

NACISS
Setembro 2012

Sumário Executivo

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares em 30/6/12: 48.656.405;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Jun/11 a Jun/12 (12 meses): 2,8%; 1.312.286 novos vínculos;
 - Mar/12 a Jun/12 (3 meses): 0,9%; 451.380 novos vínculos;
- Taxa de crescimento anual (Jun/11 a Jun/12) do número de beneficiários por tipo de contrato:
 - Coletivos: 3,9%; 1.414.725 novos vínculos
 - Individuais: 1,4%; 137.519 novos vínculos
- Taxa de cobertura nacional de plano de saúde de assistência médica: 25,5%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (2ºTri/12):
 - Receita: R\$ 43,9 bi;
 - Despesas Assistenciais: 36,5 R\$ bi;
 - Sinistralidade: 83,0 %;
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 2º Tri/12: 994.

Planos médico-hospitalares Informações gerais

No segundo trimestre de 2012, o número de beneficiários em planos de assistência médica chegou a 48,7 milhões, um crescimento de 0,9% em relação ao trimestre anterior e de 2,8% em 12 meses.

Considerando a variação de 12 meses, observada em cada trimestre, nota-se uma desaceleração do crescimento do número de beneficiários desde março de 2011, com indícios de estabilização.

Essa tendência foi observada tanto para os planos coletivos quanto para os individuais, cujas taxas de crescimento, em março e junho deste ano, pararam de decrescer e se mostraram semelhantes à variação do acumulado de 12 meses.

Esses resultados são relativamente positivos, já que não houve impactos na saúde suplementar mesmo com o mercado de trabalho em acentuada desaceleração no desempenho. A saber, o saldo líquido de criação de empregos apresentou taxa de crescimento anual de -23,1% no 1ºtri/12 e de -33,7% no 2ºtri/12, enquanto o número de beneficiários cresceu 2,6% no 1ºtri/12 e 2,8% no 2ºtri/12.

Nesta edição:

Planos médicos hospitalares: beneficiários	2
Planos médicos hospitalares: beneficiários por faixa etária	3
Planos médicos hospitalares: beneficiários Região Metropolitana X Interior	3
Planos médicos hospitalares: n.º de Operadoras	3
Planos médicos hospitalares: Informações econômico-financeiras	3
Análise de utilização de consultas e internações: composição das despesas e variação dos custos	4
Planos odontológicos: n.º. Beneficiários por tipo de plano	5
Planos odontológicos: n.º. beneficiários por tipo de contratação	5
Planos odontológicos: receita e despesa	5
Análise especial: crescimento de beneficiários por tipo de abrangência geográfica	6
Notas técnicas	6
Glossário	7

Assistência Médica		Nº. vínculos	2º Tri /12	12 Meses
Total		48.656.405	0,9	2,8
Contrato	Individual	9.940.665	0,4	1,4
	Coletivo	37.437.658	1,3	3,9
	Empresarial	30.606.297	1,6	5,3
	Por Adesão	6.794.490	0,0	-1,9
	Ñ identificado	36.871	1,3	-3,8
	Não Informado	1.278.082	-5,1	-15,8
Época do Contrato	Antigos	7.799.164	-1,8	-6,4
	Novos	40.857.241	1,5	4,7
Faixa Etária	0 a 18 anos	11.674.689	0,2	-1,2
	19 a 58 anos	31.193.083	1,3	4,3
	≥ 59 anos	5.782.792	0,7	2,9
Modalidade	Autogestão	5.321.836	0,0	-1,7
	Cooperativa	17.504.792	1,4	2,3
	Filantropia	1.500.656	1,1	3,9
	Med. de Grupo	18.221.758	0,1	2,8
	Seguradora	6.107.363	2,7	8,2
Exclusivamente Odontológico		Nº. vínculos	2º Tri /12	12 Meses
Total		17.602.885	2,1	10,5
Contrato	Individual	2.948.016	0,7	6,6
	Coletivo	14.549.018	2,6	11,8
	Empresarial	11.781.810	3,0	14,7
	Por Adesão	2.540.804	0,8	1,0
	Ñ identificado	226.404	1,4	-1,2
	Não Informado	105.851	-17,4	-25,5
Época do Contrato	Antigos	494.278	5,3	-0,9
	Novos	17.108.607	2,1	10,9
Faixa Etária	0 a 18 anos	3.662.670	1,3	4,9
	19 a 58 anos	13.090.656	2,4	11,9
	≥ 59 anos	847.405	2,4	15,2

Fonte: ANS - Tabnet - Pesquisado em 17/set/2012; Elaboração: IESS

NACISS
Setembro 2012

Planos médico-hospitalares: tipo e época de contratação

O número de beneficiários, tanto de planos coletivos quanto dos individuais, estabilizou o ritmo de crescimento no acumulado de 12 meses, após tendência de redução desde março de 2011. A taxa de crescimento dos planos individuais também está estabilizada, com resultado semelhante ao trimestre anterior, o que pode estar relacionado ao aumento de renda da população (até maio, segundo dados da pesquisa PME/IBGE).

O número de beneficiários de planos coletivos por adesão manteve a tendência de redução, porém em menor ritmo. A entrada em vigor da RN 195 (agosto/09) e da IN 22 (novembro/09), que permitiram a entrada apenas de beneficiários comprovadamente ligados às associações e entidades de classe, podem ser fatores relacionados a esses resultados.

Adicionalmente, desde setembro de 2011, as taxas de decréscimo no número de beneficiários de planos anteriores à Lei 9.656/98 se mantiveram no mesmo patamar (-1,8%). Espera-se que a redução persista e se intensifique, visto que a RN 254, que entrou em vigor (exceto um artigo) em novembro de 2011, estimula a adaptação dos planos anteriores a essa lei.

Vale destacar, por fim, que, em agosto de 2012, entrou em vigor o artigo 27 dessa resolução, que não permite a inclusão de novos beneficiários (exceto novo cônjuge e filhos do titular) em contratos coletivos vigentes por prazo indeterminado ou contendo cláusula de recondução tácita e incompatíveis com a Lei 9.656/98.

Tabela 1: Taxas de crescimento do nº de beneficiários

	Período	Nº de Beneficiários	Δ% 12 meses	Δ% 3 meses
Total	jun/11	47.344.119		
	mar/12	48.205.025		
	jun/12	48.656.405	2,8	0,9
Individual	jun/11	9.803.146		
	mar/12	9.901.376		
	jun/12	9.940.665	1,4	0,4
Coletivo	jun/11	36.022.933		
	mar/12	36.956.287		
	jun/12	37.437.658	3,9	1,3
Empresarial	jun/11	29.055.633		
	mar/12	30.127.416		
	jun/12	30.606.297	5,3	1,6
Adesão	jun/11	6.928.964		
	mar/12	6.792.469		
	jun/12	6.794.490	-1,9	0,0
Não identificado	jun/11	38.336		
	mar/12	36.402		
	jun/12	36.871	-3,8	1,3

Tabela 2: Taxas de crescimento do nº de beneficiários

	Período	Nº de Beneficiários	Δ% 12 meses	Δ% trimestre
Total	jun/11	47.344.119		
	mar/12	48.205.025		
	jun/12	48.656.405	2,8	0,9
Antigos	jun/11	8.333.766		
	mar/12	7.939.567		
	jun/12	7.799.164	-6,4	-1,8
Novos	jun/11	39.010.353		
	mar/12	40.265.458		
	jun/12	40.857.241	4,7	1,5

Planos médico-hospitalares: faixa etária

Nos 12 meses anteriores a junho de 2012, o número de beneficiários com 60 anos ou mais cresceu 2,9%, enquanto na faixa etária até 19 anos houve um decréscimo de -1,1%. A população de beneficiários idosos tem aumentado a sua representatividade em relação ao total dado que essa população está cada vez mais longeva (cf. Gráfico 2).

Gráfico 1: Evolução da representatividade dos beneficiários por faixa etária.

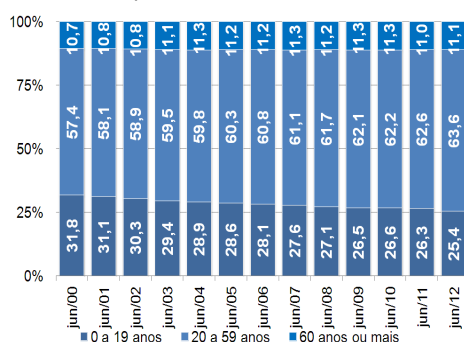
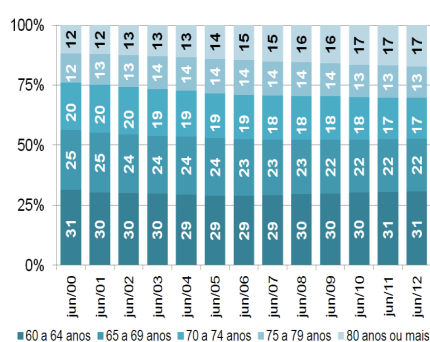


Gráfico 2: Evolução da representatividade dos beneficiários idosos.



NACISS
Setembro 2012

Planos médico-hospitalares: Regiões Metropolitanas x Interior

Em geral, nos 12 meses anteriores a junho de 2012, o número de beneficiários de planos médico-hospitalares cresceu a maiores taxas no interior do que em regiões metropolitanas e polos. Isso pode ser resultado do aumento da demanda no interior do país. Por exemplo, a região Norte, que possui uma taxa de cobertura de apenas 5,4% no interior, apresentou a maior taxa de crescimento entre as regiões: 16,2%. Ainda assim, a ampla rede assistencial exigida pela regulamentação limita a capacidade de oferta de planos de saúde em regiões com pouca infraestrutura e pouca massa de beneficiários, características do interior do país.

Entre as regiões do país, destaca-se (i) o crescimento da região Sudeste, apesar das taxas de coberturas relativamente altas, (ii) a taxa de crescimento de dois dígitos no Centro-Oeste, tanto no interior quanto na RM e (iii) o crescimento no interior do Nordeste (Tabela 3).

Tabela 3: Taxa de crescimento do nº de beneficiários de acordo com as grandes regiões do Brasil (12 meses encerrados em jun/12)

Grandes Regiões	Taxa de cobertura (%)		Taxa de crescimento (%)	
	RM	Interior	RM	Interior
Norte	23,4	5,4	6,0	16,2
Nordeste	27,2	6,3	4,0	9,1
Sudeste	48,7	31,8	1,6	2,2
Sul	34,0	19,8	0,4	0,7
Centro-Oeste	25,0	12,3	10,1	11,8
Brasil	38,6	19,4	2,3	3,1

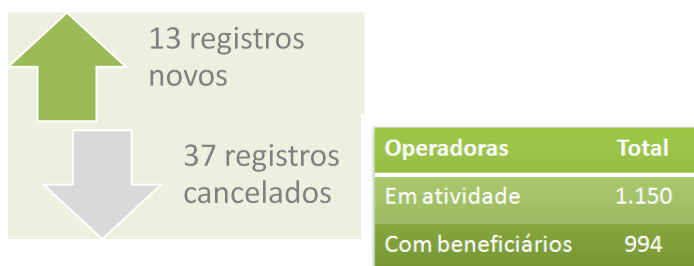
Planos médico-hospitalares: número de Operadoras

No 2º Tri/12, a Saúde Suplementar apresentou um saldo negativo de 24 registros de operadoras médico-hospitalares (13 registros e 37 cancelamentos). Assim, o número de operadoras em atividade totalizou 1.150 operadoras, sendo que, dessas, 994 são operadoras com beneficiários.

O número de beneficiários por operadora aumentou em relação a março de 2012, passando de 47,6 mil beneficiários por operadora para 48,9 mil.

Ressalta-se que, em junho de 2012, as 4 maiores operadoras concentravam 21,6% dos beneficiários.

Figura 1: Número de Operadoras médico-hospitalares no 2º Tri/2012

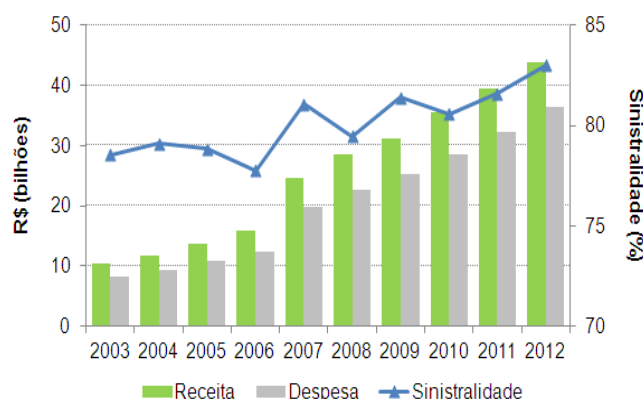


Planos médico-hospitalares: informações econômico-financeiras

Entre janeiro e junho de 2012, as operadoras médico-hospitalares obtiveram o resultado de R\$ 43,9 bi de receita de contraprestações e pagaram R\$ 36,5 bi em despesas com assistência médica. Com esse resultado, a sinistralidade atingiu 83,0% no 2ºTri/12. Esse valor está 1,4 p.p. acima do maior valor da série e, analisando o acumulado no semestre, pode-se notar uma tendência de crescimento desde 2010.

A receita média mensal das operadoras médico-hospitalares foi de R\$ 150,49 por beneficiário e a despesa per capita mensal por beneficiário foi de R\$ 124,92 (considerando o número de beneficiários em jun/2012). Em média, a cada R\$10,00 que os beneficiários pagam em mensalidade, R\$ 8,30 retornam em forma de assistência à saúde.

Gráfico 3: Evolução das receitas, despesas e sinistralidade de operadoras médico-hospitalares no 1ºSemestre. 2003 a 2012.



NACISS
Setembro 2012

Análise de utilização de Consultas e Internações

Nesta edição do Caderno, a ANS, além de atualizar as informações assistenciais, divulgou dados da utilização de consultas e internações entre 2007 e 2011. Nesse período, a taxa de internação passou de 13,3% para 14,1%, um crescimento de 6,0% (com maior variação anual entre 2009 e 2010 - 5,4%) (Gráfico 5). O gasto médio por internação apresentou variação de 54,7%. O número médio de consultas por beneficiário aumentou 5,7%, atingindo 5,6 consultas por beneficiário. O gasto médio por consulta também teve elevação no período, em 25%, sendo que, entre 2010 e 2011, esse aumento foi de 8,4% (Gráfico 6). Portanto, apesar de toda a discussão em torno da restrição de acesso e da diminuição de leitos hospitalares, nota-se que a utilização dos principais serviços assistenciais (consultas e internações) apresenta tendência de crescimento.

Ressalta-se que (i) esses valores retratam a média do setor para todas as modalidades de operadoras e que (ii) esses números não estão influenciados pelo aumento do número de beneficiários, pois esses cálculos baseiam-se no número de episódios observado em cada ano.

Composição das despesas

Em 2011, do total das despesas assistenciais das operadoras, 49,4% referem-se às internações e 18,2% às consultas. A proporção do gasto com internações tem crescido sistematicamente, com variação acumulada de 21,7% entre 2007 e 2011. A participação das consultas na estrutura de gastos se manteve entre 17% e 18% durante o período e, apesar dos decréscimos em 2009 e 2010, a tendência de crescimento foi retomada em 2011.

Cabe destacar que (i) as despesas assistenciais têm crescido ao longo do tempo e que (ii) fatores como o preço médio e o gasto por procedimento influenciam na distribuição relativa entre esses componentes.

Variação do custo

Com base no número total de beneficiários em dezembro de cada ano, estimou-se o total de consultas e internações realizadas em cada período. O custo total foi obtido multiplicando o preço médio de cada tipo de assistência pelo total de procedimentos estimado. Para calcular a variação desse custo, considerou-se o ano de referência em relação ao ano anterior. A partir dessas análises, verificou-se que o custo da internação variou 15,2% entre 2010 e 2011 ao passo que o da consulta variou 7,8% (Gráfico 8). Nota-se também que, em 2010, o custo de internação foi 37,1% maior quem em 2009, resultado tanto do aumento da frequência de utilização quanto do preço (cf. Gráfico 5).

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

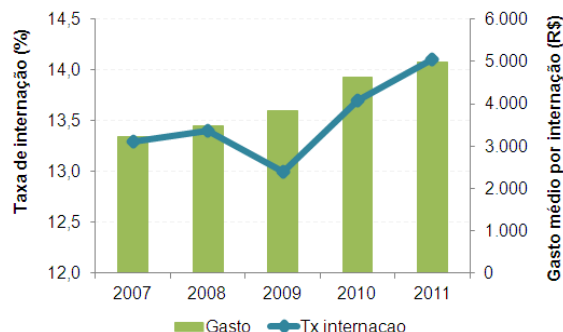


Gráfico 6: Evolução do número de consultas médias por beneficiário e gasto médio.

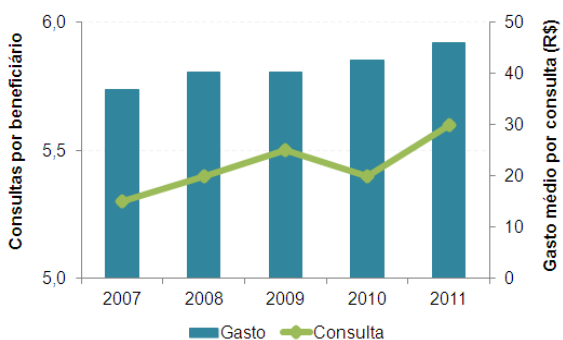


Gráfico 7: Composição das despesas assistenciais

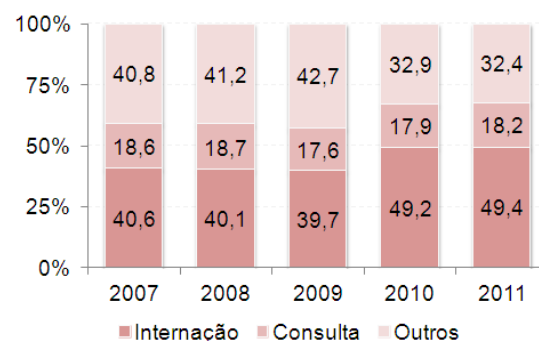
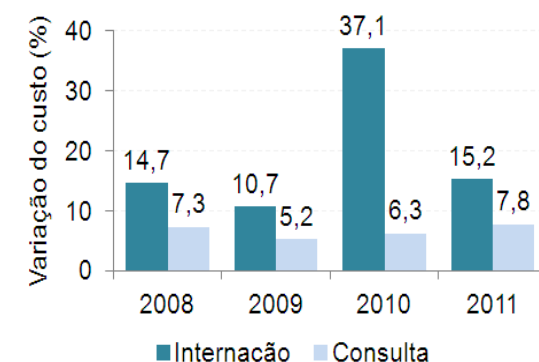


Gráfico 8: Variação do custo de internação e consulta entre 2008-2011, em relação ao ano anterior.



NACISS
Setembro 2012

Planos Odontológicos

Número de beneficiários por tipo de plano

No 2º trimestre de 2012, o número de beneficiários em planos odontológicos cresceu 1,8% em relação ao trimestre anterior (1ºTri/12) e totalizou 21.596.226 beneficiários. Desse total, 81,5% são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que cresceram 2,1% no trimestre, somando 17.602.885 beneficiários.

Os planos que possuem cobertura odontológica com assistência médica totalizaram 3.993.341 vínculos no período, mantendo a tendência de crescimento (0,3% em relação ao trimestre anterior).

Tabela 4: Número de beneficiários de planos odontológicos segundo contratação

Período	Exclusivamente odontológica	Odontológica com assistência médica	Total
jun/11	15.923.888	4.090.017	20.013.905
set/11	16.350.325	4.001.616	20.351.941
dez/11	16.845.130	3.964.225	20.809.355
mar/12	17.234.070	3.981.020	21.215.090
jun/12	17.602.885	3.993.341	21.596.226

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

Período	Exclusivamente odontológica	Odontológica com assistência médica	Total
jun/11	4,7	-2,8	3,1
set/11	2,7	-2,2	1,7
dez/11	3,0	-0,9	2,2
mar/12	2,3	0,4	1,9
jun/12	2,1	0,3	1,8

Planos Odontológicos: beneficiários por tipo de contratação

No trimestre, a maior proporção dos beneficiários de planos odontológicos se manteve em planos de contratos coletivos. Nos planos exclusivamente odontológicos, 82,7% dos beneficiários pertenciam a essa forma de contratação e para os planos com assistência médica essa proporção é de 86,7%.

Nota-se que a proporção de planos antigos entre os planos odontológicos com assistência médica é relativamente alta: 44,8% dos beneficiários têm planos anteriores à Lei ante 2,8% para os planos exclusivamente odontológicos.

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

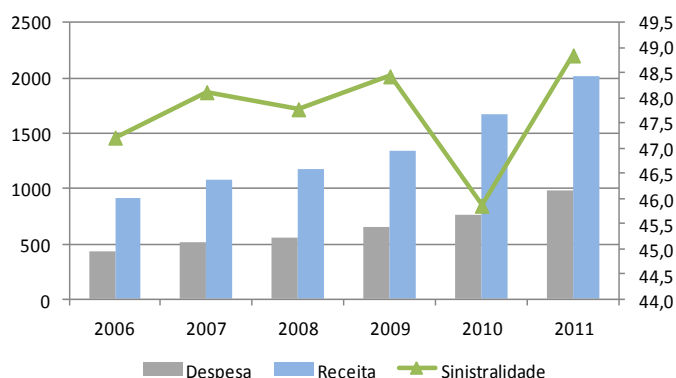
	Exclusivamente Odontológico	Odontológico com Assistência Médica
Época de contratação		
Anterior à Lei	2,8	44,8
Posterior à Lei	97,2	55,2
Tipo de Contratação		
Individual	17,3	13,3
Coletivo	82,7	86,7

Planos Odontológicos: receita e despesa

Os dados de receitas e despesas continuaram os mesmos divulgados no último caderno, para o ano de 2006 a 2011. Não foram apresentados, portanto, os valores de receitas e despesas observados no ano de 2012, inviabilizando qualquer análise quanto ao desempenho econômico-financeiro dos planos exclusivamente odontológicos no período a que se refere esta nota.

Destaque para o fato de que, em 2011, as operadoras exclusivamente odontológicas arrecadaram R\$ 2,0 bi e pagaram R\$ 1,0 bi em despesas com assistência odontológica, totalizando uma sinistralidade de 48,6%.

Gráfico 4: Receitas, despesas e sinistralidade anuais de operadoras exclusivamente odontológicas. 2006 a 2011.



Análise Especial— Crescimento de beneficiários por tipo de abrangência geográfica do plano de saúde

A maior parte dos beneficiários de planos médico-hospitalares do país é de abrangência de grupo de municípios (41,9%), seguido pelos planos de abrangência nacional (38,2%). Os planos de abrangência de grupos de estados (12,5%) e nacional (6,2%) apresentaram o maior crescimento em jun/12 em relação a jun/11. Mas esse crescimento foi diferente entre as grandes regiões do país: no Norte e Nordeste, a forma de abrangência que apresentou

maior crescimento foi de cobertura por grupo de Estados; na região Sul, foram os planos de abrangência de grupos de municípios; no Sudeste e Centro-Oeste foram os de abrangência municipal.

Tabela 5: Taxa de crescimento e distribuição dos planos por tipo de abrangência

	Nacional	Grupo de Estados	Estadual	Grupo de Municípios	Municipal	Outra	Não Informado
%	38,2	5,9	6,9	41,9	4,4	0,0	2,6
Norte	7,8	36,4	-9,6	7,1	-1,0	-	-9,7
Nordeste	6,7	22,9	1,0	-2,1	2,5	-11,1	-15,1
Sudeste	6,5	2,7	-1,1	0,1	6,8	0,0	-16,2
Sul	3,1	1,0	-25,7	4,6	-1,9	0,0	-24,0
Centro-Oeste	10,4	-0,9	2,0	15,5	29,4	0,0	-9,7
Brasil	6,2	12,5	-5,1	1,0	5,6	-0,1	-16,0

Notas técnicas

Referências

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

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

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 operado-

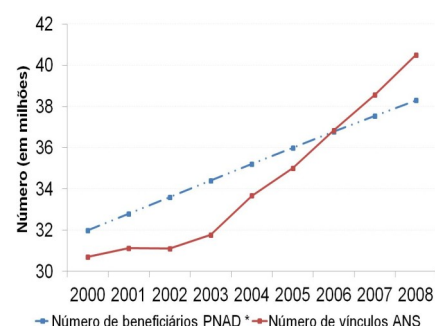
ra específica. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

Crescimento no número de “beneficiários”

É necessária cautela ao se fazer uma análise da taxa de crescimento de beneficiários com base nos dados da ANS. De acordo com estimativas do IESS, a partir de dados da PNAD, o número de beneficiários cresceu 19,7%, entre 2000 e 2008. Já os registros da ANS, que são baseados em número de vínculos de beneficiários, tiveram um crescimento de 31,9%. Em 1998, a PNAD/IBGE já apontava uma taxa de cobertura de 18,3%, com 29 milhões de beneficiários de planos privados. Utilizando-se uma taxa de cobertura crescente linear - de 1998 a 2008 - a partir da PNAD, estima-se para o ano de 2000, 32,0 milhões de beneficiários (segundo a população estimada pela

Revisão 2008 do IBGE), enquanto a base de dados da ANS totalizava 30.705.334 vínculos de beneficiários, no mesmo período. Por fim, a PNAD mais recente, de 2008, indica uma taxa de cobertura de planos privados de 20,2%, com 38,3 milhões de beneficiários, enquanto os dados da Agência apontam 40.497.917 vínculos de beneficiários.

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



*valores estimados de 2000 a 2007

EQUIPE

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

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004
Itaim Bibi, São Paulo
www.iess.org.br

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

Documento disponível em:
<http://www.iess.org.br/Naciss22edset12.pdf>

NACISS
Setembro 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.