

Março 2014



FOCO
Saúde Suplementar

 **ANS** Agência Nacional de
Saúde Suplementar





Apresentação

Nesta edição, o FOCO Saúde Suplementar apresenta uma parte dos resultados de estudo sobre a verticalização na saúde.

O esforço feito para mapear a concentração vertical entre operadoras de planos de saúde e hospitais gerais mostrou que cerca de 20% dos leitos disponíveis a beneficiários da saúde suplementar estão em hospitais verticalizados. Tão ou mais importantes que algumas grandes medicinas de grupo como agentes dos processos de integração são as cooperativas médicas, que detêm uma quantidade considerável de leitos, em especial, em municípios do interior. Estes e outros resultados poderão ser vistos a partir da p. 71 desta edição.

Além desta seção temática especial, são atualizadas as informações da conjuntura econômica, que tem papel destacado no comportamento deste setor.

Em dezembro de 2013, o número de beneficiários de planos de assistência médica chegou a 50,3 milhões e de planos exclusivamente odontológicos a 20,7 milhões. O mercado contava, nesse período, com 1.268 operadoras com beneficiários.

A receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares teve pequeno crescimento, considerando a variação da inflação e do número de beneficiários.

As receitas das operadoras odontológicas, por sua vez, tiveram variação real negativa, no ano em que este segmento do mercado teve menor crescimento do número de beneficiários.



ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos privados de saúde no Brasil. Criada pela Lei nº 9.961/2000, a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, em um processo de regulação marcado tanto pela perspectiva econômica, objetivando a organização do mercado e o estímulo à concorrência, como pela assistencial, voltada para à garantia dos interesses dos consumidores nesse mercado que, em dezembro de 2013, superou a marca de 71 milhões de contratos assinados.



Novas Regras

RN nº 350

Altera as RN nº 267, que Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar e RN nº 275, que dispõe sobre a instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS e revoga a IN nº 48/DIDES, que dispõe sobre o regimento interno do Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar - COGEP.

RN nº 349

Altera a RN nº 338, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o tratamento antineoplásico de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia de que trata a Lei nº 12.880.

RN nº 347

Dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

RN nº 346

Institui o Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores - COBOP no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

IN nº 44/DIPRO

Institui o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

IN nº 1/DICOL

Regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde.



Participação da Sociedade

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/index.php/participacao-da-sociedade/camara-de-saude-suplementar>

COPISS - Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar

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/index.php/participacao-da-sociedade/copiss>

COGEP - Comitê Gestor do QUALISSO

O COGEP é uma instância colegiada, de caráter consultivo, prevista na RN 267/2011. Este colegiado tem como finalidade promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (instituído pela RN 267/2011) e do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (instituído pela RN 275/2011), buscando ampliar a participação democrática dos diversos agentes econômicos do setor de saúde suplementar na defesa do interesse público.

Veja a composição do COGEP, o calendário e as atas das reuniões em <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/cogep>



Participação da Sociedade

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.

Não há audiências públicas agendadas.

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

Não há consultas públicas em andamento.

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

Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes

Dentro do Eixo Temático “Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial” da Agenda Regulatória 2013/2014, tem como

escopo a troca de informações com os principais representantes do mercado de saúde suplementar a fim de discutir os critérios de qualificação da entrada do consumidor no plano de saúde, bem como identificar e debater questões que necessitam de análise e definição sobre o tema a fim de subsidiar a elaboração do normativo que irá revisar a normatização em vigor – Resolução Normativa nº 162, de 2007.

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.

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



Foco Saúde Suplementar

MINISTRO DA SAÚDE

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)

Av. Augusto Severo, 84, Glória

CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ

Tel.: +5521 2105 0000

Disque ANS: 0800 701 9656

<http://www.ans.gov.br>

ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS - DICOL

Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES

Diretoria de Fiscalização - DIFIS

Diretoria de Gestão - DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO

Gerência-Geral de Integração Setorial - GGISE/DIDES

Coordenação

Leandro Fonseca da Silva - GGISE/DIDES

Elaboração:

Suriêtte Apolinário dos Santos, Daniel Sasson, Maria Antonieta Almeida Pimenta, Juliana Pires Machado - Gerência de Produção e Análise da Informação/GGISE/DIDES

Tatiana Lima - ADS/DIDES

Colaboração

Bruno Santoro Morestrello, Leonardo Dias da Silva - DIPRO

Marcio Nunes de Paula, Oswaldo Gomes de Souza Junior - DIOPE

Patricia Nascimento Góes, Paula Giovana Iorio, Marcio Perrut - GGSUS/DIDES

Projeto gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/DICOL

Fotografia (capa)

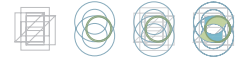
Thinkstock Photos

Impresso no Brasil



Sumário

1. Conjuntura econômica	9
2. Beneficiários	17
3. Operadoras e planos de saúde	37
4. Atenção à saúde	66
5. Verticalização	70



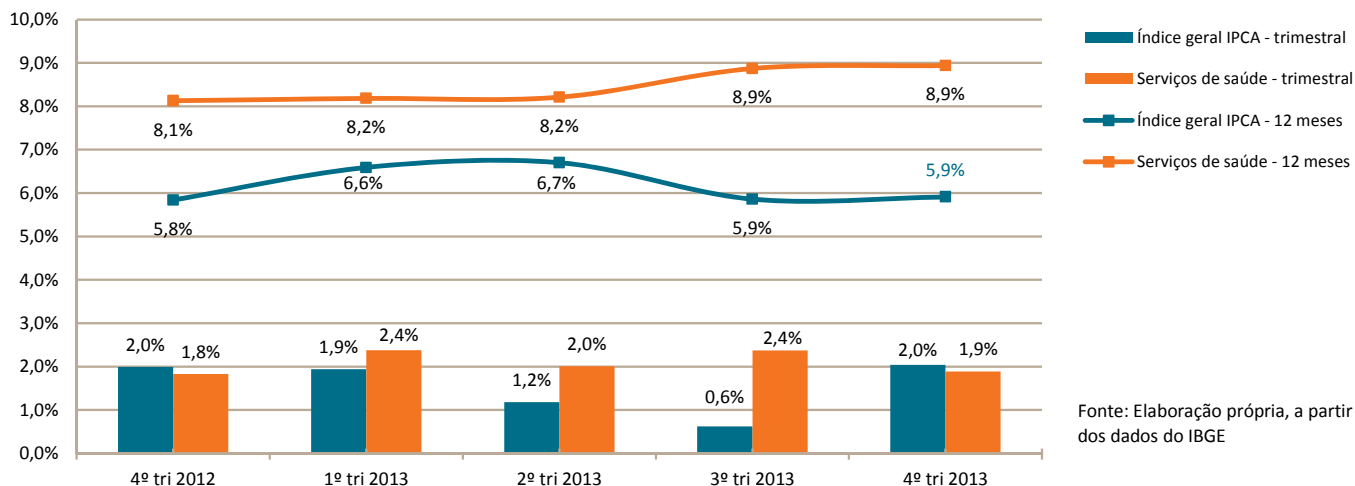
1 Conjuntura econômica



Serviços de Saúde **aceleram em relação a 2012**

Serviços de Saúde variaram 8,94% em 2013. Em 2012, a inflação de tais serviços ficou em 8,13%. O **Índice Geral** do IPCA acelerou fortemente no último trimestre do ano, com 2,04% de variação, ante 0,62% do trimestre anterior. Tal aceleração está atrelada ao grupo **Alimentação e Bebidas** (de -0,18% para 2,50%) e ao grupo **Transportes** (de -0,28% para 2,39%).

Varição trimestral e acumulada em 12 meses do IPCA e do subgrupo IPCA Serviços de Saúde (Brasil - 4º trimestre/2012-4º trimestre/2013)



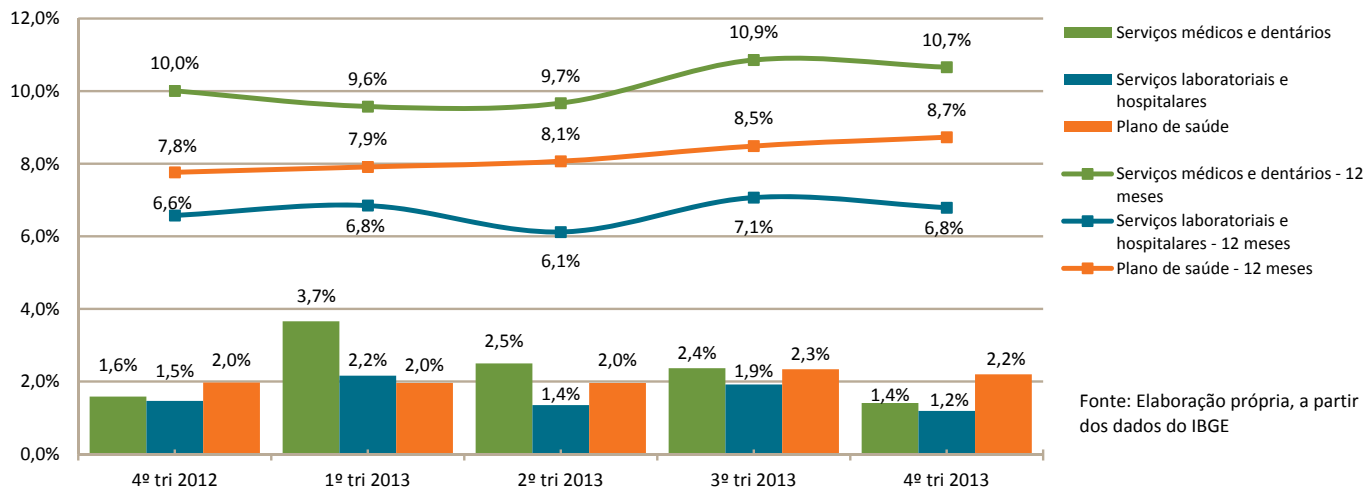
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE



Serviços médicos e dentários encerram 2013 em alta

No resultado acumulado em 12 meses, **Serviços Médicos e Dentários** e **Plano de Saúde** aceleraram. **Serviços Laboratoriais e Hospitalares** apresentaram estabilidade.

Varição trimestral e acumulada em 12 meses dos itens do subgrupo IPCA Serviços de Saúde (Brasil - 4º trimestre/2012-4º trimestre/2013)



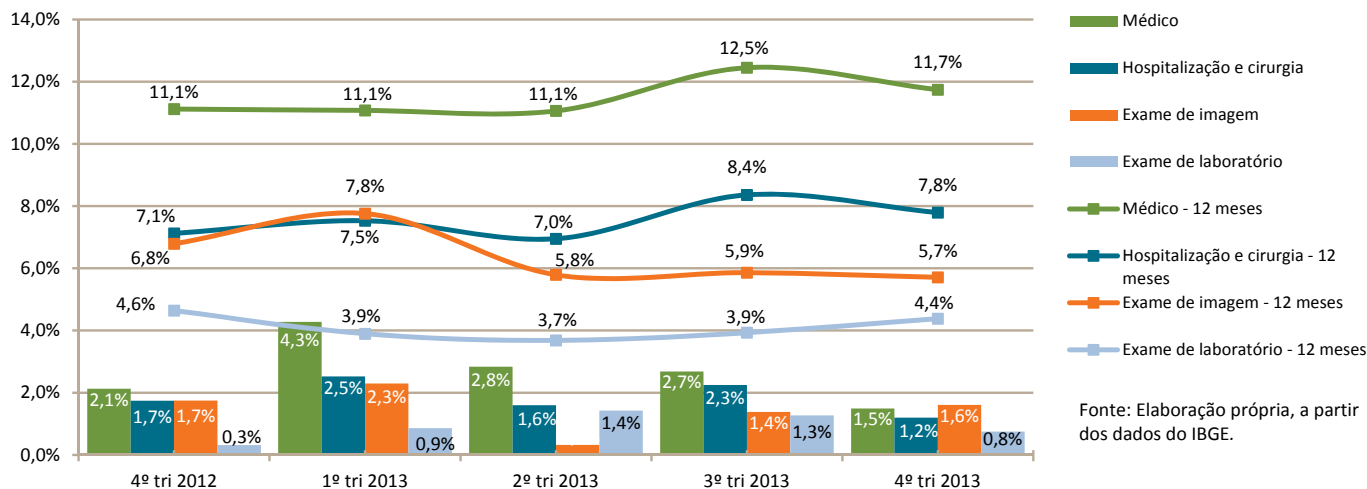
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE



Médico encerra 2013 com 11,7% de alta

Médico, Hospitalização e Cirurgia e Exame de Laboratório desaceleraram na comparação com o 3º trimestre, mas apresentaram alta em relação a 2012, com destaque para o subitem **Médico** (11,7% vs 11,1%).

Variação trimestral de subitens do subgrupo IPCA Serviços de Saúde (Brasil - 4º trimestre/2012-4º trimestre/2013)



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



Estrutura de pesos do IPCA Saúde

Para melhor compreensão do IPCA Saúde, apresenta-se sua estrutura. Serviços de saúde é o subgrupo com maior peso e nele estão incluídos planos de saúde, além de serviços médicos, dentários, laboratoriais e hospitalares. Além desse subgrupo, o IPCA Saúde é composto por produtos farmacêuticos e óticos e de cuidados pessoais. Cabe ressaltar que o índice procura mensurar a inflação para o consumidor final, que pode ser diferente, por exemplo, das variações de preços percebidas por operadoras de planos de saúde quando contratam serviços médicos, hospitalares e dentários.

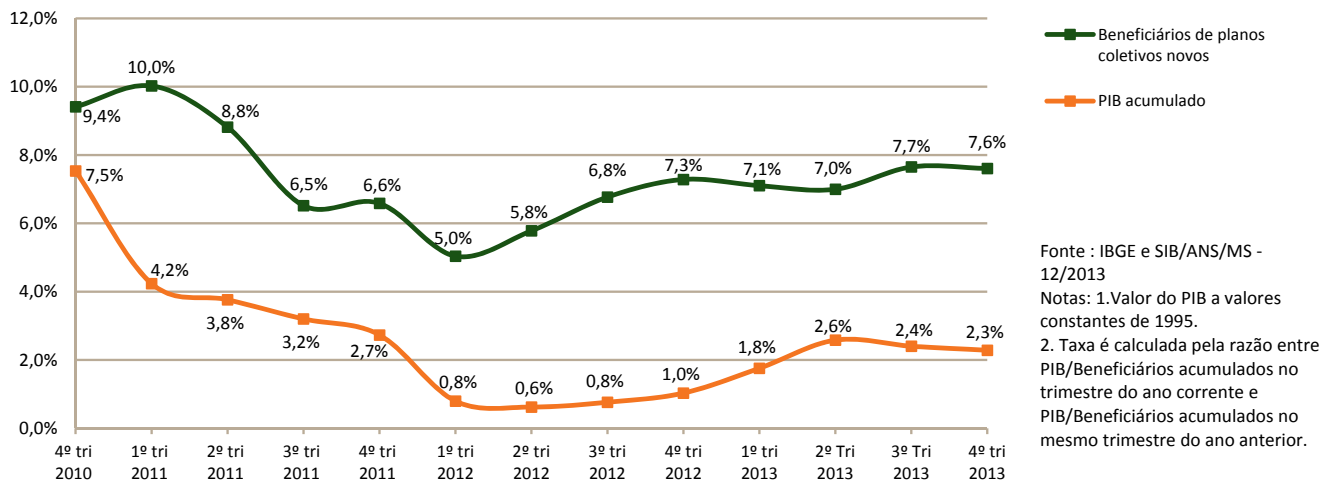
Grupo	Subgrupo	Item	Subitens	Peso no IPCA	Peso no Subgrupo	Peso no Item	
Saúde (11,27% do IPCA)	Produtos farmacêuticos e óticos	Produtos farmacêuticos		3,41%			
		Produtos óticos		0,29%			
	Serviços de saúde	Serviços médicos e dentários	Total		1,13%	23,06%	100,00%
			Médico		0,46%	9,40%	40,75%
			Dentista		0,47%	9,47%	41,08%
			Aparelho ortodôntico		0,06%	1,15%	5,00%
			Artigos ortopédicos		0,00%	0,08%	0,36%
			Fisioterapeuta		0,06%	1,24%	5,39%
			Psicólogo		0,08%	1,71%	7,43%
		Serviços laboratoriais e hospitalares	Total		0,59%	11,92%	100,00%
			Exame de laboratório		0,11%	2,26%	18,95%
			Hospitalização e cirurgia		0,37%	7,59%	63,66%
	Plano de saúde	Total		3,19%	65,02%	100,00%	
		Exame de imagem		0,10%	2,07%	17,38%	
Cuidados pessoais	Higiene pessoal			2,66%			



PIB sobe 2,3% em 2013

A variação no 4º trimestre de 2,3% apresentada pelo PIB, representa uma recuperação em relação ao mesmo período de 2013, quando o resultado ficou em 0,9%. A taxa de crescimento de beneficiários de planos coletivos regulamentados foi de 7,6% ante 7,3% em 2012.

Varição do PIB acumulada no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos coletivos novos (Brasil - 4º trimestre/2010-4º trimestre/2013)

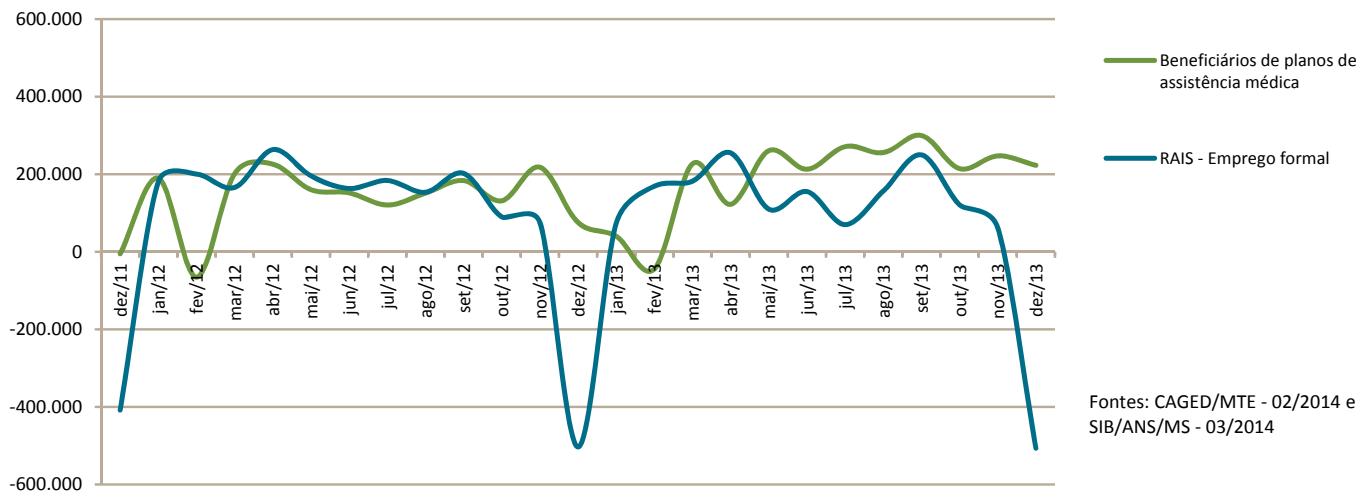




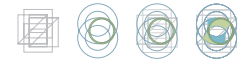
Mercado de trabalho formal e variação de beneficiários de assistência médico-hospitalar

Em 2013, foram criados 1.099.981 postos de trabalho (base de apuração: fev/14). Este resultado, referente ao estoque de empregos, representa um crescimento de 2,78% em relação ao estoque do ano anterior, com destaque para a expansão da geração de emprego nos setores de Serviços e do Comércio. O número de beneficiários de planos de assistência médica cresceu 4,79%.

Variação mensal absoluta do número de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - dezembro/2011-dezembro/2013)







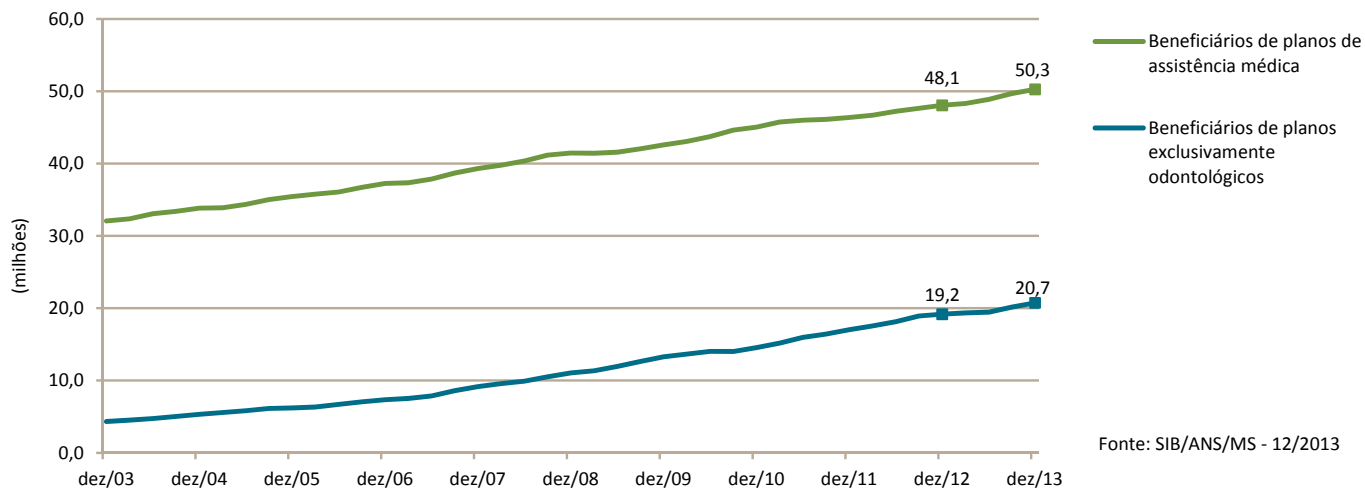
2 Beneficiários



Ano de 2013 termina com mais de 50 milhões de beneficiários em planos de assistência médica

O ano de 2013 terminou com cerca de 50,3 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 20,7 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Este número representa a entrada no mercado de quase 3,8 milhões de novos beneficiários.

Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - dezembro/2003-dezembro/2013)



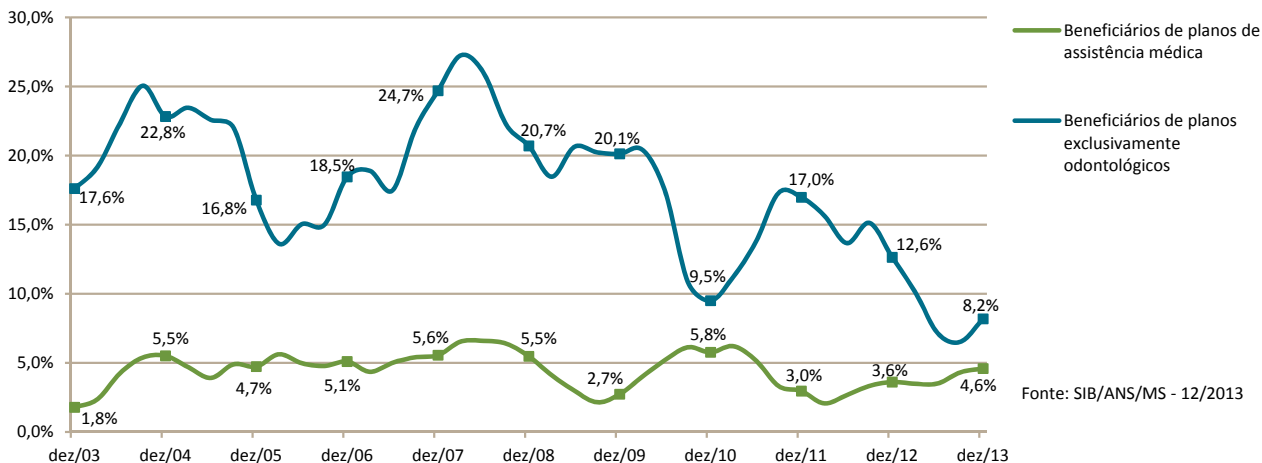
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Planos de assistência médica confirmam tendência de recuperação

O número de beneficiários em planos de assistência médica cresceu, em dezembro de 2013, 4,6% em relação ao mesmo período de 2012. Este foi o maior crescimento em períodos de 12 meses desde junho de 2011. Quanto aos planos odontológicos, embora tenham apresentado variação superior aos últimos dois trimestres, terminaram o ano com o menor crescimento anual da história.

Taxa de crescimento anual do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - dezembro/2003-dezembro/2013)

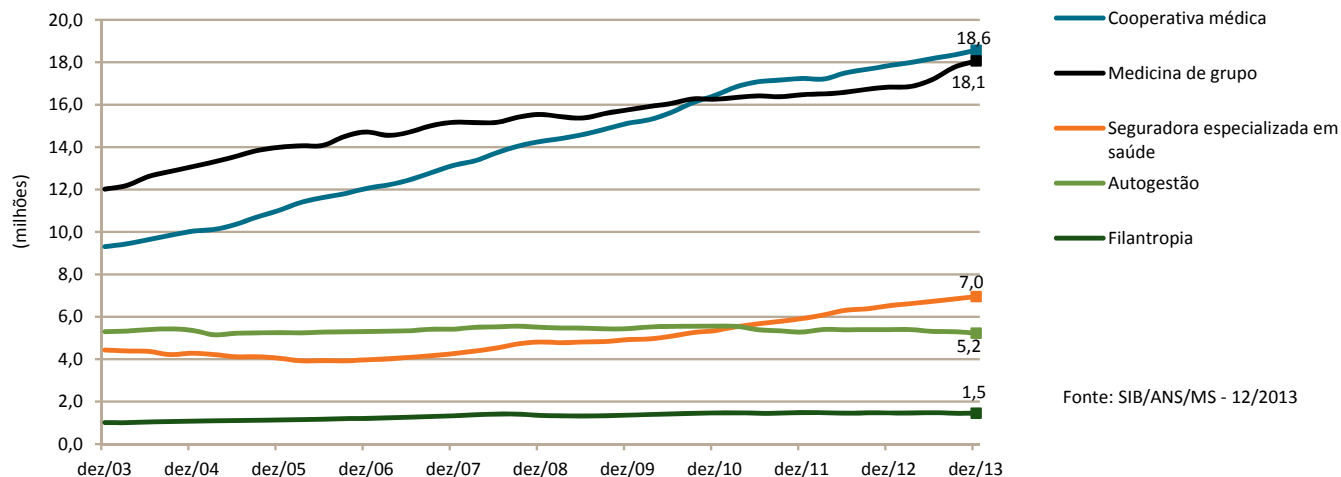




Medicinas de grupo têm o maior crescimento no ano

Embora as cooperativas médicas tenham apresentado, historicamente, o maior crescimento no número de beneficiários de planos de assistência médica entre todas as modalidades de operadora (99,5% nos últimos dez anos), em 2013, as medicinas de grupo foram as que mais cresceram (7,3%). As cooperativas médicas, entretanto, ainda detêm a maior parcela do mercado (36,9%).

Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - dezembro/2003-dezembro/2013)



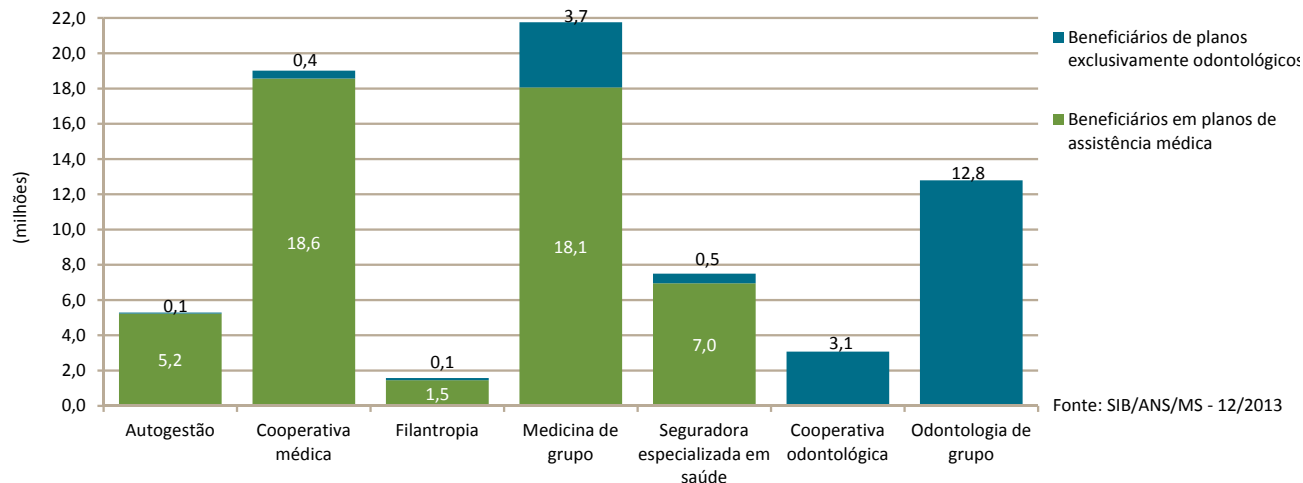
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Medicinas de grupo têm maior número total de vínculos a planos de saúde

No final de 2013, as medicinas de grupo detinham a maior parcela do mercado de planos de saúde, considerando todos os vínculos (de beneficiários de planos de assistência médica e de planos exclusivamente odontológicos), com um total de 21,8 milhões de vínculos (30,6% do total). As odontologias de grupo tinham o maior número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos: 12,8 milhões (61,7% do total).

Beneficiários de planos de saúde por segmentação assistencial segundo modalidade da operadora (Brasil - dezembro/2013)



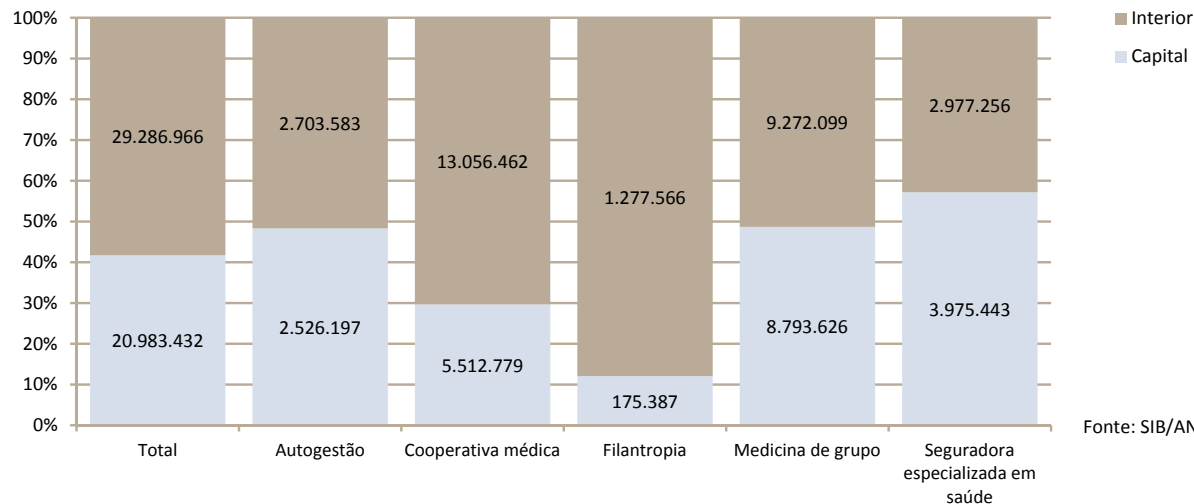
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Seguradoras especializadas têm mais beneficiários nas capitais que no interior

Em dezembro de 2013, 58,3% dos beneficiários de planos de assistência médica residiam em municípios do Interior. Apenas as seguradoras especializadas tinham mais beneficiários nas capitais que no interior. Todas as demais tinham maioria no interior, com destaque para as filantropias (87,9%) e as cooperativas médicas (70,3%).

Beneficiários dos planos de assistência médica, por local da residência, segundo modalidade da operadora (Brasil - dezembro/2013)



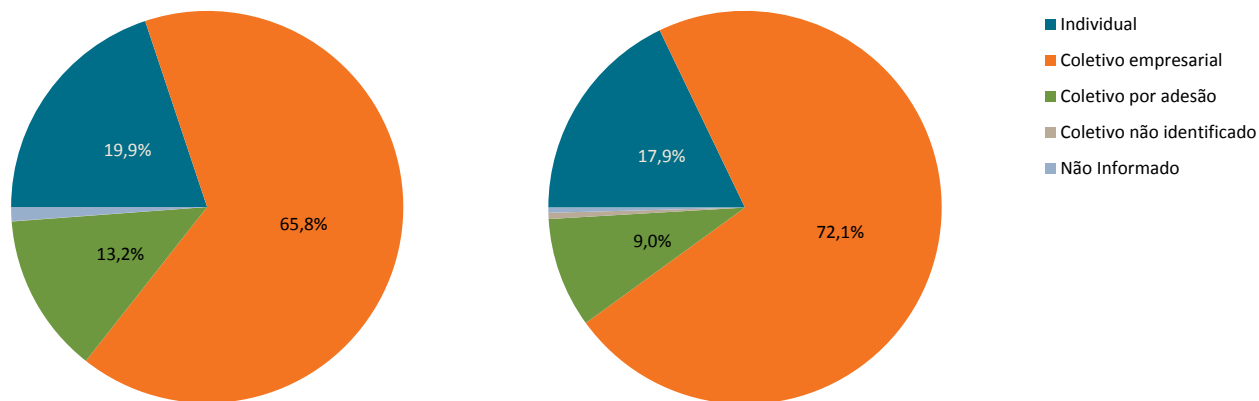
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Cerca de 80% dos beneficiários estão em planos coletivos

Em dezembro de 2013, 79,0% dos beneficiários de planos de assistência médica estavam em planos coletivos; a maior parcela (65,8%) em planos coletivos empresariais. Entre os planos exclusivamente odontológicos, o percentual de beneficiários em planos coletivos chegou a 81,7%

Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2013)



Planos de assistência médica

Planos exclusivamente odontológicos

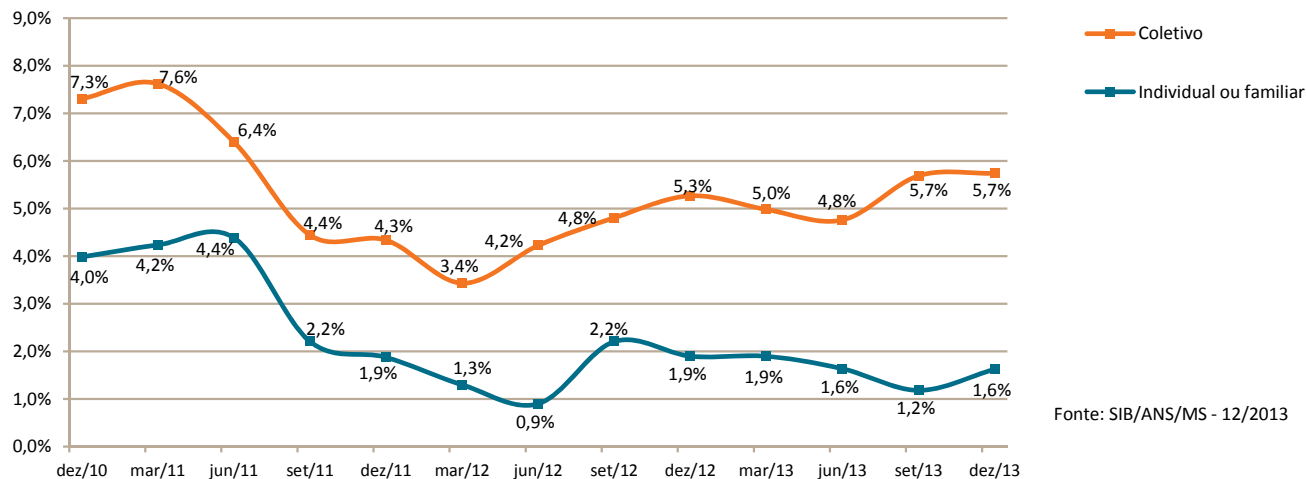
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Planos coletivos mantêm tendência de crescimento

O número de beneficiários em planos de assistência médica teve crescimento de 5,7%, em 2013, o maior desde junho de 2011, mantendo a tendência de recuperação do nível de crescimento observado até 2011. Os planos individuais tiveram ligeira recuperação em relação ao trimestre anterior, mas têm a tendência a seguir o padrão dos planos coletivos com pequena defasagem de tempo.

Taxa de variação anual do número de beneficiários em planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil - dezembro/2010-dezembro/2013)



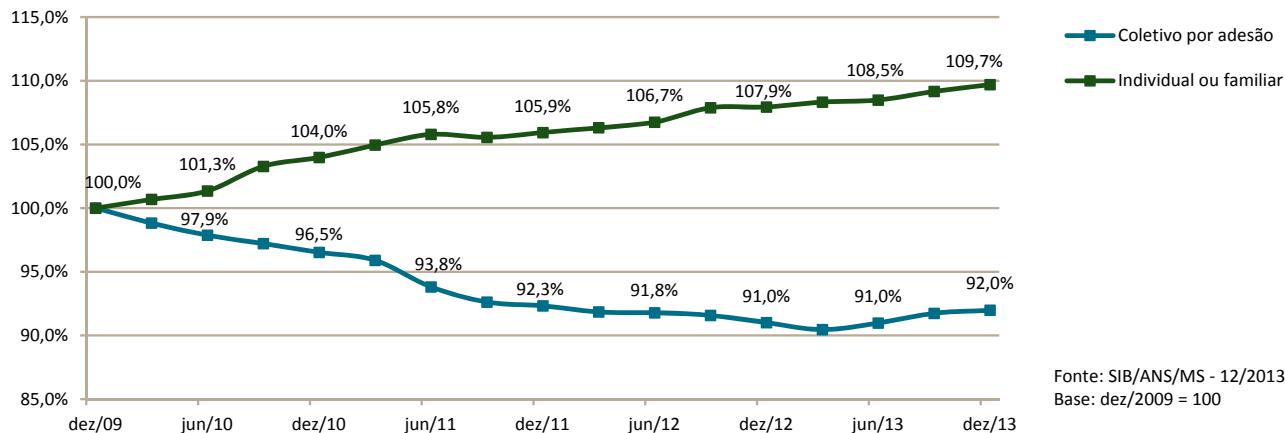
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Planos coletivos por adesão confirmam reversão da tendência

Depois de 13 trimestres seguidos (entre março de 2010 e março de 2013) de redução do número de beneficiários, os planos de assistência médica coletivos por adesão voltaram a apresentar crescimento nos três últimos trimestres. Os planos individuais mantiveram crescimento em todo o período analisado.

Número-índice de beneficiários de planos assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil - dezembro/2009-dezembro/2013)



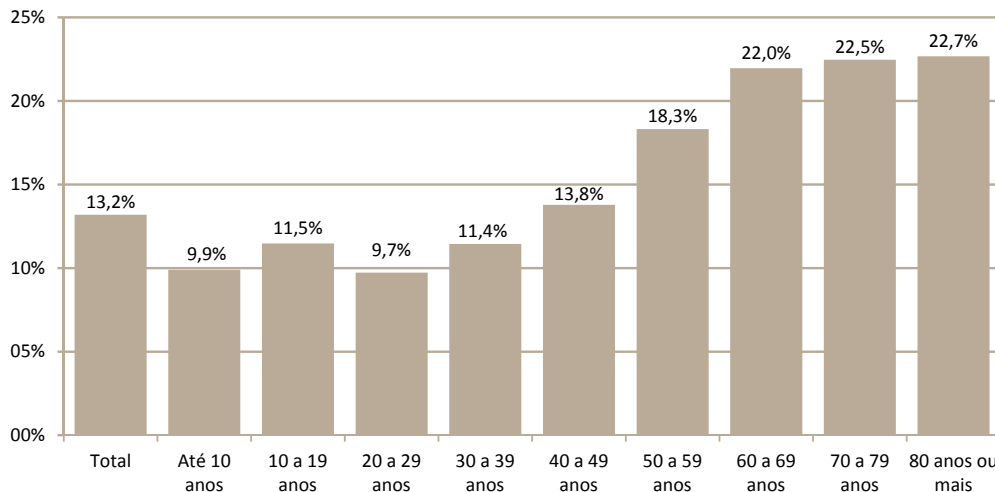
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013
Base: dez/2009 = 100



Percentual de beneficiários em planos coletivos por adesão é maior nas faixas etárias mais avançadas

O percentual de beneficiários em planos coletivos por adesão é crescente com o aumento das idades. Considerando-se apenas os beneficiários idosos, nas faixas etárias a partir dos 60 anos, este percentual é superior a 22%.

Percentual de beneficiários em planos de assistência médica coletivos por adesão, segundo faixas etárias (Brasil - dezembro/2013)



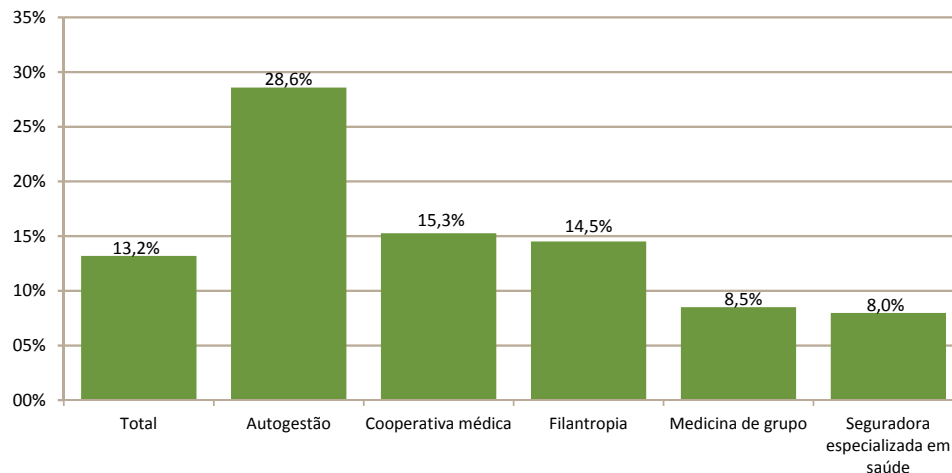
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Autogestões têm o maior percentual de planos coletivos por adesão

As autogestões, que não têm planos individuais ou familiares, apresentam o maior percentual de beneficiários em planos de assistência médica coletivos por adesão, com 28,6%. Proporcionalmente, cooperativas médicas (15,3%) e filantropias (14,5%) têm quase o dobro de beneficiários em planos coletivos por adesão das medicinas de grupo (8,5%) e seguradoras especializadas em saúde (8,0%).

Percentual de beneficiários em planos de assistência médica coletivos por adesão, segundo modalidade da operadora (Brasil - dezembro/2013)



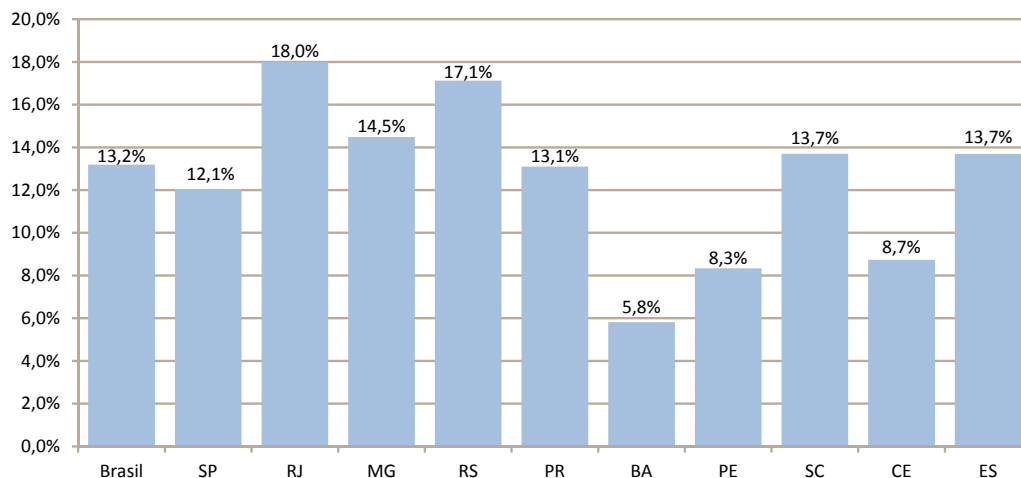
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Rio de Janeiro tem participação elevada de planos coletivos por adesão

Dentre as Unidades da Federação com maior número de beneficiários de planos de assistência médica, o Rio de Janeiro é aquela que apresenta o maior percentual em planos coletivos por adesão. Este percentual é justificado pelas características do mercado desta UF, que tem o maior percentual de idosos do país.

Percentual de beneficiários em planos de assistência médica coletivos por adesão, segundo Unidades da Federação selecionadas (Brasil - dezembro/2013)



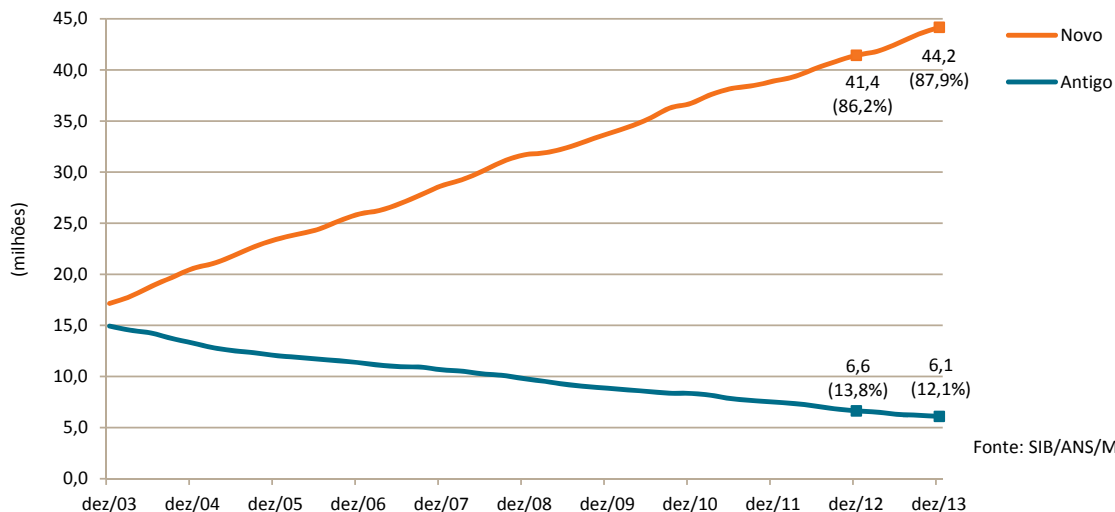
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Beneficiários em planos novos chegam a 88% do total

Em dezembro de 2013, o número de beneficiários em planos antigos reduziu-se, chegando a 6,1 milhões de beneficiários de planos de assistência médica (12,1% do total). Desta forma, quase 88% dos beneficiários estão protegidos pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Vale observar que planos antigos apresentam maiores percentuais entre idosos, planos coletivos por adesão e autogestões.

Beneficiários de planos de assistência médica por época de contratação do plano (Brasil - dezembro/2003-dezembro/2013)



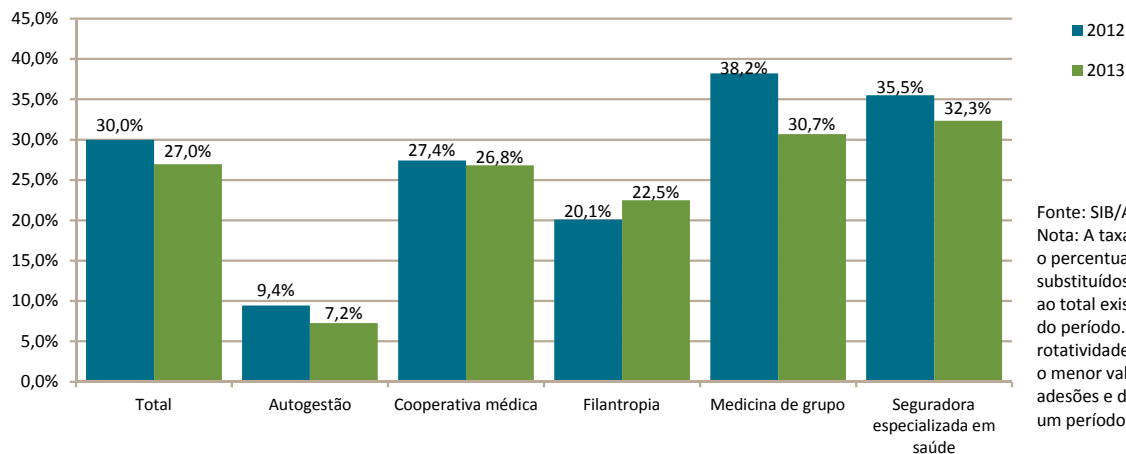
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Diminui a rotatividade, em 2013

Em 2013, diminuiu a taxa de rotatividade dos planos de assistência médica, como resultado da redução do número de adesões e de cancelamentos. A diminuição mais significativa desta movimentação foi entre as medicinas de grupo. Por outro lado, as filantropias, única modalidade a ter crescimento na taxa de rotatividade, teve crescimento no número de adesões e de cancelamentos.

Taxa de rotatividade dos planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2012-2013)



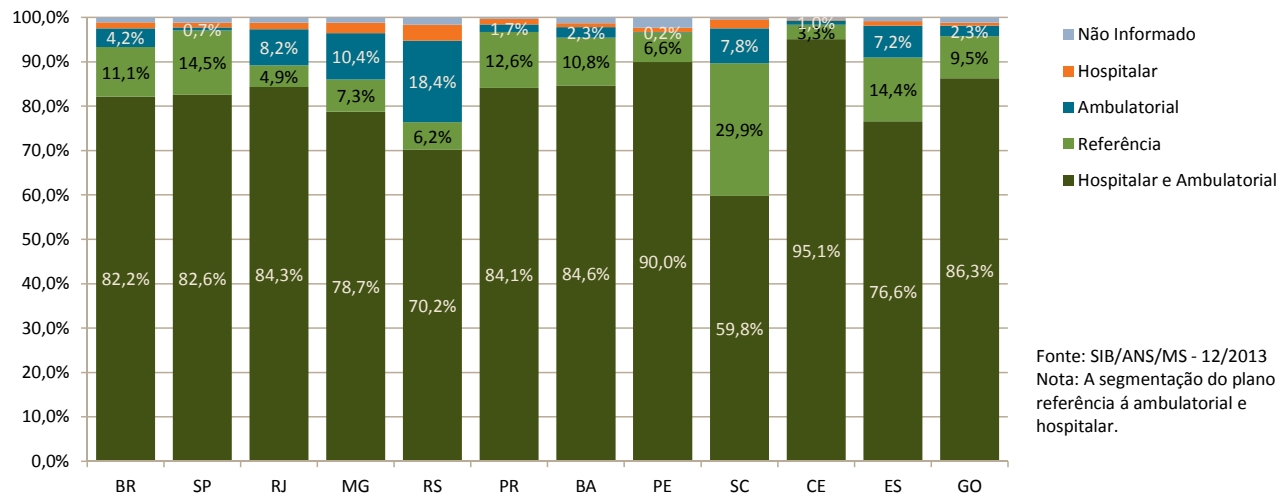
Fonte: SIB/ANS/MS - 02/2014
Nota: A taxa de rotatividade mede o percentual dos vínculos substituídos no período em relação ao total existente no primeiro dia do período. O cálculo da taxa de rotatividade é realizado utilizando o menor valor entre o total de adesões e de cancelamentos em um período especificado.



Cobertura hospitalar e ambulatorial é maioria em todas as Unidades da Federação

Em dezembro de 2013, 93,3% dos beneficiários de planos de assistência médica tinham cobertura hospitalar e ambulatorial. Este comportamento é similar em todas as Unidades da Federação. A maior diferença está no Rio Grande do Sul (76,4% dos beneficiários de planos de assistência médica têm cobertura ambulatorial e hospitalar, incluindo os planos referência) e Ceará, que tem apenas 3,3% de beneficiários em planos referência.

Distribuição percentual dos beneficiários em planos privados de assistência médica, por segmentação assistencial, segundo Unidades da Federação selecionadas (Brasil - dezembro/2013)



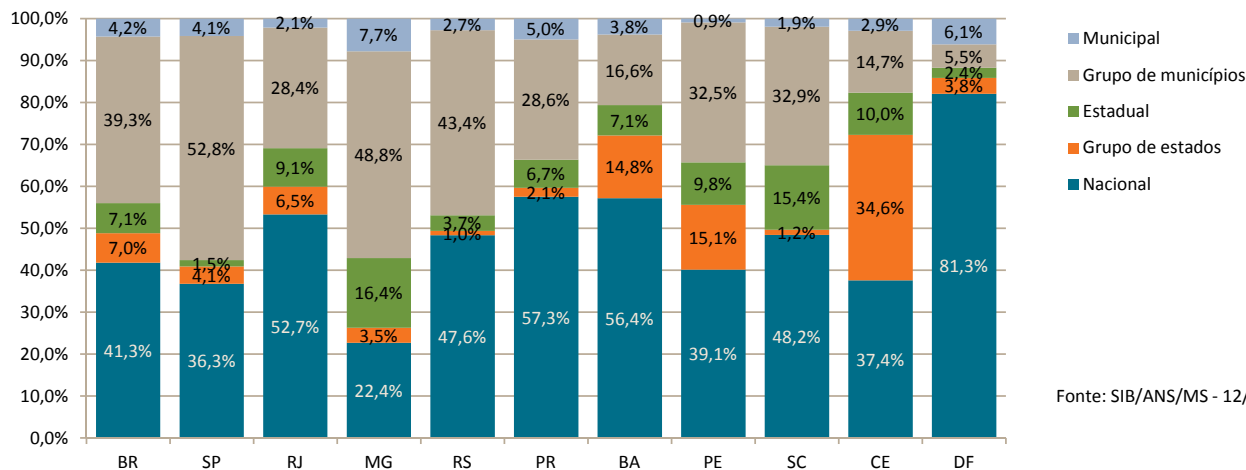
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013
Nota: A segmentação do plano referência é ambulatorial e hospitalar.



Planos de abrangência nacional e grupo de municípios são maioria

As abrangências geográficas predominantes no mercado de planos de assistência médica, em dezembro de 2013, eram a nacional (41,3%) e a de grupo de municípios (39,3%). Entretanto, essas distribuições são bastante variáveis entre as Unidades da Federação, com destaque para o Distrito Federal (maior percentual de beneficiários em planos de abrangência nacional, 81,3%), Minas Gerais (a menor, 22,4%) e São Paulo (a maior em planos de grupos de municípios (52,8%)

Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação, segundo abrangência geográfica do plano (Brasil - dezembro/2013)



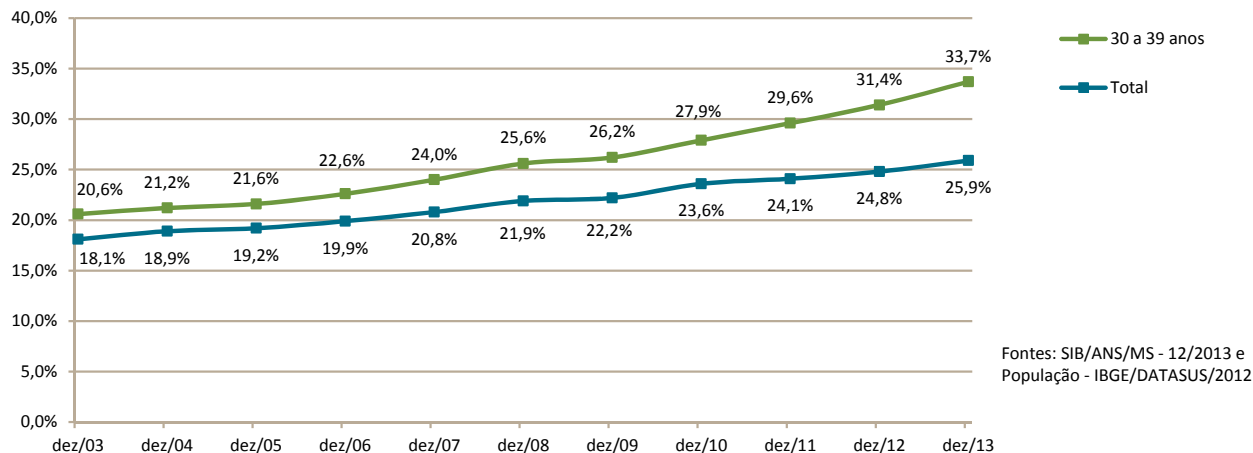
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013



Taxa de cobertura na faixa dos 30 aos 39 anos cresce mais que a média

Entre dezembro de 2003 e dezembro de 2013, a taxa de cobertura dos planos de assistência médica variou de 18,1% para 25,9%. Este crescimento pode ser observado em todas as faixas etárias. Na faixa de adultos entre os 30 e 39 anos (a que tem a maior cobertura), o crescimento foi acima da média, passando de 20,6% para 33,7% no período.

Taxa de cobertura dos planos de assistência médica (Brasil - dezembro/2003-dezembro/2013)

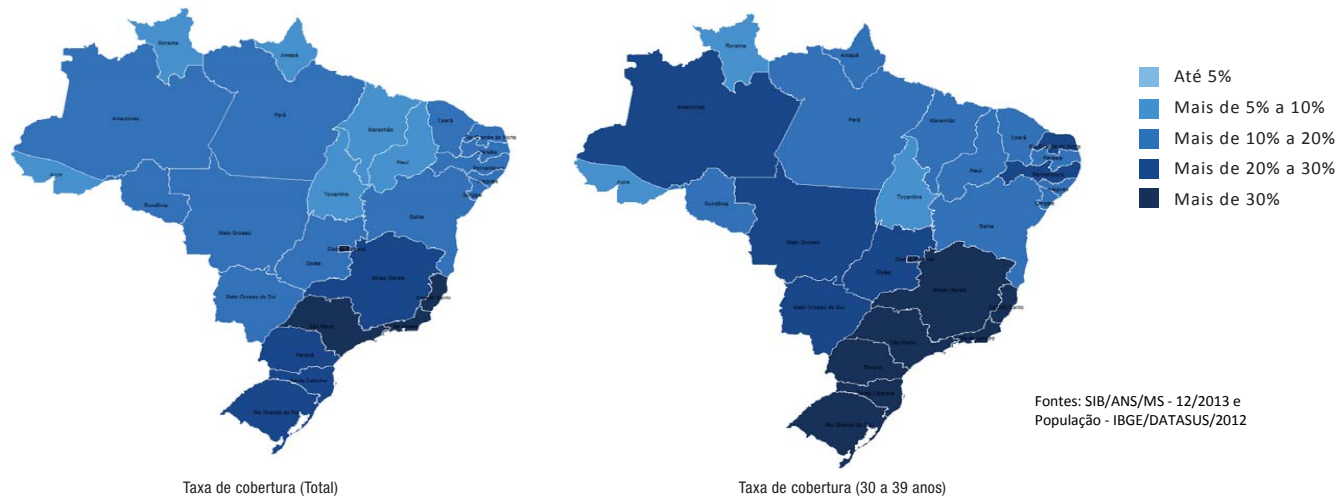




Taxa de cobertura dos 30 a 39 anos é maior que a média em todas as UFs

Em todas as Unidades da Federação, a faixa etária dos 30 aos 39 anos tem taxa de cobertura acima da média. Entretanto, a variação entre as duas pode apresentar comportamento diferenciado. Entre aquelas com maior taxa de cobertura, destacam-se Rio Grande Sul (taxa de cobertura total de 24,8% e de 30 a 39 anos 34,7%, ou seja, 40% maior) e Distrito Federal (33,1% e 38,8%, ou seja, cobertura dos 30 a 39 anos 17% maior que a média).

Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - dezembro/2013)

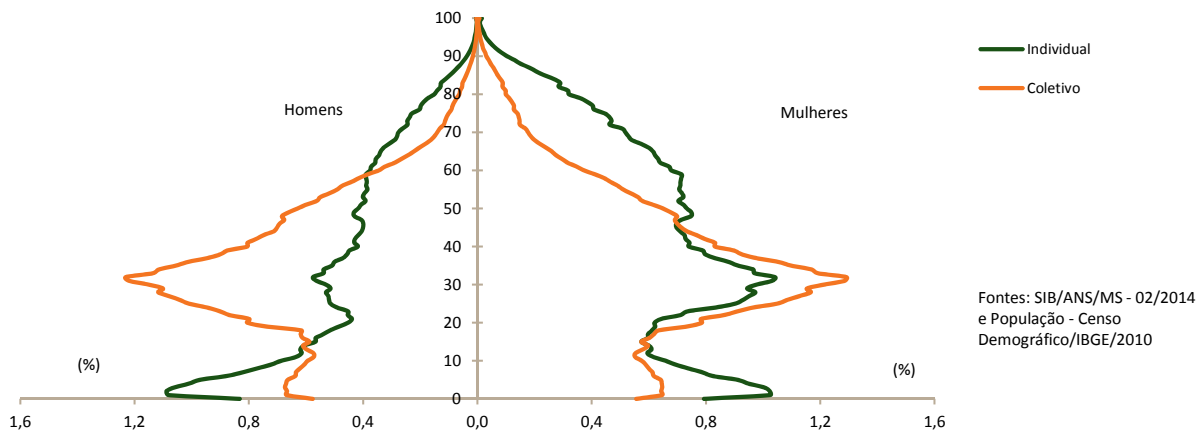


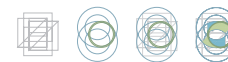


Beneficiárias são maioria nos planos de assistência médica individuais

Verifica-se diferente composição da estrutura etária e de sexos da população de beneficiários de planos individuais e da de beneficiários de planos coletivos. Enquanto nos planos coletivos há distribuição similar por faixas etárias em homens e mulheres, nos planos individuais as mulheres são maioria. Além disso, nesses últimos, as faixas etárias mais jovens (crianças até 10 anos) e mais avançadas (idosos a partir dos 60 anos) possuem proporcionalmente mais beneficiários.

Pirâmide etária do percentual de beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano e sexo (Brasil - fevereiro/2014)

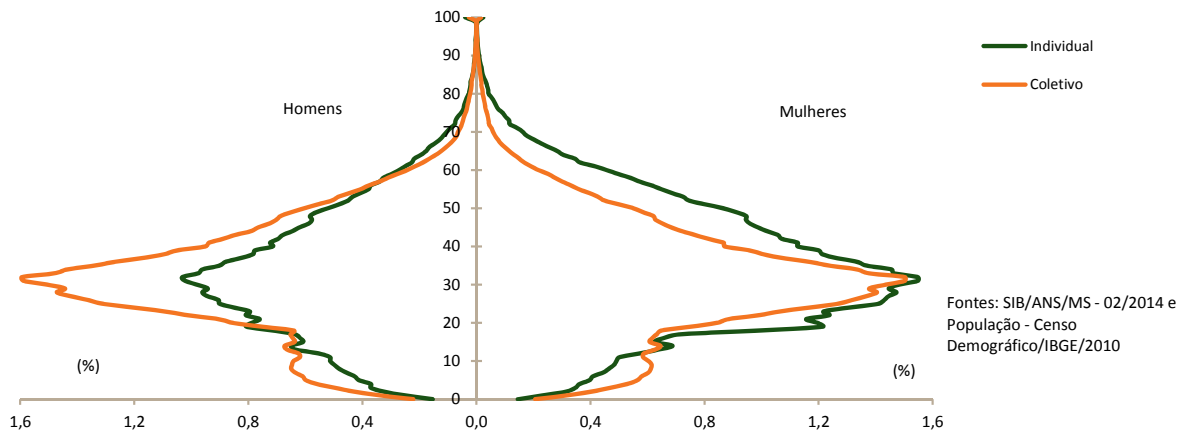


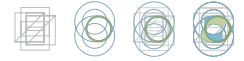


Mulheres são maioria nos planos exclusivamente odontológicos individuais

A estrutura etária da população coberta por planos exclusivamente odontológicos guarda similaridade entre planos coletivos e individuais, tendo a maioria dos beneficiários idade entre 20 e 40 anos. No entanto, em planos individuais há maioria de mulheres e proporcionalmente menos crianças até 10 anos.

Pirâmide etária do percentual de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano e sexo (Brasil - fevereiro/2014)





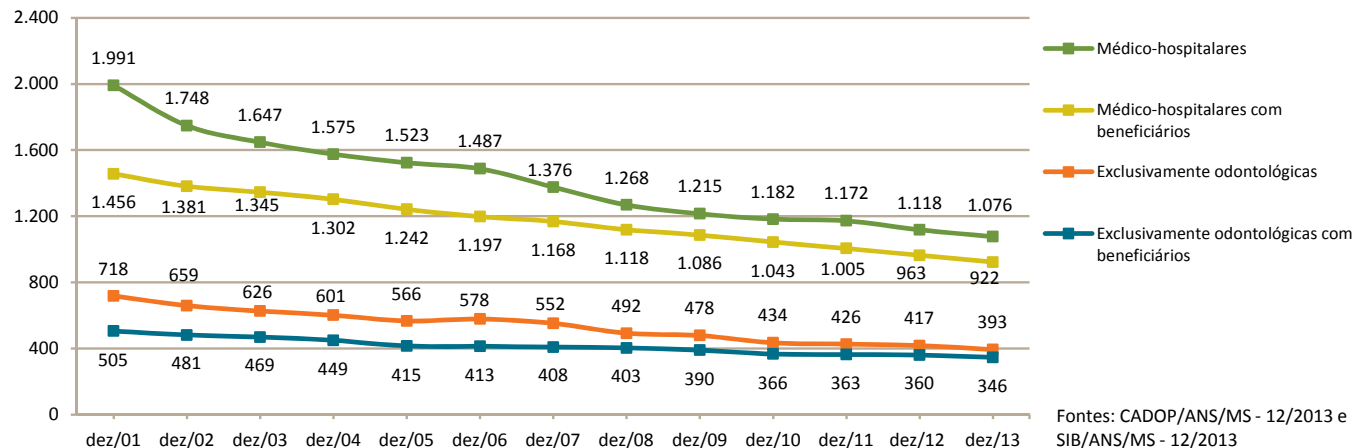
3 Operadoras e planos de saúde



Número de registros de novas operadoras é menor que número de cancelamentos

Em 2013, 116 operadoras foram canceladas e 50 novas foram registradas. Neste mês, estavam em atividade 1.469 operadoras, das quais 1.076 médico-hospitalares e 393 exclusivamente odontológicas. O número de operadoras (com ou sem beneficiários) é decrescente desde 2001.

Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/2001-dezembro/2013)

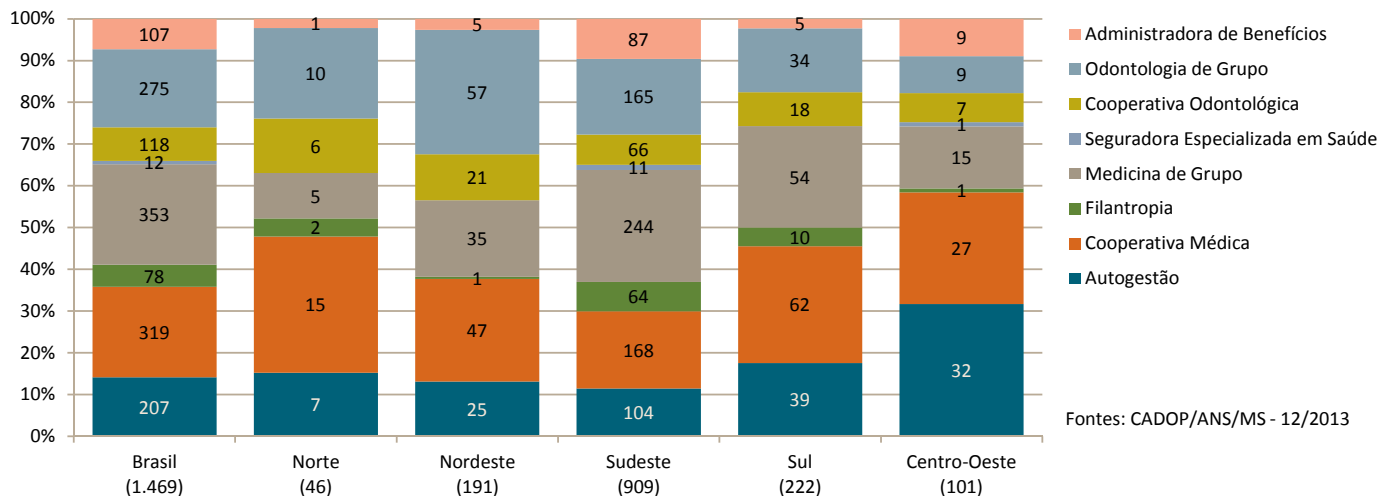




Mais de 900 operadoras têm sede na Região Sudeste

Quase 62% das operadoras do mercado de planos privados de saúde têm sua sede em alguma Unidade da Federação na Região Sudeste. Nesta Região há mais medicinas de grupo (248) que cooperativas médicas (168). Em todas as demais regiões, há mais cooperativas médicas.

Operadoras de planos privados de saúde por modalidade, segundo região da sede (Brasil - dezembro/2013)



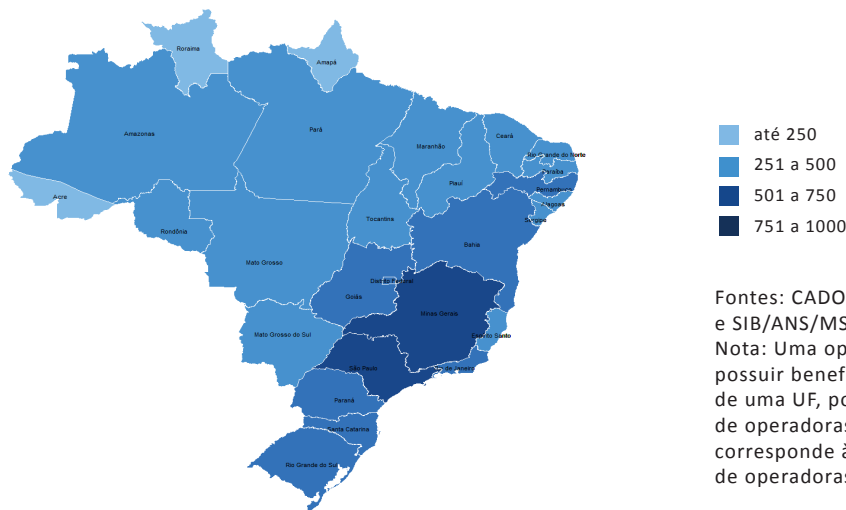
Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2013



São Paulo é o estado com mais operadoras

Em dezembro, 922 operadoras tinham beneficiários de planos de assistência médica. Destas, 742 (ou 80,7%) tinham beneficiários no Estado de São Paulo e 645 (70,1%) no Estado de Minas Gerais. Roraima e Amapá eram os estados com menos operadoras: 124 e 128, respectivamente. Observa-se que 116 operadoras tinham beneficiários de planos de assistência médica em apenas uma Unidade da Federação, ao passo que 59 tinham em todas.

Operadoras com beneficiários, por Unidade da Federação de residência do beneficiário (Brasil - setembro/2013)



Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2013 e SIB/ANS/MS - 12/2013

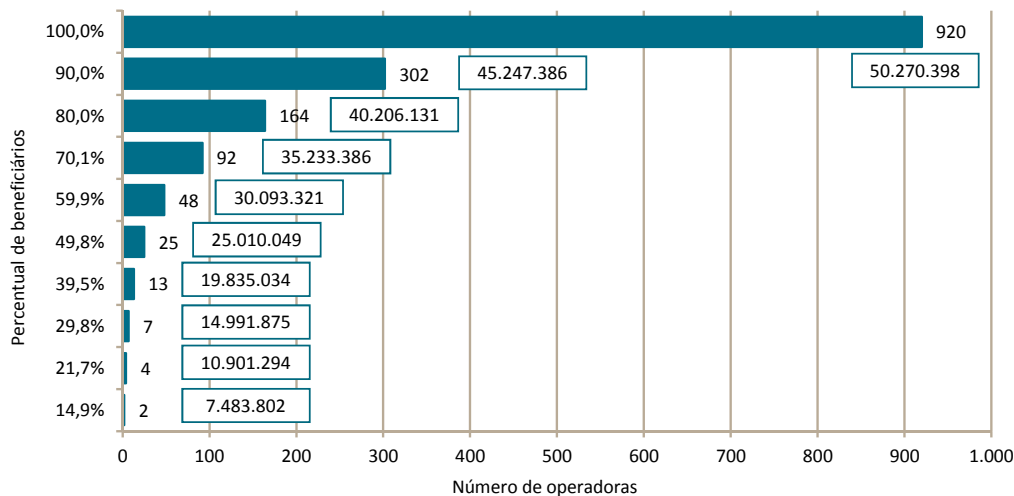
Nota: Uma operadora pode possuir beneficiários em mais de uma UF, portanto o total de operadoras ativas não corresponde à soma do número de operadoras em cada UF.



Número decrescente de operadoras concentra o mercado

Em dezembro de 2013, as 25 maiores operadoras médico-hospitalares repartiam aproximadamente 50% do mercado. Os outros 50% eram divididos por 895 operadoras. Em dezembro de 2011, 31 operadoras tinham 50% dos beneficiários e, em dezembro de 2012, este número era de 29 operadoras.

Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras (Brasil - dezembro/2013)



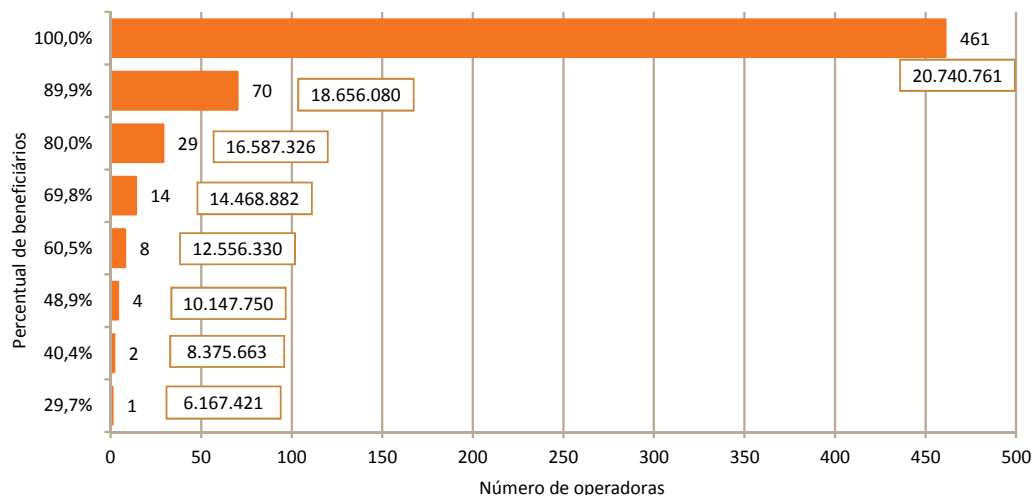
Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2013 e CADOP/ANS/MS - 12/2013
Nota: Operadoras com mais de 1 milhão de beneficiários em planos de assistência médica: Amil, Bradesco, Hapvida, Sul América, Intermédica, Central Nacional Unimed, Amico, Unimed BH e Unimed Rio.



Quatro operadoras concentram cerca de 50% do mercado de planos odontológicos

Em dezembro de 2013, quatro operadoras exclusivamente odontológicas concentravam 48,9% dos beneficiários deste segmento. Outras 457 operadoras possuíam os 51,1% restantes.

Distribuição dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por operadoras (Brasil - dezembro/2013)



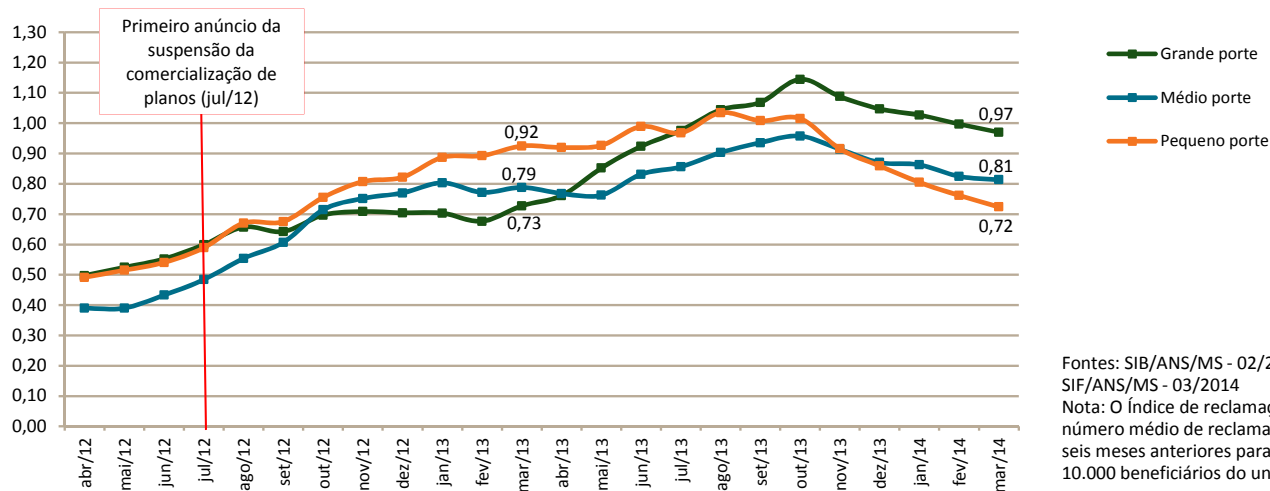
Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2013 e CADOP/ANS/MS - 12/2013
Nota: Operadoras com mais de 700 mil de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos: Odontoprev, Amil, Odonto Empresas, Interodonto e Hapvida, Metlife, Prodent, Odonto System.



Índice de Reclamações tem quinto mês de queda

Em março de 2014, o Índice de Reclamações voltou a apresentar redução em relação ao mês anterior. Foi o quinto mês seguido para os conjuntos das operadoras de pequeno, médio e de grande porte. No caso das operadoras de pequeno porte, é o menor índice desde setembro de 2012.

Índice de reclamações por porte da operadora (Brasil - abril/2012-março/2013)



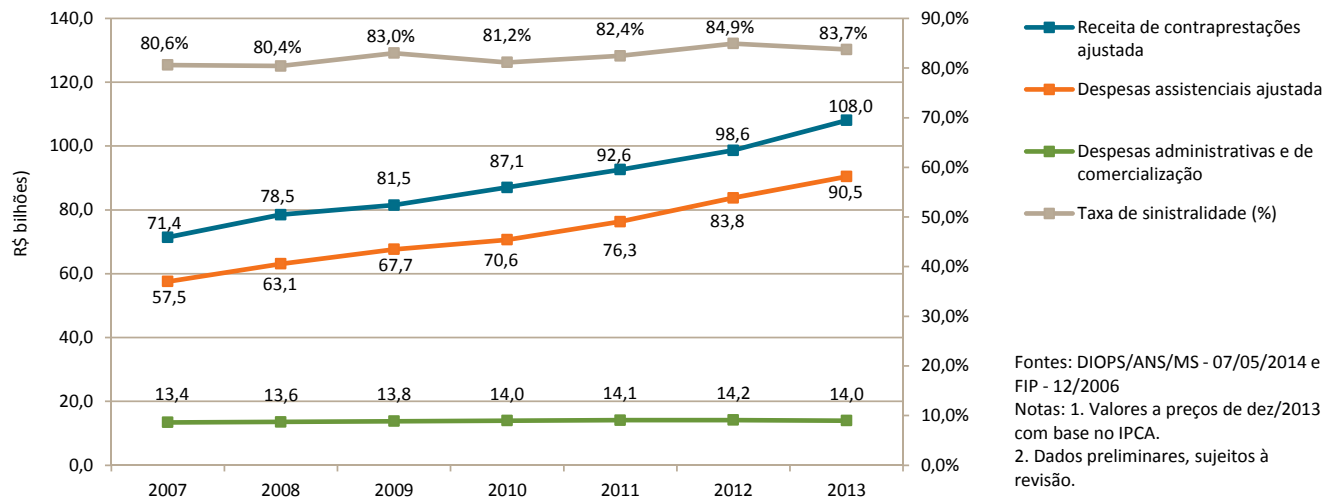
Fontes: SIB/ANS/MS - 02/2014 e SIF/ANS/MS - 03/2014
Nota: O Índice de reclamações é número médio de reclamações nos seis meses anteriores para cada 10.000 beneficiários do universo



Receita de contraprestações cresce mais que despesas assistenciais, em 2013

O total das receitas de contraprestações das operadoras médico-hospitalares variou 9,5%, em termos reais, entre 2012 e 2013. As despesas assistenciais cresceram 8,0% no mesmo período. Desta forma, a taxa de sinistralidade recuou mais de um ponto percentual, chegando a 83,7%.

Receita de contraprestações e despesas ajustadas das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2007-2013)

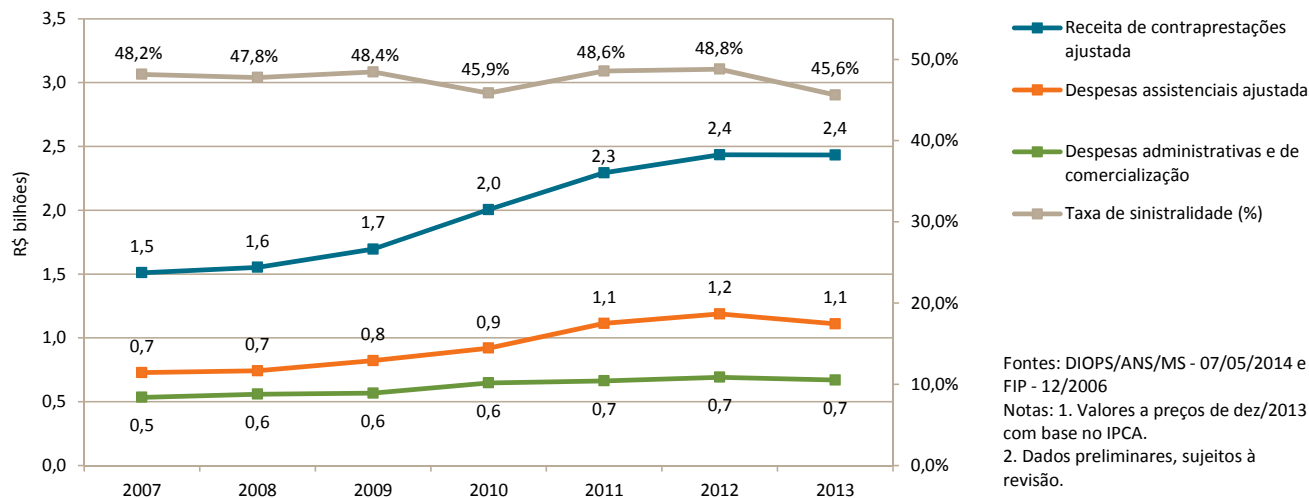




Receita das operadoras odontológicas têm crescimento real negativo

Em 2013, as receitas das operadoras odontológicas tiveram variação de 5,8% o que, considerando a variação do IPCA no período, resultou em variação negativa de 0,1%. As despesas assistenciais tiveram queda maior (-6,6%) o que fez a taxa de sinistralidade atingir o menor valor em mais de 10 anos. Ressalte-se que os resultados são preliminares

Receita de contraprestações e despesas ajustadas das operadoras exclusivamente odontológicas (Brasil - 2007-2013)

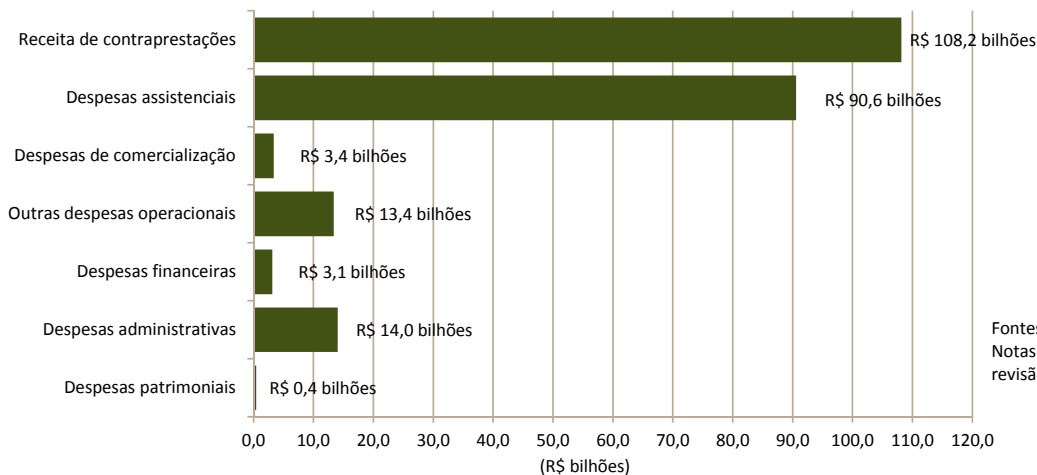




Receitas no ano de 2013 superam R\$ 108 bilhões

Em 2013, a receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares alcançou R\$ 108,2 bilhões, com despesas assistenciais de R\$ 90,6 bilhões. Desta forma, a taxa de sinistralidade ficou, neste período, em 83,7%. A soma das despesas supera a receita, assim, o resultado final positivo das operadoras de planos de saúde é derivado, em grande parte, da gestão financeira.

Receita de contraprestações e despesas das operadoras médico-hospitalares segundo tipo de despesas (Brasil - janeiro-setembro/2013)



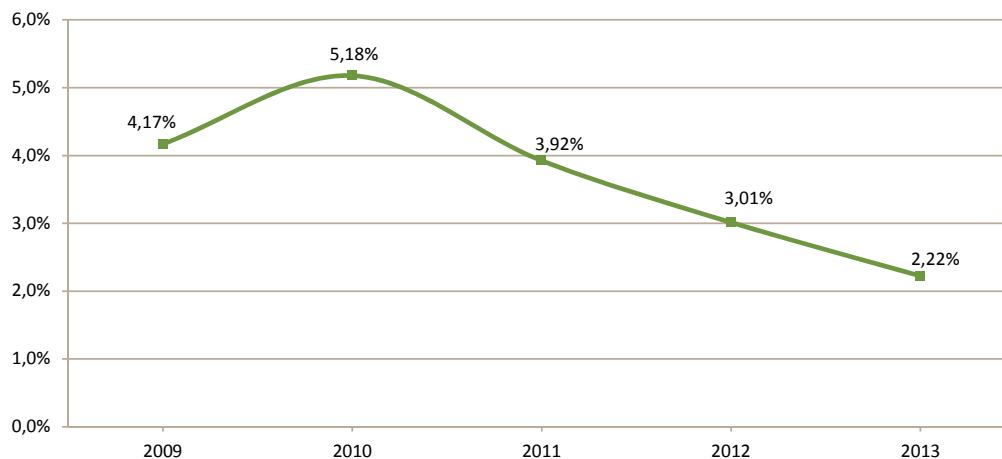
Fontes: DIOPS/ANS/MS - 22/05/2013
Notas: 1. Dados preliminares, sujeitos à revisão.



Margem Líquida é a menor dos últimos cinco anos

Desde 2010, a margem líquida das operadoras médico-hospitalares diminuiu de ano a ano, tendo alcançado, em 2013, seu menor valor nos últimos cinco anos.

Margem líquida anual das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2009-2013)



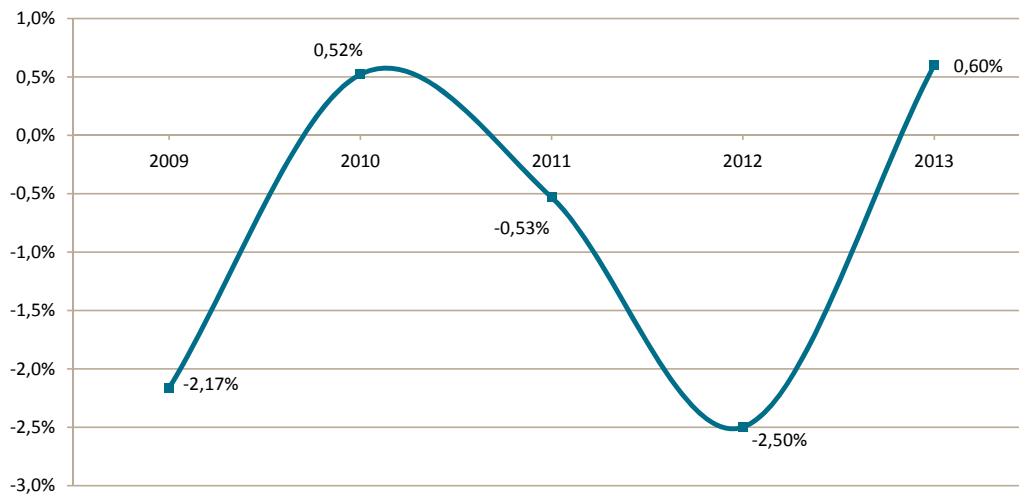
Fonte: DIOPS/ANS/MS - 15/05/2014
Nota: Os valores referem-se a operadoras ativas na data de extração dos dados.



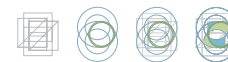
Margem operacional tem crescimento em 2013

Diferentemente da margem líquida, a margem operacional apresentou crescimento este ano, o que pode ser reflexo do maior controle sobre as despesas assistenciais. Ainda assim, continuou extremamente baixa.

Margem operacional anual das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2009-2013)



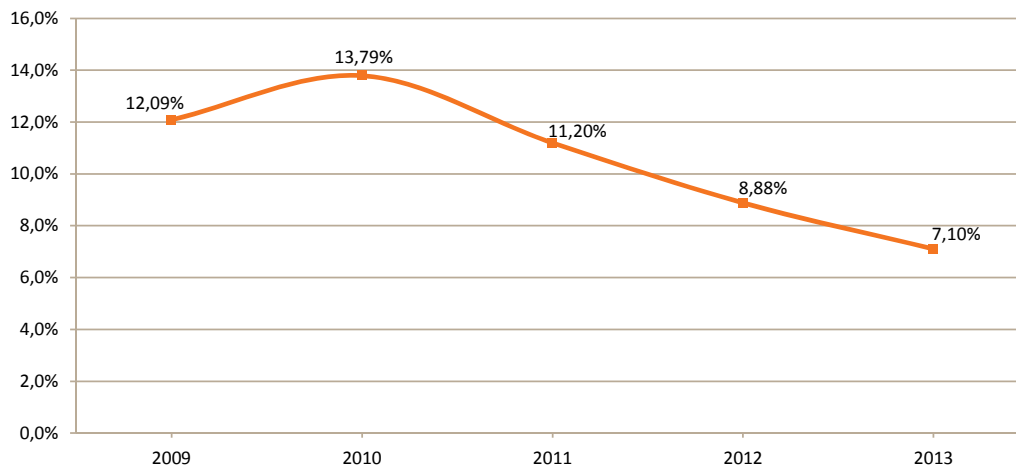
Fonte: DIOPS/ANS/MS - 15/05/2014
Nota: Os valores referem-se a operadoras ativas na data de extração dos dados.



Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE) decresce em relação aos anos anteriores

Em decorrência da relativa diminuição do lucro líquido, o ROE em 2013 apresentou seu menor valor desde 2009. A trajetória de diminuição do indicador iniciou-se em 2010.

Retorno anual sobre o patrimônio líquido das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2009-2013)



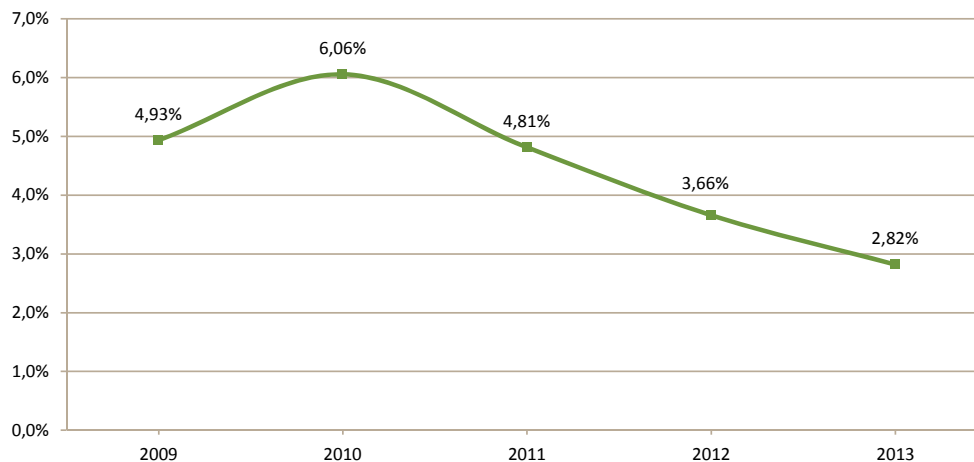
Fonte: DIOPS/ANS/MS - 15/05/2014
Nota: Os valores referem-se a operadoras ativas na data de extração dos dados.



Retorno sobre o ativo (ROA) também diminuiu em 2013

O retorno sobre o ativo, como os demais indicadores relacionados ao lucro líquido, também apresentou diminuição em 2013. O indicador, que alcançou 6,06% em 2010, atingiu 2,82% em 2013.

Retorno anual sobre o ativo das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2009-2013)



Fonte: DIOPS/ANS/MS -
15/05/2014

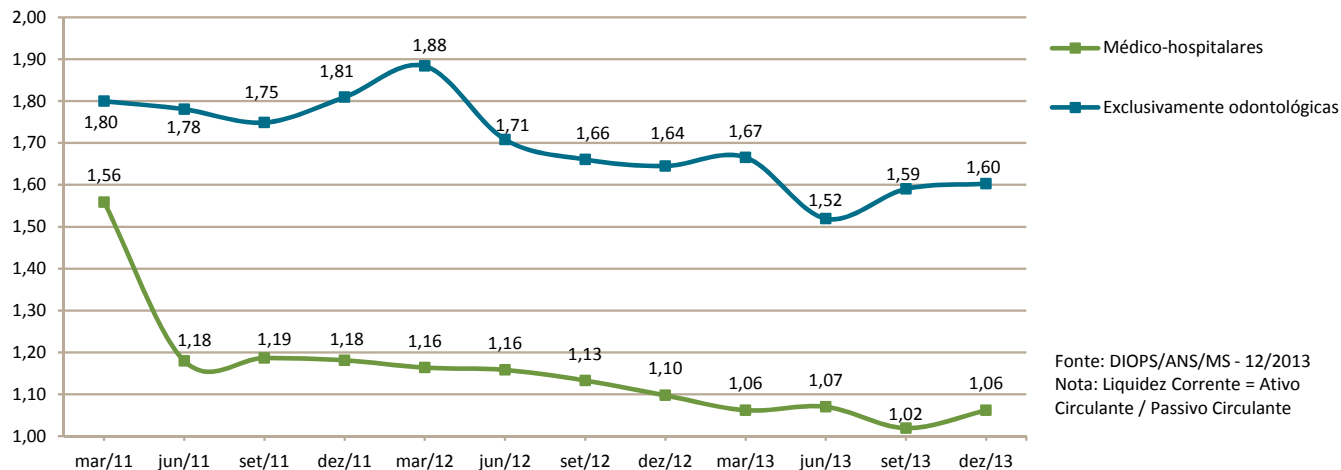
Nota: Os valores referem-se a
operadoras ativas na data de
extração dos dados.



Liquidez corrente mantém níveis relativamente baixos

A liquidez corrente das operadoras médico-hospitalares apresentou ligeira recuperação em dezembro de 2013 em relação ao trimestre anterior, porém mantém patamares relativamente baixos. A das operadoras odontológicas manteve em dezembro de 2013 liquidez similar à observada em setembro de 2013.

Liquidez corrente por cobertura assistencial das operadoras (Brasil - março/2011-dezembro/2013)



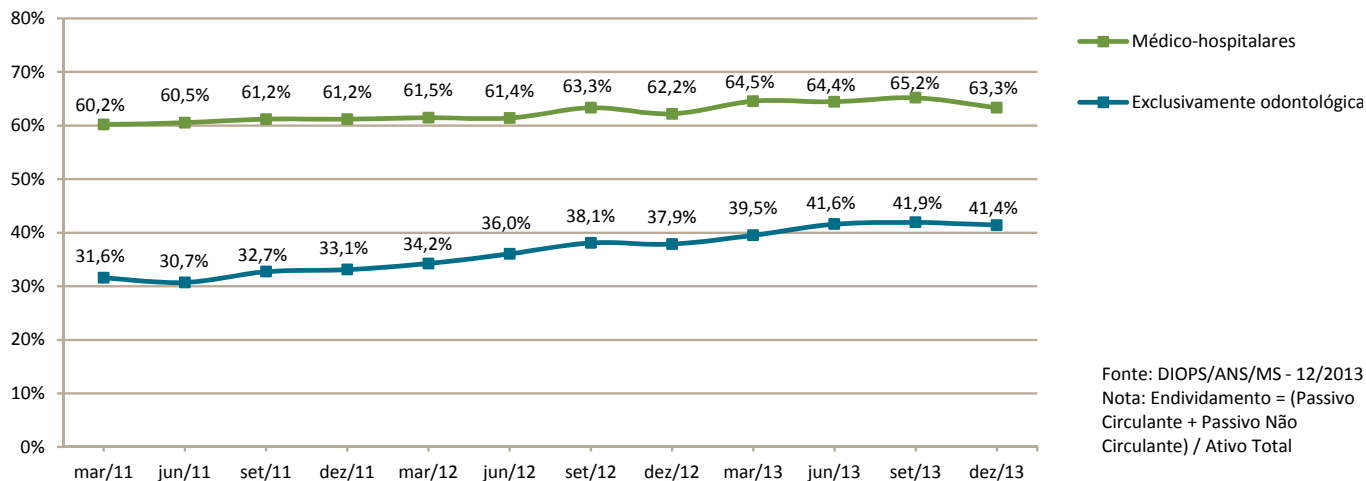
Fonte: DIOPS/ANS/MS - 12/2013
Nota: Liquidez Corrente = Ativo Circulante / Passivo Circulante



Endividamento apresenta queda discreta

Também no que tange ao endividamento, a situação das operadoras médico-hospitalares no último trimestre de 2013 apresentou-se um pouco melhor que a do trimestre anterior, com queda de 1,9 pontos percentuais no nível de endividamento. As operadoras odontológicas também apresentaram ligeira queda no índice, de 0,5 pontos percentuais.

Endividamento por cobertura assistencial das operadoras (Brasil - março/2011-dezembro/2013)

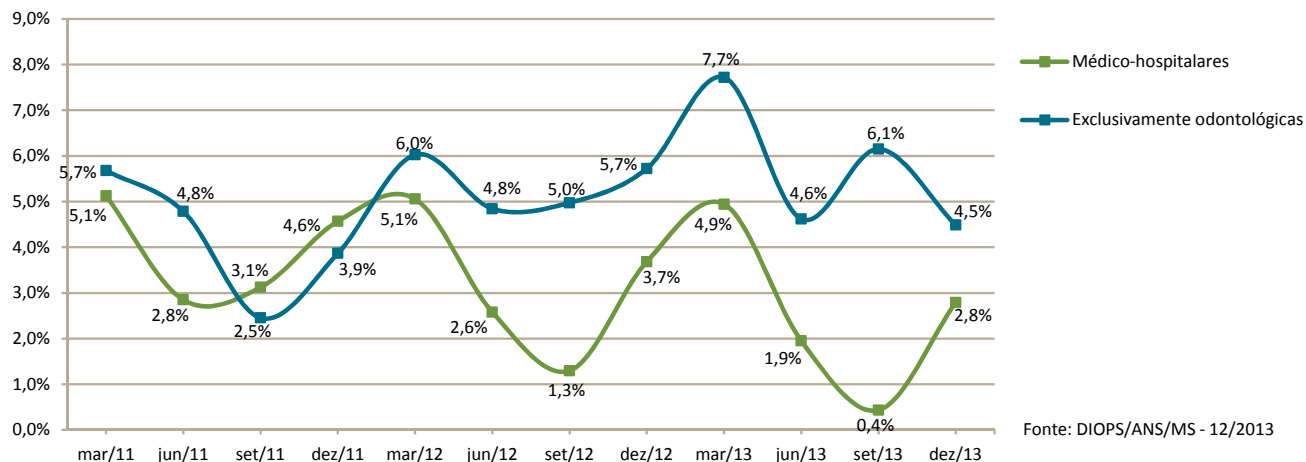




Melhora o ROE das operadoras médico-hospitalares

O retorno sobre o patrimônio líquido das operadoras médico-hospitalares melhorou em dezembro de 2013, quando comparado ao trimestre anterior. Já o das operadoras exclusivamente odontológicas piorou em relação ao trimestre anterior, mas reduziu-se quando comparado ao mesmo período de 2012, mantendo-se superior ao das operadoras médico-hospitalares.

Retorno sobre o patrimônio líquido por cobertura assistencial das operadoras (Brasil - março/2011-dezembro/2013)

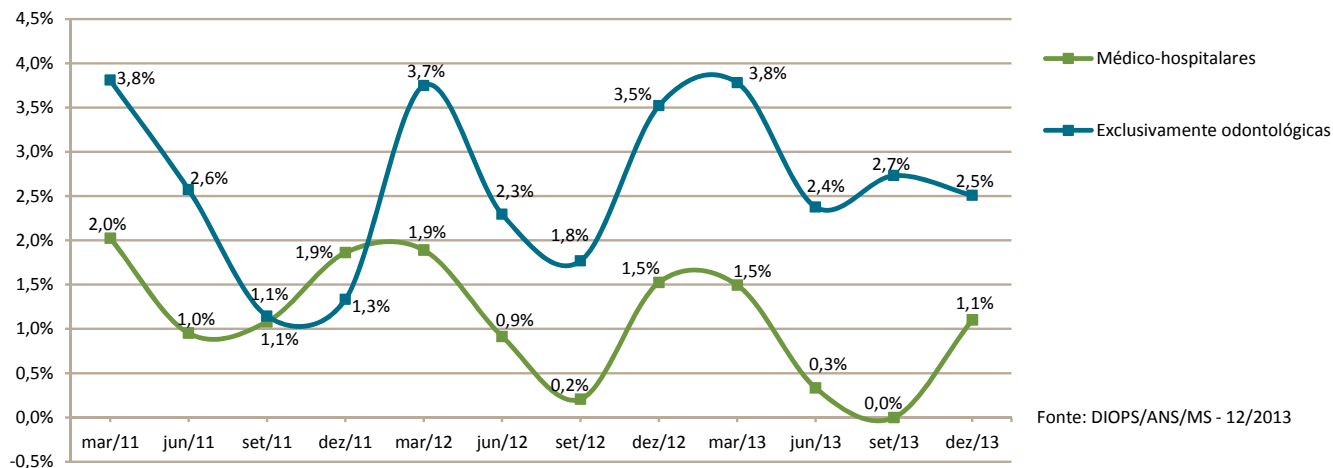




Retorno sobre o ativo no quarto trimestre de 2013 apresenta ligeira alta em relação ao trimestre anterior

O ROA, que ao longo dos dois últimos trimestres havia apresentado resultado bem próximo do nulo, recuperou-se no último trimestre do ano, ainda que seu resultado seja inferior ao do mesmo período de 2012.

Retorno sobre o ativo por cobertura assistencial das operadoras (Brasil - março/2011-dezembro/2013)



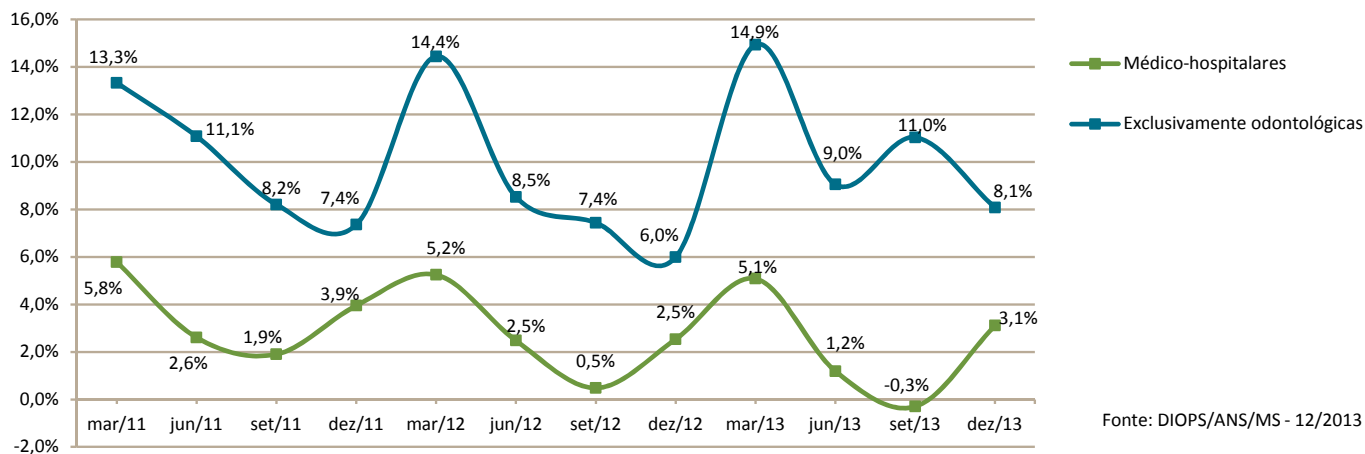
Fonte: DIOPS/ANS/MS - 12/2013



Margem de lucro líquida cresce no último semestre do ano

Depois de apresentar resultado negativo no trimestre anterior, a margem líquida apresentou recuperação no último trimestre do ano, atingindo resultado superior ao do mesmo período de 2012.

Margem de lucro líquida por cobertura assistencial das operadoras (Brasil - março/2011-dezembro/2013)

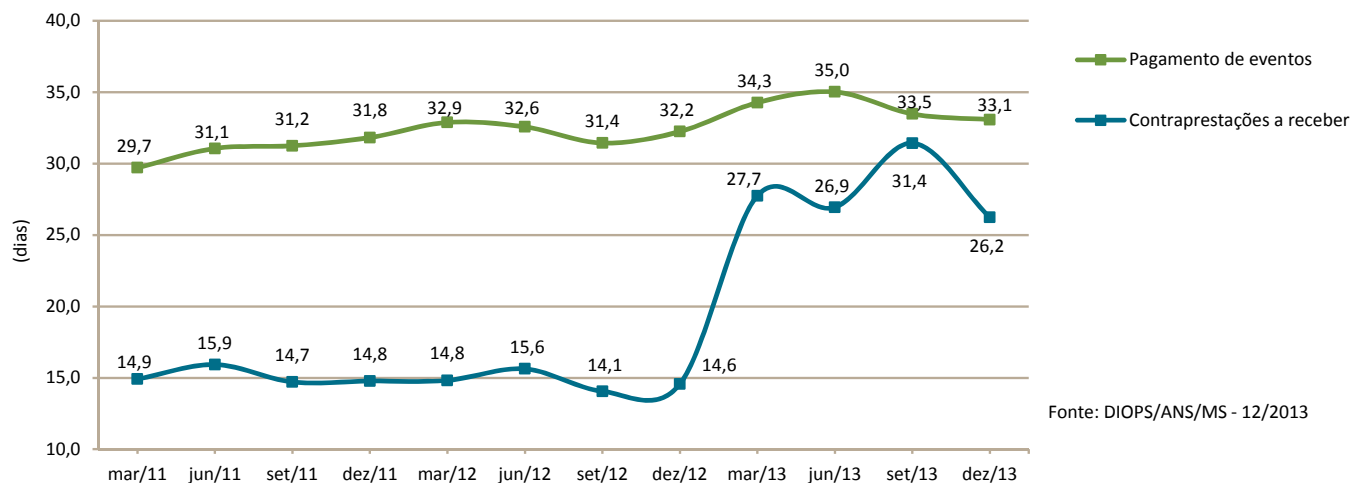




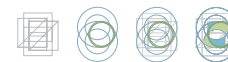
Decresce o prazo médio de contraprestações a receber no último trimestre de 2013

O último semestre de 2013 apresentou o menor prazo médio de contraprestações a receber do ano. O prazo médio de pagamento de eventos também decresceu, mas não na mesma magnitude.

Prazos médios de contraprestações a receber e de pagamento de eventos das operadoras médico-hospitalares (Brasil - março/2011-dezembro/2013)



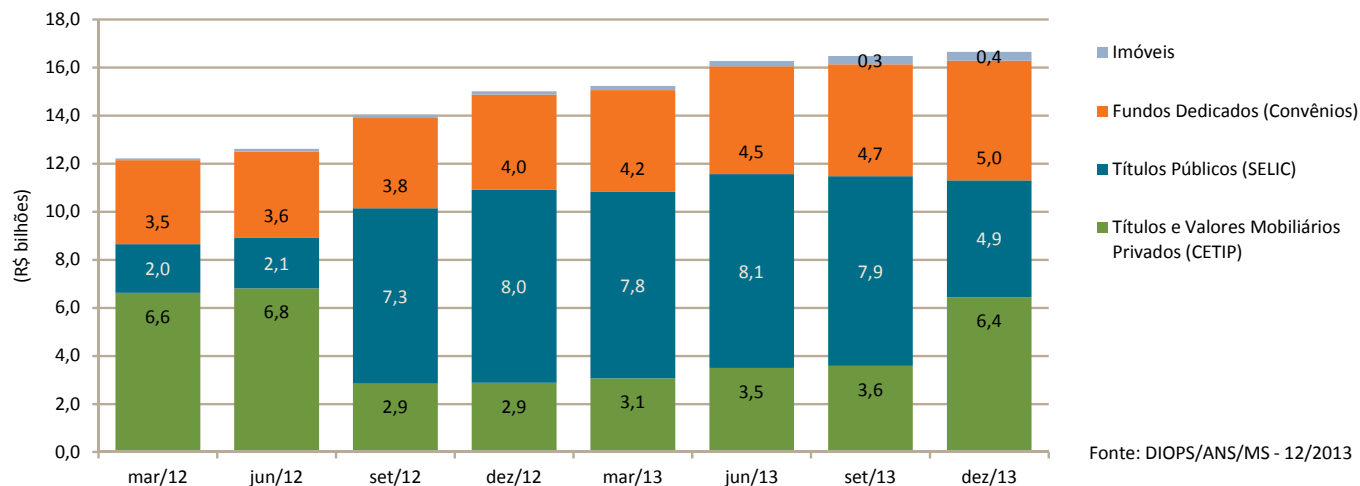
Fonte: DIOPS/ANS/MS - 12/2013



Cresce a participação de títulos e valores mobiliários privados entre os ativos garantidores

No último trimestre do ano, os títulos e valores mobiliários privados representaram cerca de 38% dos ativos garantidores. Paralelamente, houve decréscimo na importância dos títulos públicos.

Ativos garantidores por tipo (Brasil - março/2012-dezembro/2013)



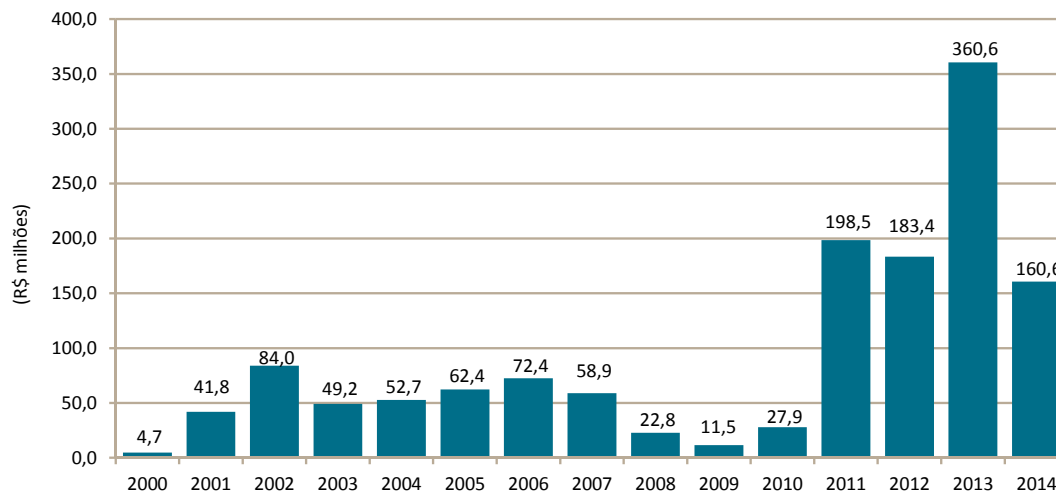
Fonte: DIOPS/ANS/MS - 12/2013



Até o mês de março, foram cobrados R\$160,6 milhões de ressarcimento ao SUS

Em prazos determinados legalmente, as operadoras podem contestar os atendimentos notificados. Seguindo o rito do processo administrativo, a ANS gera a cobrança desses atendimentos quando a operadora não encaminha as impugnações e/ou recursos nos prazos definidos em normativo e quando a decisão em última instância administrativa mantém a identificação do atendimento. Atualmente, em média, 70% dos atendimentos notificados são encaminhados para cobrança. Apenas no primeiro trimestre de 2014, foram cobrados R\$ 160,6 milhões, quase 50% do valor cobrado em todo o ano de 2013.

Valor cobrado das AIHs (Brasil - 2000-2014)



Fonte: ANS - 03/2014

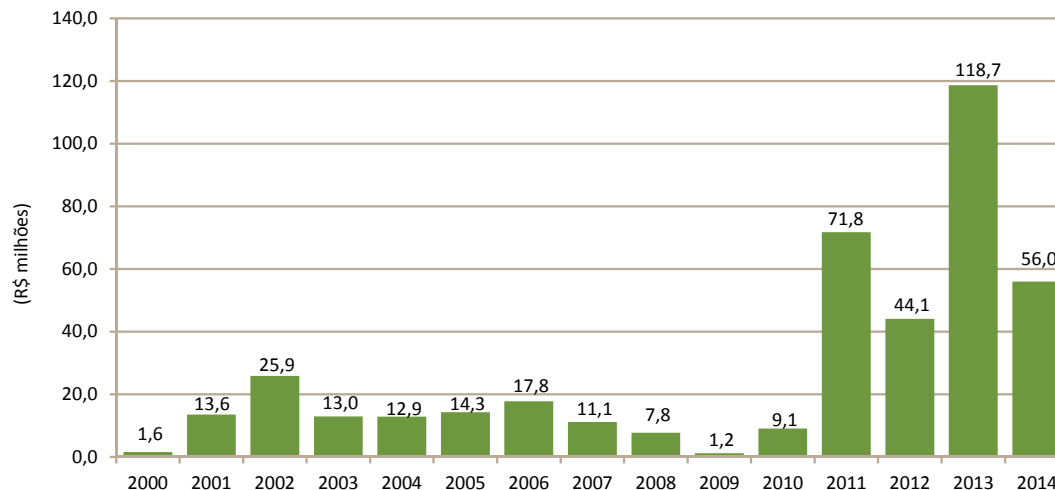
Notas: 1. Refere-se ao ano do vencimento e não da internação.
2. Valor principal, sem juros ou multas.
3. Dados de 2014 até março.



Valor das AIHs pagas até março de 2014 atinge quase 50% do total pago em 2013

Em 2013, o valor de pagamento de AIHs ultrapassou os R\$ 118,0 milhões. Até março de 2014, este valor já alcançou quase 50% do total pago em todo o ano anterior, R\$56,0 milhões.

Valor das AIHs pagas (Brasil - 2000-2014)



Fonte: ANS - 03/2014

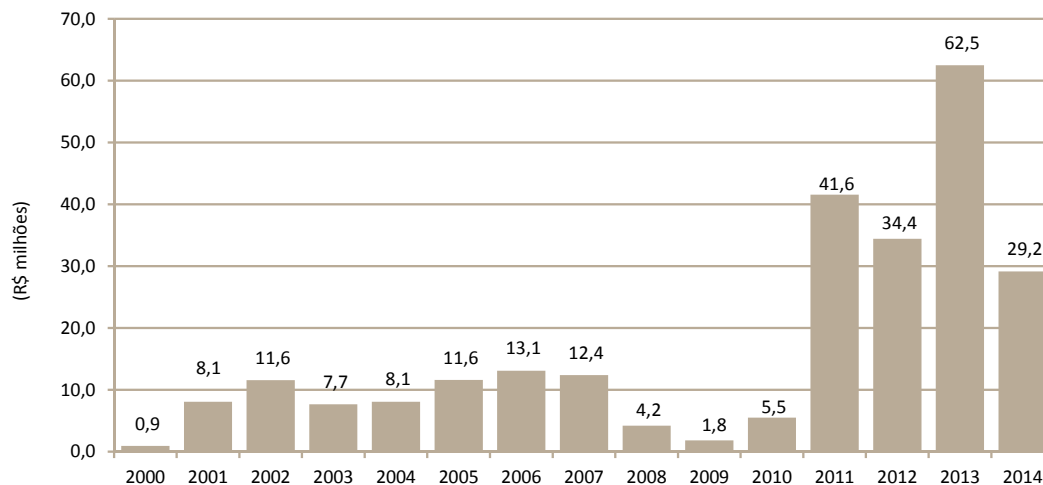
Notas: 1. Refere-se ao ano do vencimento e não da internação.
2. Valor principal, sem juros ou multas.
3. Dados de 2014 até março.



Parcelamentos de AIHs ultrapassa R\$29 milhões no primeiro trimestre de 2014

A ANS tem autoridade para celebrar acordos de parcelamento de dívidas das operadoras de planos de saúde com a Agência. Os valores devidos podem ser parcelados em até 60 vezes. No ano de 2014 foram deferidos parcelamentos de AIHs que correspondem a um valor superior a R\$ 29 milhões, cerca da metade do valor parcelado em todo o ano de 2013.

Valor das AIHs parceladas (Brasil - 2000-2014)



Fonte: ANS - 03/2014

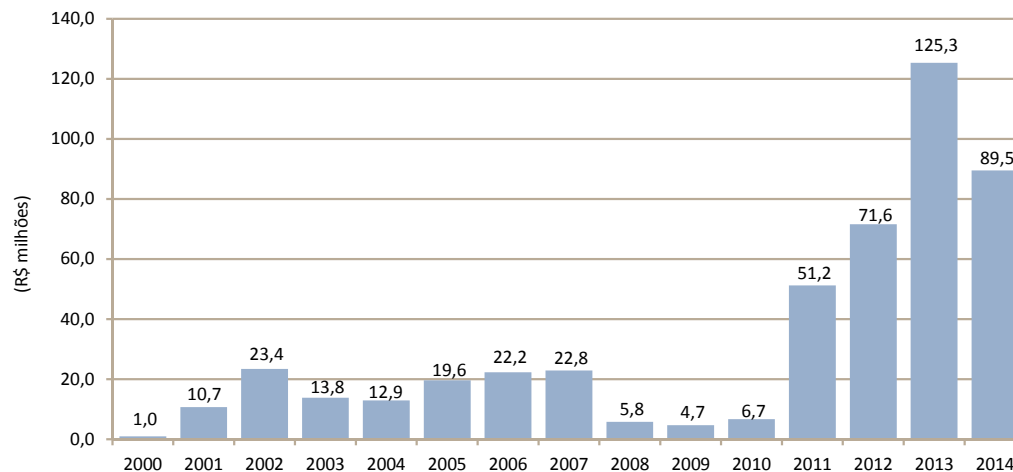
Notas: 1. Refere-se ao ano do vencimento e não da interseção.
2. Valor principal, sem juros ou multas.
3. Dados de 2014 até março.



Quase R\$90 milhões em AIHs vencidas e não pagas só no primeiro trimestre de 2014

Apenas no ano de 2014, das AIHs cobradas, cerca de 51 mil estavam vencidas e ainda não tinham sido pagas, correspondendo a um total de cerca de R\$89,5 milhões. Este valor ultrapassa 70% de todo o valor vencido e não pago observado no ano de 2013.

Valor das AIHs vencidas e não pagas (Brasil - 2000-2014)



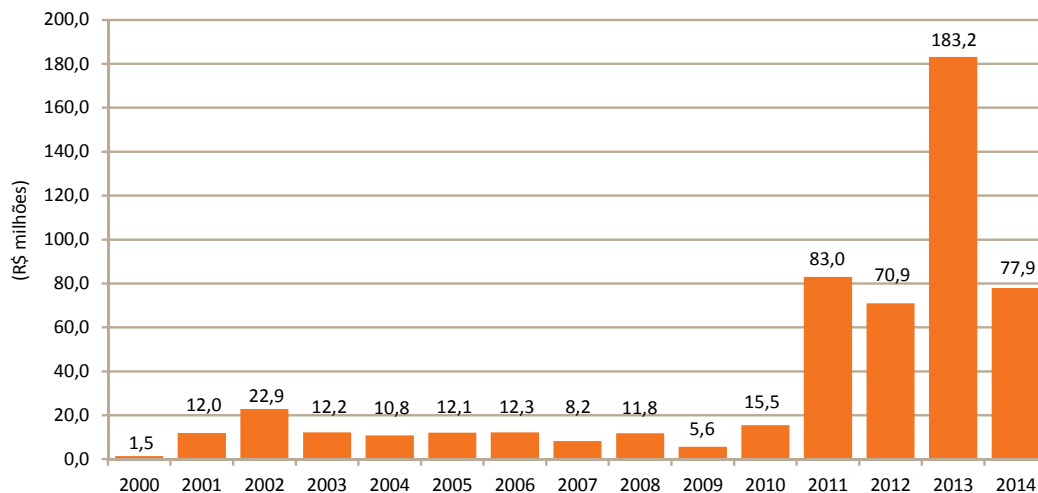
Fonte: ANS - 03/2014
Notas: 1. Refere-se ao ano do vencimento e não da interação.
2. Valor principal, sem juros ou multas. 3. Dados de 2014 até março.



Receita do ressarcimento ao SUS mais que dobrou no último ano

No ano de 2013, foram arrecadados mais de R\$183 milhões, que representam cerca de 40% de todo o montante arrecadado desde o ano 2000. Só no primeiro trimestre de 2014, já foram arrecadados quase R\$78 milhões. O gráfico apresenta os valores arrecadados por ano de recebimento, independente da data de vencimento da cobrança.

Receitas realizadas (Brasil - 2000-2014)



Fonte: ANS - 03/2014

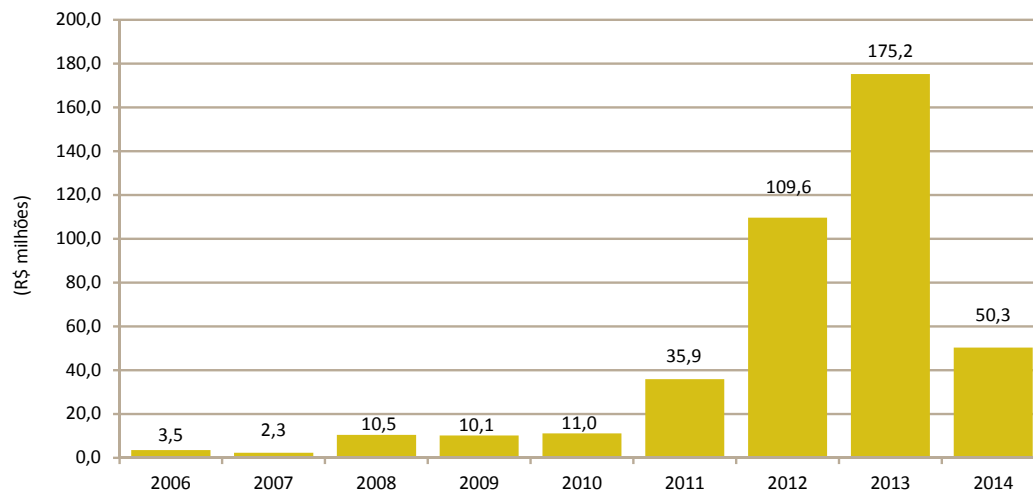
Notas: 1. Refere-se ao ano do pagamento das GRUs e não da intimação. Em 2013, dados até agosto. 2. Os valores incluem juros e multas. 3. Dados de 2014 até março.



Débitos encaminhados para inscrição em dívida ativa ultrapassam R\$175 milhões em 2013

Os débitos vencidos e não pagos são passíveis de serem encaminhados à inscrição em Dívida Ativa. O gráfico mostra a evolução do valor encaminhado à Dívida Ativa ao longo dos anos. Apenas no ano de 2013, foram encaminhados débitos no total de R\$ 175,2 milhões.

Valores encaminhados para inscrição na Dívida Ativa (Brasil - 2006-2013)



Fonte: ANS - 03/2014

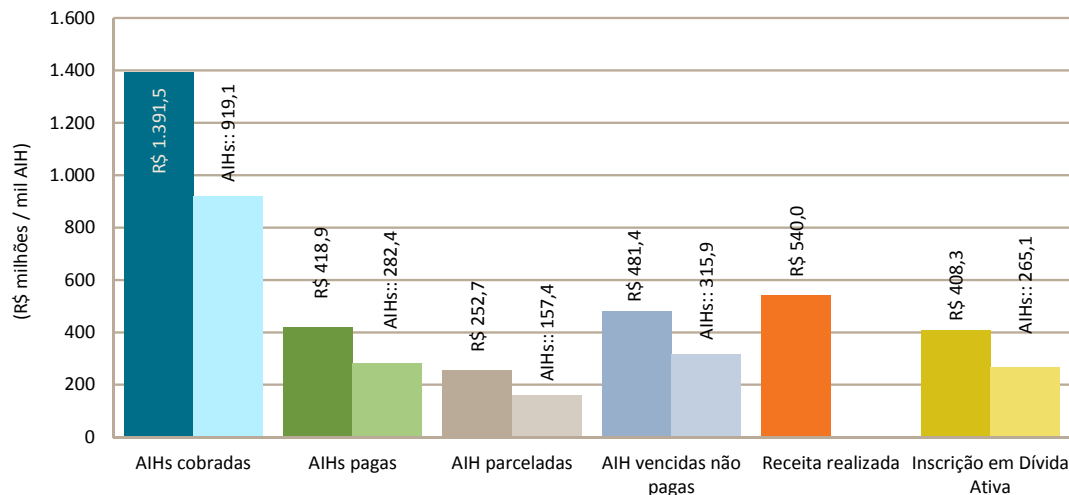
Nota: 1. Refere-se ao ano do encaminhamento para inscrição e não da interposição. 2. Dados de 2014



Movimento financeiro do ressarcimento ao SUS

Entre 2000 e 2013, foram cobradas 919 mil interações de beneficiários de planos privados na rede do SUS (total de R\$ 1,39 bilhão). Foram pagas 282 mil e parceladas 157 mil. Há 316 mil AIHs vencidas e não pagas (R\$481,3 milhões). A ANS arrecadou R\$ 540,0 milhões. Neste período, débitos de 265 mil AIHs de operadoras devedoras foram encaminhadas para inscrição em Dívida Ativa, correspondendo a R\$408,3 milhões.

Resumo do movimento financeiro do ressarcimento ao SUS (Brasil - 2000/2014)



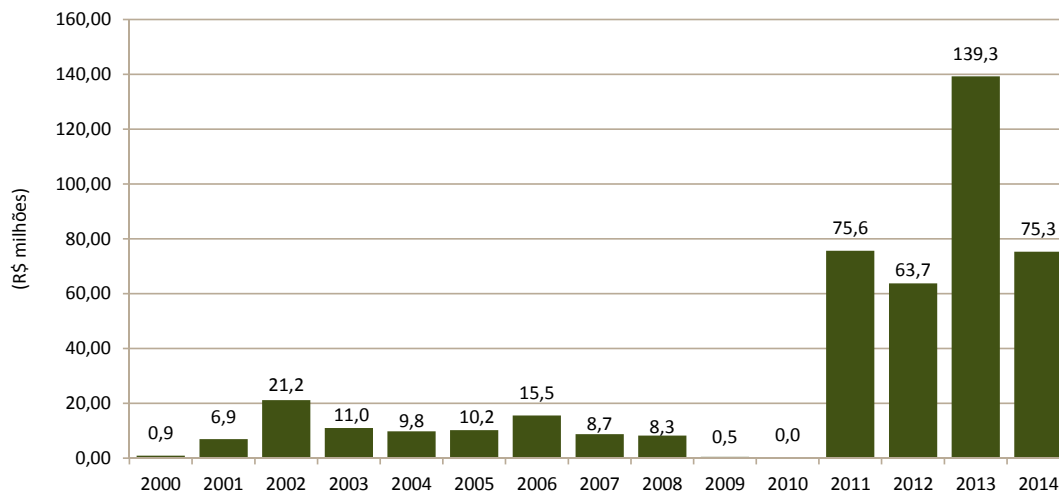
Fonte: ANS - 03/2014



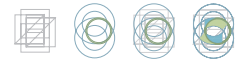
Até o mês de março, já foram repassados R\$75,3 milhões ao SUS

Atualmente, o valor total recebido é repassado ao Fundo Nacional de Saúde, segundo a Lei 12469/11, permitindo, assim, um melhor planejamento e a realização de políticas públicas mais efetivas em saúde. Apenas no primeiro trimestre de 2014, já foram ressarcidos ao SUS (partilhado o repassado ao Fundo) um total de R\$75,3 milhões, mais da metade repassado em todo o ano de 2013.

Valor partilhado ou repassado (Brasil - 2000-2014)



Fonte: ANS - 03/2014



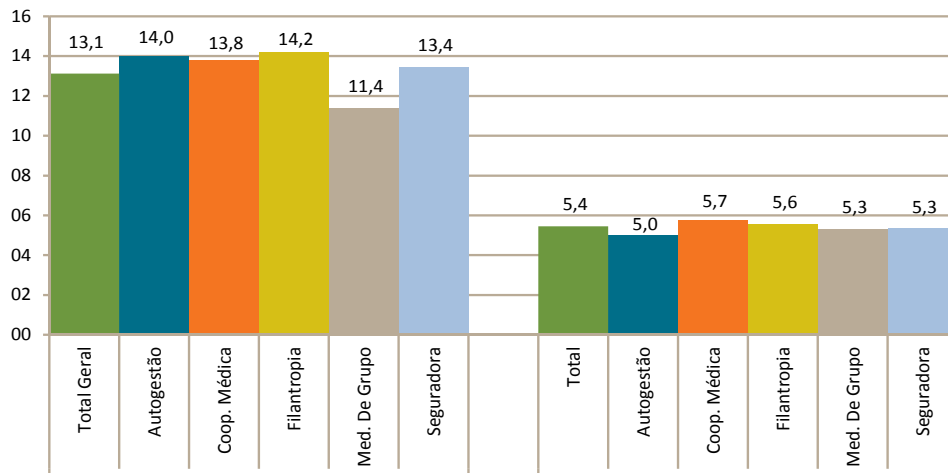
4 Atenção à saúde



Utilização dos planos de saúde tem pouca variação entre as modalidades

Utilizando as informações encaminhadas pelas operadoras de planos privados de saúde, trabalhadas e consolidadas pela ANS, observa-se que a taxa de internação e especialmente o número médio de consultas por beneficiário são similares nas diferentes modalidades. As medicinas de grupo apresentam taxa de internação levemente inferior à média do setor.

Taxa de internações e média de consultas de beneficiários de planos privados de assistência médica, por modalidade da operadora (Brasil - 2007-2012)

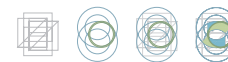


Fontes: SIB/ANS/MS - 05/2013 e SIP/ANS/MS - 03/06/2013

Notas: 1. Valores correntes.

2. Taxa de internação = número de internações / número de beneficiários * 100

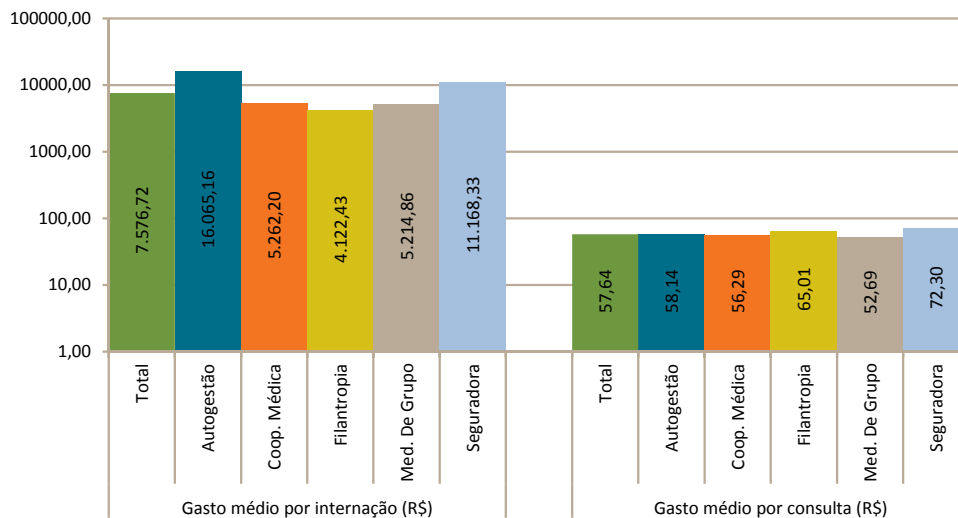
2. Dados preliminares, sujeitos à revisão.



Custo de internações e consultas variam dependendo da modalidade em 2013

Em 2013, os gastos médios dos eventos internação e consulta tiveram grande variação a depender da modalidade da operadora. As internações variaram em custo de cerca de R\$4,1 mil nas filantropias a R\$16,0 mil nas autogestões. As consultas custaram em média R\$52,69 nas medicinas de grupo e R\$72,30 nas seguradoras.

Gasto médio por internação e por consulta de planos privados de assistência médica, por modalidade da operadora (Brasil - 2007-2012)



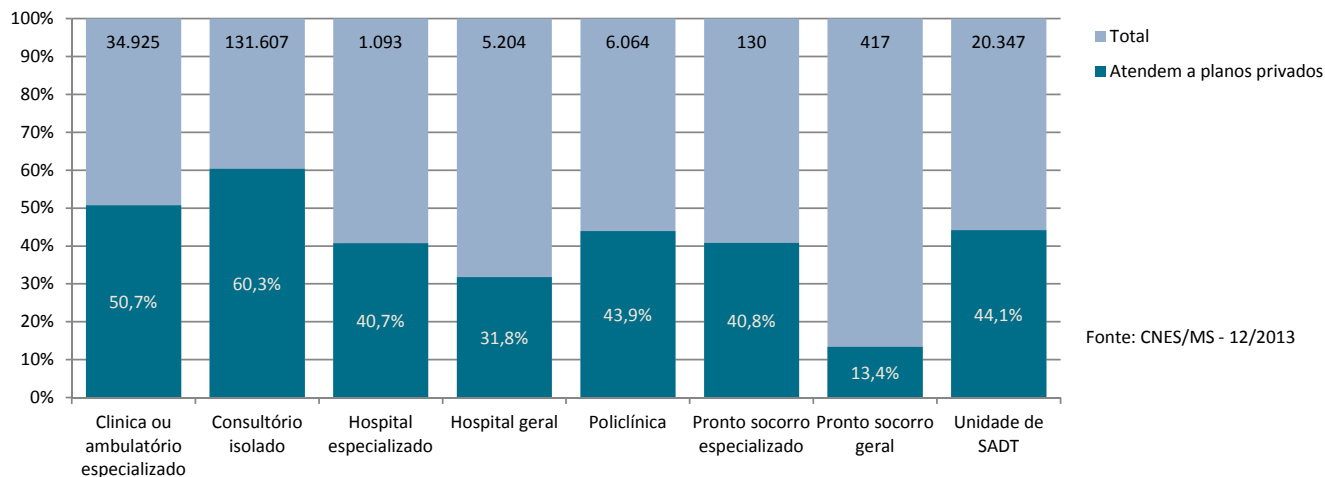
Fontes: SIB/ANS/MS - 05/2013 e SIP/ANS/MS - 03/06/2013
Notas: 1. Valores correntes.
2. Taxa de internação = número de internações / número de beneficiários * 100
2. Dados preliminares, sujeitos à revisão.



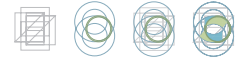
31,8% dos hospitais gerais atendem a planos privados de saúde

Dos cerca de cinco mil hospitais gerais cadastrados no Ministério da Saúde (CNES), 31,8% atendem a planos privados. Em outros tipos de estabelecimentos, estes percentuais variam entre 13,4% (pronto-socorro geral) e 60,3% (consultórios isolados). Cabe observar que todos estes percentuais são crescentes, o que significa o aumento da rede cadastrada com atendimento a beneficiários de planos de saúde.

Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo (Brasil - dezembro/2013)



Fonte: CNES/MS - 12/2013



5 Verticalização



Aspectos metodológicos e fontes de dados

Com vistas a melhor compreender o fenômeno da verticalização e suas consequências para o setor de saúde suplementar, a ANS incluiu o estudo do tema como um de seus projetos prioritários para o biênio 2013/2014. A primeira fase desse trabalho consistiu em mapear os estabelecimentos verticalizados e construir indicadores que contribuíssem para a avaliação do fenômeno. É um recorte dos resultados encontrados que é apresentado nesta seção.

O estudo restringiu-se a hospitais gerais. Utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como fonte para dados dos estabelecimentos que atendem beneficiários da saúde suplementar no Brasil e para a quantidade de leitos disponível em cada um desses estabelecimentos para esses beneficiários. Como é cediço, o registro no CNES é obrigatório a todos os estabelecimentos de saúde, contudo, por razões diversas, muitos não estão cadastrados. Ainda assim, o CNES permite obter um panorama da estrutura de prestação de serviços de saúde no Brasil. Os dados foram consultados em dezembro de 2013.

Para estabelecer a relação de verticalização entre operadoras de planos de saúde e hospitais gerais foram analisados dados informações foram usadas para atualizar o banco de dados em formação.

Posteriormente, compararam-se os dados cadastrais do CNES com os dados do Cadastro de Operadoras da ANS. Quando as razões sociais de operadoras e hospitais eram semelhantes e eles se localizavam no mesmo estado da federação, foram considerados relacionados. Também foram pesquisados processos administrativos de fusões e aquisições julgados pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica – Cade a fim de se encontrar informações prestadas pelas partes concernentes a vínculos entre operadoras e hospitais gerais.

Por fim, o banco de dados formado foi comparado com as respostas das operadoras em atividade à requisição de informações da ANS sobre a existência de rede própria. Para os hospitais que, segundo o banco de dados montado a partir dos sistemas da ANS, eram verticalizados, mas que não o eram segundo as respostas das operadoras, foram consultadas as constantes no sistema de registro de planos (RPS) da ANS em julho de 2013, nas demonstrações financeiras enviadas pelas operadoras à ANS referentes ao segundo trimestre de 2013, no cadastro de operadoras (julho/2013) e na internet. Inicialmente, consultou-se o RPS, já que as operadoras devem informar quais entidades hospitalares próprias, contratadas, credenciadas ou referenciadas atenderão os beneficiários de planos hospitalares, com obstetrícia, de referência e ambulatorial com emergência e urgência.

Como a regulamentação não estabelece o que é considerado rede própria, nem sempre os dados informados pelas operadoras estão corretos.



Utilizaram-se duas contas das demonstrações financeiras para apurar as informações sobre verticalizações da rede hospitalar. Não foram considerados hospitais próprios aqueles considerados como tal no RPS por operadora que não declarou ter tido despesa relacionada com internação em rede própria na demonstração de resultados. Os sites na internet das operadoras que declararam ter participação societária em rede hospitalar foram consultados e, quando havia informação sobre hospitais gerais próprios, essas páginas da internet do prestador e da operadora de plano de saúde. Quando em nenhuma das páginas estava explícita a relação existente entre os dois entes, foi desconsiderada a relação incluída anteriormente. O segundo procedimento adotado foi buscar na base do CNES os hospitais que as operadoras relataram serem vinculados a elas.

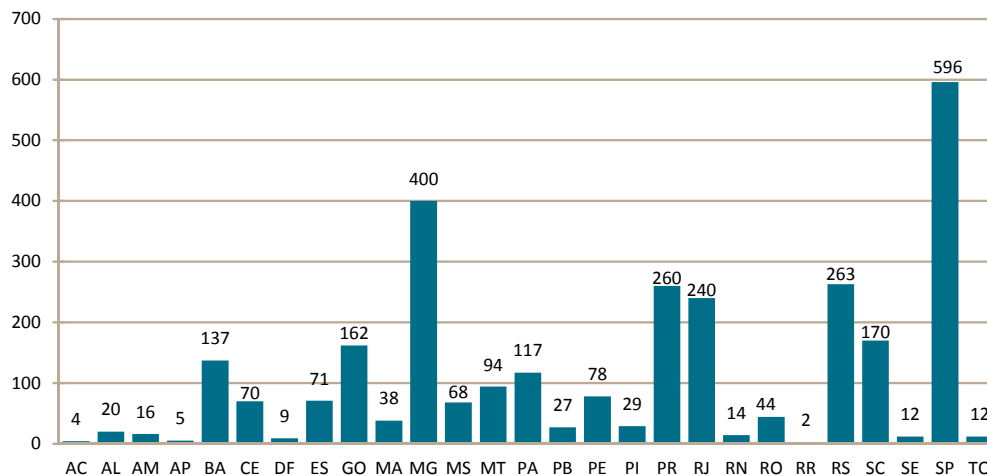
O banco de dados formado ao final desse processo é utilizado como base para as informações ora apresentadas. Apesar do esforço empreendido, de o banco de dados formado basear-se em informações prestadas pelas próprias operadoras à ANS e nas constantes nos sites das operadoras e dos hospitais, é possível que ainda não esteja completamente preciso. Mesmo assim, acredita-se que a análise dos dados coletados oferece um quadro do estado atual do processo de verticalização entre operadoras de planos de saúde e hospitais gerais.



Região Sudeste concentra mais de 40% dos hospitais gerais que atendem saúde suplementar

São Paulo é o estado da Federação com a maior quantidade de hospitais gerais que atendem a saúde suplementar, concentrando 20% desses estabelecimentos no País. Fora do Sudeste, nos estados da região Sul, há número considerável de hospitais (mais de 23% do total nacional).

Número de hospitais gerais, por Unidades da Federação (Brasil - 2013)



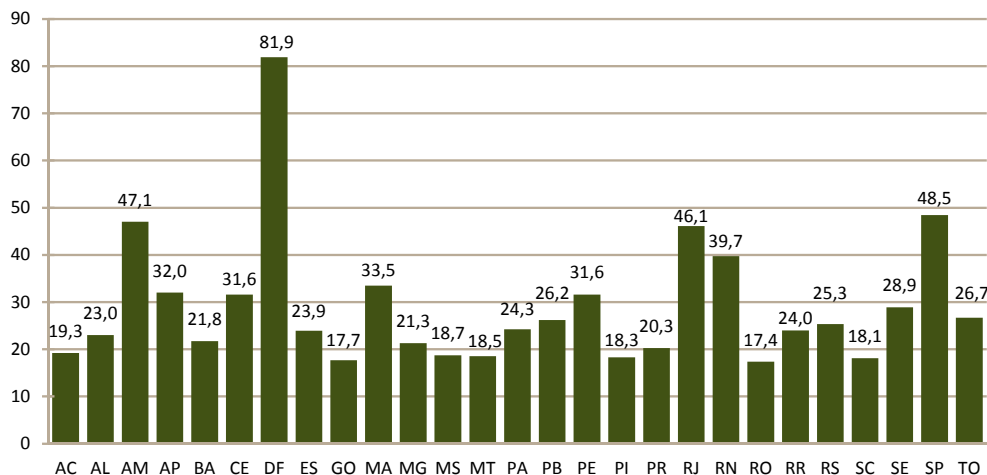
Fonte: CNES/MS - 17/12/2013



Média de leitos destinados à saúde suplementar por hospital geral que faz esse tipo de atendimento é menor que 30

A quantidade de leitos disponíveis a pacientes da saúde suplementar por hospital aponta para o reduzido porte de grande parte dos hospitais gerais brasileiros. Apenas no Distrito Federal essa média supera 80 leitos, e, em Rondônia, ela é inferior a 18 leitos.

Número médio de leitos destinados a pacientes da saúde suplementar nos hospitais gerais, segundo Unidades da Federação (Brasil - 2013)



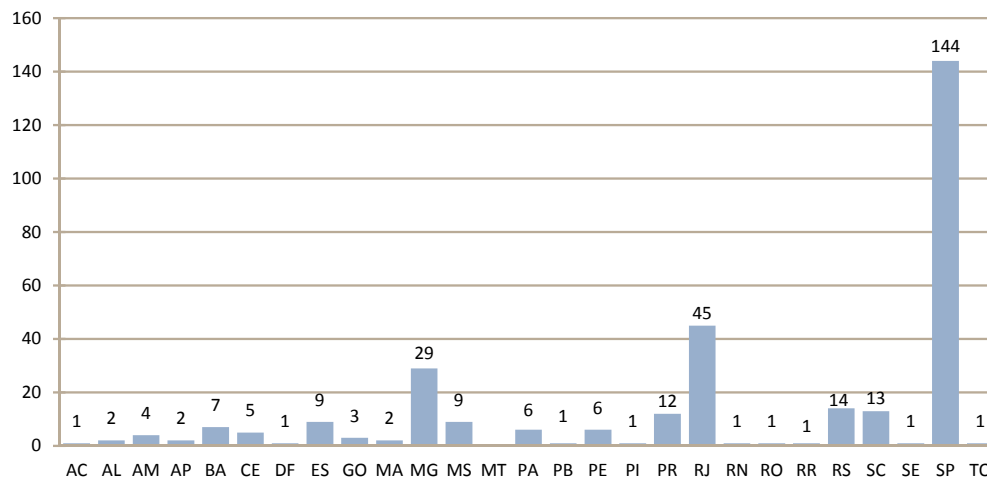
Fonte: CNES/MS - 17/12/2013



Aproximadamente 11% dos hospitais gerais têm relações com alguma operadora

Entre os hospitais gerais, apenas 321 dos mais de 3.000 existentes que atendem a saúde suplementar têm algum vínculo com operadoras de planos de saúde. A maior quantidade de prestadores verticalizados está em São Paulo (144).

Número de hospitais gerais verticalizados, segundo Unidades da Federação (Brasil - 2013)



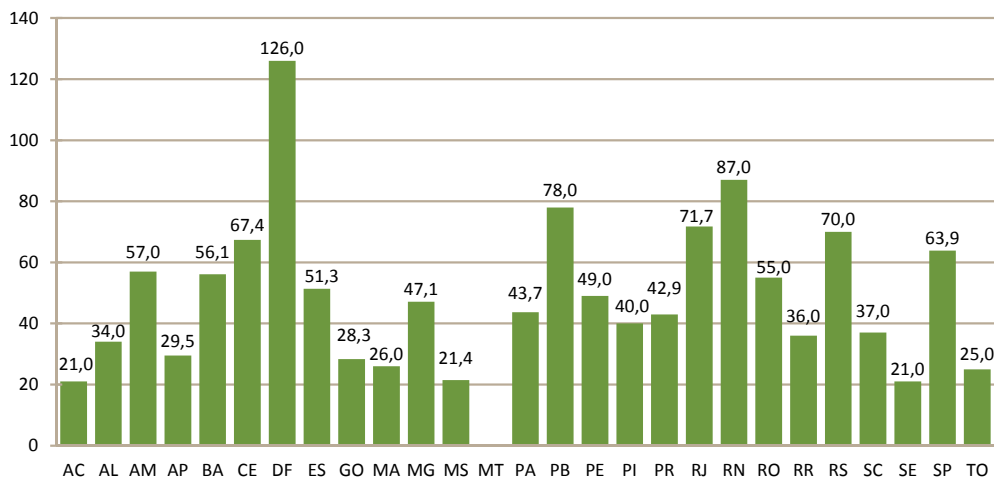
Fonte: ANS (ver Nota na página 72)



Média de leitos disponíveis a pacientes da saúde suplementar por hospital geral verticalizado é 100% maior que a média por hospital geral

Em termos de leitos, mais de 21% dos disponíveis a pacientes da saúde suplementar estão em hospitais verticalizados. A média de leitos nessas condições por hospital no Distrito Federal alcança 126, e os estados com menor número de leitos por estabelecimento verticalizado têm média igual a 21.

Número médio de leitos destinados a pacientes da saúde suplementar nos hospitais gerais verticalizado, segundo Unidades da Federação (Brasil - 2013)



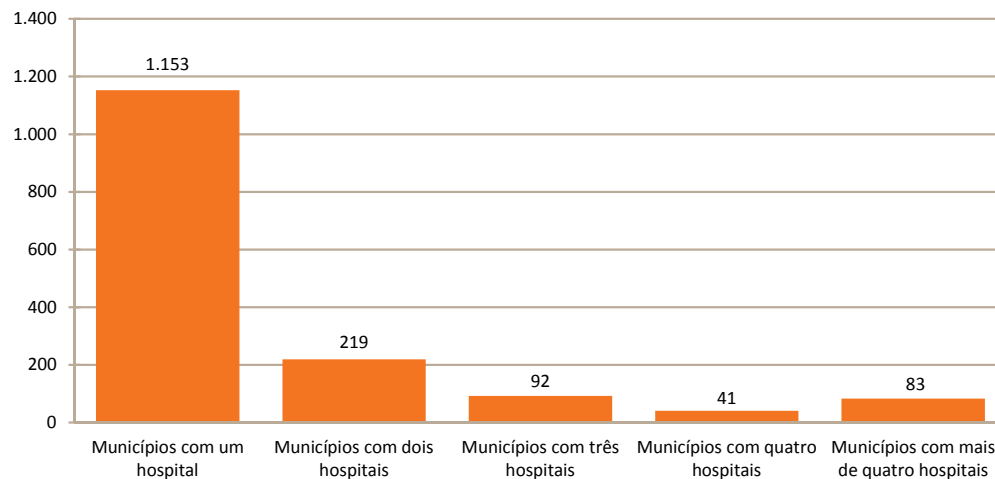
Fonte: ANS (ver Nota na página 72)



Em aproximadamente 30% dos municípios brasileiros há hospitais que atendem a saúde suplementar

Na maior parte dos municípios onde há hospitais gerais que atendem beneficiários de planos de saúde, estes estabelecimentos são monopolistas (72%). Provavelmente em razão da reduzida escala existente, em pouquíssimos municípios há quatro ou mais hospitais gerais que atendem beneficiários da saúde suplementar.

Distribuição dos municípios por número de hospitais (Brasil - 2013)



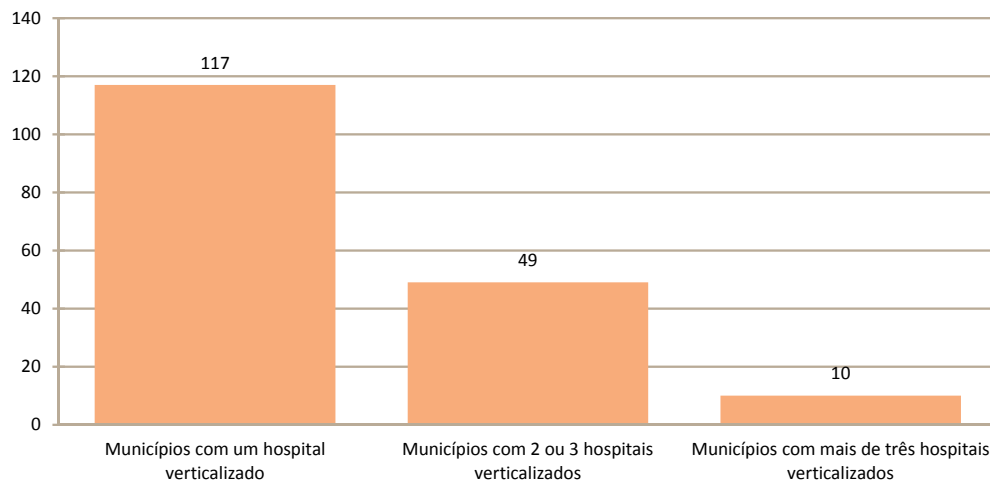
Fonte: CNES/MS - 17/12/2013



Em 11% dos municípios onde há hospitais gerais, pelo menos um prestador desse tipo é verticalizado

Existem hospitais gerais verticalizados em 176 municípios brasileiros. Mais de 35% desses municípios estão em São Paulo. Apenas os municípios de São Paulo (30) e Rio de Janeiro (27) têm mais de dez hospitais verticalizados.

Distribuição dos municípios por número de hospitais verticalizados (Brasil - 2013)



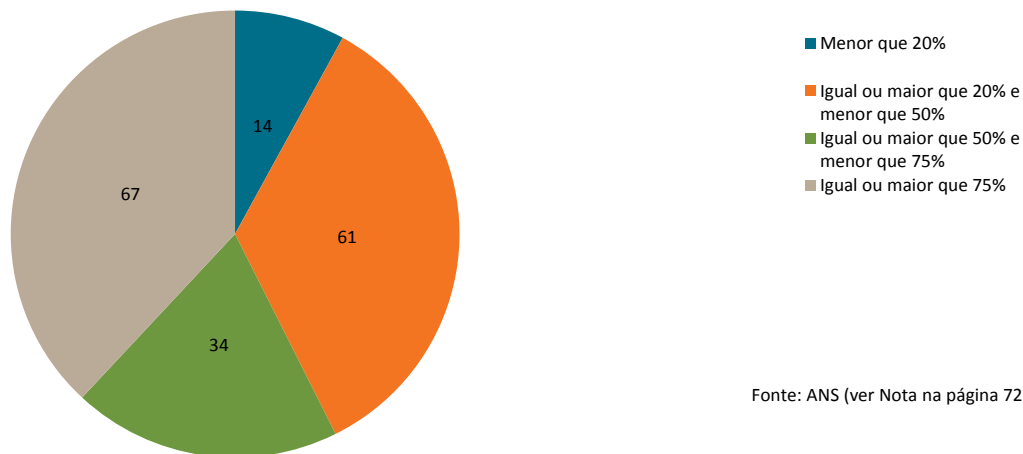
Fonte: ANS (ver Nota na página 72)



Em 57% dos municípios onde há hospitais gerais verticalizados, a participação destes é maior que 50%

Apesar de serem poucos os municípios nos quais há hospitais gerais verticalizados, nos municípios onde eles existem sua participação é, em geral, relevante. Em 45 municípios, somente há hospitais verticalizados atendendo beneficiários da saúde suplementar.

Distribuição dos municípios por número de hospitais verticalizados (Brasil - 2013)



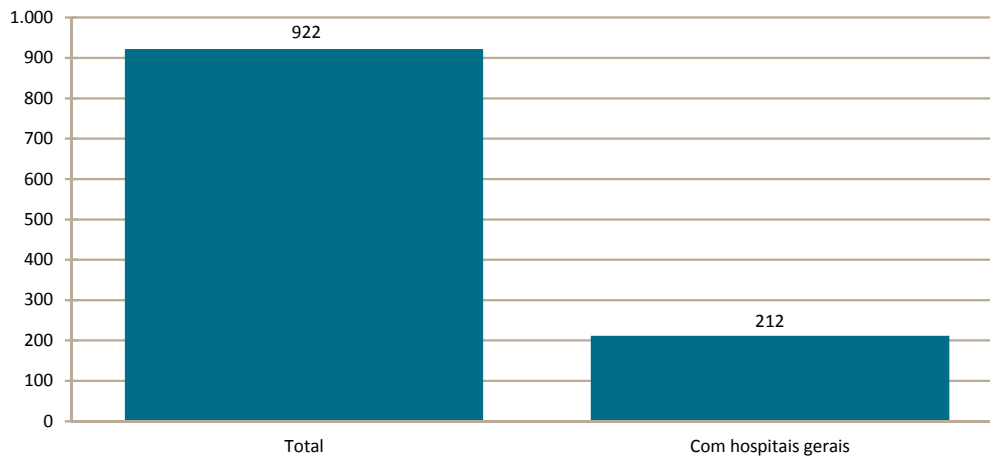
Fonte: ANS (ver Nota na página 72)



Mais de 200 operadoras têm vínculos com hospitais gerais

Não apenas as maiores operadoras do setor têm vínculos com hospitais gerais. Uma quantidade considerável de operadoras de médio porte também mantêm vínculos com esses estabelecimentos, em especial nos municípios do interior.

Operadoras médico-hospitalares por vínculo a hospitais gerais (Brasil - 2013)



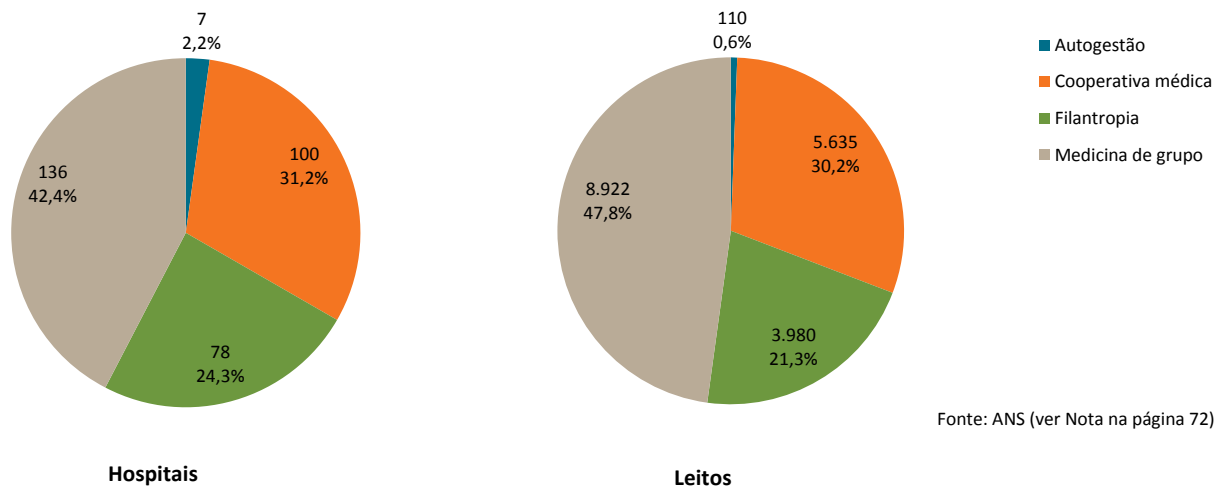
Fonte: ANS (ver Nota na página 72)



Medicinas de grupo são a modalidade que mais têm vínculos com hospitais gerais

As medicinas de grupo mantêm vínculos com 136 hospitais gerais, nos quais existem quase nove mil leitos disponíveis a beneficiários da Saúde Suplementar. Também cooperativas médicas e filantrópicas dispõem de quantidade de leitos considerável (mais de 5,5 mil e aproximadamente quatro mil, respectivamente).

Distribuição percentual dos hospitais gerais e dos leitos para internação em hospitais gerais por modalidade da operadora a qual o estabelecimento está vinculado (Brasil - 2013)



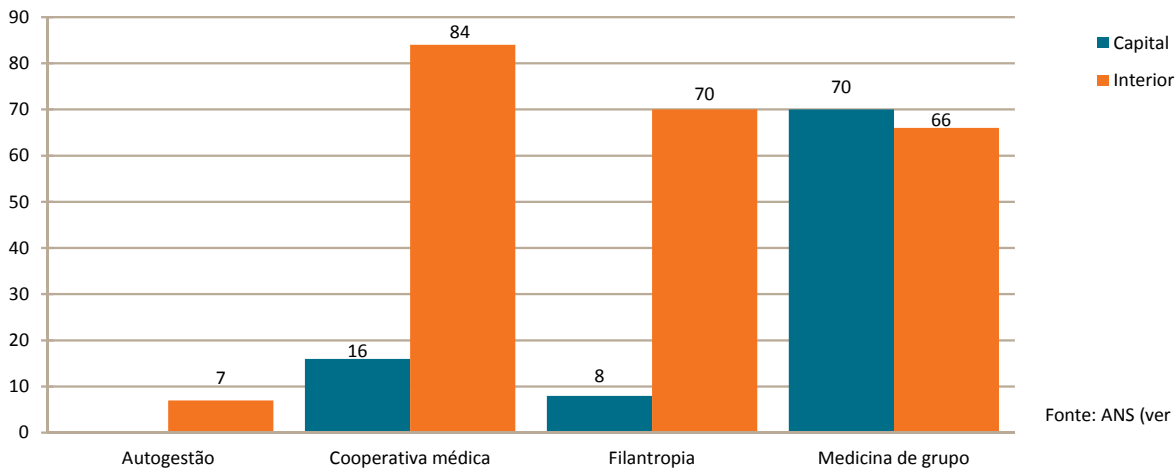
Fonte: ANS (ver Nota na página 72)



Enquanto as medicinas de grupo têm mais investimentos em hospitais gerais localizados nas capitais, as demais operadoras concentram seus estabelecimento no interior

Refletindo, em parte, a distribuição geográfica de beneficiários, os investimentos hospitalares das medicinas de grupo, em especial dos grandes grupos, concentram-se nas capitais. No interior, filantrópicas e cooperativas disputam com agentes não integrados os pacientes da saúde suplementar.

Hospitais gerais verticalizados por localização, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2013)



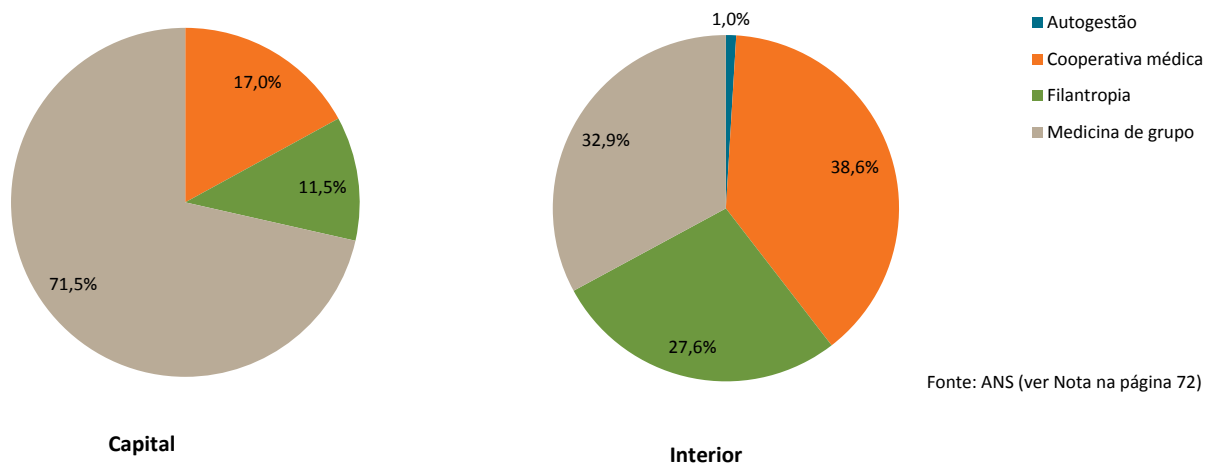
Fonte: ANS (ver Nota na página 72)



Mais de 70% dos leitos disponíveis a pacientes da saúde suplementar em hospitais verticalizados nas capitais está em estabelecimentos vinculados a medicinas de grupo

Diferentemente das capitais, onde predominam os investimentos das medicinas de grupo, no interior dos estados, mais de 4 mil leitos dos cerca de 11 mil existentes em hospitais verticalizados estão em estabelecimentos de cooperativas médicas.

Distribuição percentual dos leitos para internação em hospitais verticalizados por modalidade da operadora a qual o estabelecimento está vinculado (Brasil - 2013)



Fonte: ANS (ver Nota na página 72)

Veja o endereço da ANS mais próximo de você:

Núcleo	Endereço	Abrangência
Belém/PA	Rua Dom Romualdo de Seixas, nº 1560 Edifício Connex Office, 7º pavimento, Espaços corporativos 4 e 5. Bairro: Umarizal - CEP: 66055-200	Amapá, Amazonas, Pará e Roraima
Belo Horizonte/MG	Rua Paraíba, 330 - 11º andar Sala 1104 Edifício Seculus - Bairro: Funcionários - CEP: 30130-917	Minas Gerais (com exceção da Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais) e Espírito Santo
Brasília/DF	SAS Quadra 1, lote 2, Bloco N, 1º andar, Edifício Terra Brasília - CEP: 70070-941	Distrito Federal, Goiás e Tocantins
Cuiabá/MT	Av. Historiador Rubens de Mendonça, 1894 Salas 102,103 e 104 Av do CPA Centro Empresarial Maruã Bairro: Bosque da Saúde - CEP: 78050-000	Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia
Curitiba/PR	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 373 Conjunto 902 Bairro: Centro - CEP: 80410-180	Paraná e Santa Catarina
Fortaleza/CE	Avenida Dom Luis, 807, 23º pavimento Edifício Etevaldo Nogueira Business Bairro: Meireles, Fortaleza/CE - CEP: 60160-230	Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte
Porto Alegre/RS	Rua dos Andradas, n.º 1276 - 6º andar - Sala 602 Bairro: Centro - CEP: 90020-008	Rio Grande do Sul
Recife/PE	Av. Lins Pettit, nº 100, 9º andar - Empresarial Pedro Stamford - Bairro: Ilha do Leite - CEP: 50070-230	Alagoas, Paraíba e Pernambuco
Ribeirão Preto/SP	Rua São Sebastião, 506 2º andar - Salas 209 a 216 Edifício Bradesco Bairro: Centro - CEP: 14015-040	Ribeirão Preto, Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto
Rio de Janeiro/RJ	Av. Augusto Severo, 84 - térreo - Edifício Barão de Mauá Bairro: Glória - CEP: 20021-040	Rio de Janeiro
Salvador/BA	Av. Antonio Carlos Magalhães, 771 Salas 1601-1604 e 1607-1610 - Edifício Torres do Parque Bairro: Itagira - CEP: 41.825-000	Bahia e Sergipe
São Paulo/SP	Av. Bela Cintra, 986 - 5º andar Edifício Rachid Saliba Bairro: Jardim Paulista - CEP: 01415-000	São Paulo, com exceção das Mesorregiões de Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto

