

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Junho de 2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar:

Beneficiários, Operadoras e Planos



Junho de 2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar:

Beneficiários, Operadoras e Planos



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação -
GEPIN/DIDES

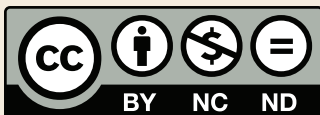
ISSN 1981-3627
ISSN online 1981-0962

**CADERNO DE INFORMAÇÃO
DA SAÚDE SUPLEMENTAR:**
Beneficiários,
Operadoras e Planos

Rio de
Janeiro

ano 12, n. 2 p.1-61

junho
2018



2019. 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 <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão online

Elaboração, distribuição e informações

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de 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

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 de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Fotografia (capa) – istock photos

Normalização e Ficha Catalográfica

Biblioteca/CGECO/GEQIN/DIGES

Ficha Catalográfica

Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico]: beneficiários, operadoras e planos. – Ano 1, n. 1 (mar. 2007). – Rio de Janeiro: ANS, ano 12, n. 2 (jun.) 2018- 2.0MB; ePUB.

Trimestral.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>.

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.

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

1. Saúde suplementar. I. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de 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/2018)	14
Gráfico 2	Taxa de crescimento anual do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial Brasil - março/2013-março/2018)	15
Gráfico 3	Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - março/2013-março/2018)	17
Gráfico 4	Número-índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora (Brasil - dezembro/2013-março/2018)	17
Gráfico 5	Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil - dezembro/2004-março/2018)	18
Gráfico 6	Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2018)	20
Gráfico 7	Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil - março/2013-março/2018)	20
Gráfico 8	Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano (Brasil - março/2013-março/2018)	21
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/2018)	24
Gráfico 10	Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-março/2018)	27
Gráfico 11	Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2018)	28
Gráfico 12	Distribuição dos beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2018)	29
Gráfico 13	Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2016-2018)	32
Gráfico 14	Taxa de sinistralidade das operadoras exclusivamente odontológicas, por modalidade da operadora (Brasil - 2016-2018)	32
Gráfico 15	Índice combinado saúde das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2016-2018)	33
Gráfico 16	Índice combinado saúde das operadoras exclusivamente odontológicas, por modalidade da operadora (Brasil - 2016-2018)	33
Gráfico 17	Demandas dos consumidores, por classificação do atendimento (Brasil - janeiro-março/2010-janeiro-março/2018)	37
Gráfico 18	Distribuição percentual de reclamações por tema da demanda (Brasil - janeiro-março/2017 e janeiro-março/2018)	39
Gráfico 19	Distribuição percentual de demandas NIP, por natureza da demanda (Brasil - janeiro-março/2017 e janeiro-março/2018)	39
Gráfico 20	Distribuição percentual de demandas NIP assistenciais, por subtema da demanda (Brasil - janeiro-março/2017 e janeiro-março/2018)	40

Gráfico 21	Demandas NIP assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2018)	41
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/2014-1º trimestre/2018)	43
Gráfico 23	Varição anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - 2005-2018)	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000 - março/2018)	13
Tabela 2	Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2017 - março/2018)	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/2017-março/2018)	16
Tabela 4	Taxa de cobertura por cobertura assistencial do plano e localização, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação (Brasil - março/2018)	19
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/2018)	22
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/2018)	23
Tabela 7	Resumo do registro de operadoras (Brasil - março/2018)	27
Tabela 8	Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por tipo de contratação, segundo época de contratação e abrangência geográfica (Brasil - março/2018)	30
Tabela 9	Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por época de contratação, segundo número de beneficiários (Brasil - março/2018)	31
Tabela 10	Receitas e despesas, por modalidade das operadoras, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil - 1º trimestre/2018)	31
Tabela 11	Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo (Brasil - março/2018)	35
Tabela 12	Estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, segundo tipo de atendimento (Brasil - março/2018)	35
Tabela 13	Leitos para internação, por vínculo ao SUS, segundo localização (Brasil - março/2018)	35
Tabela 14	Reclamações por 100.000 beneficiários de planos privados de saúde, segundo Unidades da Federação (Brasil - janeiro-março/2018)	40
Tabela 15	Índices de preços selecionados (Brasil - março/2017-março/2018)	49
Tabela 16	Índices de preços - Expectativas de mercado	49

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	37
Aspectos macroeconômicos	43
Índices de preços selecionados	49
Normativos publicados de Janeiro de 2018 a Março de 2018	51
Participação da sociedade	53
Termos Técnicos	57

APRESENTAÇÃO

Ao fim do primeiro trimestre de 2018 havia 47,1 milhões de vínculos de beneficiários da saúde suplementar a planos de assistência médica com ou sem odontologia e 22,9 milhões a planos exclusivamente odontológicos. Em comparação com o fechamento do ano de 2017, houve redução de 186,0 mil vínculos no segmento médico-hospitalar, e no segmento odontológico, de 217,6 mil de vínculos.

O número de operadoras em atividade no setor, que permanece em queda gradual desde o início da série, chegou a 1.253 ao fim do primeiro trimestre de 2018, das quais 1.054 operavam com beneficiários. Essas operadoras atuavam no mercado, nesse período, através de 34,5 mil planos de saúde ou produtos e apresentaram receita de contraprestações de R\$ 45,7 bilhões.

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 Dados do Setor, submenu Dados Gerais; 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. A ANS apresenta, também, dados disponibilizados no Portal Brasileiro de Dados Abertos (<http://dados.gov.br/>).

Boa leitura!



BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIOS

O Cadastro de Beneficiários fechou o primeiro trimestre de 2018 com 47,1 milhões de vínculos de beneficiários a planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia, e 22,9 milhões a planos exclusivamente odontológicos (Tabela 1 e Gráfico 1). O número de beneficiários a planos de assistência médica, com ou sem odontologia, apresenta-se em queda desde 2014 e, considerando-se o período (março de 2018 em relação a dezembro de 2017), houve redução da ordem de aproximadamente 186 mil vínculos entre os planos de assistência médica com ou sem odontologia. Entre os planos exclusivamente odontológicos observa-se igualmente queda da ordem de 217 mil vínculos, no mesmo período.

Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000-dezembro/2018)

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	47.846.092	18.538.837
dez/13	49.454.665	19.482.783
dez/14	50.392.150	20.224.539
dez/15	49.172.488	20.993.923
dez/16	47.586.547	21.605.798
dez/17	47.304.945	23.162.606
mar/18	47.118.945	22.945.027

Fonte: SIB/ANS/MS -04/2018

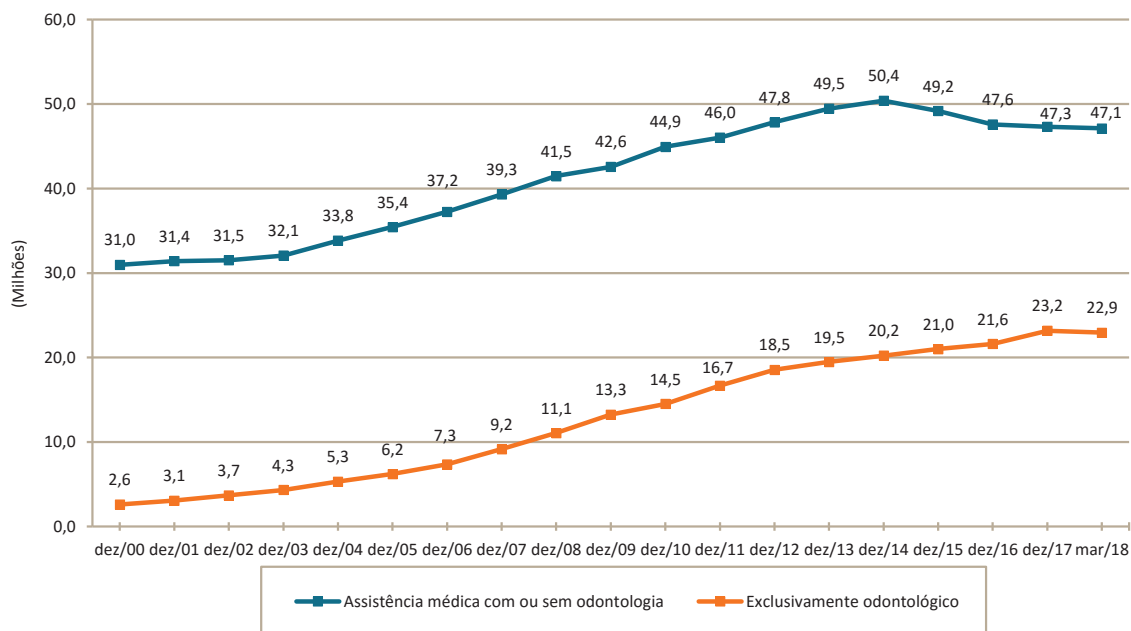
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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/2018)

)



FFonte: SIB/ANS/MS - 04/2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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 a planos privados de assistência médica e aos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação, nos últimos cinco trimestres. No que diz respeito à quantidade total de beneficiários, houve uma leve queda no primeiro trimestre de 2018 em relação ao quarto trimestre de 2017. No mesmo período, aumentou o número de beneficiários a planos exclusivamente odontológicos.

Tabela 2 - Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2017 - março/2018)

Cobertura assistencial do plano	Total	Coletivo			Individual	Não informado
		Total	Empresarial	Por adesão		
Assistência médica com ou sem odontologia						
mar/17	47.291.954	37.787.472	31.324.582	6.461.301	1.589	9.320.645
jun/17	47.280.668	37.833.958	31.372.678	6.459.698	1.582	9.269.646
set/17	47.209.164	37.815.308	31.385.443	6.428.292	1.573	9.225.884
dez/17	47.304.945	37.967.243	31.556.903	6.408.671	1.669	9.171.047
mar/18	47.118.945	37.801.653	31.409.622	6.390.469	1.562	9.157.547
Exclusivamente odontológico						
mar/17	21.783.123	17.855.293	15.997.092	1.854.155	4.046	3.898.456
jun/17	21.973.786	18.056.451	16.192.729	1.859.683	4.039	3.888.799
set/17	22.347.644	18.379.981	16.524.687	1.851.258	4.036	3.939.857
dez/17	23.162.606	18.961.864	17.077.400	1.880.431	4.033	4.170.396
mar/18	22.945.027	18.865.453	16.993.236	1.868.203	4.014	4.052.452

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018

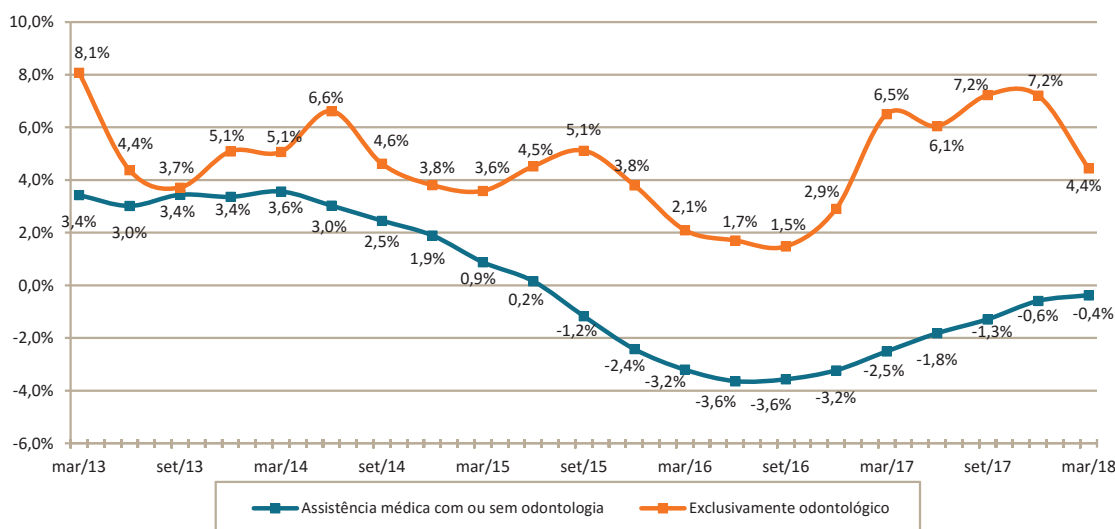
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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 sofreu redução gradativa desde março de 2014 (Gráfico 2) a setembro de 2016, sendo que desde setembro de 2015 aponta retração no número de beneficiários, embora com sinais de recuperação gradual. Entre os planos exclusivamente odontológicos as taxas de crescimento vinham apresentando um aumento significativo a partir do último semestre de 2016, porém observa-se queda de 2,8% no primeiro trimestre de 2018.

Gráfico 2 - Taxa de crescimento anual do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - março/2013-março/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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 total de vínculos em planos de assistência médica foi para todos os tipos de contratação, entre o quarto trimestre de 2017 e o primeiro trimestre de 2018 e o quarto trimestres de 2017 (Tabela 3). Os vínculos a planos exclusivamente odontológicos apresentaram taxa de variação também negativa, porém superior à observada entre os vínculos a planos de assistência médica.

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/2017-março/2018)

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/17- mar/18)	-0,37	0,04	0,27	-1,10	-1,70	-1,75	-13,11
No ano (dez/17 - mar/18)	-0,39	-0,44	-0,47	-0,28	-6,41	-0,15	-4,15
No trimestre (dez/17 - mar/18)	-0,39	-0,44	-0,47	-0,28	-6,41	-0,15	-4,15
Exclusivamente odontológico							
Em um ano (mar/17- mar/18)	5,33	5,66	6,23	0,76	-0,79	3,95	-7,67
No ano (dez/17 - mar/18)	-0,94	-0,51	-0,49	-0,65	-0,47	-2,83	-10,62
No trimestre (dez/17 - mar/18)	-0,94	-0,51	-0,49	-0,65	-0,47	-2,83	-10,62

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018

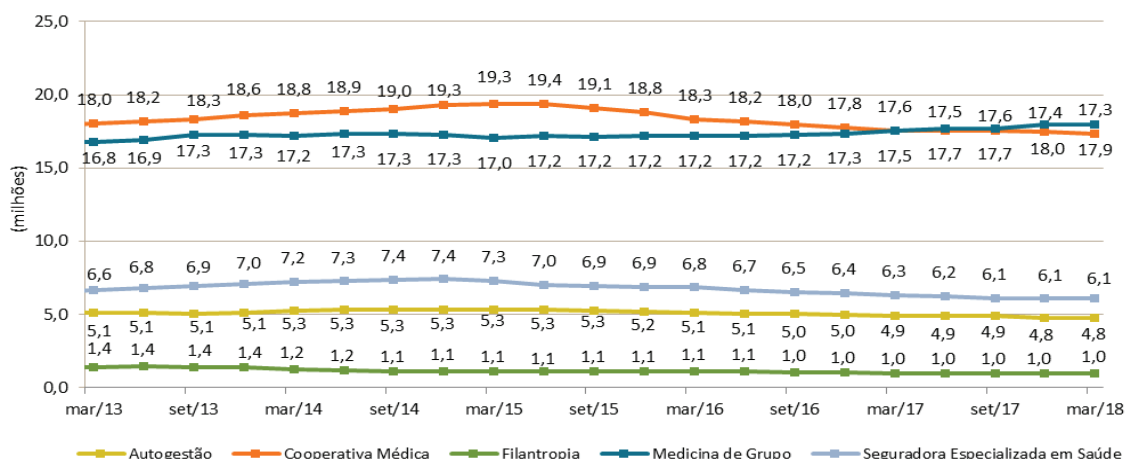
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Junho/2018

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 de beneficiários de acordo com a modalidade da operadora dos planos de assistência médica, observa-se que o número de beneficiários se mantém estável para todas as modalidades de operadora desde março de 2017 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - março/2013-março/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2018

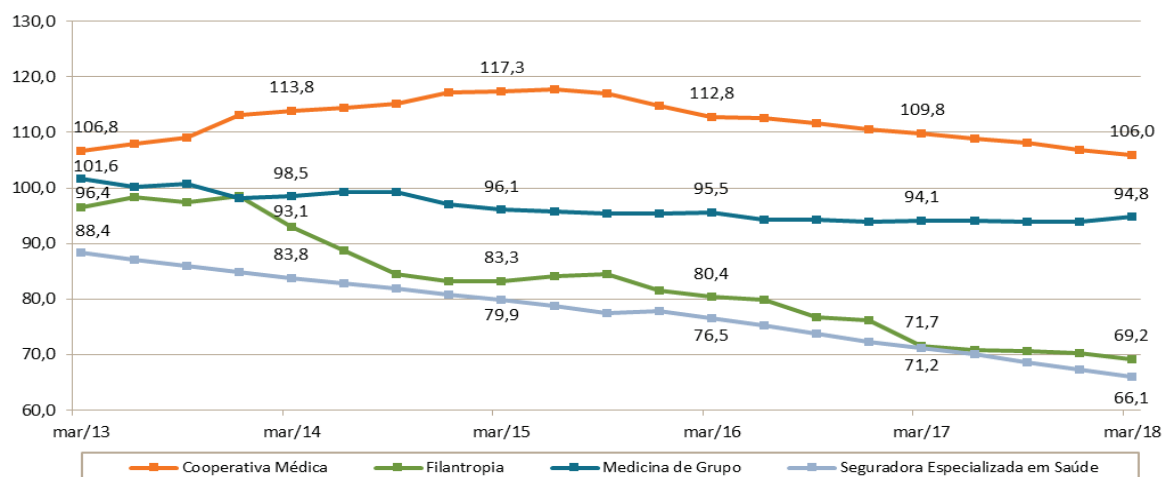
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2019

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 vínculos a planos individuais de assistência médica, observa-se redução para quase todas as modalidades de operadoras. A exceção é a Medicina de Grupo, que vem mantendo-se estável nos últimos trimestres da série (Gráfico 4). Pode-se observar, também, que a modalidade Seguradora Especializada em Saúde apresentou queda mais acentuada em comparação às demais.

Gráfico 4 - Número-índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora (Brasil - dezembro/2013-março/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2019

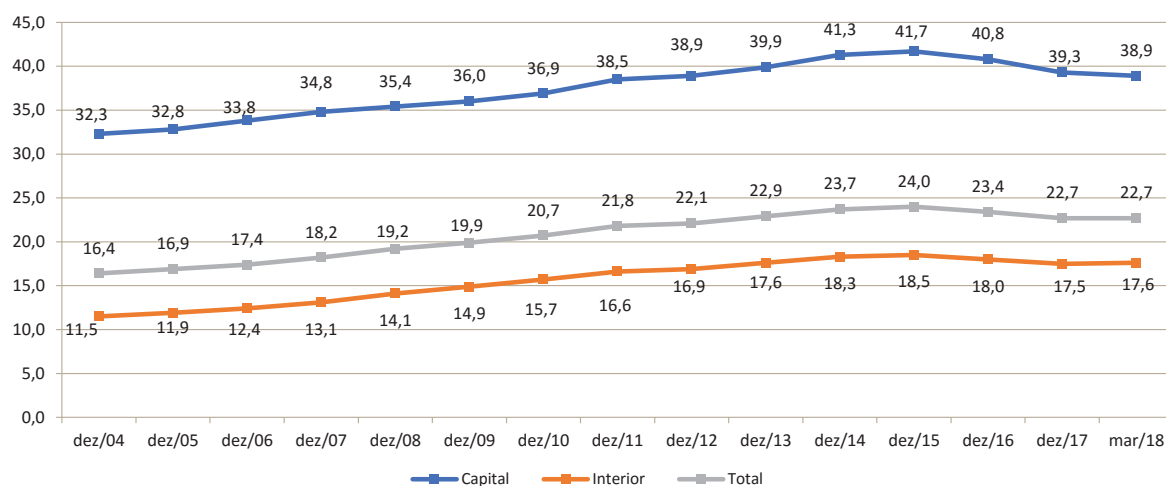
Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Base: dezembro/2011 = 100.

3. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

A taxa de cobertura dos planos de assistência médica por localização segue em queda desde dezembro de 2015. Isso se observa tanto entre as capitais quanto no interior (Gráfico 5). As taxas equivalentes ao primeiro trimestre de 2018 apresentam-se estáveis em relação a dezembro de 2017.

Gráfico 5 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil - dezembro/2004-março/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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 as taxas de cobertura dos planos privados de assistência médica por unidades da federação e grandes regiões, nota-se que as regiões Sudeste e Sul têm as maiores coberturas – 33,1% e 23,6%, respectivamente (Tabela 4). Vitória/ES é a capital com maior taxa de cobertura por planos de assistência médica, com 61,7% da população coberta. Quanto à cobertura de planos exclusivamente odontológicos, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas – 15,4% e 9,3%, respectivamente. No extremo oposto, tem-se o caso dos estados da Região Norte, com destaque para Acre e Roraima, que apresentam as menores taxas de cobertura, tanto em planos de assistência médica como nos exclusivamente odontológicos.

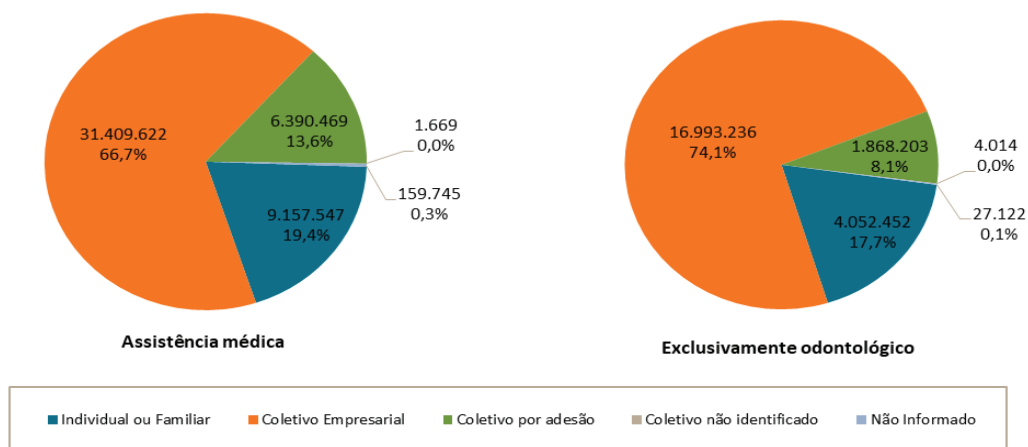
Tabela 4 - Taxa de cobertura por cobertura assistencial do plano e localização, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação (Brasil - março/2018)

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	22,7	38,9	33,6	17,6	11,0	21,1	17,7	7,9
Norte	9,5	22,0	21,3	4,1	5,6	13,8	14,1	2,1
Rondônia	9,1	18,1	0,0	5,6	6,4	13,1	0,0	3,8
Acre	5,4	10,9	0,0	0,8	1,7	3,3	0,0	0,3
Amazonas	13,1	25,2	21,5	0,6	9,5	18,2	15,6	0,3
Roraima	5,5	8,4	0,0	0,5	1,8	2,7	0,0	0,2
Pará	9,2	28,1	23,7	5,2	4,8	16,0	14,1	2,4
Amapá	8,8	12,5	11,1	3,5	5,9	8,4	7,7	2,3
Tocantins	6,7	19,6	0,0	4,1	2,7	7,1	0,0	1,8
Nordeste	11,3	32,0	25,5	5,6	7,6	21,7	17,9	3,8
Maranhão	6,2	26,7	21,0	2,6	2,4	10,8	8,5	0,9
Piauí	9,0	26,5	22,4	2,9	2,2	7,0	5,9	0,6
Ceará	13,7	36,0	29,0	4,7	9,6	25,4	20,9	3,3
Rio Grande do Norte	14,9	36,1	27,6	7,9	9,1	21,2	16,4	5,0
Paraíba	10,2	30,6	22,6	5,3	7,2	24,4	18,9	3,1
Pernambuco	13,6	37,7	25,3	8,6	9,3	25,5	18,4	6,0
Alagoas	11,0	28,4	24,5	3,7	7,6	19,8	17,1	2,5
Sergipe	13,7	36,4	28,8	5,1	8,5	22,0	18,2	3,4
Bahia	10,4	28,2	24,6	6,2	8,7	24,9	21,8	5,0
Sudeste	33,1	47,5	40,1	28,4	15,4	23,9	20,2	12,6
Minas Gerais	23,9	47,3	35,5	35,7	9,1	20,3	15,6	7,6
Espírito Santo	28,4	61,7	40,2	40,3	10,9	23,2	16,2	9,6
Rio de Janeiro	31,5	45,7	33,7	35,0	16,9	24,1	18,7	12,2
São Paulo	38,6	48,0	43,1	43,6	18,2	24,5	22,3	15,9
Sul	23,6	48,5	32,4	19,9	8,3	22,4	12,8	6,2
Paraná	25,3	52,9	37,9	19,8	10,5	28,0	18,7	7,0
Santa Catarina	22,0	41,3	26,5	20,6	7,2	17,7	9,0	6,4
Rio Grande do Sul	22,9	45,2	32,1	19,5	6,8	16,7	10,7	5,3
Centro-Oeste	19,5	31,5	25,8	12,4	9,3	15,5	13,6	5,6
Mato Grosso do Sul	18,0	24,9	0,0	14,8	5,1	6,7	0,0	4,4
Mato Grosso	16,1	36,4	29,9	11,7	5,4	12,4	10,4	3,8
Goiás	16,8	34,4	20,4	12,0	9,3	17,9	11,1	7,0
Distrito Federal	31,1	31,1	31,1	0,0	17,7	17,7	17,7	0,0

Fontes: SIB/ANS/MS - 04/2018 e População - IBGE/2012
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

Os beneficiários a planos coletivos são maioria tanto entre os planos de assistência médica quanto entre os planos exclusivamente odontológicos (Gráfico 6). Os beneficiários a planos coletivos empresariais representam 66,7% do total dos planos de assistência médica e 74,1% dos planos odontológicos. Destaca-se que a participação de beneficiários em planos individuais é maior a planos de assistência médica (19,4%) o que a planos exclusivamente odontológicos (17,7%).

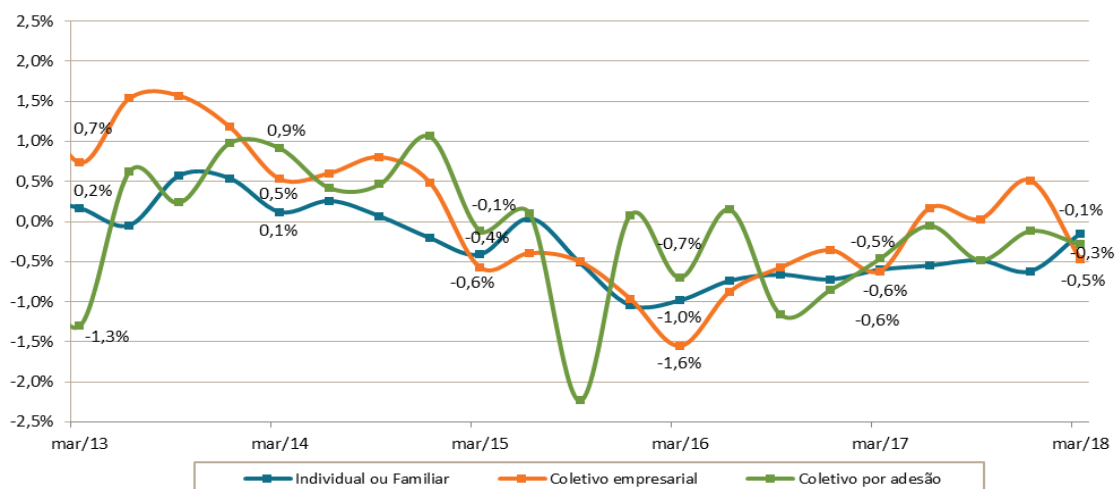
Gráfico 6 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2018

Ao fim do primeiro trimestre de 2018 a taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médica apresentou-se negativa para todos os tipos de contratação. Em comparação ao mesmo período de 2017, nota-se que a menor variação ocorreu para o tipo de contratação Coletivo empresarial (Gráfico 7).

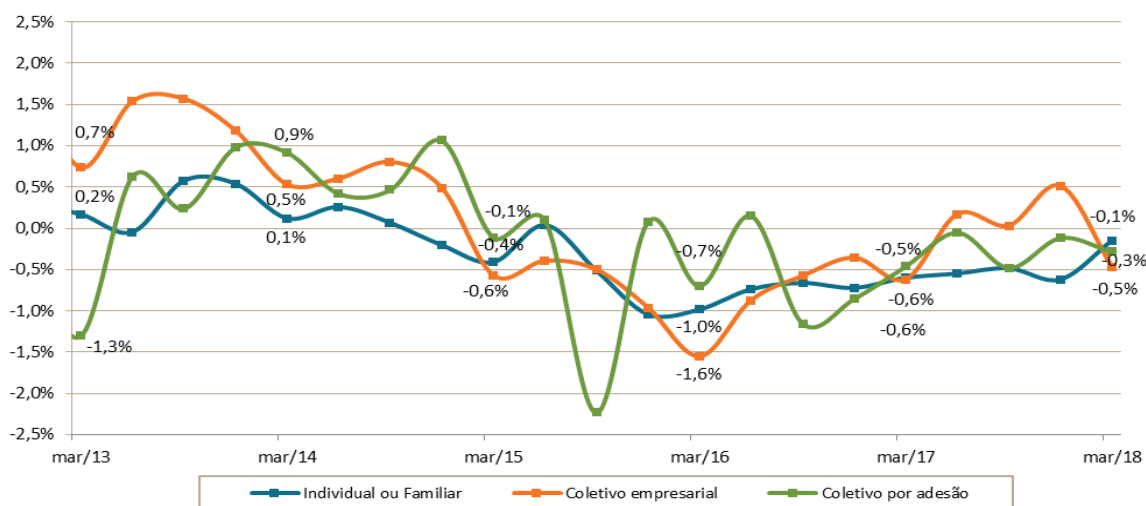
Gráfico 7 - Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil - março/2013-março/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2018

Com relação a planos exclusivamente odontológicos, a taxa de variação do número de beneficiários também apresentou valores negativos para todos os tipos de contratação no primeiro trimestre de 2018. Em comparação ao mesmo período do ano anterior, verifica-se maior diferença para o tipo de contratação Individual ou Familiar (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano (Brasil -março/2013-março/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2018

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. Entre planos privados de assistência médica, 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, apresentando maior número de vínculos na faixa etária de 60 a 69 anos. Entre planos novos, o maior número de vínculos se encontra na faixa etária de 0 a 9 anos. Para vínculos a planos exclusivamente odontológicos, a maior concentração de beneficiários ocorre na faixa etária de 30 a 39 anos, tanto em planos novos como em planos antigos.

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/2018)

Tipo de contratação do plano e faixas etárias	Total			Novos			Antigos		
	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino
Total	47.118.945	25.152.945	21.966.000	42.668.702	22.678.963	19.989.739	4.450.243	2.473.982	1.976.261
0 a 9 anos	6.572.863	3.206.476	3.366.387	6.252.429	3.048.551	3.203.878	320.434	157.925	162.509
10 a 19 anos	5.259.037	2.620.199	2.638.838	4.891.046	2.438.094	2.452.952	367.991	182.105	185.886
20 a 29 anos	7.248.953	3.892.699	3.356.254	6.759.334	3.637.756	3.121.578	489.619	254.943	234.676
30 a 39 anos	9.652.916	5.193.126	4.459.790	9.043.209	4.874.751	4.168.458	609.707	318.375	291.332
40 a 49 anos	6.856.290	3.648.083	3.208.207	6.342.621	3.363.404	2.979.217	513.669	284.679	228.990
50 a 59 anos	5.180.440	2.803.730	2.376.710	4.511.631	2.424.031	2.087.600	668.809	379.699	289.110
60 a 69 anos	3.367.012	1.909.927	1.457.085	2.684.222	1.511.875	1.172.347	682.790	398.052	284.738
70 a 79 anos	1.868.272	1.132.639	735.633	1.377.086	834.532	542.554	491.186	298.107	193.079
80 anos e mais	1.112.570	745.793	366.777	806.875	545.872	261.003	305.695	199.921	105.774
Coletivo	37.801.653	19.579.276	18.222.377	34.445.677	17.786.981	16.658.696	3.521.566	1.875.170	1.646.396
0 a 9 anos	4.941.220	2.419.086	2.522.134	4.637.248	2.269.269	2.367.979	303.972	149.817	154.155
10 a 19 anos	4.196.763	2.087.684	2.109.079	3.884.988	1.933.643	1.951.345	311.775	154.041	157.734
20 a 29 anos	6.191.882	3.252.211	2.939.671	5.814.337	3.053.646	2.760.691	377.545	198.565	178.980
30 a 39 anos	8.442.036	4.424.715	4.017.321	7.932.039	4.156.751	3.775.288	509.997	267.964	242.033
40 a 49 anos	5.875.422	3.026.685	2.848.737	5.475.737	2.811.279	2.664.458	399.685	215.406	184.279
50 a 59 anos	4.157.387	2.145.091	2.012.296	3.693.260	1.893.230	1.800.030	464.127	251.861	212.266
60 a 69 anos	2.324.217	1.234.444	1.089.773	1.901.550	1.001.693	899.857	422.667	232.751	189.916
70 a 79 anos	1.075.174	608.380	466.794	828.479	467.011	361.468	246.695	141.369	105.326
80 anos e mais	597.269	380.838	216.431	432.223	275.363	156.860	165.046	105.475	59.571
Individual	9.157.547	5.485.826	3.671.721	8.068.465	4.816.881	3.251.584	1.089.082	668.945	420.137
0 a 9 anos	1.627.446	785.376	842.070	1.615.179	779.282	835.897	12.267	6.094	6.173
10 a 19 anos	1.047.663	525.215	522.448	1.006.026	504.433	501.593	41.637	20.782	20.855
20 a 29 anos	1.037.650	630.509	407.141	944.975	584.098	360.877	92.675	46.411	46.264
30 a 39 anos	1.189.854	757.339	432.515	1.111.146	717.986	393.160	78.708	39.353	39.355
40 a 49 anos	961.177	610.688	350.489	866.848	552.098	314.750	94.329	58.590	35.739
50 a 59 anos	997.245	644.530	352.715	818.320	530.773	287.547	178.925	113.757	65.168
60 a 69 anos	775.902	514.169	261.733	548.587	367.515	181.072	227.315	146.654	80.661
70 a 79 anos	502.932	357.033	145.899	374.639	270.501	104.138	128.293	86.532	41.761
80 anos e mais	528.400	374.846	153.554	394.927	284.922	110.005	133.473	89.924	43.549
Não informado	159.745	87.843	71.902	251	140	111	159.494	87.703	71.791
0 a 9 anos	4.197	2.014	2.183	2	0	2	4.195	2.014	2.181
10 a 19 anos	14.611	7.300	7.311	32	18	14	14.579	7.282	7.297
20 a 29 anos	19.421	9.979	9.442	22	12	10	19.399	9.967	9.432
30 a 39 anos	21.026	11.072	9.954	24	14	10	21.002	11.058	9.944
40 a 49 anos	19.691	10.710	8.981	36	27	9	19.655	10.683	8.972
50 a 59 anos	25.808	14.109	11.699	51	28	23	25.757	14.081	11.676
60 a 69 anos	25.313	14.590	10.723	51	27	24	25.262	14.563	10.699
70 a 79 anos	17.196	10.090	7.106	20	6	14	17.176	10.084	7.092
80 anos e mais	12.369	7.922	4.447	13	8	5	12.356	7.914	4.442

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar – março/2019

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/2018)

Tipo de contratação do plano e faixas etárias	Total			Novos			Antigos		
	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino
Total	22.945.027	11.656.552	11.288.475	22.623.813	11.488.655	11.135.158	321.214	167.897	153.317
0 a 9 anos	2.180.659	1.062.908	1.117.751	2.141.134	1.043.387	1.097.747	39.525	19.521	20.004
10 a 19 anos	2.698.867	1.338.116	1.360.751	2.668.669	1.323.336	1.345.333	30.198	14.780	15.418
20 a 29 anos	4.469.784	2.308.199	2.161.585	4.408.199	2.274.803	2.133.396	61.585	33.396	28.189
30 a 39 anos	5.906.897	3.009.872	2.897.025	5.835.241	2.971.525	2.863.716	71.656	38.347	33.309
40 a 49 anos	3.926.125	1.995.964	1.930.161	3.877.500	1.970.486	1.907.014	48.625	25.478	23.147
50 a 59 anos	2.343.722	1.198.235	1.145.487	2.306.463	1.180.511	1.125.952	37.259	17.724	19.535
60 a 69 anos	989.257	517.389	471.868	974.090	509.179	464.911	15.167	8.210	6.957
70 a 79 anos	314.091	163.807	150.284	304.691	157.967	146.724	9.400	5.840	3.560
80 anos e mais	115.043	61.775	53.268	107.256	57.181	50.075	7.787	4.594	3.193
Coletivo	18.865.453	9.337.242	9.528.211	18.575.343	9.182.601	9.392.742	290.110	154.641	135.469
0 a 9 anos	1.833.100	894.496	938.604	1.793.703	875.024	918.679	39.397	19.472	19.925
10 a 19 anos	2.263.931	1.116.517	1.147.414	2.235.394	1.102.522	1.132.872	28.537	13.995	14.542
20 a 29 anos	3.757.018	1.906.794	1.850.224	3.699.138	1.875.276	1.823.862	57.880	31.518	26.362
30 a 39 anos	5.032.044	2.505.309	2.526.735	4.966.437	2.469.887	2.496.550	65.607	35.422	30.185
40 a 49 anos	3.212.108	1.574.914	1.637.194	3.171.135	1.552.590	1.618.545	40.973	22.324	18.649
50 a 59 anos	1.804.559	872.832	931.727	1.773.708	857.620	916.088	30.851	15.212	15.639
60 a 69 anos	681.707	331.817	349.890	669.621	324.898	344.723	12.086	6.919	5.167
70 a 79 anos	202.433	96.077	106.356	194.012	90.639	103.373	8.421	5.438	2.983
80 anos e mais	78.163	38.309	39.854	71.810	33.971	37.839	6.353	4.338	2.015
Individual	4.052.452	2.308.241	1.744.211	4.048.259	2.305.967	1.742.292	4.193	2.274	1.919
0 a 9 anos	347.431	168.364	179.067	347.427	168.361	179.066	4	3	1
10 a 19 anos	433.586	220.917	212.669	433.237	220.794	212.443	349	123	226
20 a 29 anos	710.011	400.032	309.979	709.041	399.520	309.521	970	512	458
30 a 39 anos	869.658	502.140	367.518	868.764	501.624	367.140	894	516	378
40 a 49 anos	706.924	418.235	288.689	706.310	417.872	288.438	614	363	251
50 a 59 anos	533.355	323.212	210.143	532.728	322.881	209.847	627	331	296
60 a 69 anos	304.891	184.523	120.368	304.451	184.273	120.178	440	250	190
70 a 79 anos	110.891	67.449	43.442	110.672	67.326	43.346	219	123	96
80 anos e mais	35.518	23.262	12.256	35.444	23.210	12.234	74	52	22
Não informado	27.122	11.069	16.053	211	87	124	26.911	10.982	15.929
0 a 9 anos	128	48	80	4	2	2	124	46	78
10 a 19 anos	1.350	682	668	38	20	18	1.312	662	650
20 a 29 anos	2.755	1.373	1.382	20	7	13	2.735	1.366	1.369
30 a 39 anos	5.195	2.423	2.772	40	14	26	5.155	2.409	2.746
40 a 49 anos	7.093	2.815	4.278	55	24	31	7.038	2.791	4.247
50 a 59 anos	5.808	2.191	3.617	27	10	17	5.781	2.181	3.600
60 a 69 anos	2.659	1.049	1.610	18	8	10	2.641	1.041	1.600
70 a 79 anos	767	281	486	7	2	5	760	279	481
80 anos e mais	1.362	204	1.158	2	-	2	1.360	204	1.156

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2018

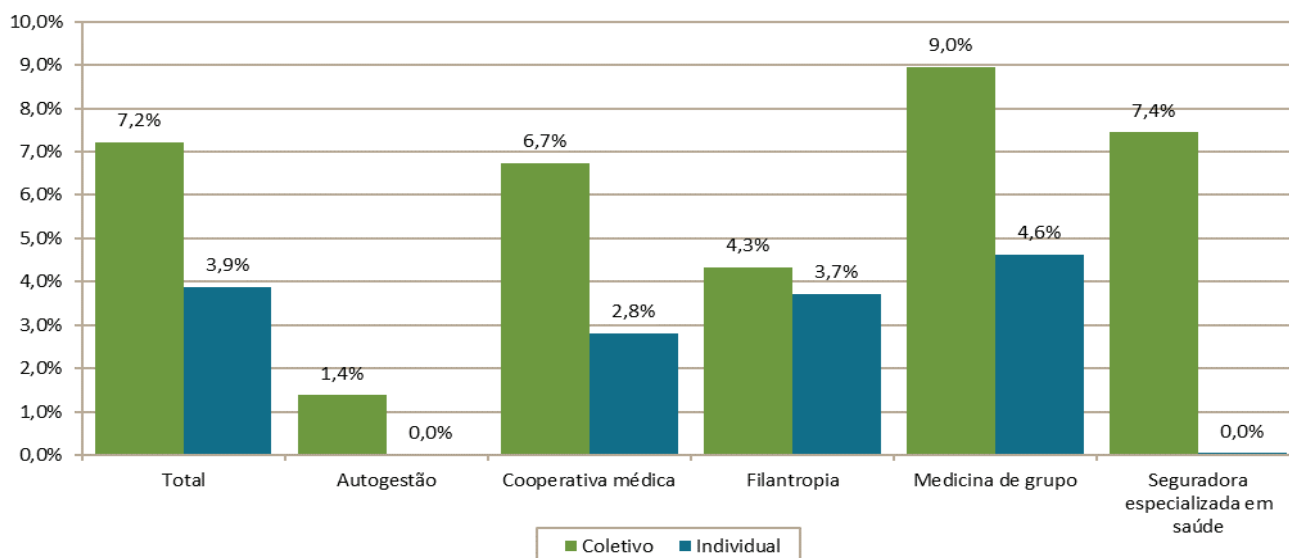
Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

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 2018. As operadoras de modalidade Medicina de grupo apresentaram maior taxa de rotatividade no período, registrando 9,0% para os planos coletivos e 4,6% para os planos individuais. A menor taxa de rotatividade foi registrada para as Autogestões, com 1,4%. A segunda maior taxa de rotatividade foi verificada entre as Seguradoras especializadas em saúde, com 7,4% em planos coletivos.

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/2018)



Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

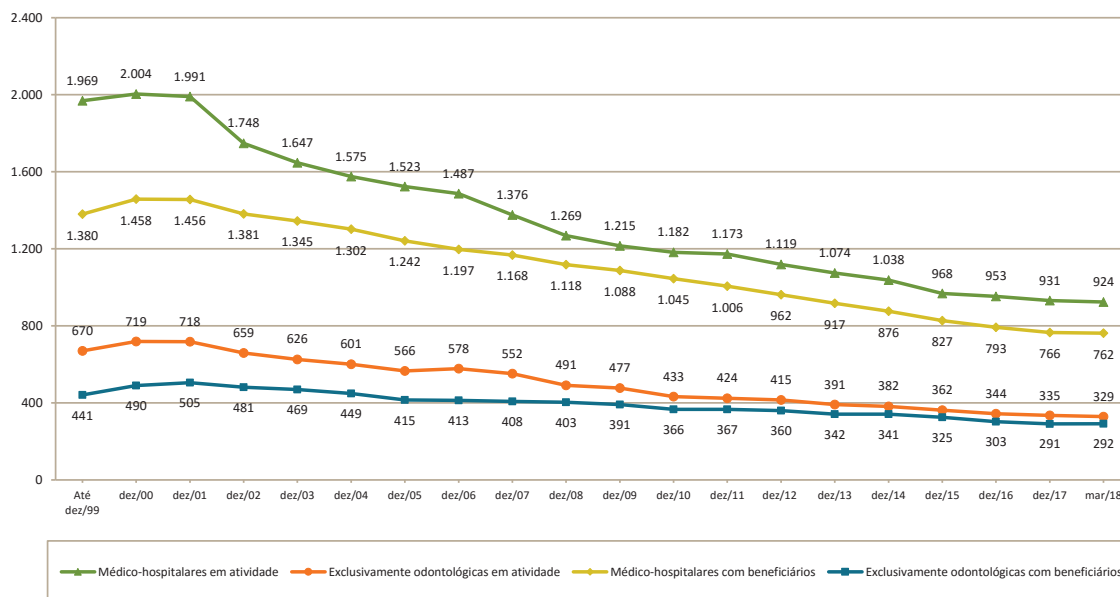
Nota: A taxa de rotatividade mede o percentual dos vínculos substituídos no período em relação ao total existente no primeiro dia do período. O cálculo da taxa de rotatividade é realizado utilizando o menor valor entre o total de adesões e de cancelamentos em um período especificado.

Operadoras e Planos de saúde

OPERADORAS E PLANOS DE SAÚDE

Em março de 2018, o número de operadoras em atividade (Gráfico 10) alcança o número de 924 médico-hospitalares, das quais 762 contam com beneficiários. Em relação às operadoras de planos odontológicos são 329 em atividade, das quais 292 apresentam beneficiários.

Gráfico 10 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-março/2018)



Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2018 e CADOP/ANS/MS - 03/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018
 Nota: Operadoras com beneficiários, por modalidade da operadora.

No primeiro trimestre de 2018 ocorreram 6 novos registros de operadoras, todos médico-hospitalares. Os cancelamentos ao todo foram 20, sendo 9 de operadoras exclusivamente odontológicas (Tabela 7).

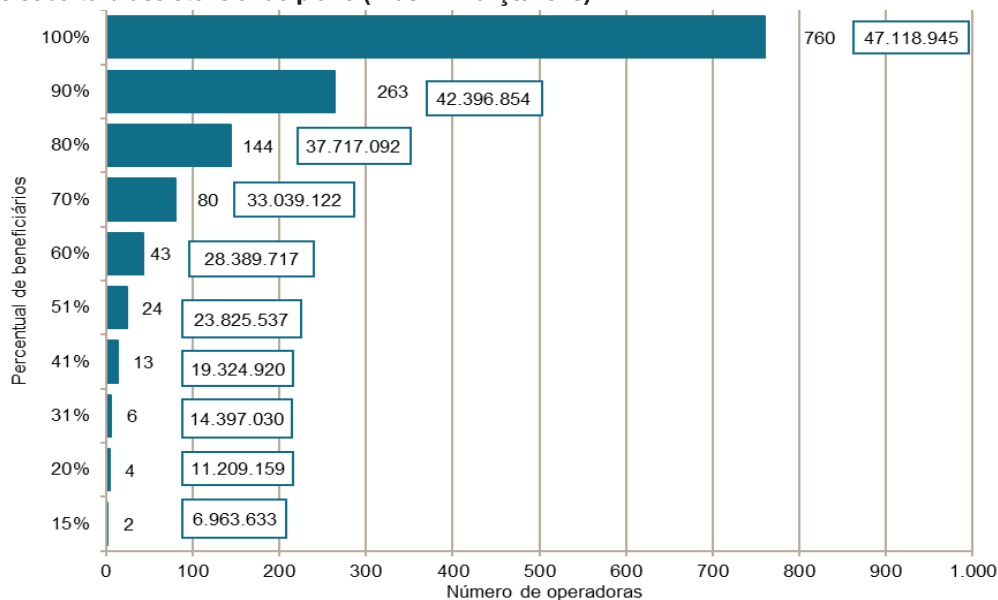
Tabela 7 - Resumo do registro de operadoras (Brasil - março/2018)

Registro	Total	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas
Registros novos (1)	6	6	0
Registros cancelados (1)	20	11	9
Operadoras em atividade	1.253	924	329
Operadoras com beneficiários (2)	1.054	762	292

Fontes: CADOP/ANS/MS - 03/2018 e SIB/ANS/MS - 03/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018
 Nota: (1) Registros novos e cancelados no ano.
 (2) Operadoras com beneficiários, por modalidade da operadora.

Os Gráficos 11 e 12 permitem observar que expressiva parte dos beneficiários está concentrada em um número limitado de operadoras, embora o número de operadoras com beneficiários seja relativamente grande. No caso dos planos de assistência médica (Gráfico 11), 80% dos vínculos estão associados a 144 das 766 operadoras com beneficiários. Enquanto as quatro maiores operadoras do segmento têm juntas cerca de 11,2 milhões de beneficiários, as 497 menores têm juntas quase 4,7 milhões.

Gráfico 11 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2018)



Fontes: SIB/ANS/MS - 04/2018 e CADOP/ANS/MS - 04/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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

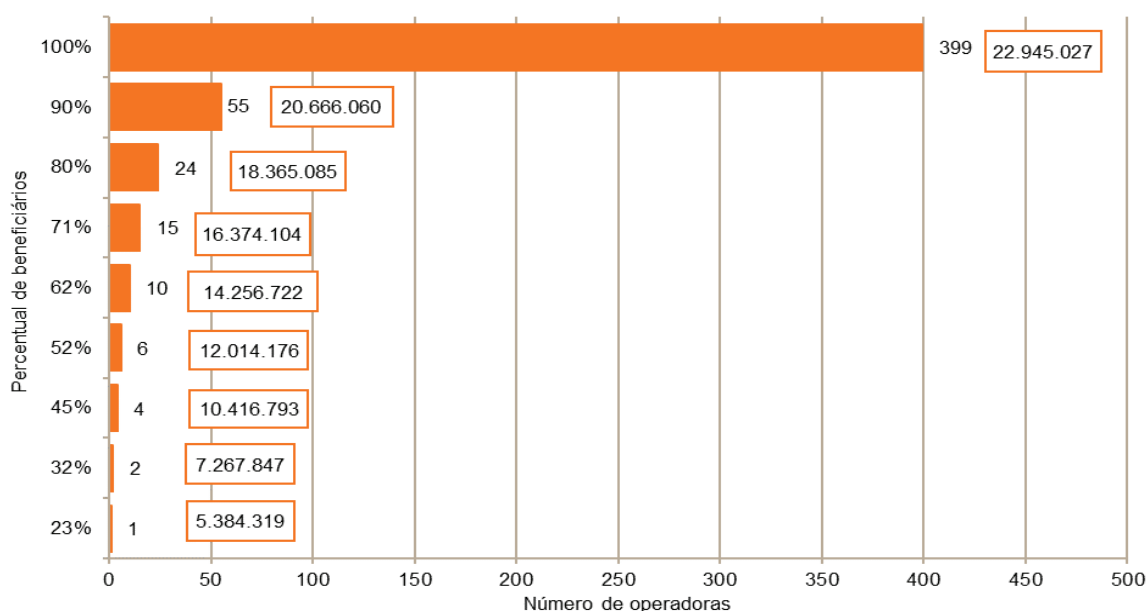
Curva A: 144 operadoras (18,9% do total) detêm 80,0% dos beneficiários.

Curva B: 263 operadoras (34,6% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.

Curva C: 766 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

Entre os beneficiários a planos odontológicos (Gráfico 12), 80% dos beneficiários estão associados a 24 das 399 operadoras que oferecem esse tipo de plano. Neste caso, a maior operadora tem mais do dobro de beneficiários que as 344 menores operadoras do mercado juntas.

Gráfico 12 - Distribuição dos beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2018)



Fontes: SIB/ANS/MS - 04/2018 e CADOP/ANS/MS - 04/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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

Curva A: 24 operadoras (6,0% do total) detêm 80,0% dos beneficiários.

Curva B: 55 operadoras (13,8% do total) detêm 90,1% dos beneficiários.

Curva C: 399 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. Observa-se que, tanto entre os planos novos como 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 entre os planos de saúde individuais contratados antes da Lei 9.656/98 (planos antigos).

Tabela 8 - Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por tipo de contratação, segundo época de contratação e abrangência geográfica (Brasil - dezembro/2018)

Época de contratação e abrangência geográfica do plano	Total(1)	Coletivo				Individual
		Total	Empresarial	Por adesão	Não identificado	
Total	34.465	19.003	12.637	6.323	43	15.462
Nacional	10.413	5.716	3.776	1.938	2	4.697
Grupo de estados	1.274	736	575	151	10	538
Estadual	2.957	1.762	1.090	666	6	1.195
Grupo de municípios	16.495	9.251	6.194	3.033	24	7.244
Municipal	3.326	1.538	1.002	535	1	1.788
Novos	22.726	14.635	10.146	4.446	43	8.091
Nacional	5.687	4.163	2.848	1.313	2	1.524
Grupo de estados	842	615	489	116	10	227
Estadual	2.436	1.592	999	587	6	844
Grupo de municípios	11.939	7.283	5.135	2.124	24	4.656
Municipal	1.822	982	675	306	1	840
Antigos	11.739	4.368	2.491	1.877	-	7.371
Nacional	4.726	1.553	928	625	-	3.173
Grupo de estados	432	121	86	35	-	311
Estadual	521	170	91	79	-	351
Grupo de municípios	4.556	1.968	1.059	909	-	2.588
Municipal	1.504	556	327	229	-	948

Fontes: SIB/ANS/MS - 04/2018 e RPS/ANS/MS - 04/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018
 Nota: 1. Exclui tipo de contratação não identificado.

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 como, mais acentuadamente, os antigos – possuem até 100 beneficiários, 41,9% e 83,7% dos planos com beneficiários, respectivamente.

Tabela 9 - Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por época de contratação, segundo número de beneficiários (Brasil - março/2018)

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	34.643	22.904	100,0%	11.739	100,0%
1 a 100 beneficiários	19.422	9.599	41,9%	9.823	83,7%
101 a 1.000 beneficiários	9.143	7.601	33,2%	1.542	13,1%
1.001 a 10.000 beneficiários	5.160	4837	21,1%	323	2,8%
10.001 a 50.000 beneficiários	807	765	3,3%	42	0,4%
50.001 a 100.000 beneficiários	70	68	0,3%	2	0,0%
Acima de 100.000 beneficiários	41	34	0,1%	7	0,1%

Fontes: SIB/ANS/MS - 04/2018 e RPS/ANS/MS - 04/2018
Caderno de Informação - junho/2018

Quanto aos resultados econômico-financeiros das operadoras, o setor da saúde suplementar contabilizou, no 1º trimestre de 2018, R\$ 45,7 bilhões em receitas de contraprestações, entre operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas (Tabela 10). Analisando-se por modalidade da operadora, esse percentual apresenta uma importante variação: enquanto na modalidade Filantropia as receitas das contraprestações representam cerca de 43,3% do total, nas seguradoras especializada em saúde, por exemplo, elas correspondem a mais de 99% do total das receitas.

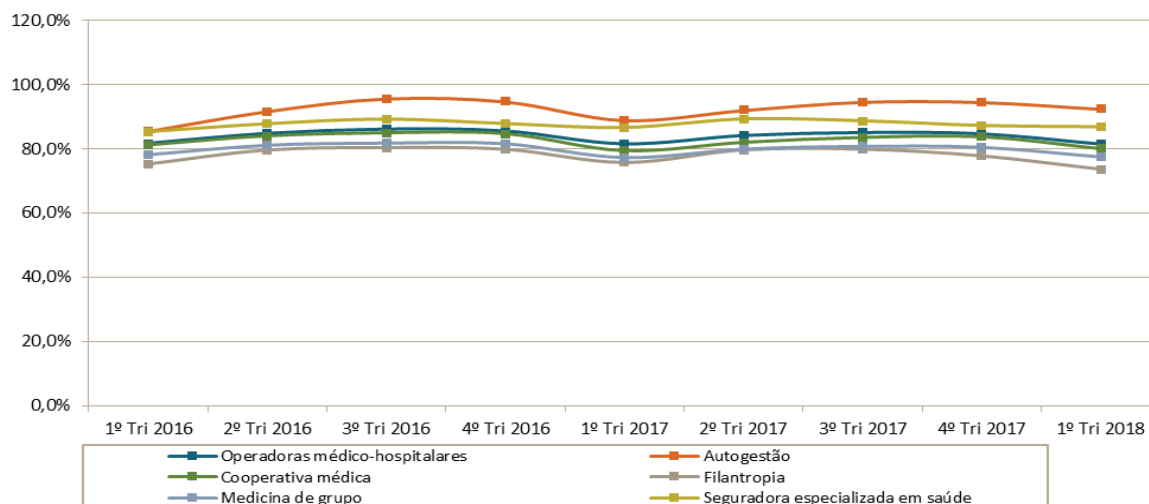
Tabela 10 - Receitas e despesas, por modalidade das operadoras, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil - 1º trimestre/2018)

Modalidade da operadora	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
Total	45.652.556.564	3.993.967.099	37.165.212.902	4.623.452.419	1.360.373.170	4.344.462.899
Operadoras médico-hospitalares	44.867.213.346	3.975.469.015	36.832.458.390	4.449.208.983	1.272.380.313	4.286.666.642
Autogestão	5.509.031.657	256.065.007	5.092.507.932	554.296.871	539.581	234.024.562
Cooperativa Médica	13.969.942.818	2.536.883.270	11.180.876.791	1.512.156.145	154.264.049	2.542.145.873
Filantropia	654.962.566	857.375.082	482.538.149	304.218.827	8.186.098	661.309.789
Medicina de Grupo	14.722.922.130	320.344.346	11.390.013.594	1.594.551.503	515.384.246	568.213.968
Seguradora Especializada em Saúde	10.010.354.175	4.801.310	8.686.521.924	483.985.637	594.006.339	280.972.450
Operadoras exclusivamente odontológicas	785.343.217	18.498.083	332.754.513	174.243.436	87.992.856	57.796.256
Cooperativa odontológica	150.073.554	16.763.109	93.068.843	43.735.555	6.397.155	14.054.165
Odontologia de grupo	635.269.663	1.734.974	239.685.670	130.507.881	81.595.701	43.742.091

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 12/06/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018
Notas: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

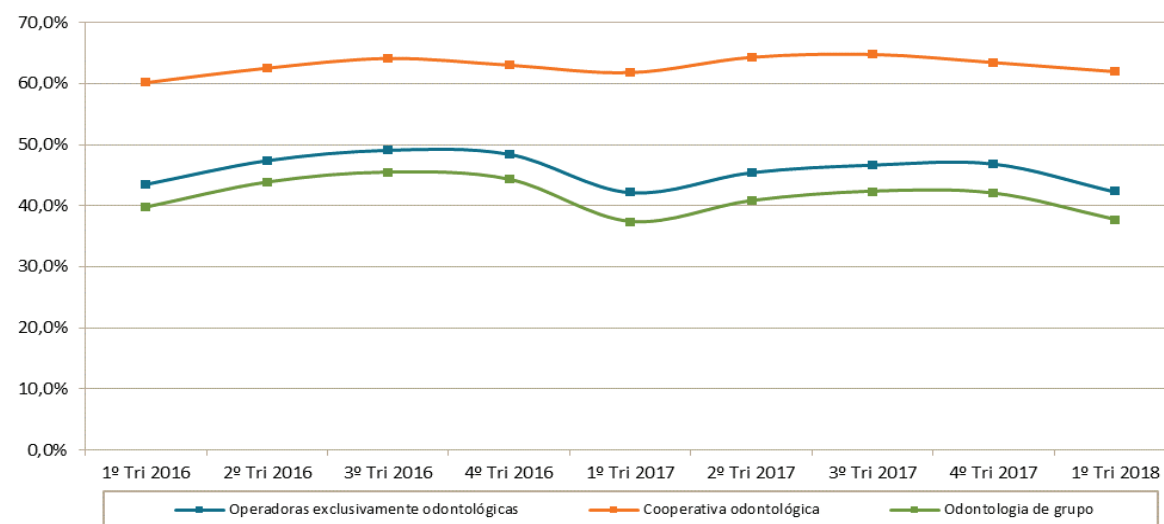
A relação entre as despesas e as receitas assistenciais é expressa através da taxa de sinistralidade das operadoras. Todas as taxas de sinistralidade, tanto entre as operadoras médico-hospitalares como entre as exclusivamente odontológicas, apresentam padrão semelhante ao observado no primeiro trimestre do ano anterior (Gráficos 13 e 14).

Gráfico 13 - Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2016-2018)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 12/06/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018
 Notas: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

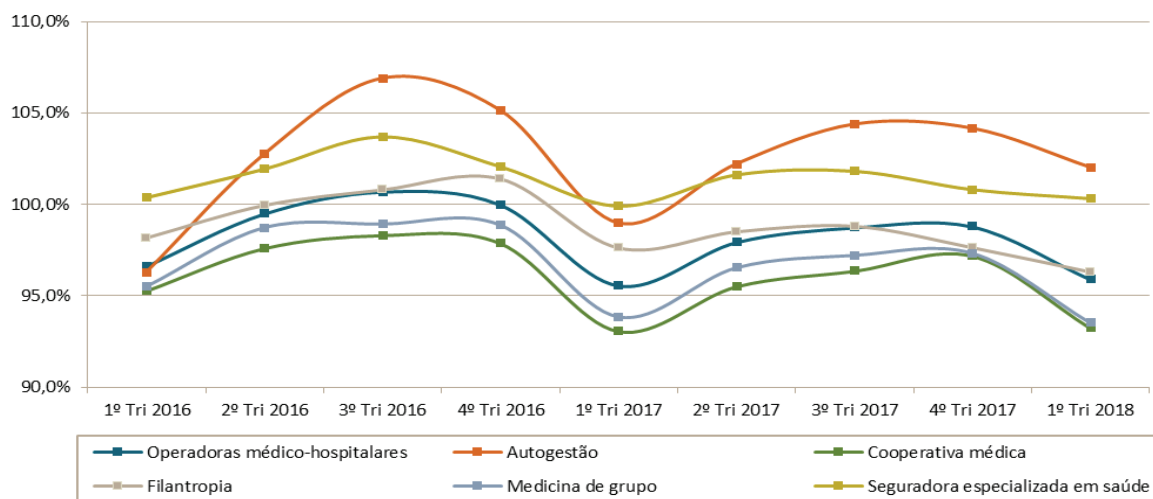
Gráfico 14 - Taxa de sinistralidade das operadoras exclusivamente odontológicas, por modalidade da operadora (Brasil - 2016-2018)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 12/06/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018
 Notas: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

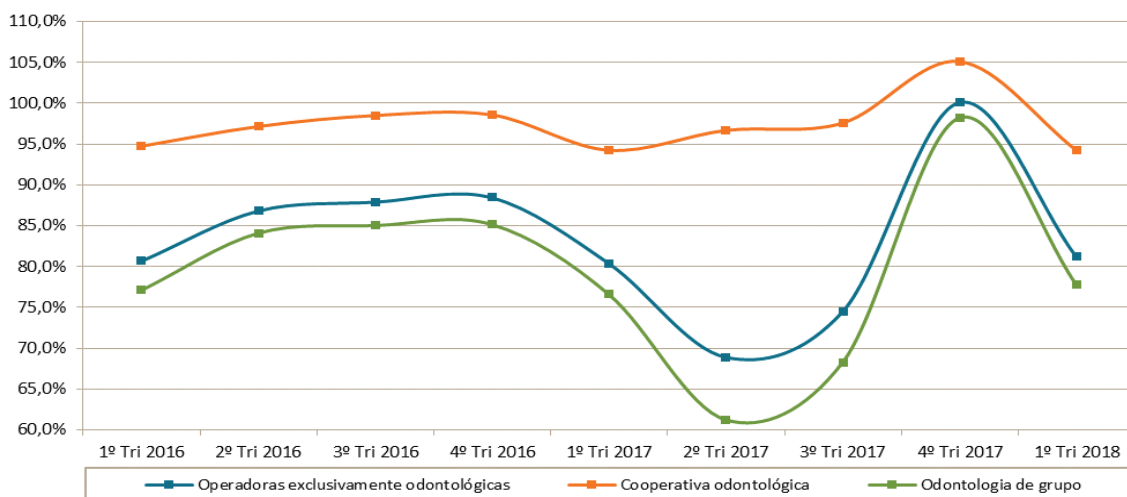
O índice combinado saúde é resultado da divisão das despesas administrativas, comerciais, outras despesas operacionais e eventos líquidos (despesas assistenciais) pelas contraprestações efetivas. No primeiro trimestre de 2018, todos os índices sofreram pequena queda, em relação ao quarto trimestre de 2017.

Gráfico 15 - Índice combinado saúde das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2016-2018)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 12/06/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018
 Notas: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Gráfico 16 - Índice combinado saúde das operadoras exclusivamente odontológicas, por modalidade da operadora (Brasil - 2016-2018)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 12/06/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018
 Notas: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Rede de SERVIÇOS 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 2018. 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 Serviços 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, nos quais 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/2018)

Tipo de estabelecimento	Total		Atendim a planos privados	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	241.113	100,0	146.800	60,9
Clinica ou ambulatório especializado	47.444	100,0	27.253	57,4
Consultório isolado	155.822	100,0	101.315	65,0
Hospital especializado	1.032	100,0	485	47,0
Hospital geral	5.132	100,0	1.832	35,7
Policlínica	7.613	100,0	3.882	51,0
Pronto socorro especializado	98	100,0	38	38,8
Pronto socorro geral	358	100,0	51	14,2
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	23.614	100,0	11.944	50,6

Fonte: CNES/MS - 04/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

Tabela 12 - Estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, segundo tipo de atendimento (Brasil - março/2018)

Tipo de atendimento	SUS	Particular	Plano de saúde público	Plano de saúde privado
Ambulatorial	79.919	208.463	13.731	139.733
Para internação	5.825	3.830	613	2.565
Serviços de apoio à diagnose e terapia	24.135	34.951	3.127	20.973
Urgência	10.252	3.733	519	2.344

Fonte: CNES/MS - 04/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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 2018, para o total da população brasileira. Do total de 438,0 mil leitos, apenas 135,4 mil (30,9%) estão disponíveis para internações fora do sistema SUS. Destes, 58,1 mil encontram-se nas capitais e 77,3 mil no interior. A distribuição entre capitais e interior difere entre os leitos para internação SUS e não-SUS, com uma menor participação relativa dos leitos Não-SUS no interior.

Tabela 13 - Leitos para internação, por vínculo ao SUS, segundo localização (Brasil - março/2018)

Localização	Total	SUS		Não-SUS	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Brasil	438.005	302.524	69,1	135.481	30,9
Capitais	146.381	88.280	60,3	58.101	39,7
Interior	291.624	214.244	73,5	77.380	26,5
Leitos por 1.000 habitantes	2,1	1,5	-	0,6	-

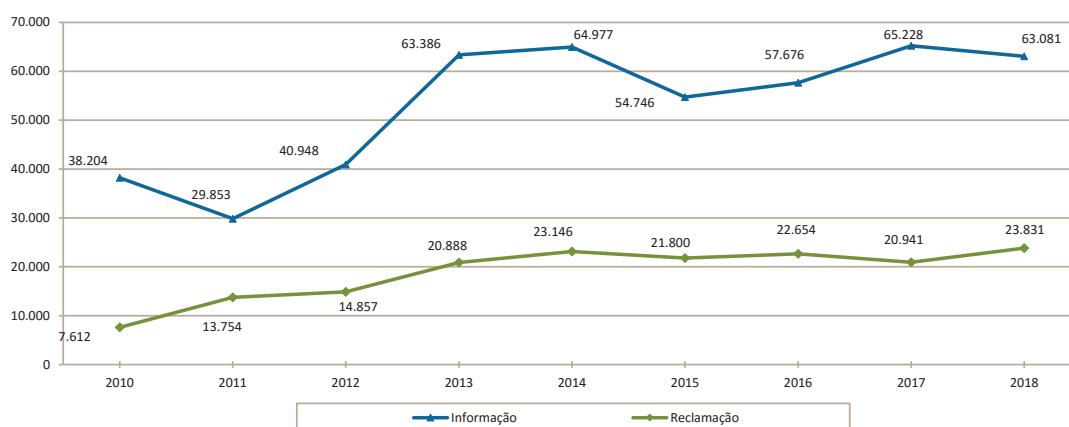
Fonte: CNES/MS - 04/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

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 recepcionadas anualmente pela ANS, até o primeiro trimestre de 2018 e desde o ano de 2010, por classificação do atendimento – pedido de informação ou reclamação. Observando-se o ano de 2018 até março, em comparação ao mesmo período em 2017, houve aumento de 13,8% no número de reclamações.

Gráfico 17 - Demandas dos consumidores, por classificação do atendimento (Brasil - janeiro-dezembro/2010-janeiro-dezembro/2018)



Fonte: Tabnet/ANS/MS - 23/05/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

O número de reclamações por 100 mil beneficiários, por unidade da federação, no primeiro trimestre de 2018, é apresentado na Tabela 14. Entre as unidades federativas que apresentaram maiores taxas de reclamação, destacam-se Distrito Federal (79,9) e Pernambuco (64,7). Por outro lado, o estado do Rio Grande do Sul apresentou a menor taxa no período, registrando 12,2 reclamações para cada 100 mil beneficiários.

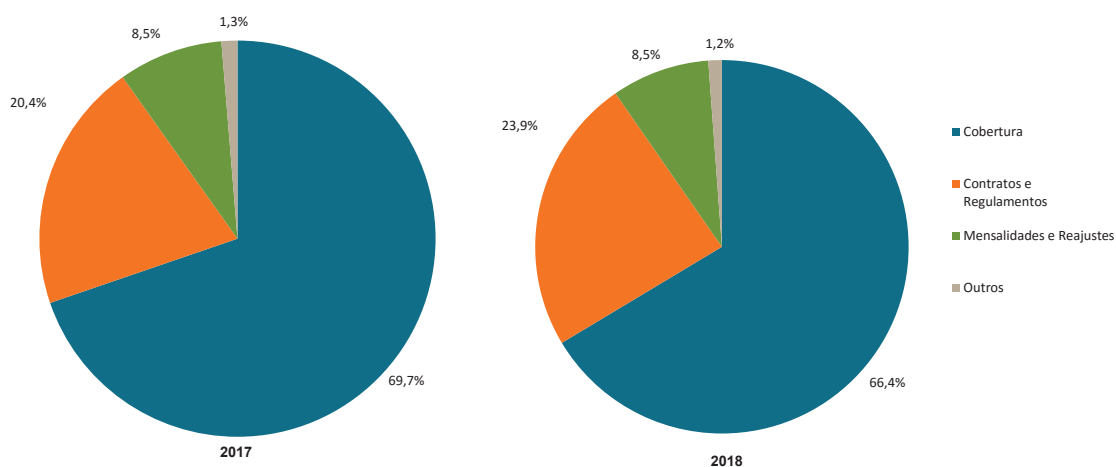
Tabela 14 - Reclamações por 100.000 beneficiários de planos privados de saúde, segundo Unidades da Federação (Brasil - janeiro-março/2018)

Unidades da Federação	Reclamações	Beneficiários (dez/2018)	Reclamações por 100.000 beneficiários
Brasil	23.831	70.063.972	34,0
Acre	20	59.099	33,8
Alagoas	215	647.732	33,2
Amapá	27	113.570	23,8
Amazonas	118	901.729	13,1
Bahia	1.589	2.931.860	54,2
Ceará	737	2.170.100	34,0
Distrito Federal	1.091	1.365.996	79,9
Espírito Santo	425	1.514.729	28,1
Goiás	380	1.718.962	22,1
Maranhão	231	641.254	36,0
Mato Grosso	156	734.758	21,2
Mato Grosso do Sul	104	631.065	16,5
Minas Gerais	1.696	7.043.320	24,1
Pará	216	1.208.506	17,9
Paraíba	174	722.979	24,1
Paraná	802	4.012.338	20,0
Pernambuco	1.426	2.205.085	64,7
Piauí	50	389.545	12,8
Rio de Janeiro	4.308	8.290.524	52,0
Rio Grande do Norte	282	834.913	33,8
Rio Grande do Sul	415	3.388.668	12,2
Rondônia	74	268.612	27,5
Roraima	21	37.626	55,8
Santa Catarina	383	1.975.724	19,4
São Paulo	8.613	25.277.817	34,1
Sergipe	196	507.747	38,6
Tocantins	38	150.331	25,3
Não informada	44	319.383	13,8

Fonte: SIB/ANS/MS - 04/2018 e Tabnet/ANS/MS - 23/05/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

O Gráfico 18 apresenta a comparação da distribuição das reclamações, por tema da demanda, no primeiro trimestre de 2017 e no de 2018. Pode-se observar que 66,4% das reclamações recepcionadas pela ANS em 2018 referiram-se a aspectos de cobertura dos procedimentos contratados, resultado pouco inferior ao observado para o mesmo tema em 2017.

Gráfico 18 - Distribuição percentual de reclamações por tema da demanda (Brasil - janeiro-março/2017 e janeiro-março/2018)

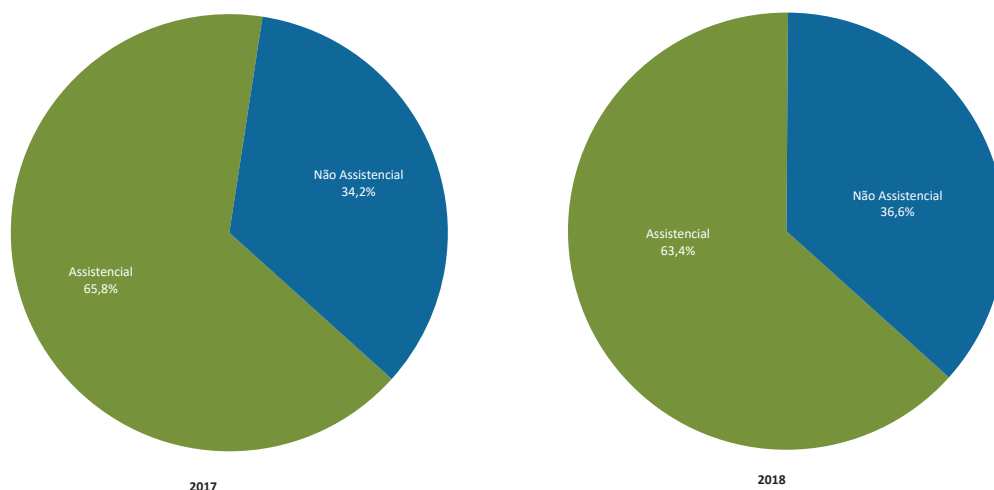


Fonte: Tabnet/ANS/MS - 23/05/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

Segundo a RN n^o 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 apontada e a situação seja passível de intermediação.

A comparação dos dados da NIP referentes aos períodos que vão de janeiro a março dos anos de 2018 e de 2017, permite observar que houve queda na participação percentual das demandas de caráter assistencial (Gráfico 19).

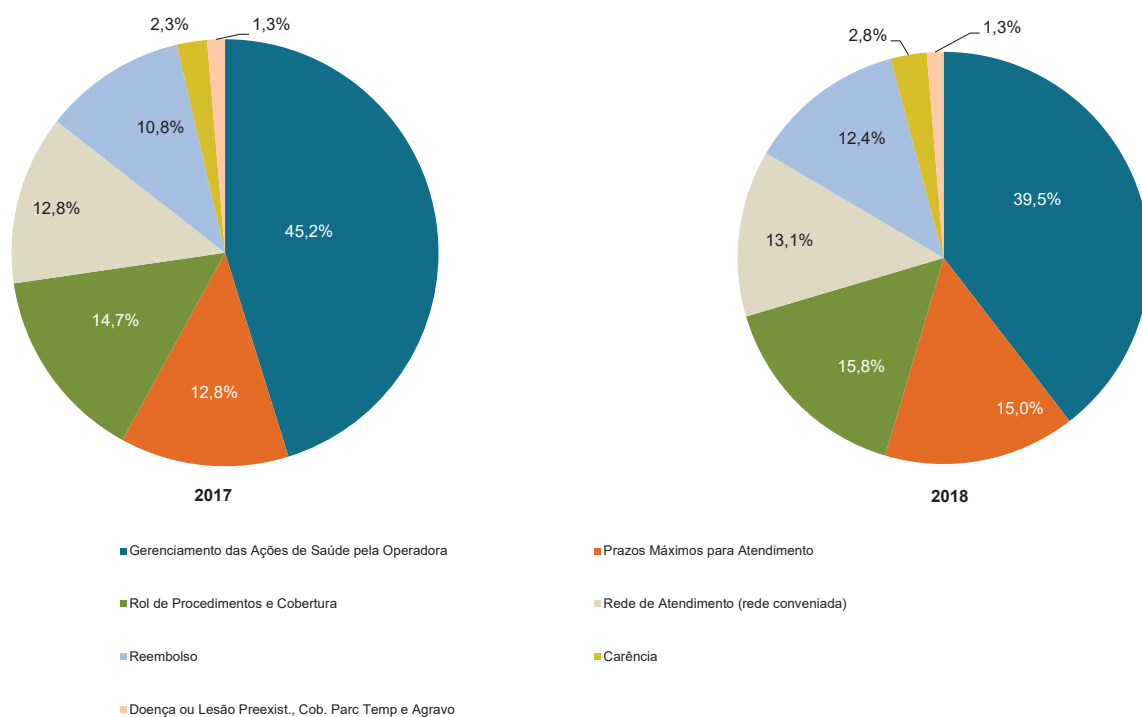
Gráfico 19 - Distribuição percentual de demandas NIP, por natureza da demanda (Brasil - janeiro-março/2017 e janeiro-março/2018)



Fonte: Tabnet/ANS/MS - 23/05/2018
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

O Gráfico 20 apresenta uma visão detalhada das demandas assistenciais, por subtema da demanda. A comparação entre os dados dos períodos de janeiro a março, dos anos 2017 e 2018, mostra diminuição em 2018 na distribuição percentual do subtema Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora.

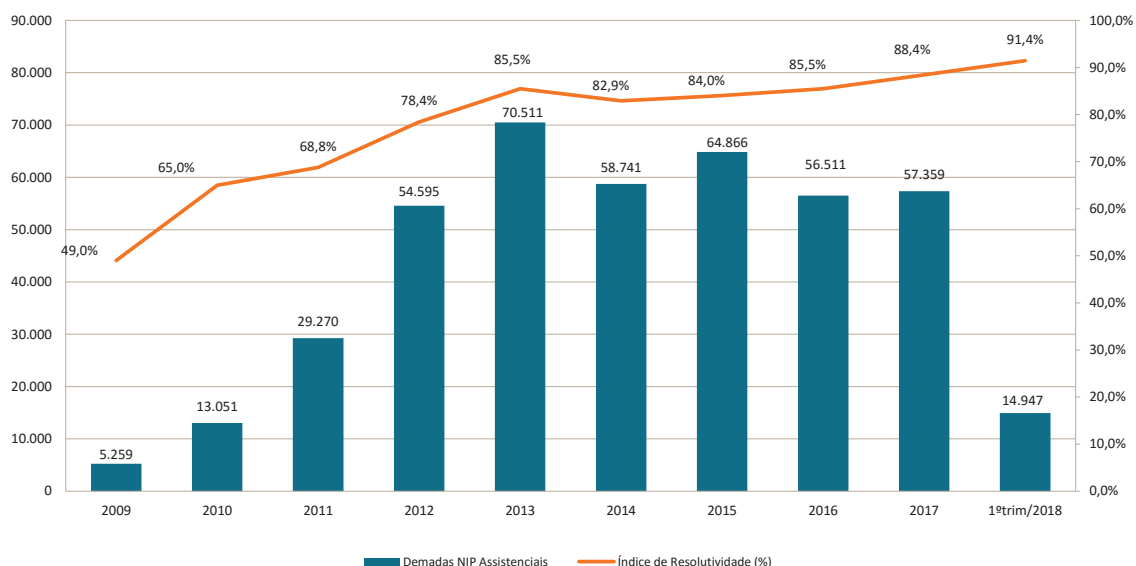
Gráfico 20 - Distribuição percentual de demandas NIP assistenciais, por subtema da demanda (Brasil - janeiro-março/2017 e janeiro-março/2018)



Fonte: Tabnet/ANS/MS - 23/05/2018
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

Ao longo dos últimos anos, o índice de resolutividade das demandas encaminhadas para a NIP – que afere o percentual de reclamações de natureza assistencial resolvidas por meio de mediação – sem a necessidade de instauração de processo administrativo sancionador – registrou tendência ascendente, mantendo-se em patamares superiores a 80% desde 2013 (Gráfico 21). Em 2018, até o mês de março, observamos a ocorrência do maior índice da série até o momento, 91,4%.

Gráfico 21 - Demandas NIP assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2018)



Fonte: Tabnet/ANS/MS - 23/05/2018

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018

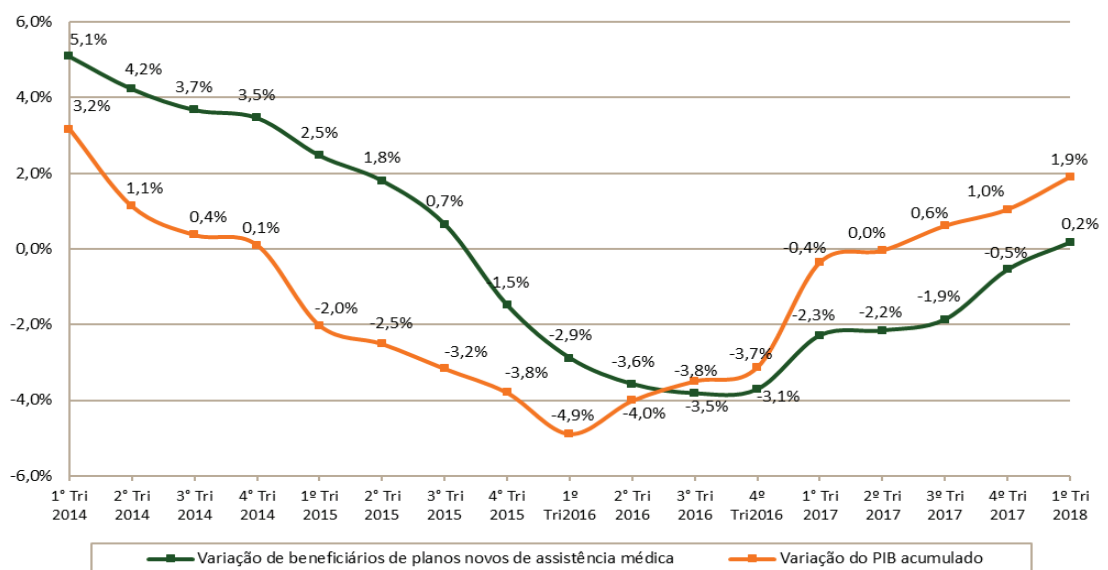
Nota: Para o cálculo do Índice de Resolutividade são incluídas as demandas NIP cuja natureza é não informada.

Aspectos macro- econômicos

ASPECTOS MACROECONÔMICOS

Ao final do primeiro trimestre de 2018, observa-se variação positiva do PIB brasileiro após seguidas variações negativas desde o primeiro trimestre de 2015 (Gráfico 22). Nota-se que o comportamento de ambas as séries é bastante semelhante: a retração na atividade econômica leva a uma diminuição da taxa de variação do número de beneficiários de planos novos e a recuperação econômica leva a um aumento dessa taxa.

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/2014-1º trimestre/2018)



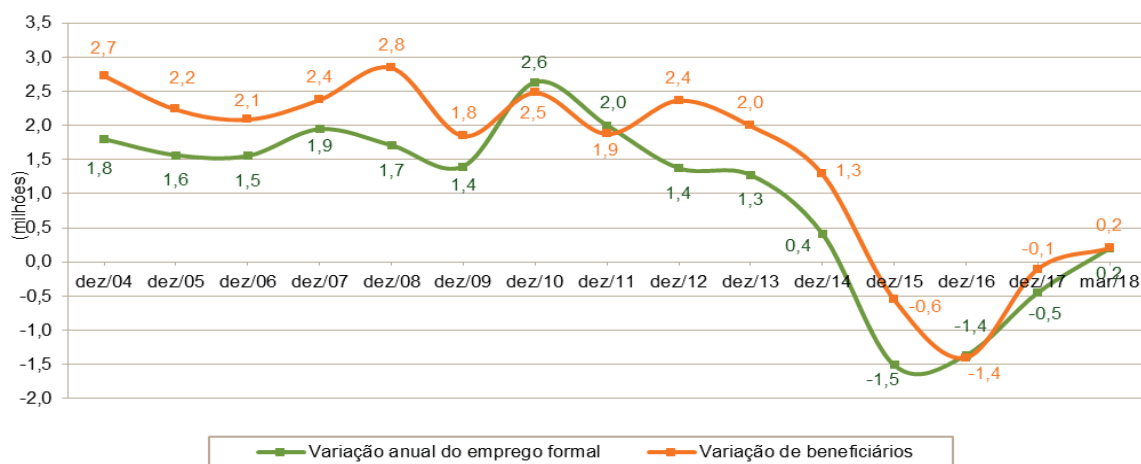
Fontes: IBGE e SIB/ANS/MS - 04/2018

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 assinada, vis-à-vis a evolução do número de beneficiários da saúde suplementar, sinaliza forte associação entre os mesmos e destes com a conjuntura econômica. A variação do emprego formal e a variação no número de beneficiários, em março de 2018, apresentam-se positivas e espelham recuperação no setor (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - 2005-2018)



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados SIB/ANS/MS - 04/2018 e CAGED/MTE. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2018



ÍNDICES DE PREÇOS SELECIONADOS

Tabela 15 - Índices de preços selecionados (Brasil - março/2017-março/2018)

Índices (%)	mar/18	mar/17 a mar/18	dez/17 a mar/18
Índices gerais de preços			
IPCA	0,09	2,68	0,70
ICV-DIEESE (1)	0,03	2,58	1,04
IPC-FIPE (1)	0,00	1,93	0,04
IGP-M	0,64	0,20	1,48
INPC	0,07	1,56	0,48
Grupo Saúde e Cuidados Pessoais			
IPCA	0,48	5,87	1,29
ICV-DIEESE (1)	0,34	5,89	1,61
IPC-FIPE (1)	0,46	7,41	1,06
INPC	0,44	3,92	0,81
Plano de Saúde e Seguros e Convênios			
IPCA	1,06	-0,93	0,00

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

(1) Medido somente no município de São Paulo (SP)

Tabela 16 - Índices de preços - Expectativas de mercado

Ano	IPCA	IGP-M	IPC-FIPE
2017	2,78%	-0,76%	2,14%
2018	3,54%	4,51%	3,29%

Fonte: Boletim Focus do BACEN.

Notas: Projeções - 2018, boletim de 29 de março de 2018; 2017, boletim de 29 de dezembro de 2017.

NORMATIVOS PUBLICADOS

de Janeiro de 2018 a Março de 2018

Resoluções Normativas

Mais informações em: <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>

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 à adequação do padrão TISS; promover e recomendar estudos relativos à informação e à 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/comites-e-comissoes/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, Promoção da Saúde. Mais informações em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/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 ao funcionamento dos planos de saúde. Veja mais informações em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/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/comites-e-comissoes/cotaq>

Comissão Permanente de Solvência – CPS

Discute primariamente os seguintes temas: Identificação e quantificação dos riscos enfrentados pelas operadoras de planos de saúde; Cálculo do capital baseado nos riscos identificados; Governança; e Transparência.

Está dividida em três frentes de discussão: uma voltada às questões das operadoras médico-hospitalares de pequeno e médio porte; a segunda voltada às questões das operadoras médico-hospitalares de grande porte e a terceira voltada ao segmento odontológico. Veja as atas e documentos das reuniões em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comissao-permanente-de-solvencia>

Comitê Técnico Contábil

Tem como objetivos, promover o debate dos temas contábeis e a melhor e mais rápida disseminação de suas orientações e de práticas identificadas no mercado, atuando como referência para dirimir dúvidas do mercado e dos demais servidores; analisar as normas emanadas pelas diversas entidades que tratam das questões contábeis no Brasil e no exterior, especialmente pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC, para estudar sua aplicação no mercado regulado pela ANS; e propor alterações, interpretações ou orientações que sejam consideradas necessárias para a correta aplicação das melhores práticas contábeis, no âmbito da saúde suplementar. Veja as atas e documentos das reuniões em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-tecnico-contabil>

Câmaras e Grupos Técnicos em andamento

Grupo Técnico de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – GT PROMOPREV

Destina-se a discutir e propor diretrizes para a reorganização do modelo assistencial com enfoque na coordenação do cuidado atrelado a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e de doenças (PROMOPREV)

Grupo Técnico multidisciplinar de enfrentamento da obesidade na saúde suplementar

Criado para reunir diretrizes que apontassem para a integração entre procedimentos de prevenção e cuidado da obesidade, compondo uma orientação criteriosa, à qual as operadoras de planos de saúde pudessem se basear.

Grupo de Trabalho Técnico do Laboratório de Inovações sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira – DIPRO

Objetiva identificar e reconhecer o esforço, individual ou conjunto, de operadoras de plano de assistência à saúde brasileiras, na implementação da Atenção Primária na Saúde e acompanhamento do seu impacto nos resultados em saúde e na sustentabilidade do setor.

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 de Trabalho sobre Planos Acessíveis

Destinado a avaliar a proposta de criação de plano acessível encaminhada para ANS pelo Ministério da 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 de Debates Fiscalizatórios

Destinado a 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 de 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 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

Objetiva coordenar atividades relacionadas a pesquisa, estudo, avaliação e elaboração de propostas para promover o desenvolvimento, a sustentabilidade e o estímulo a inovação no âmbito da saúde suplementar.

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

Tem como objetivo coordenar atividades relacionadas a pesquisa, estudo, avaliação e elaboração de propostas para promover o desenvolvimento, a sustentabilidade e o estímulo a inovação no âmbito da saúde suplementar.

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/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos>

Consultas Públicas

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

Audiências Públicas

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

Links de Interesse

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

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

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

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

TERMOS TÉCNICOS

Abrangência geográfica	<p>Uma das características dos planos de saúde.</p> <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	<p>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.</p>
Beneficiários ativos	<p>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.</p>
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 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	<p>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:</p> <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	<p>Uma das características dos planos de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 de todas as despesas com a soma de todas as receitas. É resultado da divisão das despesas assistenciais, administrativas, comerciais, outras despesas operacionais e eventos líquidos pelas contraprestações efetivas e outras receitas 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.

<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 seguros que prevejam 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>

<p>Receita</p>	<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>
<p>Registro de operadora</p>	<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>
<p>Retorno sobre o Patrimônio líquido (ROE)</p>	<p>Relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido da operadora.</p>
<p>Taxa de cobertura</p>	<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>
<p>Taxa de rotatividade</p>	<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>
<p>Taxa de sinistralidade</p>	<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



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

