

NACISS
Março 2013

Sumário Executivo

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (Dez/12): 47.943.091;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Set/12 a Dez/12 (3 meses): 0,2%, 105.232 novos vínculos;
 - Dez/11 a Dez/12 (12 meses): 2,1%, 968.921 novos vínculos.
- Crescimento anual (Dez/11 a Dez/12) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 3,1%, 1.098.883 novos vínculos;
 - Individuais: 1,6%, 155.860 novos vínculos;
 - Não informados e coletivo por adesão apresentaram decréscimo no período.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (Dez/12): 24,7%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (Jan/12 a Dez/12):
 - Receita: R\$ 92,7 bi;
 - Despesas Assistenciais: R\$ 78,8 bi;
 - Sinistralidade: 85,0%.

Planos médico-hospitalares Informações gerais

No último trimestre de 2012, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 47,9 milhões, um crescimento de 0,2% em relação ao terceiro trimestre de 2012 e de 2,1% em relação a dezembro de 2011. Ressalta-se que as variações trimestral e anual registradas em dezembro de 2012 foram as menores desde 2009.

Durante todo o ano de 2012, o crescimento trimestral do número de beneficiários foi modesto, já que não chegou a 1,0%. No mesmo período, houve um decréscimo de 9,1% de planos anteriores à lei e o aumento em 4,3% de planos posteriores à lei. Em relação às modalidades de operadoras, destaca-se o crescimento expressivo de beneficiários em seguradoras, mas estagnação entre as medicinas de grupo.

Nesta última edição do Caderno de Saúde Suplementar, a ANS corrigiu as informações de dez/2012. O número de vínculos de jun/2012 foi novamente alterado, passando de 48.420.778 para 47.647.577, e o de set/2012, de 48.660.705 para 47.837.859.

Nesta edição:

Planos médicos hospitalares: Beneficiários por tipo e época de contratação	2
Planos médicos hospitalares: Beneficiários por faixa etária	3
Planos médicos hospitalares: Beneficiários por região	3
Planos médicos hospitalares: Número de Operadoras	3
Planos médicos hospitalares: Informações econômico-financeiras	3
Planos odontológicos: Beneficiários por tipo e época de contratação	4
Planos odontológicos: Receita e despesa	4
Análise especial:	5
Notas técnicas	6
Glossário	7

Assistência Médica		Vínculos	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Total		47.943.091	0,2	2,1
Contratação	Individual	9.887.283	-0,3	1,6
	Coletivo	37.061.915	0,5	3,1
	Empresarial	30.482.056	0,8	4,2
	Por Adesão	6.549.250	-1,1	-2,1
	Não informado	30.609	0,2	-11,7
	Não Informado	993.893	-4,7	-22,3
Época do Contrato	Antigos	7.051.660	-1,9	-9,1
	Novos	40.891.431	0,6	4,3
Faixa Etária	0 a 18 anos	11.478.891	-0,4	-0,3
	19 a 58 anos	30.676.604	0,4	2,8
	Acima de 59 anos	5.783.415	0,6	2,7
Modalidade	Autogestão	5.226.970	0,2	-0,1
	Cooperativa	17.524.917	0,2	2,4
	Filantropia	1.505.151	1,7	2,2
	Medicina de Grupo	17.397.626	-0,6	0,5
	Seguradora	6.288.427	2,4	7,5
Exclusivamente Odontológico		Vínculos	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Total		18.606.149	0,1	10,0
Contratação	Individual	3.187.775	1,8	9,8
	Coletivo	15.319.728	0,0	10,7
	Empresarial	12.769.182	1,4	14,3
	Por Adesão	2.391.968	-5,2	-3,3
	Não informado	158.578	-20,4	-20,3
	Não Informado	98.646	-24,1	-42,7
Época do Contrato	Antigos	471.584	-6,8	-13,7
	Novos	18.134.565	0,3	10,8
Faixa Etária	0 a 18 anos	3.794.246	-0,5	6,4
	19 a 58 anos	13.907.491	0,2	11,0
	Acima de 59 anos	902.936	1,0	9,7

NACISS
Março 2013

Planos médico-hospitalares: tipo e época de contratação

O número de beneficiários de planos individuais diminuiu 0,3% no último trimestre de 2012. Isso pode ser reflexo da queda, nesse mesmo período, de 1,8% do rendimento médio de pessoas que trabalham por conta própria, sem carteira assinada.

Em contrapartida, a variação do número de vínculos de planos coletivos foi positiva: de 0,5% no último trimestre e de 3,1% no ano. Esse resultado se deve à expansão de 0,8% dos planos empresariais em 3 meses e de 4,2% em 12 meses. Ainda que seja positivo, vale ressaltar que o crescimento desse tipo de plano foi menor do que o registrado nos trimestres anteriores, o que pode estar relacionado ao fato de que a criação líquida de empregos formais teve tendência de desaceleração nos últimos 12 meses.

Já os beneficiários de planos coletivos por adesão tiveram seu ritmo de retração intensificado no trimestre, de forma que, em Dez/2012, o número de vínculos era 2,1% menor que em Dez/2011.

Quanto à época de contratação, os planos anteriores a 2 de Jan/1999 tiveram sua carteira reduzida em 1,9% no trimestre, enquanto os planos posteriores à Lei cresceram 0,6%. No acumulado em 12 meses, os primeiros tiveram variação negativa de 9,1% e os últimos variação positiva de 4,3%. A adaptação e a migração dos planos antigos têm sido incentivadas pela ANS, o que influencia significativamente a redução do número de vínculos nesse tipo de contrato.

Tabela 1: Número de beneficiários e variação trimestral e anual segundo tipo de contratação.

	Período	Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Individual	dez/11	9.731.423	0,4	2,4
	set/12	9.913.422	0,9	2,3
	dez/12	9.887.283	-0,3	1,6
Coletivo	dez/11	35.963.032	0,8	4,5
	set/12	36.881.849	0,5	3,3
	dez/12	37.061.915	0,5	3,1
Empresarial	dez/11	29.239.690	1,0	6,8
	set/12	30.227.087	0,7	4,4
	dez/12	30.482.056	0,8	4,2
Adesão	dez/11	6.688.658	-0,4	-4,2
	set/12	6.624.219	-0,5	-1,4
	dez/12	6.549.250	-1,1	-2,1
Não identificado	dez/11	34.684	0,9	1,0
	set/12	30.543	-12,0	-11,2
	dez/12	30.609	0,2	-11,7

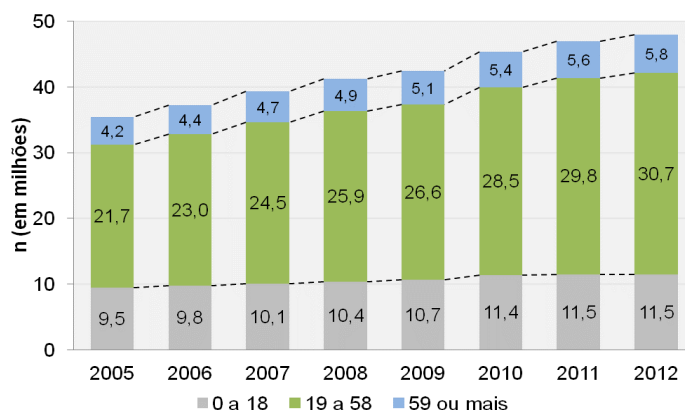
Tabela 2: Número de beneficiários variação trimestral e anual segundo época de contratação.

	Período	Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Antigo	dez/11	7.758.398	-1,9	-8,1
	set/12	7.190.357	-3,5	-9,1
	dez/12	7.051.660	-1,9	-9,1
Novo	dez/11	39.215.772	1,1	6,3
	set/12	40.647.502	1,1	4,8
	dez/12	40.891.431	0,6	4,3

Planos médico-hospitalares: faixa etária

No últimos 7 anos, o número de beneficiários de 0 a 18 anos cresceu 21,2%, de 9,5 milhões para 11,5 milhões. Para aqueles com idade entre 19 e 58 anos e de 59 anos e mais, o crescimento foi ainda mais expressivo, respectivamente 41,2% (de 21,7 para 30,7 milhões) e 37,0% (de 4,2 para 5,6 milhões). Esses resultados mostram que a população de beneficiários de planos de saúde é formada, principalmente, por pessoas em idade ativa, para grande parte das quais o plano é um benefício oferecido pela empresa. Apesar disso, o número de idosos tem apresentado crescimento significativo, em parte pelo próprio envelhecimento da população brasileira.

Gráfico 1: Evolução do número de beneficiários por faixa etária. 2005 a 2012.



NACISS
Março 2013

Planos médico-hospitalares: beneficiários por região

Ao final de 2012, 24,7% da população brasileira estava coberta por planos de saúde. Essa taxa de cobertura era maior nas regiões Sudeste (37,4%) e Sul (23,4%) e menor no Norte (10,8%) e no Nordeste (12,1%).

Analisando a variação do número de beneficiários, nota-se que o crescimento foi maior justamente nas regiões com menor cobertura. As maiores expansões do trimestre e do ano foram registradas no Norte (2,0%) e Nordeste (6,6%). De forma contrária, houve redução do número de beneficiários no acumulado em 3 meses na região Sudeste, de 0,3%, e no acumulado em 12 meses no Sul, de 0,7%. Tais resultados sugerem que as regiões consideradas mais pobres do país (Norte e Nordeste) são um importante mercado para expansão das operadoras de planos de saúde. Isso porque essas regiões têm

apresentado grande desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, têm sido ampliadas as ofertas e condições de acesso da população a planos de saúde. Em contrapartida, apesar das regiões Sul e Sudeste serem mais ricas, estas já apresentam uma elevada taxa de cobertura, o que pode indicar uma estagnação do mercado.

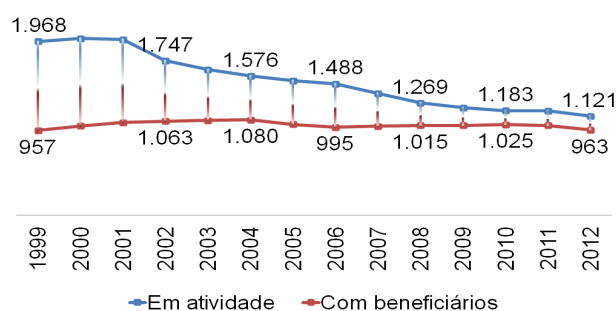
Tabela 3: Variações trimestral e anual do número de beneficiários e taxa de cobertura por região. Dez/2012.

Região	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses	Cobertura (%)
Norte	2,0	6,1	10,8
Nordeste	2,4	6,6	12,1
Sudeste	-0,3	1,0	37,4
Sul	0,3	-0,7	23,4
Centro-Oeste	0,0	8,6	18,3
Brasil	0,2	2,1	24,7

Planos médico-hospitalares: número de Operadoras

Encerrou-se o ano de 2012 com 963 operadoras com beneficiários e 1.121 operadoras em atividade. Nesse período houve 23 novos registros e 77 cancelamentos, um saldo de -54 operadoras. Apesar desse decréscimo no número de operadoras, este mercado não é considerado concentrado, pois as 4 maiores operadoras detêm 21,0% dos beneficiários. Considera-se um mercado concentrado quando essa proporção atinge 75,0%.

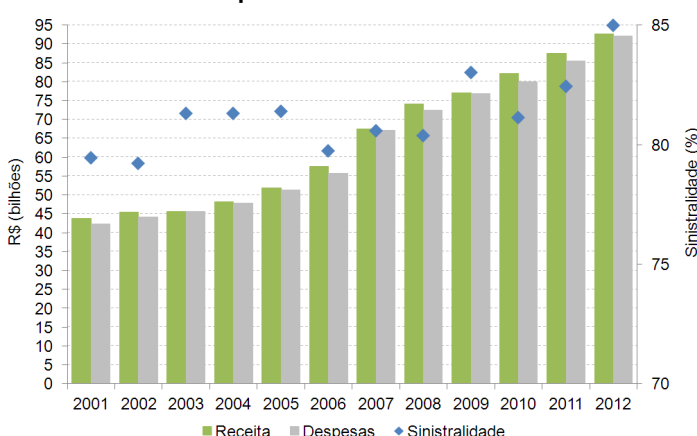
Figura 2: Número de Operadoras médico-hospitalares no 4º tri/2012.



Planos médico-hospitalares: informações econômico-financeiras

Encerrou-se o ano de 2012 com a maior sinistralidade dos últimos 12 anos - 85,0% -, mantendo a tendência dos fechamentos de trimestre ao longo do ano. Dos R\$ 92,7 bi arrecadados, R\$ 695 mi (0,8% da receita) referem-se ao resultado das operadora e R\$ 92 bi às despesas (R\$78,8 bi em despesas assistenciais e R\$ 13,2 bi em administrativas). A segunda maior taxa de sinistralidade observada anteriormente foi a do ano de 2009 - 83,0% -, período marcado pela crise econômico-financeira mundial. Esses resultados podem estar relacionados ao aumento do preço médio de todos os grupos de procedimentos, como se pode observar na sessão da Análise Especial desta publicação.

Figura 3: Receitas, despesas e sinistralidade anuais de operadoras médico-hospitalares. 2001 a 2012.



Fonte: ANS Tabnet. Acesso em 22 de abril de 2013. Notas: Valores inflacionados pelo IPCA. Despesas correspondem à soma das despesas assistenciais e administrativas. Sinistralidade = despesa assistencial / receita.

NACISS
Março 2013

Planos Odontológicos

Número de beneficiários por tipo de cobertura

No 4º tri/2012, o número de vínculos de planos com assistência odontológica cresceu 0,1% em relação ao trimestre anterior e 8,2% em relação a Dez/2011, chegando a 22.591.678 beneficiários. Desse total, 18.606.149 (82,4%) são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que cresceram 0,1% em 3 meses e 10,0% em 12 meses. Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, a expansão da carteira foi de 0,2% no trimestre e de 0,7% em relação a dezembro de 2011. Em 2012, esse tipo de cobertura (médico hospitalar + odontológica) retomou a tendência de crescimento, depois do período de retração observada nos últimos três trimestres de 2011.

Tabela 4: Beneficiários de planos odontológicos segundo tipo de cobertura.

Período	Exclusivamente Odontológica	Odontológico com assistência médica	Total
dez/11	16.919.583	3.956.355	20.875.938
set/12	18.581.841	3.976.160	22.558.001
dez/12	18.606.149	3.985.529	22.591.678

Tabela 5: Variação (%) trimestral e anual do número de beneficiários segundo tipo de cobertura.

Período	Exclusivamente Odontológica		Odontológico com assistência médica	
	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
dez/11	3,4	16,9	-1,1	-3,8
set/12	3,9	13,5	0,1	-0,7
dez/12	0,1	10,0	0,2	0,7

Planos Odontológicos: beneficiários por tipo e época de contratação

Os contratos novos, a que estão vinculados 97,5% dos beneficiários de planos de saúde exclusivamente odontológicos, tiveram crescimento de 0,3% no trimestre e 10,8% no ano. Já os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 6,8% em 3 meses e em 13,7% em 12 meses. Quanto ao tipo de contratação, os planos individuais cresceram 1,8%, enquanto os coletivos mantiveram-se estáveis. No acumulado do ano, no entanto, estes últimos cresceram mais que os primeiros: 10,7% ante 9,8%. Essas variações podem estar relacionadas ao comportamento do mercado, mas também à melhor qua-

lidade das informações repassadas pelas operadoras à ANS, o que pode ser verificado pela redução do número de beneficiários em plano "não informado", de 24,1% no trimestre e 42,7% no ano.

Tabela 6: Número de beneficiários e variação (%) trimestral e anual segundo época e tipo de contratação. Set/ 2012.

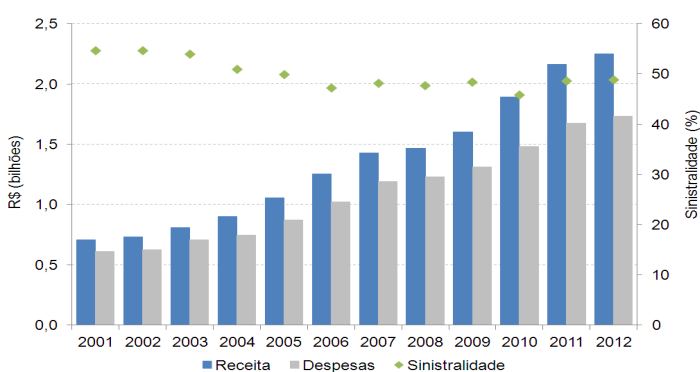
Contrato	Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Época	Antigo	471.584	-6,8
	Novo	18.134.565	0,3
Tipo	Individual	3.187.775	1,8
	Coletivo	15.319.728	0,0
	Não informado	98.646	-24,1

Planos Odontológicos: receita e despesa

, as operadoras exclusivamente odontológicas encerraram o ano com 48,8% de sinistralidade. Dos R\$ 2,2 bi arrecadados, R\$ 500 mi referem-se ao resultado das operadoras e R\$ 1,7 bi às despesas (R\$ 1,1 bi em despesas assistenciais e R\$ 6,6 mi em administrativas).

As operadoras exclusivamente odontológicas têm conseguido manter a sinistralidade sob controle, o que pode ser reflexo das exigências da ANS em relação aos indicadores de procedimentos preventivos para o IDSS.

Figura 4: Receitas, despesas e sinistralidade anuais de operadoras exclusivamente odontológicas. 2001 a 2012.



Fonte: ANS Tabnet. Acesso em 22 de abril de 2013. Notas: Valores inflacionados pelo IPCA. Despesas correspondem à soma das despesas assistenciais e administrativas. Sinistralidade = despesa assistencial/receita.

Análise Especial: Mapa Assistencial

Nesta seção, é analisado o Mapa Assistencial, publicação semestral da ANS, em que são apresentadas informações relacionadas à assistência à saúde da população beneficiária, a partir dos dados encaminhados pelas operadoras de planos de saúde por meio do Sistema de Informações de Produtos (SIP). Com base nessas informações, calculou-se a variação dos preços em 2012 em relação a 2011 de grandes grupos de procedimentos (consultas, outros atendimentos ambulatoriais, exames complementares, terapias e internação). Nota-se que houve um crescimento maior que a inflação medida pelo IPCA (de 5,8%) para todos os serviços, exceto para "outros atendimentos ambulatoriais" (consultas/ sessões de outros profissionais de saúde). Os índices de variações podem ser observados na Tabela 7. Os beneficiários de planos de saúde, em 2012, realizaram mais de 243 milhões de consultas médicas, um média de 5 consultas por beneficiário, sendo: 4 em ambulatório (78,7%) e 1 em pronto-socorro (21,3%).

As especialidades com maior representatividade para o total de consultas médicas ambulatoriais foram a clínica médica (11,8%), a ginecologia e obstetria (9,0%) e a pediatria (7,4%) (Gráf. 2). Para cada consulta realizada, foram solicitados, em média, 2,4 exames. Na tabela 8, constam os tipos de exames mais utilizados em 2012.

Quanto às internações, foram 16,0 episódios para cada 100 beneficiários de planos de saúde com cobertura hospitalar, sendo:

- 7,1 internações clínicas para cada 100 beneficiários.
- 6,5 internações cirúrgicas para cada 100 beneficiários.

Foram realizadas 112.053.313 consultas/sessões com outros profissionais da saúde (outros atendimentos ambulatoriais), o que representa 2,3 por beneficiário, sendo: 34,7% das consultas/sessões de fisioterapia e 7,3% de psicologia.

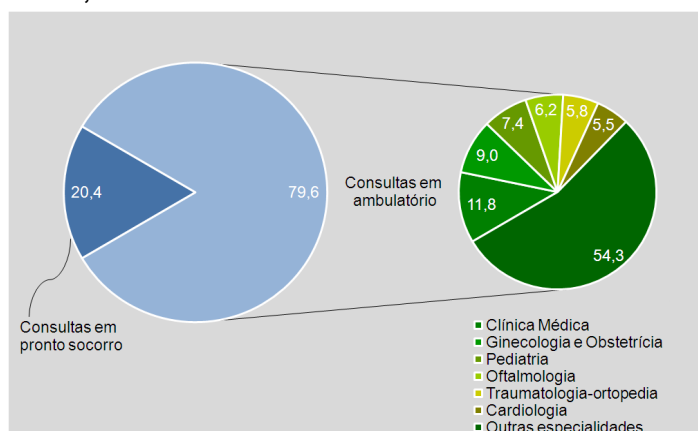
Uma estimativa alarmante apresentada nesta edição do Mapa Assistencial é a de que 15% da população beneficiária de plano de saúde adulta é obesa. Considerando essa proporção entre os beneficiários a partir de 18 anos com cobertura hospitalar (34 mil), pode-se concluir que há mais de 5 milhões de beneficiários obesos. De acordo com a publicação, foram realizadas mais de 32 mil cirurgias bariátricas em 2012. Estima-se, portanto, que 6,4 em cada 1000 beneficiários adultos obesos realizaram cirurgia bariátrica nesse ano.

Tabela 7: Preço médio por procedimento e sua variação anual. Brasil, 2011 e 2012.

Grupo de procedimentos	Preço médio		Variação (%)
	2011	2012	
Consultas médicas	45,81	51,22	11,8
Ambulatoriais	46,29	50,50	9,1
Em Pronto Socorro	30,53	51,96	70,2
Outros atendimentos ambulatoriais	44,42	46,35	4,3
Exames complementares	18,82	29,33	55,8
Terapias	61,69	72,84	18,1
Internações	4.576,18	5.070,30	10,8

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. Abril de 2012. ANS. Elaboração: IESS

Gráfico 2: Distribuição de consultas médicas realizadas no setor de saúde suplementar segundo especialidades. Brasil, 2012.



Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. Abril de 2012. ANS. Elaboração: IESS

Tabela 8: Média de exames selecionados a cada 100 beneficiários e total realizados em 2012. Brasil, 2012.

Exame	nº de exames (a cada 100 beneficiários)	Total de exames
Radiografia	66,9	32.471.329
Ultra-sonografia de abdome inferior	16,1	7.817.130
Hemoglobina glicada	12,4	6.037.981
Tomografia Computadorizada	9,4	4.568.599
Ressonância Nuclear Magnética	8,9	4.328.293

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. Abril de 2012. ANS. Elaboração: IESS

Notas técnicas

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - **Caderno de Informações de Saúde Suplementar**
www.ans.gov.br e Tabnet/ANS

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

Interiorização

Para a análise de interiorização contida nesta nota, foram considerados aqueles beneficiários que não fazem parte de planos da capital, região metropolitana ou polos. O polo de Petrolina e Juazeiro foi considerado pertencente ao Estado de Pernambuco. O entorno de Brasília não foi alocado em nenhuma região.

Termo “beneficiários”

O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma operadora específica. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

Crescimento no número de “beneficiários”

É necessário cautela ao se fazer uma análise da taxa de crescimento de beneficiários com base nos dados da ANS. De acordo com estimativas do IESS, a partir de dados da PNAD, o número de beneficiários cresceu 19,7%, entre 2000 e 2008. Já os registros da ANS, que são baseados em número de vínculos de beneficiários, tiveram um crescimento de 31,9%. Em 1998, a PNAD/IBGE já apon-

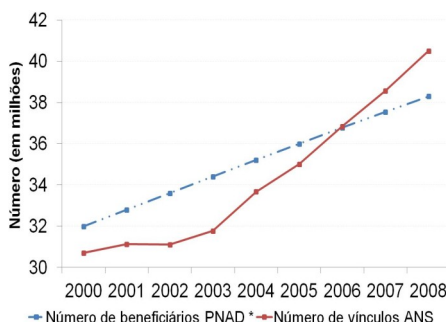
*valores estimados de 2000 a 2007

tava uma taxa de cobertura de 18,3%, com 29 milhões de beneficiários de planos privados. Utilizando-se uma taxa de cobertura crescente linear - de 1998 a 2008 - a partir da PNAD, estimam-se, para o ano de 2000, 32,0 milhões de beneficiários (segundo a população estimada pela Revisão 2008 do IBGE), enquanto a base de dados da ANS totalizava 30.705.334 vínculos de beneficiários, no mesmo período. Por fim, a PNAD mais recente, de 2008, indica uma taxa de cobertura de planos privados de 20,2%, com 38,3 milhões de beneficiários, enquanto os dados da Agência apontam 40.497.917 vínculos de beneficiários.

Correção periódica do número de “beneficiários” pela ANS

O número de beneficiários divulgado trimestralmente pela ANS é passível de correções, como parte do processo de permanente atualização da base de dados da ANS. Um dos motivos dessa atualização é devido à inadimplência. Por lei, as operadoras são obrigadas a manter o beneficiário inadimplente até completar os 3 meses de inadimplência e, então, por esse motivo, deixa de existir o vínculo. Essa correção é feita retroativamente a partir do início da inadimplência.

Evolução do N° de Beneficiários (PNAD) e vínculos (ANS) de planos de saúde



plência.

EQUIPE

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo
Francine Leite
Pesquisadora
Amanda Reis A. Silva
Pesquisadora
Greice M. Mansini dos Santos
Pesquisadora

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 04
Itaim Bibi, São Paulo
www.iess.org.br

Tel: 55-11-3706-9747
Fax: 55-11-3706-9746
e-mail: contato@iess.org.br

Documento disponível em:
<http://www.iess.org.br/Naciss24edmar13.pdf>

NACISS
Dezembro 2012

GLOSSÁRIO

Beneficiário: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. O termo beneficiário refere-se assim ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde. O número de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de adesão (contratação) e cancelamento (rescisão) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

Contraprestação pecuniária: Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. 40 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Setembro 2011

Despesa das operadoras: Corresponde à soma das despesas informadas pelas operadoras à ANS. As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas despesas, obrigatoriamente, a partir de 2007. As despesas das operadoras dividem-se em:

- **Despesa administrativa:** são todas as despesas das operadoras que não estejam relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde.

- **Despesa assistencial:** despesa resultante de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, descontados os valores de glosas e expresso em reais.

Plano privado de assistência à saúde: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. Os planos podem ser classificados de diversas formas:

- **Quanto à cobertura assistencial oferecida:**

- Plano de assistência médica com ou sem odontologia: pode incluir assistência ambulatorial, assistência hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia.

- Plano exclusivamente odontológicos: oferece apenas assistência odontológica.

- **Quanto à época de contratação:**

- Plano antigo: é aquele cujo contrato foi celebrado antes da vigência da Lei nº 9.656/98, valendo, portanto, o que está estabelecido em contrato. A Lei define que esse plano deve ser cadastrado na ANS para informar as condições gerais de operação estabelecidas em contrato.

- Plano novo: plano privado de assistência à saúde comercializado a partir de 2 de janeiro de 1999, com a vigência da Lei nº 9.656/98

- **Quanto ao tipo de contratação:**

- Individual ou familiar: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

- Coletivo empresarial: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

- Coletivo por adesão: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Taxa de cobertura: Razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica.

Taxa de sinistralidade: Relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras.