	12,0	5,1	5,5	7,7	7,2	2,3
Tocantins	7,7	23,2	-	4,5	2,6	7,4	-	1,6
Nordeste	12,4	34,6	28,2	6,2	7,8	22,2	19,0	3,8
Maranhão	7,0	29,9	23,4	2,8	2,6	11,9	9,1	0,9
Piauí	9,3	27,4	23,1	2,9	2,1	6,8	5,7	0,4
Ceará	14,8	38,4	31,2	5,2	9,7	25,2	21,0	3,3
Rio Grande do Norte	16,0	38,5	29,3	8,3	9,5	22,5	17,4	5,1
Paraíba	11,2	33,9	25,1	5,7	6,9	23,1	18,1	2,9
Pernambuco	15,3	41,6	29,2	9,7	9,8	26,1	20,7	6,4
Alagoas	12,7	32,1	27,7	4,3	8,5	21,8	18,8	2,8
Sergipe	15,0	39,5	31,5	5,6	9,1	22,9	19,3	3,8
Bahia	11,2	30,0	27,7	6,8	8,8	25,5	23,8	4,9
Sudeste	35,8	52,1	43,7	30,3	15,7	24,3	20,6	12,7
Minas Gerais	25,3	49,2	39,0	22,0	9,0	20,5	16,6	7,5
Espírito Santo	30,6	66,4	43,5	26,9	11,7	25,4	17,1	10,2
Rio de Janeiro	34,2	49,5	38,0	24,3	17,6	25,2	19,6	12,7
São Paulo	41,9	53,7	48,2	37,5	18,4	24,6	22,4	16,1
Sul	24,9	51,2	37,6	20,9	8,1	22,4	16,7	5,9
Paraná	26,4	55,6	41,8	20,5	10,7	29,7	23,6	6,8
Santa Catarina	23,2	43,2	33,6	21,7	6,9	17,1	13,5	6,1
Rio Grande do Sul	24,4	48,2	35,1	20,8	6,2	15,0	11,8	4,8
Centro-Oeste	21,1	33,6	27,3	13,7	11,3	21,3	18,3	5,4
Mato Grosso do Sul	22,1	28,7	-	19,0	4,7	5,8	-	4,2
Mato Grosso	16,9	38,1	31,4	12,2	4,8	12,1	10,0	3,2
Goiás	17,7	35,7	21,5	12,7	9,5	18,4	11,3	7,0
Distrito Federal	33,2	33,2	33,2	-	29,4	29,4	29,4	-

Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2017 e População - IBGE/DATASUS/2012.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Os beneficiários em planos coletivos são maioria tanto entre os planos de assistência médica quanto entre os planos exclusivamente odontológicos (Gráfico 6). Os beneficiários de planos coletivos empresariais representam 66,4% do total dos planos de assistência médica e 73,8% entre os planos odontológicos. Destaca-se que a participação de beneficiários em planos individuais é maior nos planos de assistência médica (19,6%) do que nos planos exclusivamente odontológicos (18,2%).

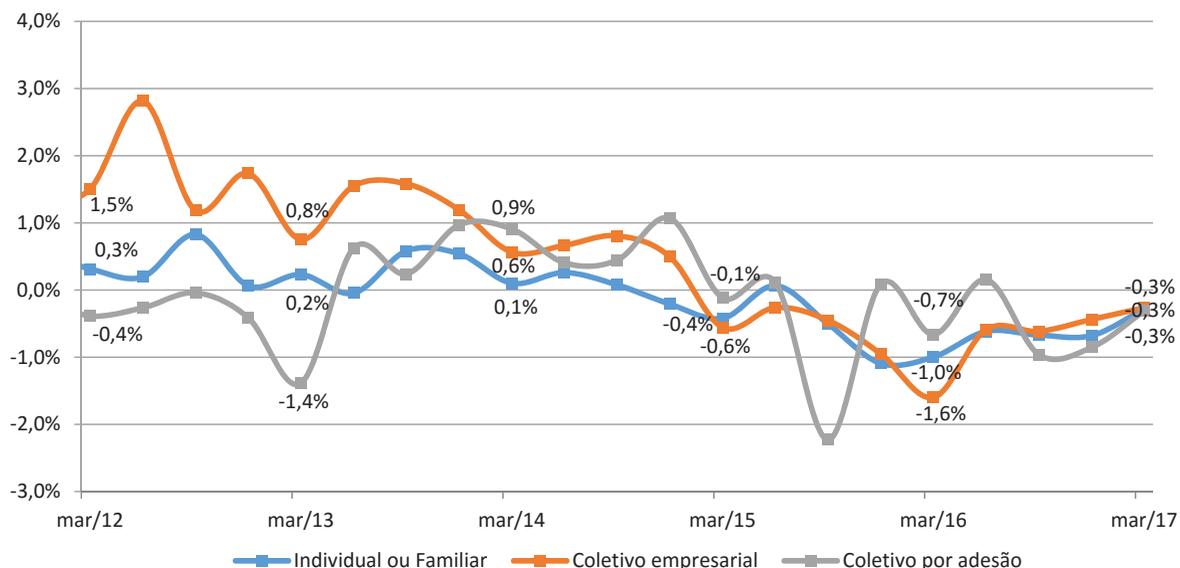
Gráfico 6 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2017

A taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médica apresentou valor negativo para todos os tipos de contratação no primeiro trimestre de 2017.

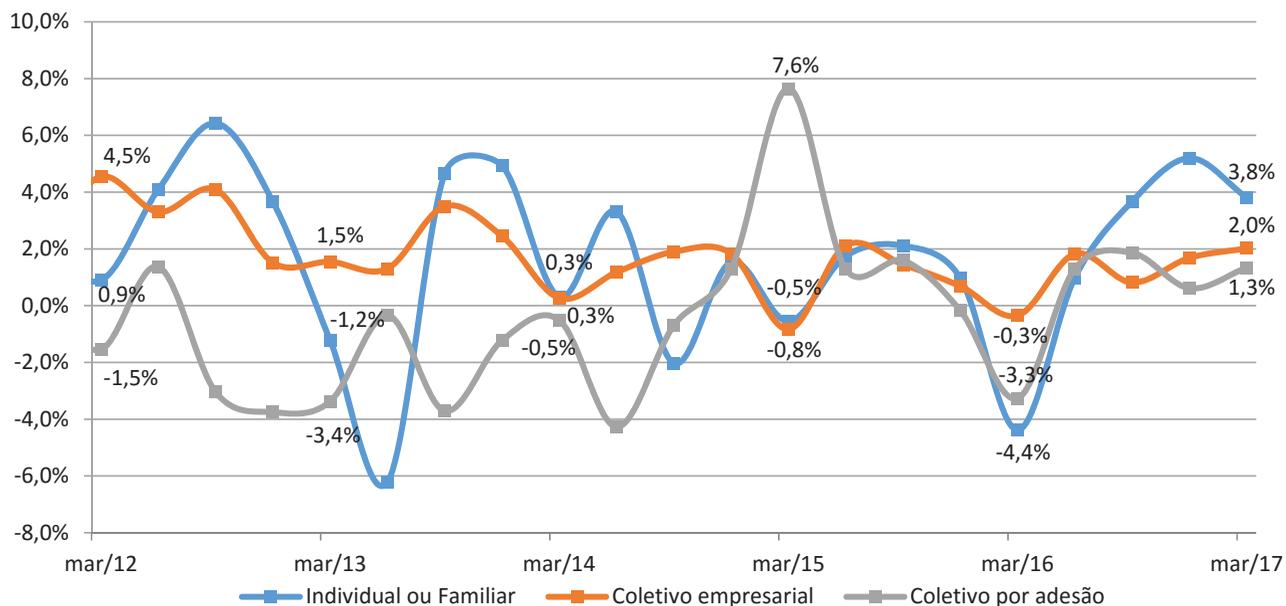
Gráfico 7 - Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil - março/2012-março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2017

A taxa de variação do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos apresentou valores positivos para todos os tipos de contratação no primeiro trimestre de 2017, sendo maior para o tipo de contratação individual ou familiar.

Gráfico 8 - Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano (Brasil - março/2012-março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2017

As tabelas 5 e 6 apresentam a distribuição etária dos beneficiários da saúde suplementar, respectivamente para os planos de assistência médica e para os exclusivamente odontológicos. Pode-se observar que o padrão de distribuição etária entre planos individuais antigos e novos é diferente, sendo que no primeiro caso, o número de beneficiários tende a crescer com o aumento da idade até a faixa etária de 30 a 39 anos. Destaca-se a similaridade na distribuição por gênero nos planos individuais antigos, ao menos nas faixas que compreendem as idades de 0 a 29 anos, a partir de quando se tornam mais frequentes os vínculos de indivíduos do sexo feminino, entre os planos de assistência médica.

Tabela 5 - Beneficiários de planos privados de assistência médica, por época de contratação do plano e sexo, segundo tipo de contratação do plano e faixas etárias (Brasil - março/2017)

Tipo de contratação do plano e faixas etárias	Total			Novos			Antigos		
	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino
Total	47.606.341	25.464.072	22.142.269	42.652.870	22.728.445	19.924.425	4.953.471	2.735.627	2.217.844
0 a 9 anos	6.586.562	3.224.085	3.362.477	6.223.894	3.045.487	3.178.407	362.668	178.598	184.070
10 a 19 anos	5.405.085	2.702.041	2.703.044	4.960.402	2.482.366	2.478.036	444.683	219.675	225.008
20 a 29 anos	7.601.153	4.095.192	3.505.961	7.040.099	3.803.441	3.236.658	561.054	291.751	269.303
30 a 39 anos	9.769.464	5.262.762	4.506.702	9.081.359	4.904.678	4.176.681	688.105	358.084	330.021
40 a 49 anos	6.808.292	3.634.822	3.173.470	6.217.216	3.306.770	2.910.446	591.076	328.052	263.024
50 a 59 anos	5.242.727	2.844.537	2.398.190	4.479.423	2.415.769	2.063.654	763.304	428.768	334.536
60 a 69 anos	3.305.682	1.878.407	1.427.275	2.577.287	1.455.989	1.121.298	728.395	422.418	305.977
70 a 79 anos	1.805.065	1.096.578	708.487	1.304.167	793.476	510.691	500.898	303.102	197.796
80 anos e mais	1.081.519	725.279	356.240	768.663	520.320	248.343	312.856	204.959	107.897
Coletivo	38.053.573	19.752.981	18.300.592	34.470.129	17.844.210	16.625.919	3.583.444	1.908.771	1.674.673
0 a 9 anos	4.914.182	2.416.368	2.497.814	4.571.964	2.247.904	2.324.060	342.218	168.464	173.754
10 a 19 anos	4.309.201	2.150.970	2.158.231	3.936.913	1.967.429	1.969.484	372.288	183.541	188.747
20 a 29 anos	6.484.643	3.414.105	3.070.538	6.049.142	3.185.282	2.863.860	435.501	228.823	206.678
30 a 39 anos	8.497.789	4.455.860	4.041.929	7.921.060	4.154.747	3.766.313	576.729	301.113	275.616
40 a 49 anos	5.789.508	2.989.802	2.799.706	5.330.912	2.743.138	2.587.774	458.596	246.664	211.932
50 a 59 anos	4.175.027	2.159.099	2.015.928	3.640.569	1.872.359	1.768.210	534.458	286.740	247.718
60 a 69 anos	2.261.814	1.203.954	1.057.860	1.816.183	961.205	854.978	445.631	242.749	202.882
70 a 79 anos	1.035.020	587.832	447.188	785.575	445.184	340.391	249.445	142.648	106.797
80 anos e mais	585.948	374.775	211.173	417.642	266.888	150.754	168.306	107.887	60.419
Individual	9.344.440	5.596.327	3.748.113	8.182.352	4.884.054	3.298.298	1.162.088	712.273	449.815
0 a 9 anos	1.666.153	804.615	861.538	1.651.922	797.580	854.342	14.231	7.035	7.196
10 a 19 anos	1.076.775	541.611	535.164	1.023.458	514.919	508.539	53.317	26.692	26.625
20 a 29 anos	1.091.191	668.179	423.012	990.913	618.139	372.774	100.278	50.040	50.238
30 a 39 anos	1.244.560	792.569	451.991	1.160.195	749.881	410.314	84.365	42.688	41.677
40 a 49 anos	992.884	630.815	362.069	886.238	563.601	322.637	106.646	67.214	39.432
50 a 59 anos	1.033.805	666.929	366.876	838.787	543.382	295.405	195.018	123.547	71.471
60 a 69 anos	1.012.384	656.319	356.065	761.068	494.768	266.300	251.316	161.551	89.765
70 a 79 anos	747.709	495.491	252.218	518.572	348.285	170.287	229.137	147.206	81.931
80 anos e mais	478.701	339.680	139.021	351.008	253.424	97.584	127.693	86.256	41.437
Não informado	208.328	114.764	93.564	389	181	208	207.939	114.583	93.356
0 a 9 anos	6.227	3.102	3.125	8	3	5	6.219	3.099	3.120
10 a 19 anos	19.109	9.460	9.649	31	18	13	19.078	9.442	9.636
20 a 29 anos	25.319	12.908	12.411	44	20	24	25.275	12.888	12.387
30 a 39 anos	27.115	14.333	12.782	104	50	54	27.011	14.283	12.728
40 a 49 anos	25.900	14.205	11.695	66	31	35	25.834	14.174	11.660
50 a 59 anos	33.895	18.509	15.386	67	28	39	33.828	18.481	15.347
60 a 69 anos	31.484	18.134	13.350	36	16	20	31.448	18.118	13.330
70 a 79 anos	22.336	13.255	9.081	20	7	13	22.316	13.248	9.068
80 anos e mais	16.870	10.824	6.046	13	8	5	16.857	10.816	6.041

Fonte: SIB/ANS/MS -03/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2017

Notas: 1. O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Inclui beneficiários com idades inconsistentes.

3. Inclui beneficiários em planos com tipo de contratação não informada.

Tabela 6 - Beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos por época de contratação do plano e sexo, segundo tipo de contratação do plano e faixas etárias (Brasil - março/2017)

Tipo de contratação do plano e faixas etárias	Total			Novos			Antigos		
	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino
Total	22.468.131	11.369.897	11.098.234	22.122.080	11.190.139	10.931.941	346.051	179.758	166.293
0 a 9 anos	2.148.307	1.046.663	1.101.644	2.106.532	1.026.138	1.080.394	41.775	20.525	21.250
10 a 19 anos	2.721.198	1.349.953	1.371.245	2.688.350	1.333.812	1.354.538	32.848	16.141	16.707
20 a 29 anos	4.552.418	2.347.896	2.204.522	4.480.899	2.309.244	2.171.655	71.519	38.652	32.867
30 a 39 anos	5.789.189	2.932.042	2.857.147	5.714.258	2.892.422	2.821.836	74.931	39.620	35.311
40 a 49 anos	3.727.040	1.885.101	1.841.939	3.674.423	1.857.855	1.816.568	52.617	27.246	25.371
50 a 59 anos	2.228.727	1.132.712	1.096.015	2.190.104	1.114.535	1.075.569	38.623	18.177	20.446
60 a 69 anos	910.502	472.190	438.312	894.454	463.439	431.015	16.048	8.751	7.297
70 a 79 anos	282.087	145.891	136.196	272.230	139.847	132.383	9.857	6.044	3.813
80 anos e mais	108.012	57.122	50.890	100.195	52.530	47.665	7.817	4.592	3.225
Coletivo	18.335.829	9.018.715	9.317.114	18.029.834	8.856.857	9.172.977	305.995	161.858	144.137
0 a 9 anos	1.784.803	870.256	914.547	1.743.321	849.849	893.472	41.482	20.407	21.075
10 a 19 anos	2.239.513	1.104.071	1.135.442	2.209.406	1.089.242	1.120.164	30.107	14.829	15.278
20 a 29 anos	3.802.847	1.919.784	1.883.063	3.736.630	1.883.820	1.852.810	66.217	35.964	30.253
30 a 39 anos	4.897.921	2.416.965	2.480.956	4.831.228	2.381.429	2.449.799	66.693	35.536	31.157
40 a 49 anos	3.019.152	1.467.246	1.551.906	2.975.939	1.444.071	1.531.868	43.213	23.175	20.038
50 a 59 anos	1.704.696	816.393	888.303	1.673.785	801.415	872.370	30.911	14.978	15.933
60 a 69 anos	627.321	301.357	325.964	614.958	294.232	320.726	12.363	7.125	5.238
70 a 79 anos	183.647	85.971	97.676	174.953	80.424	94.529	8.694	5.547	3.147
80 anos e mais	75.483	36.464	39.019	69.174	32.170	37.004	6.309	4.294	2.015
Individual	4.097.312	2.336.022	1.761.290	4.091.950	2.333.141	1.758.809	5.362	2.881	2.481
0 a 9 anos	363.212	176.288	186.924	363.199	176.282	186.917	13	6	7
10 a 19 anos	479.360	244.739	234.621	478.895	244.547	234.348	465	192	273
20 a 29 anos	745.550	426.103	319.447	744.247	425.416	318.831	1.303	687	616
30 a 39 anos	884.079	511.600	372.479	882.970	510.968	372.002	1.109	632	477
40 a 49 anos	699.218	414.219	284.999	698.414	413.750	284.664	804	469	335
50 a 59 anos	517.078	313.516	203.562	516.284	313.103	203.181	794	413	381
60 a 69 anos	280.002	169.476	110.526	279.459	169.184	110.275	543	292	251
70 a 79 anos	97.519	59.556	37.963	97.270	59.420	37.850	249	136	113
80 anos e mais	31.097	20.412	10.685	31.017	20.359	10.658	80	53	27
Não informado	34.990	15.160	19.830	296	141	155	34.694	15.019	19.675
0 a 9 anos	292	119	173	12	7	5	280	112	168
10 a 19 anos	2.325	1.143	1.182	49	23	26	2.276	1.120	1.156
20 a 29 anos	4.021	2.009	2.012	22	8	14	3.999	2.001	1.998
30 a 39 anos	7.189	3.477	3.712	60	25	35	7.129	3.452	3.677
40 a 49 anos	8.670	3.636	5.034	70	34	36	8.600	3.602	4.998
50 a 59 anos	6.953	2.803	4.150	35	17	18	6.918	2.786	4.132
60 a 69 anos	3.179	1.357	1.822	37	23	14	3.142	1.334	1.808
70 a 79 anos	921	364	557	7	3	4	914	361	553
80 anos e mais	1.432	246	1.186	4	1	3	1.428	245	1.183

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2016.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2017

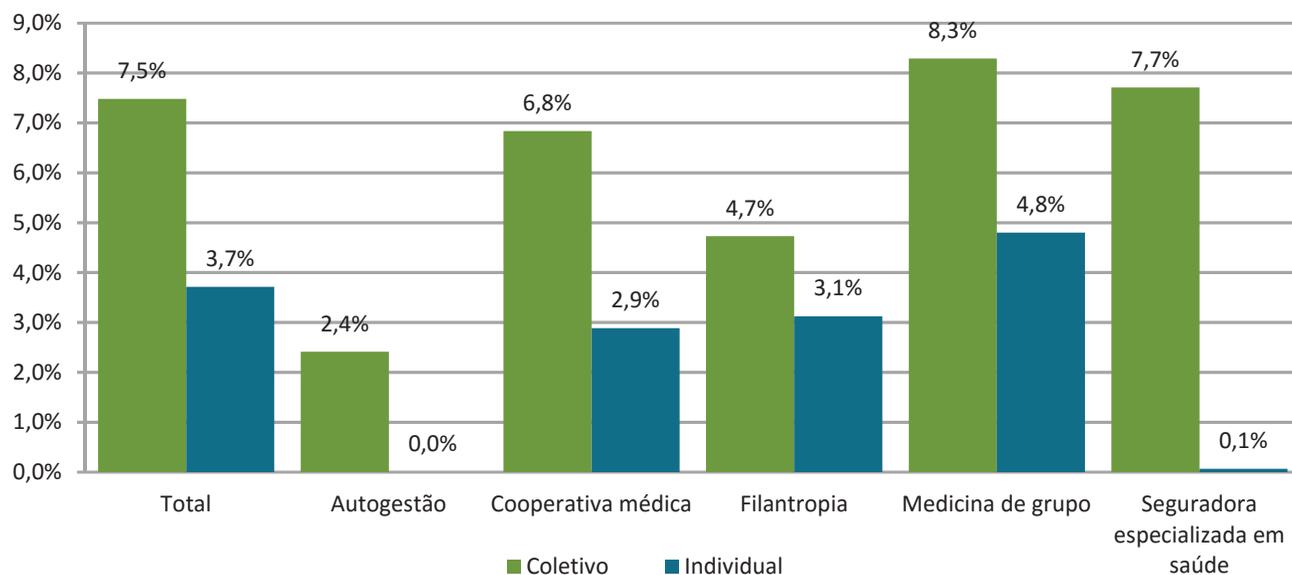
Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Inclui beneficiários com idades inconsistentes.

3. Inclui beneficiários em planos com tipo de contratação não informada.

O Gráfico 9 apresenta a taxa de rotatividade dos planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano e segundo a modalidade da operadora, de janeiro a março de 2017. As operadoras na modalidade medicina de grupo apresentaram maior taxa de rotatividade no período, registrando 8,3% para os planos coletivos e 4,8% para os planos individuais.

Gráfico 9 - Taxa de rotatividade dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano, segundo modalidade da operadora (Brasil - janeiro-março/2017)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

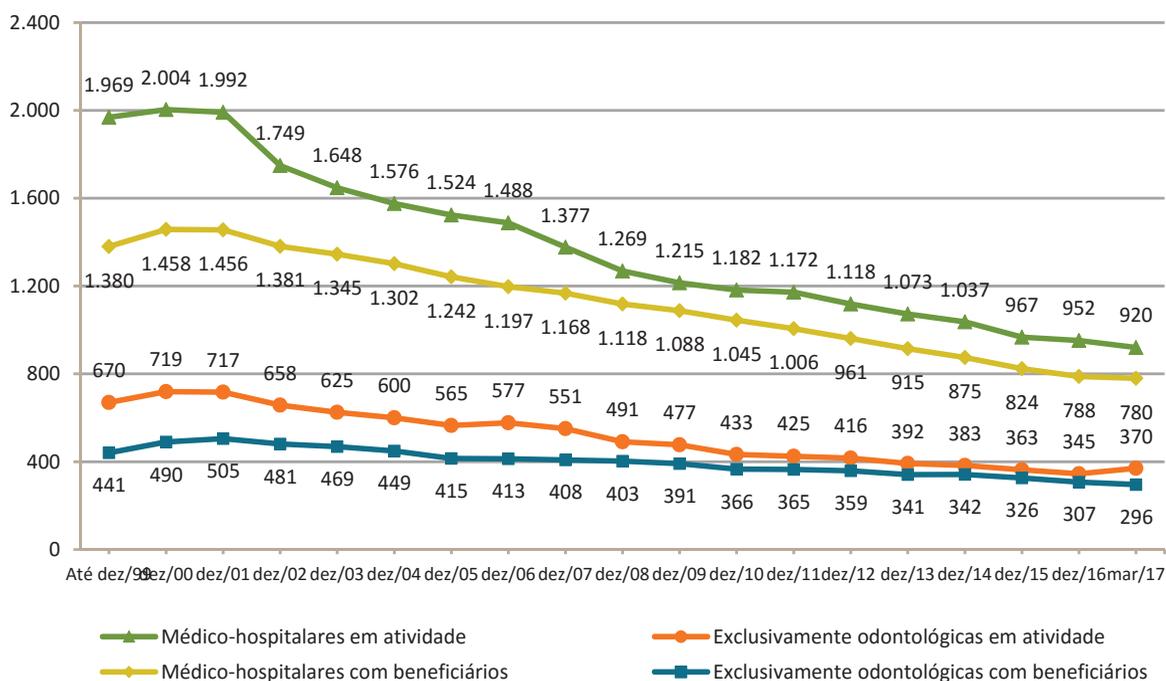
Nota: A taxa de rotatividade mede o percentual dos vínculos substituídos no período em relação ao total existente no primeiro dia do período. O cálculo da taxa de rotatividade é realizado utilizando o menor valor entre o total de adesões e de cancelamentos em um período especificado.

Operadoras e Planos de saúde

OPERADORAS E PLANOS DE SAÚDE

No primeiro trimestre de 2017 mantém-se a tendência de redução do número de operadoras em atividade (Gráfico 10). Após alcançar 2.004 operadoras médico-hospitalares em atividade em 2000, fechou-se este trimestre com o total equivalente a 920 operadoras, das quais 780 contavam com beneficiários. O mesmo comportamento se observa entre as operadoras de planos odontológicos.

Gráfico 10 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-março/2017)



Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2017 e CADOP/ANS/MS - 03/2017. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

No primeiro trimestre deste ano ocorreram 11 novos registros e 22 cancelamentos de operadoras médico-hospitalares e, 2 novos registros e 17 cancelamentos de operadoras exclusivamente odontológicas (Tabela 7). Esses números confirmam as tendências de redução do número de operadoras em atividade sem beneficiários informados, tanto para o segmento médico-hospitalar, quanto para o segmento odontológico, vistas no Gráfico 10.

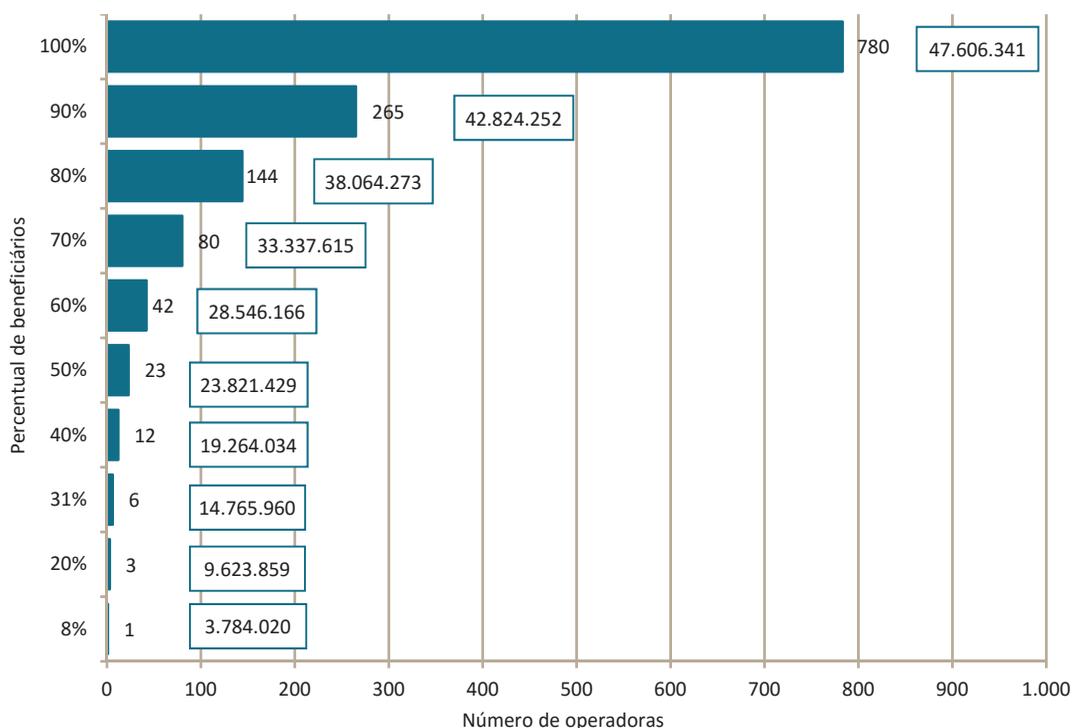
Tabela 7 – Resumo do registro de operadoras (Brasil - março/2017)

Registro	Total	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas
Registros novos (1)	13	11	2
Registros cancelados (1)	39	22	17
Operadoras em atividade	1.290	920	370
Operadoras com beneficiários	1.076	780	296

Fontes: CADOP/ANS/MS - 03/2017 e SIB/ANS/MS - 03/2017. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017 (1) Registros novos e cancelados no ano.

Os Gráficos 11 e 12 permitem observar que, ainda que o número de operadoras com beneficiários seja relativamente grande, uma expressiva parte dos beneficiários está concentrada em um número limitado de operadoras. No caso dos beneficiários de planos de assistência médica, o Gráfico 11 mostra que 82,5% dos beneficiários se concentram em planos associados a 168 das 780 operadoras com beneficiários presentes no setor. Enquanto as três maiores operadoras do segmento têm juntas cerca de 9,6 milhões de beneficiários, as 515 menores, têm juntas quase 4,8 milhões.

Gráfico 11 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2017)



Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2017 e CADOP/ANS/MS - 03/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

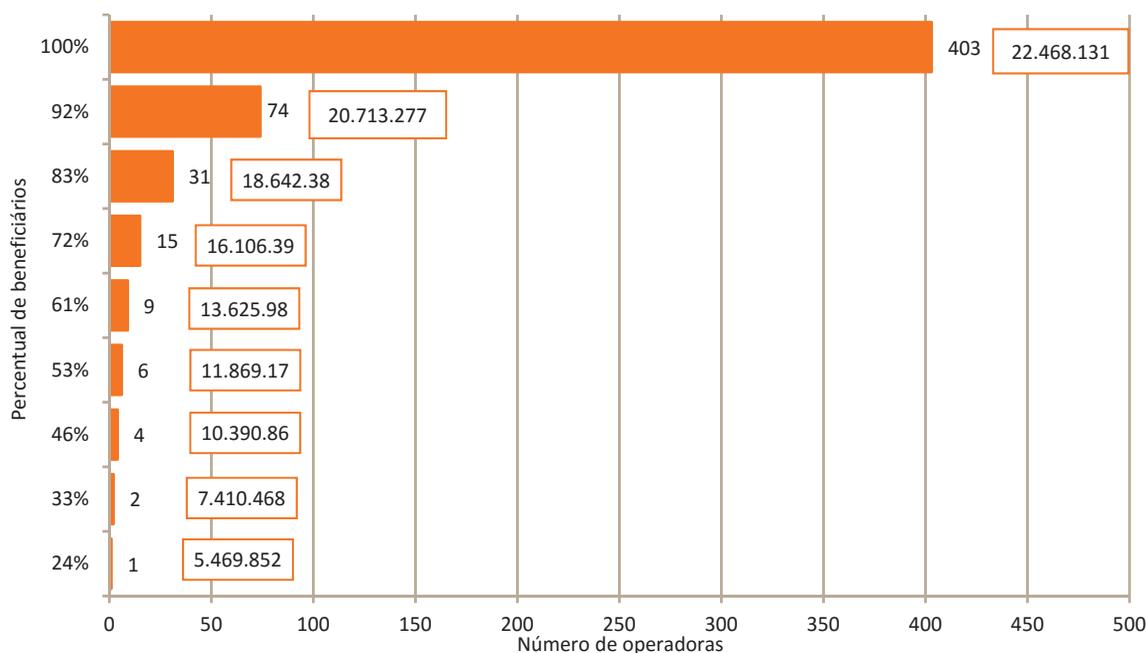
Curva A: 168 operadoras (21,3% do total) detêm 82,5% dos beneficiários.

Curva B: 306 operadoras (38,8% do total) detêm 92,0% dos beneficiários.

Curva C: 788 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

Entre os beneficiários de planos odontológicos, apresentados no Gráfico 12, nota-se que 83% dos beneficiários são associados a 31 das 403 operadoras que oferecem esse tipo de plano. Neste caso, a maior operadora tem aproximadamente o triplo do número de beneficiários das 329 menores operadoras do mercado.

Gráfico 12 - Distribuição dos beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - setembro/2016)



Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2017 e CADOP/ANS/MS - 03/2017.
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Curva A: 31 operadoras (7,7% do total) detêm 83,0% dos beneficiários.

Curva B: 74 operadoras (18,4% do total) detêm 92,2% dos beneficiários.

Curva C: 403 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

A Tabela 8 apresenta os planos privados de assistência médica por tipo de contratação, segundo época de contratação e abrangência geográfica. Pode-se observar que tanto entre os planos novos, quanto entre os planos antigos, por tipo de contratação coletiva, destacam-se os planos com abrangência de cobertura geográfica restrita aos grupos de municípios. Os planos com abrangência nacional são prevalentes apenas entre os planos de saúde individuais contratados antes da Lei 9656/98 e não adaptados à mesma.

Tabela 8 - Planos privados de assistência médica com beneficiários por tipo de contratação, segundo época de contratação e abrangência geográfica (Brasil - março/2017)

Época de contratação e abrangência geográfica do plano	Total	Coletivo			Individual	
		Total	Empresarial	Por adesão		Não identificado
Total	33.949	18.430	12.256	6.128	46	15.519
Nacional	10.330	5.609	3.743	1.864	2	4.721
Grupo de estados	1.260	689	531	148	10	571
Estadual	2.886	1.681	1.049	625	7	1.205
Grupo de municípios	16.195	8.966	5.970	2.970	26	7.229
Municipal	3.278	1.485	963	521	1	1.793
Novos	21.873	13.876	9.614	4.216	46	7.997
Nacional	5.535	4.007	2.757	1.248	2	1.528
Grupo de estados	777	554	429	115	10	223
Estadual	2.354	1.507	953	547	7	847
Grupo de municípios	11.475	6.888	4.838	2.024	26	4.587
Municipal	1.732	920	637	282	1	812
Antigos	12.076	4.554	2.642	1.912	-	7.522
Nacional	4.795	.602	986	616	-	3.193
Grupo de estados	483	135	102	33	-	348
Estadual	532	174	96	78	-	358
Grupo de municípios	4.720	2.078	1.132	946	-	2.642
Municipal	1.546	565	326	239	-	981

Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2017 e RPS/ANS/MS - 03/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

A Tabela 9 apresenta o número de planos de assistência médica por perfil do número de beneficiários do plano. Pode-se observar que a maior parte dos planos, tanto os novos e, mais fortemente, os antigos, possuem até 100 beneficiários.

Tabela 9 - Planos privados de assistência médica com beneficiários por época de contratação, segundo número de beneficiários (Brasil - março/2017)

Número de beneficiários do plano	Total	Planos de saúde novos registrados com beneficiários		Planos de saúde antigos cadastrados com beneficiários	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	33.949	21.873	100,0%	12.076	100,0%
1 a 100 beneficiários	19.083	9.051	41,4%	10.032	83,1%
101 a 1.000 beneficiários	8.912	7.278	33,3%	1.634	13,5%
1.001 a 10.000 beneficiários	5.053	4.701	21,5%	352	2,9%
10.001 a 50.000 beneficiários	796	7.46	3,4%	50	0,4%
50.001 a 100.000 beneficiários	67	66	0,3%	1	0,0%
Acima de 100.000 beneficiários	38	31	0,1%	7	0,1%

Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2017 e RPS/ANS/MS - 03/2017.
Caderno de Informação - março/2017

Quanto aos resultados econômico-financeiros das operadoras, o setor da saúde suplementar contabilizou, no 1º trimestre de 2017, R\$ 42,5 bilhões em receitas de contraprestações, entre operadoras de planos médico-hospitalares e odontológicos (Tabela 10), o que representa pouco mais de 91% do total das receitas do setor (quando contabilizadas as outras receitas operacionais). No entanto, analisando-se por modalidade de operadora, esse percentual apresenta uma importante variação, pois enquanto na modalidade das Filantropias as receitas das contraprestações representam apenas 40% do total, nas seguradoras especializadas em saúde, por exemplo, elas correspondem a mais de 99% do total de receitas. Por sua vez, as despesas assistenciais contabilizaram um montante equivalente a R\$ 34,4 bilhões no mesmo período, correspondentes a aproximadamente 77% do total das despesas.

Tabela 10 - Receitas e despesas, por modalidade das operadoras, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil - 1º trimestre 2017)

Modalidade da operadora	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
Total	42.574.128.049	4.145.251.281	34.408.394.369	4.600.015.238	1.319.006.275	4.207.911.639
Operadoras médico-hospitalares	41.854.885.839	4.124.973.232	34.104.687.883	4.436.633.682	1.247.913.541	4.151.707.262
Autogestão	5.134.243.808	267.455.475	4.566.035.410	559.998.571	501.678	220.036.881
Cooperativa Médica	13.458.699.540	2.580.151.916	10.692.710.825	1.526.542.586	206.057.193	2.500.084.157
Filantropia	598.984.022	896.896.433	453.633.508	353.836.911	6.718.757	645.987.678
Medicina de Grupo	13.045.663.975	377.434.934	10.068.037.948	1.460.217.477	483.613.582	586.652.290
Seguradora Especializada em Saúde	9.617.294.494	3.034.473	8.324.270.191	536.038.137	551.022.330	198.946.257
Operadoras exclusivamente odontológicas	719.242.211	20.278.049	303.706.486	163.381.556	71.092.734	56.204.377
Cooperativa odontológica	142.391.824	16.644.426	88.076.391	41.774.636	5.906.425	14.118.858
Odontologia de grupo	576.850.387	3.633.623	215.630.095	121.606.919	65.186.309	42.085.519

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 07/07/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

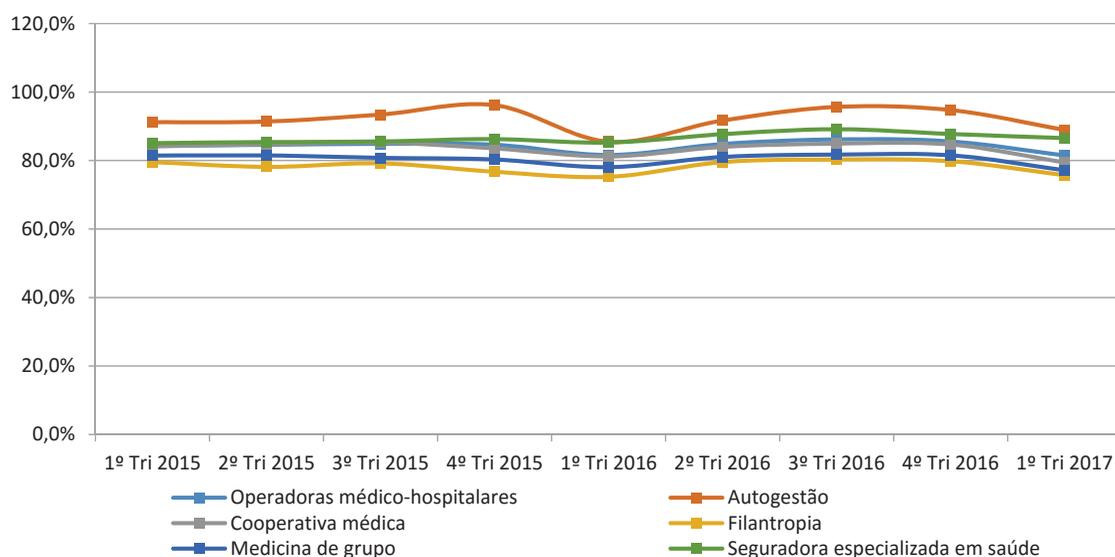
Notas: 1. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

2. Dados referentes ao primeiro trimestre

3. Não inclui dados das operadoras exclusivamente odontológicas com até 20.000 beneficiários, dispensadas do envio do DIOPS nos três primeiros trimestres.

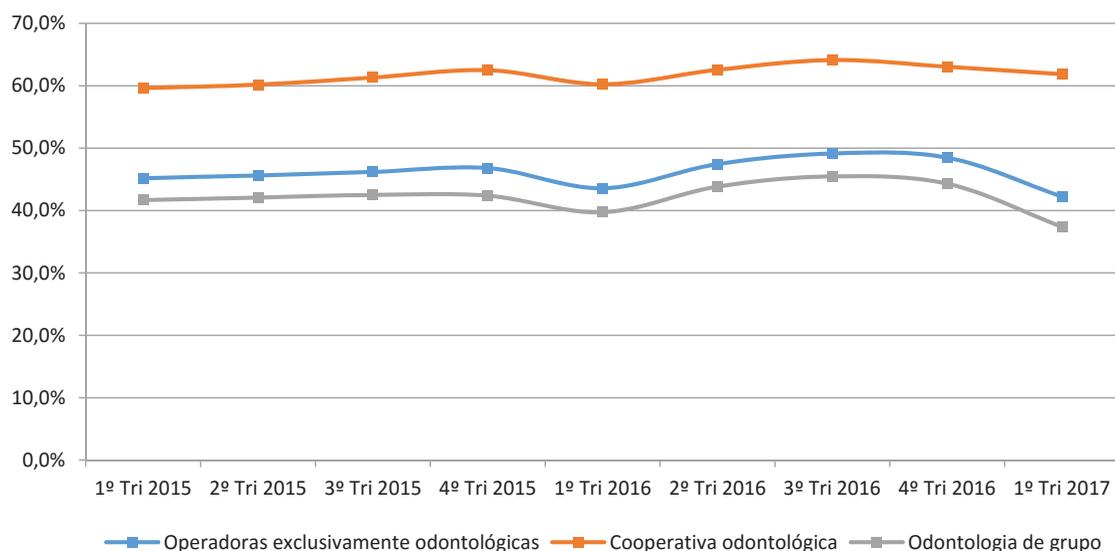
A relação entre as receitas e despesas assistenciais se dá através da taxa de sinistralidade das operadoras. Observa-se que a taxa de sinistralidade das operadoras exclusivamente odontológicas é aproximadamente a metade da observada entre as médico-hospitalares, com exceção das cooperativas odontológicas. Entre as operadoras médico-hospitalares, as autogestões e as seguradoras especializadas em saúde apresentaram taxas mais altas e semelhantes no primeiro trimestre deste ano. Destaque para a queda geral nas taxas de sinistralidade para todas as modalidades de operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas, em relação ao 4º trimestre de 2016 (gráficos 13 e 14).

Gráfico 13 - Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)



Fonte: DIOPS/ANS/MS - 07/07/2017.
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017
 Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

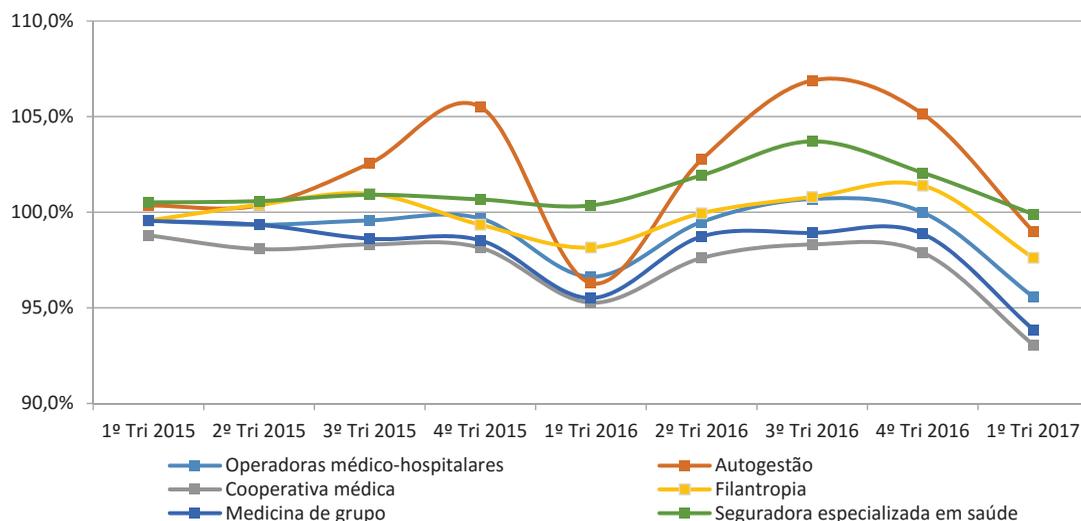
Gráfico 14 - Taxa de sinistralidade das operadoras exclusivamente odontológicas, por modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)



Fonte: DIOPS/ANS/MS - 07/07/2017.
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017
 Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

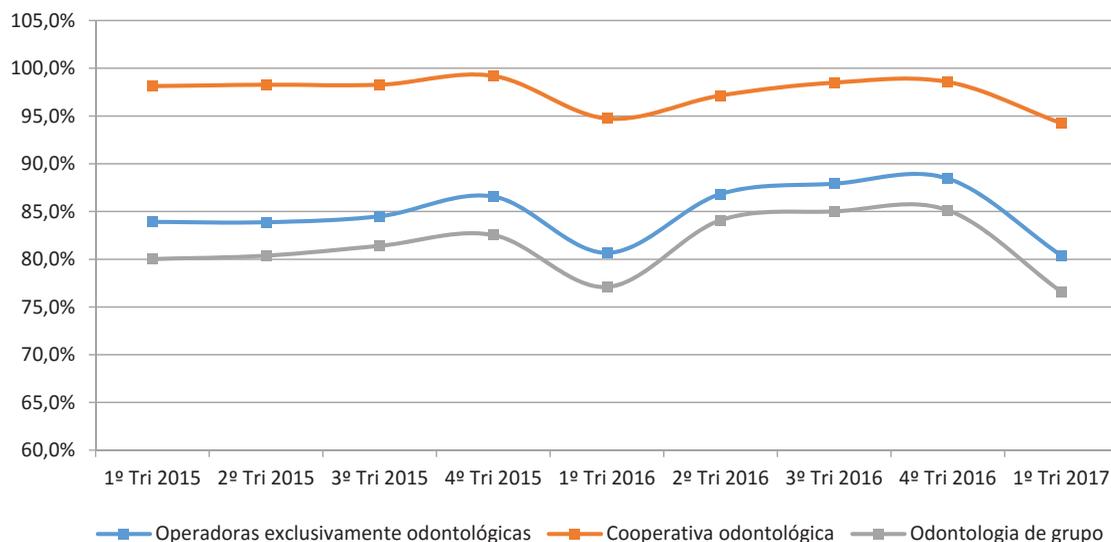
O índice combinado saúde é resultado da divisão das despesas administrativas, comerciais, outras despesas operacionais e eventos líquidos (despesas assistenciais) pelas contraprestações efetivas. No primeiro trimestre deste ano, os índices de todas as modalidades de operadora diminuíram, seguindo tendência de queda já observada no quarto trimestre de 2016. Seguradoras especializadas em saúde, autogestões e cooperativas odontológicas apresentaram maiores índices no período. Salienta-se que índice inferior a 100% caracteriza que a soma das despesas operacionais foi menor que a soma das receitas operacionais.

Gráfico 15 - Índice combinado saúde das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)



Fonte: DIOPS/ANS/MS - 07/07/2017.
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017
 Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

Gráfico 16 - Índice combinado saúde das operadoras exclusivamente odontológicas, por modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)



Fonte: DIOPS/ANS/MS - 07/07/2017.
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017
 Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

Rede de Serviço de saúde

REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Tabela 11 apresenta o número de estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, de acordo com o tipo, relativo a março de 2017. Em conjunto com a Tabela 12, que apresenta o número de estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, evidencia-se uma disponibilidade superior de estabelecimentos para atendimento ambulatorial e de serviço de apoio à diagnose e terapia a planos de saúde privados em relação àqueles que atendem ao SUS. No entanto, a situação se inverte para os demais tipos de atendimento, onde o número de estabelecimentos que prestam serviço ao SUS é superior ao número de estabelecimentos disponíveis para planos privados de saúde.

Tabela 11 - Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo (Brasil - março/2017)

Tipo de estabelecimento	Total		Atendem a planos privados	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	298.324	100,0	137.311	46,0
Clinica ou ambulatório especializado	42.634	100,0	24.018	56,3
Consultório isolado	147.392	100,0	95.135	64,5
Hospital especializado	1.024	100,0	478	46,7
Hospital geral	5.109	100,0	1.770	34,6
Policlínica	6.900	100,0	3.417	49,5
Pronto socorro especializado	106	100,0	41	38,7
Pronto socorro geral	361	100,0	53	14,7
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	22.085	100,0	10.886	49,3
Outros estabelecimentos	72.713	100,0	1.513	2,1

Fonte: CNES/MS - 03/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Tabela 12 - Estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, segundo tipo de atendimento (Brasil - março/2017)

Tipo de atendimento	SUS	Particular	Plano de saúde público	Plano de saúde privado
Ambulatorial	77.460	194.369	12.634	129.160
Para internação	5.816	3.800	589	2.475
Serviços de apoio à diagnose e terapia	23.674	33.306	2.846	19.472
Urgência	10.134	3.657	492	2.223

Fonte: CNES/MS - 03/2017
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017
Nota: A soma das parcelas não corresponde ao total de estabelecimentos uma vez que um mesmo estabelecimento pode atender a mais de uma forma de financiamento e constar em duas ou mais colunas.

A Tabela 13 apresenta o número de leitos para internação disponíveis em março de 2017 para o total da população brasileira. Do total de 439 mil leitos, apenas 133,0 mil (30,3%) estão disponíveis para internações fora do sistema SUS. Destes, 53,2 mil encontram-se nas capitais e 73,8 mil no interior. A distribuição entre capitais e interior difere entre os leitos para internação SUS e não-SUS, com uma menor participação dos leitos Não-SUS no interior.

Tabela 13 - Leitos para internação, por vínculo ao SUS, segundo localização (Brasil -março/2017)

Localização	Total	SUS		Não-SUS	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Brasil	439.489	321.723	73,2	133.067	30,3
Capitais	151.383	92.131	60,9	59.252	39,1
Interior	288.106	229.592	79,7	73.815	25,6
Leitos por 1.000 habitantes	2,3	1,7	-	0,7	-

Fonte: CNES/MS - 03/2017.

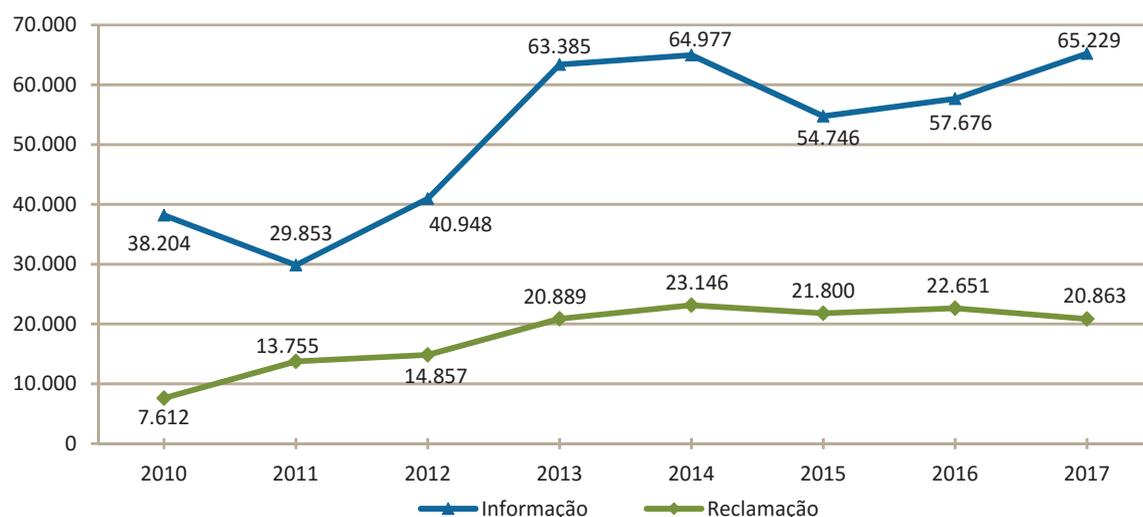
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Nota: Os dados referentes a leitos Complementares foram retirados da consulta referente a leitos de Internação.

DEMANDAS DOS CONSUMIDORES E FISCALIZAÇÃO

O gráfico 17 apresenta o número de demandas recebidas pela ANS no primeiro trimestre deste ano, e anualmente, desde o ano de 2010, por classificação do atendimento – se pedido de informação ou reclamação. Observando-se o ano 2017 até março, o número de reclamações correspondeu a 92,1% do montante observado no mesmo período em 2016. Já as solicitações de informação apresentaram crescimento de 13,1% em 2017 em relação a 2016.

Gráfico 17 - Demandas dos consumidores, por classificação do atendimento (Brasil - janeiro-março/2010-janeiro-março/2017)



Fonte: Tabnet/ANS/MS - 11/05/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

O número de reclamações por 100 mil beneficiários, por unidade da federação, no primeiro trimestre de 2017 é apresentado na Tabela 14. Dentre as unidades federativas que apresentaram maiores taxas de reclamação destacam-se Pernambuco (125,0) e Distrito Federal (115,7). Por outro lado, o estado do Mato Grosso do Sul apresentou a menor taxa no período, registrando 12,6 reclamações para cada 100 mil beneficiários.

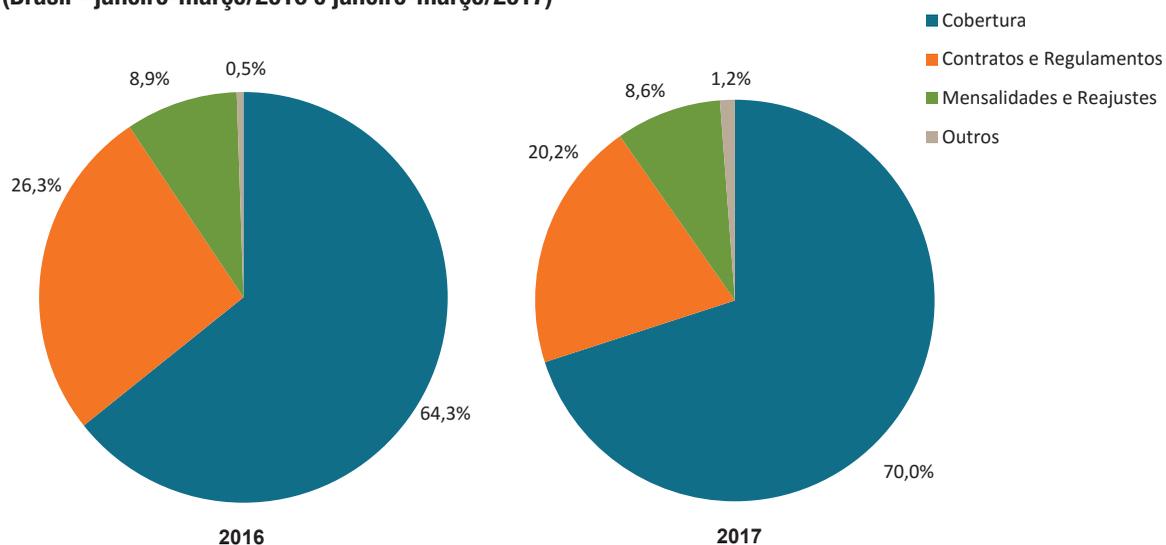
Tabela 14 - Reclamações por 100.000 beneficiários de planos privados de saúde, segundo Unidades da Federação (Brasil - janeiro-março/2017)

Unidades da Federação	Reclamações	Beneficiários	Reclamações por 100.000 beneficiários
Brasil	20.863	70.074.472	29,8
Acre	10	59.641	16,8
Alagoas	202	670.050	30,1
Amapá	19	108.700	17,5
Amazonas	88	964.717	9,1
Bahia	1.153	2.845.731	40,5
Ceará	499	2.108.585	23,7
Distrito Federal	1.016	1.657.107	61,3
Espírito Santo	454	1.511.917	30,0
Goiás	323	1.673.412	19,3
Maranhão	228	642.705	35,5
Mato Grosso	114	674.872	16,9
Mato Grosso do Sul	70	672.423	10,4
Minas Gerais	1.366	6.812.686	20,1
Pará	225	1.246.168	18,1
Paraíba	141	687.633	20,5
Paraná	747	3.924.364	19,0
Pernambuco	1.705	2.239.305	76,1
Piauí	47	360.610	13,0
Rio de Janeiro	3.748	8.413.979	44,5
Rio Grande do Norte	199	823.055	24,2
Rio Grande do Sul	361	3.296.190	11,0
Rondônia	76	254.719	29,8
Roraima	6	38.891	15,4
Santa Catarina	304	1.919.816	15,8
São Paulo	7.529	25.235.571	29,8
Sergipe	164	508.954	32,2
Tocantins	23	146.185	15,7
Não informada	46	576.486	8,0

Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2016 e Tabnet/ANS/MS - 11/05/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

O Gráfico 18 apresenta a comparação da distribuição das reclamações no primeiro trimestre nos anos de 2016 e de 2017. Pode-se observar que 70,0% das reclamações recepcionadas pela ANS neste ano referiram-se a aspectos de cobertura dos procedimentos contratados, resultado superior ao observado no mesmo período em 2016.

Gráfico 18 - Distribuição percentual de reclamações por tema da demanda (Brasil - janeiro-março/2016 e janeiro-março/2017)

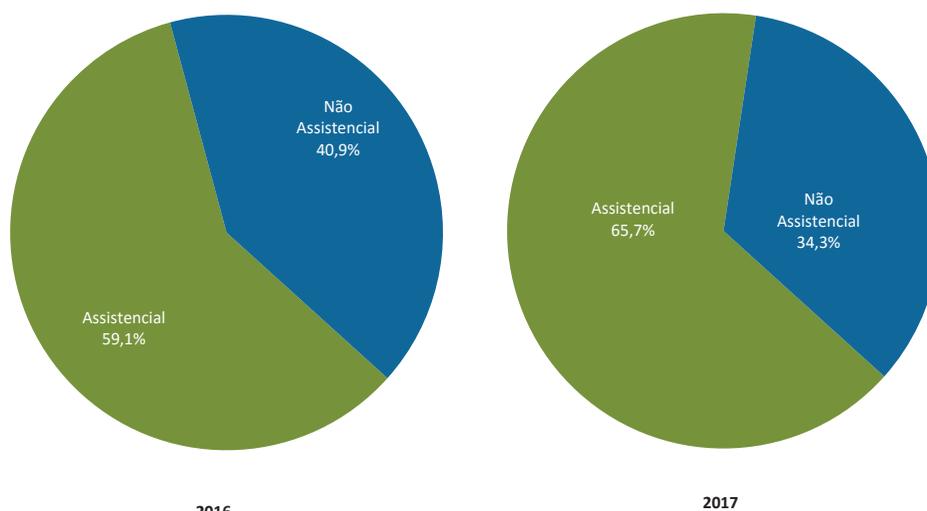


Fonte: Tabnet/ANS/MS - 11/05/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Segundo a RN n ° 388/2015, o procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP consiste em um instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e operadoras, inclusive as administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré processual. A NIP é classificada como assistencial, quando a notificação tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial; ou não assistencial, quando a notificação tem como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

A comparação entre os dados de NIP dos primeiros trimestres dos anos de 2016 e 2017 permite observar aumento na participação percentual das demandas de caráter assistencial nesse período em 2017 (Gráfico 19).

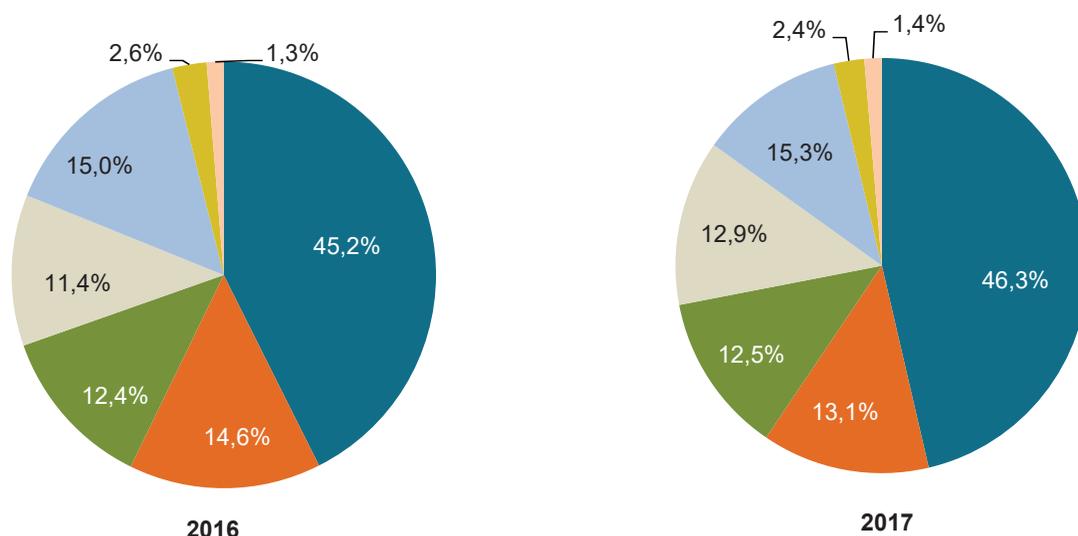
Gráfico 19 - Distribuição percentual de demandas NIP, por natureza da demanda (Brasil - janeiro-março/2016 e janeiro-março/2017)



Fonte: Tabnet/ANS/MS - 11/05/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

O Gráfico 20 apresenta uma visão mais detalhada das demandas assistenciais, por subtema da demanda. A comparação entre os dados dos primeiros trimestres dos anos de 2016 e 2017 permite observar diminuição na distribuição percentual de demandas NIP assistencial nos subtemas: Prazos Máximos para Atendimento e Carência. Os demais apresentaram aumento percentual no mesmo período.

Gráfico 20 - Distribuição percentual de demandas NIP, por natureza da demanda (Brasil - janeiro-março/2016 e janeiro-março/2017)



- Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)
- Prazos Máximos para Atendimento
- Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)
- Rede de Atendimento (rede conveniada)
- Reembolso
- Carência
- Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravo

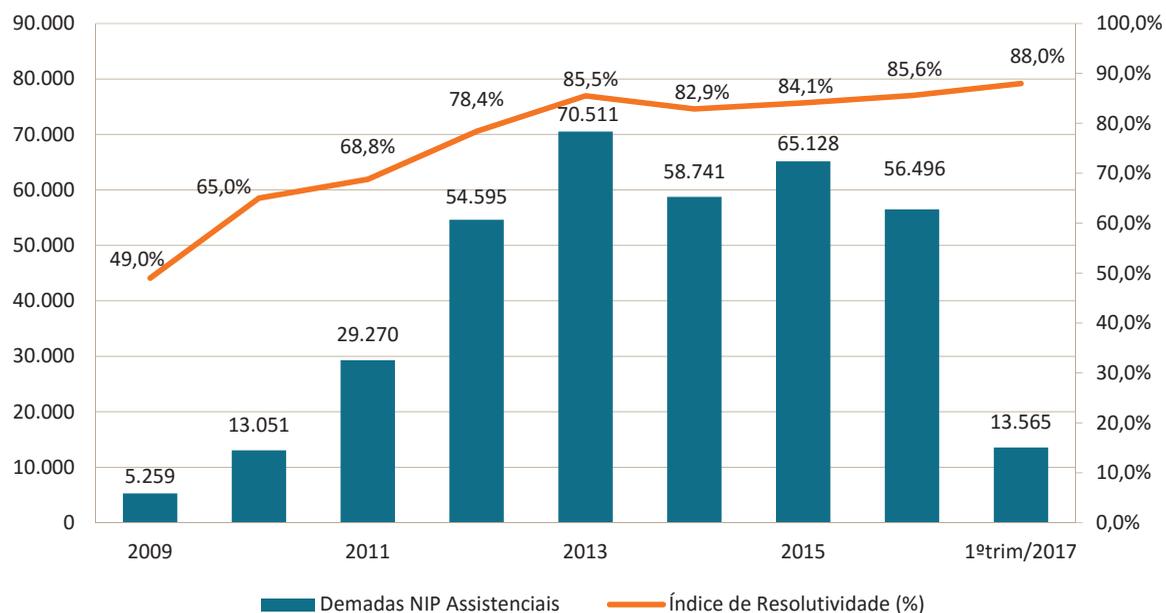
Fonte: Tabnet/ANS/MS - 11/05/2017.
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Ao longo dos últimos anos, o índice de resolutividade das demandas encaminhadas para a NIP, que afere o percentual de reclamações de natureza assistencial que foram resolvidas por meio da mediação, sem a necessidade de instauração de processo administrativo sancionador, observou uma tendência ascendente mantendo-se em patamares superiores a 80% desde 2013 (Gráfico 21). No primeiro trimestre de 2017 observamos a ocorrência do maior índice da série até o momento.

O Índice de Resolutividade da NIP, apresentado no Gráfico 21, aponta que o resultado do ano de 2017 está se consolidando como a expressão da resolutividade, até o momento, da história NIP.

O Gráfico 21 demonstra a evolução do número de demandas NIP assistenciais e do índice de resolutividade de 2009 a 2016. Verifica-se o aumento do índice de resolutividade e a diminuição do número de demandas NIP assistenciais.

Gráfico 21 - Demandas NIP assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2017)



Fonte: Tabnet/ANS/MS - 07/02/2017.

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2017

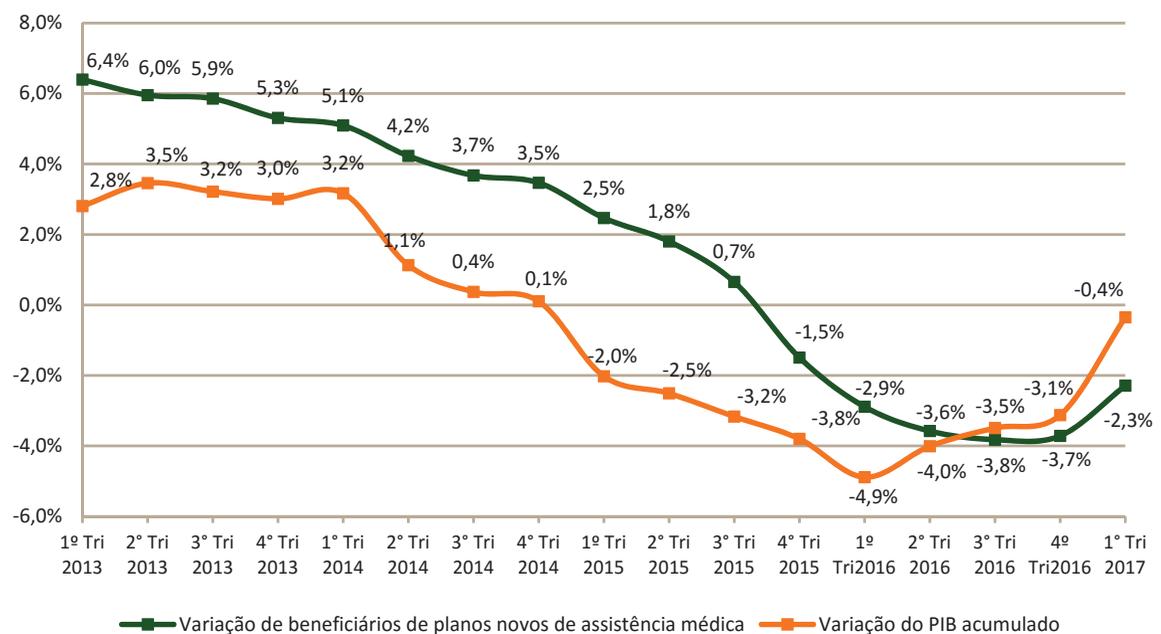
Nota: Para o cálculo do Índice de Resolutividade inclui-se as demandas NIP cuja natureza é não informada.

Aspectos macro- econômicos

ASPECTOS MACROECONÔMICOS

O primeiro trimestre de 2017 continua espelhando a desaceleração da taxa de variação do número de beneficiários de planos novos, bem como da intensificação da variação negativa do PIB trimestral acumulado no ano, embora esboçando sinais de melhora a partir do terceiro trimestre de 2016 (Gráfico 22). Nota-se que o comportamento de ambas as séries é bastante semelhante: à medida que se observa uma retração na atividade econômica, a taxa de variação do número de novos beneficiários em planos coletivos cresce com menos intensidade, até alcançar a retração no quarto trimestre de 2015.

Gráfico 22 - Variação do PIB acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos novos (Brasil - 1º trimestre/2013 - 1º trimestre/2017)



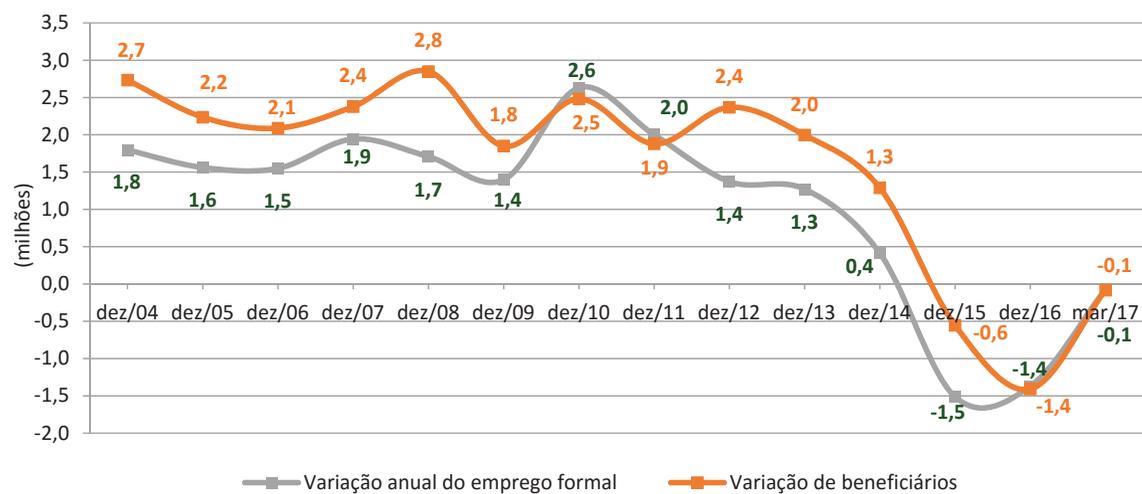
Fontes: IBGE e SIB/ANS/MS - 03/2017.

Notas: 1. Valor do PIB a valores constantes de 1995.

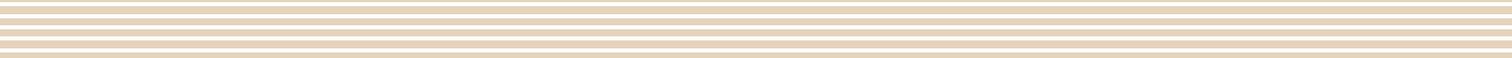
2. Taxa é calculada pela razão entre PIB/Beneficiários acumulados no trimestre do ano corrente e PIB/Beneficiários acumulados no mesmo trimestre do ano anterior.

A evolução do mercado de trabalho formal, medida pelo número de trabalhadores com carteira de trabalho, vis-à-vis a evolução do número de beneficiários da saúde suplementar, continua a sinalizar forte associação entre as mesmas e destas com a conjuntura econômica. O saldo da variação no número de beneficiários e no número de trabalhadores com carteira assinada foi negativo em março de 2017 (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - 2004-2017)



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados SIB/ANS/MS (mar/17) e CAGED/TEM.



ÍNDICES DE PREÇOS SELECIONADOS

Tabela 15 - Índices de preços selecionados (Brasil - março/2016-março/2017)

Índices (%)	dez/16	dez/15 a dez/16	jan/16 a dez/16
Índices gerais de preços			
IPCA	0,25	4,57	0,58
ICV-DIEESE	0,01	4,03	-0,13
IPC-FIPE	0,14	3,57	0,06
IGP-M	0,01	4,86	0,09
INPC	0,32	12,84	0,56
Grupo Saúde e Cuidados Pessoais			
IPCA	0,69	10,34	1,34
ICV-DIEESE (1)	1,21	6,85	1,51
IPC-FIPE (1)	0,72	11,78	1,41
INPC	0,62	9,63	1,18
Plano de Saúde e Seguros e Convênios			
IPCA	1,07	0,94	0,00

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE, Ipeadata e Dieese.

(1) É medido apenas no município de São Paulo (SP)

Tabela 16 - Índices de preços – Expectativas de mercado

Ano	IPCA	IGP-M	IPC-FIPE
2016	6,38%	7,02%	6,28%
2017	4,10%	4,63%	3,75%

Fonte: Boletim Focus do BACEN.

Notas: Projeções - 2017, boletim de 31 de março de 2017; 2016, boletim de 30 de dezembro de 2016.

NORMATIVOS PUBLICADOS

de Janeiro de 2017 a Março de 2017

Resoluções Normativas	
Nº.	Ementa
420	Altera a Resolução Normativa nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
421	Altera a Resolução Normativa – RN n.º 405, de 9 de maio de 2016, que dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar – QUALISS.

PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

Órgãos Permanentes

Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Órgão consultivo formado por todos os segmentos da sociedade que representam as relações no setor. Criada pela Lei nº 9.656/98, desde então a CAMSS se reúne periodicamente. Veja a listagem completa dos representantes da sociedade na CAMSS, o calendário e as atas das reuniões em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar>

Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS

Tem por finalidade propor à ANS o aprimoramento do Padrão TISS; revisar os termos de representação de conceitos em saúde e analisar as solicitações de inclusões na TISS; promover a divulgação e acompanhar a adoção do Padrão TISS; analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, visando a adequação do padrão TISS; promover e recomendar estudos relativos à informação e comunicação em saúde. Veja a listagem completa dos representantes da sociedade, o calendário e as atas das reuniões em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/copiss-comite-de-padronizacao-das-informacoes>

Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE

Instituído para analisar questões pertinentes à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, além de temas relacionados com a atenção à saúde, como Mecanismos de Regulação, Risco Assistencial e Promoção da Saúde. Mais informações em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comite-permanente-de-regulacao-da-atencao-a-saude-cosaude>

Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos

O Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos foi criado com o objetivo de propiciar um espaço permanente de discussão com os representantes do setor de saúde suplementar a respeito dos temas relacionados à estrutura e funcionamento dos planos de saúde. Veja mais informações em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>

Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ

É uma instância consultiva coordenada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) com a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar. Além do seu coordenador, o COTAQ será composto por membros internos e externos à ANS, nomeados pelo Diretor-Adjunto da DIDES. Veja as atas e documentos das reuniões em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/cotaq>

Câmaras e Grupos Técnicos em andamento

Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos

Dentro do Eixo Temático “Sustentabilidade do Setor” da Agenda Regulatória 2016/2018, a abertura da Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos, sob a coordenação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, foi deliberada na 458ª Reunião Ordinária, de 25 de janeiro de 2017, e visa colher subsídios e contribuições para posterior regulamentação sobre o tema, com a participação de representantes das demais Diretorias da ANS, Procuradoria Federal, entidades representativas do setor e convidados.”

Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras

Objetiva discutir os indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras que irão compor o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar-IDSS, ano-base 2017, com base no art. 18 da RN 386/2015.

Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras

Destinado a discutir as mudanças na Resolução Normativa RN 277 de 04 de novembro de 2011, que trata do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Grupo Técnico Projeto Sua Saúde

Discute a criação do projeto Sua Saúde para estimular um maior protagonismo de pacientes e usuários do sistema em relação à tomada de decisão em saúde.

Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018

Destinado à discussão de inclusões, alterações e exclusões de Procedimentos e Diretrizes de Utilização - DUTs do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Grupo Técnico de Debates Fiscalizatórios

Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia

Destinado a discutir modelos de coparticipação e franquia.

Grupo Técnico de Oncologia (OncoRede)

Tem como objetivo discutir a atenção integral em Oncologia na saúde suplementar.

Grupo Técnico de Remuneração

Objetiva aprofundar o debate sobre os modelos remuneração na saúde suplementar.

Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado

Tem como objetivo reunir participantes do projeto Idoso Bem Cuidado para identificar e debater a necessária mudança do sistema de cuidado em saúde da pessoa idosa.

Grupo técnico Interáreas (DIDES, DIPRO e DIFIS)

O GT Interáreas reunia as diretorias de Desenvolvimento Setorial, de Normas e Habilitação de Produtos e de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O objetivo do grupo era discutir temas transversais às áreas da ANS. Esse grupo foi extinto com a publicação da Resolução Normativa Resolução Normativa nº 413, que definiu critérios para a venda de planos de saúde on-line. As discussões de coparticipação e franquia passam a ser tratadas em grupo específico.

Grupo Técnico Lei 13.003/14

Destinado à identificação e ao debate, com representantes do setor, de oportunidades para melhorar o relacionamento entre operadoras e prestadores, a partir da regulamentação da Lei 13.003/14 (RNs 363, 364 e 365).

Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial - LAB-DIDES e LAB-DIDES Odontologia

Tem por finalidade avaliar estudos e pesquisas sobre os temas relacionados ao desenvolvimento, sustentabilidade, concorrência, qualidade e inovação setorial, além de discutir políticas regulatórias.

Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento

Tem como objetivo a troca de informações entre a sociedade e a ANS em relação à metodologia do monitoramento da Garantia de Atendimento. Foi substituído pelo Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, conforme a Portaria nº 2, de 26 de setembro de 2016.

Grupo Técnico de Medicamentos Antineoplásicos Orais

Destinado à discussão de inclusões, alterações e exclusões de medicamentos antineoplásicos orais e suas indicações constantes nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Grupo Técnico FormSUS - Procedimentos - DUT

Destinado à discussão de inclusões, alterações e exclusões de Procedimentos e Diretrizes de Utilização - DUTs do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Grupo Técnico Genética

Destinado à discussão de inclusões, alterações e exclusões de procedimentos em genética e suas indicações constantes nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais

Destinado à realização, no âmbito da ANS, do acompanhamento e do gerenciamento da implementação do conjunto de propostas definidas no Relatório Final do Grupo Técnico Interministerial de OPME.

Mais informações em:

<http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos>

Consultas Públicas

Nº 60 – Consulta Pública sobre Mecanismos Financeiros de Regulação - Coparticipação e Franquia

Período: 31/03/2017 a 02/05/2017 (Encerrada)

Mais informações em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-publicas>

Audiências Públicas

Audiência nº 6 – Audiência Pública com a finalidade de obter subsídios, informações, sugestões ou críticas relativas à proposta de Resolução Normativa para tratar de Mecanismos Financeiros de Regulação, a saber, Coparticipação e Franquia

Data: 20/03/2017

Audiência nº 5 – Audiência pública sobre proposta de instrução normativa da DIOPE regulamentando hipótese de movimentação dos ativos garantidores vinculados das operadoras

Data: 14/02/2017

Mais informações em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas>

Links de Interesse

Banco Central do Brasil - BACEN (<http://www.bacen.gov.br>);

Fundação Getúlio Vargas - FGV (<http://www.fgv.br>);

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos - DIEESE (<http://www.dieese.org.br>);

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (<http://www.ibge.gov.br>);

Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE (<http://www.fipe.com.br>);

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (<http://www.ipea.gov.br>);

Ministério da Saúde - MS (<http://www.saude.gov.br>);

Departamento de Informática do SUS - DATASUS (<http://www.datasus.saude.gov.br>)

TERMOS TÉCNICOS

Abrangência geográfica	<ul style="list-style-type: none">• Municipal: compreende apenas um município de um estado.• Grupo de municípios: compreende um determinado grupo de municípios em um ou mais estados.• Estadual: compreende todos os municípios de um estado.• Grupo de estados: compreende um determinado grupo de estados (pelo menos dois), limítrofes ou não, e que não atinja a cobertura nacional.• Nacional: compreende todo o território nacional.
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.
Beneficiários ativos	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). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS. Por outro lado, faz com que a informação seja permanentemente atualizada, tornando-a sempre provisória.
Cobertura assistencial	<p>Uma das características dos planos de saúde</p> <ul style="list-style-type: none">• Ambulatorial: cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas; apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.• Hospitalar com obstetrícia: garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e aos processos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.• Hospitalar sem obstetrícia: garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e aos processos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.• Odontológica: garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.• De referência: segmentação assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria.• Não informado: expressão utilizada para os planos com vigência anterior à Lei nº 9.656/98 cuja cobertura não foi informada pelas operadoras.

Contraprestações pecuniárias	Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.
Demandas dos consumidores	As demandas são classificadas em Reclamação ou Pedido de Informação e relacionam-se à prestação de serviços pelas operadoras de planos privados de saúde.
Despesa	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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Despesas com comercialização. • Outras despesas operacionais.
Época de contratação	Uma das características dos planos de saúde. • 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.
Índice combinado	Relaciona a soma da receita operacional com a soma da despesa operacional. É resultado da divisão das despesas administrativas, comerciais, outras despesas operacionais e eventos líquidos pelas contraprestações efetivas e outras despesas operacionais.
Índice de resolutividade	Afere o percentual de reclamações de natureza assistencial, encaminhadas através de NIP, que foram resolvidas por meio da mediação, sem a necessidade de instauração de processo administrativo sancionador.
Margem de lucro líquida	Relação entre o resultado líquido e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).

<p>Modalidade da operadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administradora de planos: empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora; não possuem beneficiários; não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. • Administradora de benefícios: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos. • Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. • Cooperativa médica: operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde. • Cooperativa odontológica: operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos. • Filantropia: operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). • Medicina de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde. • Odontologia de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos. • Seguradora especializada em saúde: empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.
<p>Operadoras de planos de saúde</p>	<p>Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.</p>
<p>Planos de saúde (Plano privado de assistência à saúde)</p>	<p>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.</p>

Receita	<p>Corresponde à soma das contraprestações efetivas informadas pelas operadoras à ANS. As contraprestações efetivas resultam da soma das Contraprestações Líquidas (ou Prêmios Retidos Líquidos), considerados os efeitos das variações das Provisões Técnicas, as Receitas com Administração de Planos de Assistência à Saúde e os Tributos Diretos de Operações com Planos de Assistência à Saúde da Operadora.</p> <p>Além das receitas das contraprestações são incluídas outras receitas operacionais.</p>
Além das receitas das contraprestações são incluídas outras receitas operacionais.	<p>Relaciona a soma da receita operacional com a soma da despesa operacional. É resultado da divisão das despesas administrativas, comerciais, outras despesas operacionais e eventos líquidos pelas contraprestações efetivas e outras despesas operacionais.</p>
Registro de operadora	<p>Autorização concedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, seguradora especializada em saúde ou entidade de autogestão para operação no setor de saúde suplementar como operadora de plano privado de assistência à saúde. A obtenção do registro da operadora requer que a pessoa jurídica envie correspondência contendo a solicitação de registro da operadora e a documentação exigida para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Após a obtenção do registro, a operadora poderá iniciar o processo para solicitação de registro dos produtos que pretende comercializar e apresentar o plano de negócios para obter a autorização de funcionamento.</p>
Retorno sobre o Patrimônio líquido (ROE)	<p>Relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido da operadora.</p>
Taxa de cobertura	<p>Razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica. No Caderno de Informação, o cálculo é feito para Unidades da Federação, capitais, regiões metropolitanas das capitais e interior das Unidades da Federação. Como um indivíduo pode possuir mais de um vínculo a plano de saúde e estar presente no cadastro de beneficiários da ANS tantas vezes quanto o número de vínculos que possuir, o termo cobertura é utilizado como um valor aproximado, nessa publicação.</p>
Taxa de rotatividade	<p>A taxa de rotatividade mede o percentual dos vínculos substituídos no período em relação ao total existente no primeiro dia do período. O cálculo da taxa de rotatividade é realizado utilizando o menor valor entre o total de adesões e de cancelamentos em um período especificado.</p>
Taxa de sinistralidade	<p>Relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras.</p>

<p>Tipo de contratação</p>	<p>Uma das características dos planos de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Coletivo não identificado: expressão utilizada para designar o plano coletivo cujo vínculo entre o beneficiário e a pessoa jurídica contratante não foi especificado pela operadora. • Não informado: expressão utilizada para designar o plano com vigência anterior à Lei nº 9.656/98, que não foi informado pela operadora.
<p>Vínculo</p>	<p>Um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo com a operadora de planos de assistência à saúde.</p>

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



*Use a opção do código
para ir ao portal da ANS*



Ministério da
Saúde

