

Nota de Acompanhamento do Caderno de Informações da Saúde Suplementar - NACISS

*29ª Edição
Agosto de 2014*

SUMÁRIO EXECUTIVO

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (Mar/14): 50.722.522;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Dez/13 a Mar/14 (3 meses): 0,3%, 148.005 novos vínculos;
 - Mar/13 a Mar/14 (12 meses): 4,7%, 2.256.062 novos vínculos.
- Crescimento anual (Mar/13 a Mar/14) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 5,8%, 2.211.380 novos vínculos;
 - Individuais: 1,4%, 141.244 novos vínculos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (Mar/14): 26,1%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (1ºTri/2014):
 - Receita: 28,6 R\$ bi;
 - Despesas Assistenciais: 23,2 R\$ bi;
 - Sinistralidade: 81,1%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 1º Tri/14: 914

NACISS

Sumário Executivo

Tabela resumo

Data-base: Mar/2014

ASSISTÊNCIA MÉDICA		VÍNCULOS MAR/14	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
	Total	50.722.522	0,3	4,7
Contratação	Individual	10.069.831	-0,3	1,4
	Coletivo	40.115.891	0,5	5,8
	Empresarial	33.371.203	0,4	6,3
	Por Adesão	6.728.938	1,0	3,6
	Não informado	15.750	-2,9	-8,5
	Não Informado	536.800	-2,9	-15,2
	Época do Contrato	Antigos	5.975.814	-1,5
	Novos	44.746.708	0,5	6,5
Faixa Etária	0 a 18 anos	12.289.876	-0,3	3,7
	19 a 58 anos	32.215.715	0,3	4,9
	Acima de 59 anos	6.213.659	1,4	5,4
Modalidade	Autogestão	5.389.466	1,2	-0,7
	Cooperativa	18.792.231	1,0	4,4
	Filantropia	1.295.379	-10,8	-10,9
	Medicina de Grupo	18.089.385	-0,7	6,8
	Seguradora	7.156.061	2,6	7,8
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO		VÍNCULOS MAR/14	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
	Total	20.969.662	0,9	8,4
Contratação	Individual	3.744.337	0,7	7,4
	Coletivo	17.144.540	1,0	8,9
	Empresarial	15.165.828	1,2	11,3
	Por Adesão	1.872.749	-0,4	-5,0
	Não informado	105.963	0,2	-24,7
	Não Informado	80.785	-13,8	-27,9
	Época do Contrato	Antigos	470.671	-3,2
	Novos	20.498.991	1,0	8,9
Faixa Etária	0 a 18 anos	4.366.171	0,0	7,0
	19 a 58 anos	15.530.318	1,1	8,7
	Acima de 59 anos	1.072.000	2,4	11,7

Planos médico-hospitalares

INFORMAÇÕES GERAIS

Em mar/2014, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 50,7 milhões, 148.005 vínculos (0,3%) a mais que o registrado em dez/2013. Esse foi o menor crescimento desde set/11 (0,2%). Já o crescimento no acumulado dos 12 últimos meses foi de 4,7%. No mesmo período de 2013 (Mar/13) o crescimento em 12 meses havia sido 3,5%.

Quanto à época de contratação, nos 12 meses anteriores a mar/14 os planos anteriores à Lei 9.656 retraíram 7,1%, enquanto os planos novos cresceram 6,5%.

Em relação às modalidades das operadoras, destaca-se o crescimento do número de vínculos a planos ofertados por seguradoras (7,8% em 12 meses) e, em contrapartida, o decréscimo das Autogestões (-0,7%) e Filantropias (-10,9%).

Observa-se também que o crescimento de beneficiários a partir de 59 anos foi de 5,4% nos últimos 12 meses, ritmo superior crescimento das faixas etárias entre 19 e 58 anos (4,9%) e de 0 a 18 anos (3,7%).

TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

O número de beneficiários de planos individuais teve decréscimo de 0,3% no 1º tri/2014 e crescimento de 1,4% no acumulado em 12 meses. Por outro lado, o ritmo de crescimento de beneficiários em planos coletivos tem mantido o ritmo de crescimento, encerrando mar/14 (em relação a mar/13) com variação de 5,8%. Esse crescimento foi devido, principalmente, ao desempenho dos planos coletivos empresariais, que cresceram 6,3% no acumulado em 12

meses, ritmo parecido com o crescimento de Mar/14 (6,6%). Esse desempenho está atrelado ao da criação de postos de trabalho formais no período, que tem apresentado diminuição do ritmo de crescimento.

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9.656) tiveram sua carteira reduzida em 1,5% no trimestre e em 7,1% no acumulado em 12 meses. Essa retração dos planos antigos está relacionada à adaptação desse tipo de contrato à Lei 9.656, incentivada pela ANS. Quando observada a retração segundo tipo de contratação em 12 meses, os planos coletivos empresariais são os que mais decrescem (-8,2%) — superior aos planos individuais (-4,9%).

Observa-se que para os planos novos (posteriores à Lei 9.656) o crescimento também é maior entre os planos coletivos empresariais (7,6%), entretanto a diferença para o crescimento dos planos individuais (2,5%) é mais que o dobro.

TABELA 1: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VARIAÇÃO TRIMESTRAL E ANUAL SEGUNDO TIPO DE CONTRATAÇÃO.

TIPO DE CONTRATO	PERÍODO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Individual	set/13	10.034.434	0,7	1,7
	dez/13	10.101.046	0,7	2,2
	mar/14	10.069.831	-0,3	1,4
Coletivo	set/13	39.282.556	2,0	5,6
	dez/13	39.920.422	1,6	5,9
	mar/14	40.115.891	0,5	5,8
Empresarial	set/13	32.669.700	2,2	6,9
	dez/13	33.239.105	1,7	6,9
	mar/14	33.371.203	0,4	6,3
Adesão	set/13	6.596.615	0,8	-0,5
	dez/13	6.665.096	1,0	1,1
	mar/14	6.728.938	1,0	3,6
Não informado	set/13	16.241	4,7	-10,9
	dez/13	16.221	-0,1	-10,0
	mar/14	15.750	-2,9	-8,5

TABELA 2: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS VARIAÇÃO TRIMESTRAL E ANUAL SEGUNDO ÉPOCA DE CONTRATO.

ÉPOCA DO CONTRATO	PERÍODO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Antigo	set/13	6.129.040	-1,4	-10,0
	dez/13	6.065.731	-1,0	-8,3
	mar/14	5.975.814	-1,5	-7,1
Novo	set/13	43.760.617	2,1	6,7
	dez/13	44.508.786	1,7	6,9
	mar/14	44.746.708	0,5	6,5

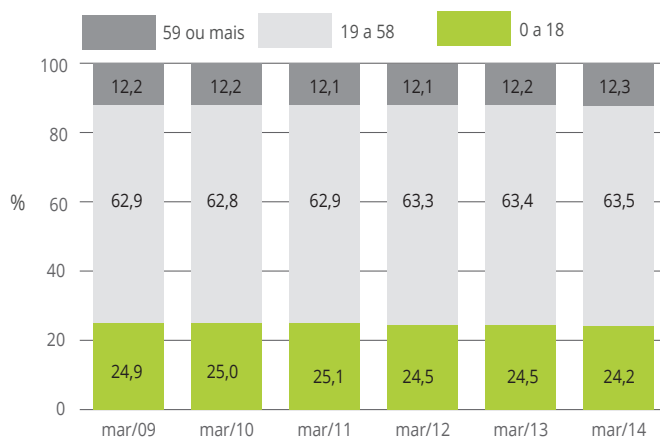
FAIXA ETÁRIA

Os beneficiários de planos médico-hospitalares estão concentrados principalmente na idade ativa (63,5%) reflexo do crescimento dos planos coletivos empresariais. As faixas etárias extremas (0 a 18 anos e 59 anos e mais) têm apresentado comportamentos distintos, principalmente em virtude da mudança demográfica da população.

Atualmente, a faixa etária de 59 anos é a que mais apresentou crescimento - de 5,4% no acumulado em 12 meses - e sua representatividade foi de 12,3%. Já os beneficiários mais jovens apresentaram um crescimento de 3,7%, mas uma perda na sua representatividade de 0,2 p.p.

A tendência é que o número de idosos continue a crescer devido ao envelhecimento populacional, aumentando sua proporção

FIGURA 1: CONTRIBUIÇÃO RELATIVA (%) DE GRUPOS ETÁRIOS SELECIONADOS PARA O NÚMERO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS. DEZ//2008 A MAR/2014.



em relação ao total e, respectivamente, diminuindo a proporção de jovens.

BENEFICIÁRIOS POR GRANDE REGIÃO

A região Centro-Oeste foi a que apresentou maior crescimento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares no acumulado em 12 meses (7,7%), encerrados em mar/2014, seguido pela região Norte (5,7%).

Já nas regiões Sul e Sudeste onde as taxas de cobertura dos planos de saúde já são mais elevadas, o número de vínculos teve crescimento menos expressivo, porém considerável.

Apesar de ter uma taxa de cobertura próxima à média da população total. O crescimento da região Centro-Oeste pode ser explicado pelo emprego. Apesar do saldo de empregos nessa região não ter sido melhor do que as outras, mais empresas podem estar oferecendo esse benefício, dado o bom desempenho da economia na região.

TABELA 3: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E TAXA DE COBERTURA (%) SEGUNDO GRANDES REGIÕES. MAR/2014.

REGIÃO	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	COBERTURA (%)
Norte	0,7	5,7	11,6
Nordeste	-0,7	4,0	12,6
Sudeste	0,3	4,6	39,4
Sul	0,5	3,8	25,0
Centro-Oeste	1,6	7,7	20,4
Brasil	0,3	4,7	26,1

NÚMERO DE OPERADORAS

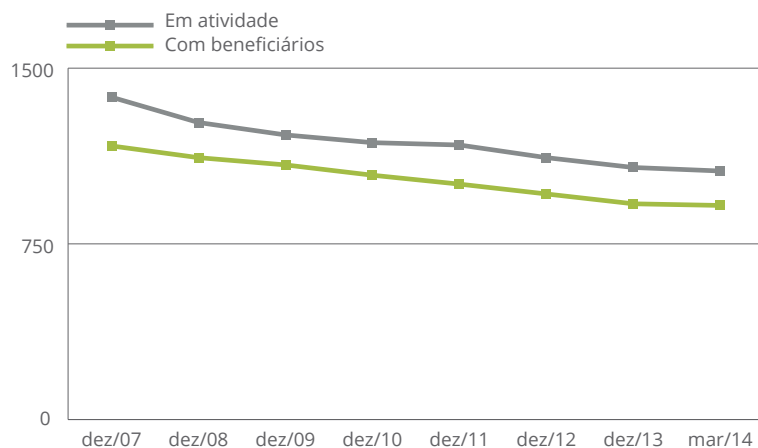
No 1º tri/2014, 10 operadoras médico-hospitalares foram registradas pela ANS, enquanto 34 tiveram os registros cancelados.

Assim, o 1º tri/2014 encerrou-se com 1.061 operadoras em atividade e 914 operadoras com beneficiários.

Entre Dez/07 e Mar/14, o número de operadoras em atividade e com beneficiários

diminuiu 22,9% e 21,7% respectivamente, indicando um cenário de consolidação do setor, onde a tendência é o mercado conservar as operadoras mais sólidas e viáveis.

FIGURA 2: NÚMERO DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES EM ATIVIDADE E COM BENEFICIÁRIOS, 2007 A 2014.



INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

No 1º trimestre de 2014, a receita das operadoras de planos médico-hospitalares foi de 28,6 bilhões e sua despesa assistencial de R\$ 23,2 bilhões e a taxa de sinistralidade registrada, de 81,1% (Figura 3).

Observa-se que, apesar das receitas terem aumentado 13,4% em relação a mar/2013, as despesas cresceram 14,5%.

No 1ºTri/14, cada beneficiário pagou, em média, R\$ 188,6 por mês para ter a cobertura de plano de saúde médico-hospitalar (Ticket médio). Em contrapartida, as operadoras tiveram, em média, por mês a despesa assistencial per capita de R\$ 153,0 (Tabela 4). Em relação ao 1ºTri/13, o gasto assistencial per capita médio mensal dos beneficiários cresceu 9,4%, enquanto que o ticket médio mensal cresceu 8,3%. A inflação (IPCA) acumulada nesse período foi de 6,7%.

Apesar de em 2014 não haver ainda dados para o ano completo, observa-se que entre 2003 e 2013 a evolução da sinistralidade no 1º trimestre de cada ano (Figura 3) acompanha a evolução da sinistralidade anual total de cada ano (Figura 4).

FIGURA 3: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES NO 1º TRI, 2003 A 2014.

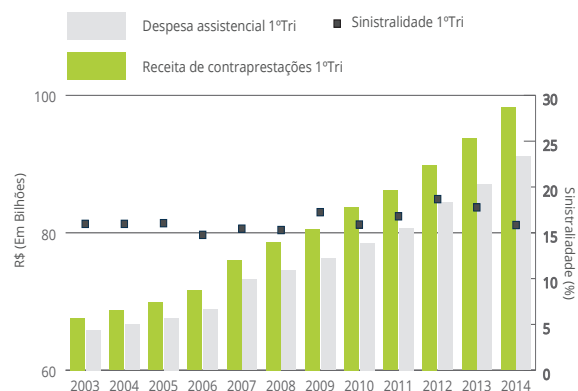


FIGURA 4: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES NO ANO, 2003 A 2013.

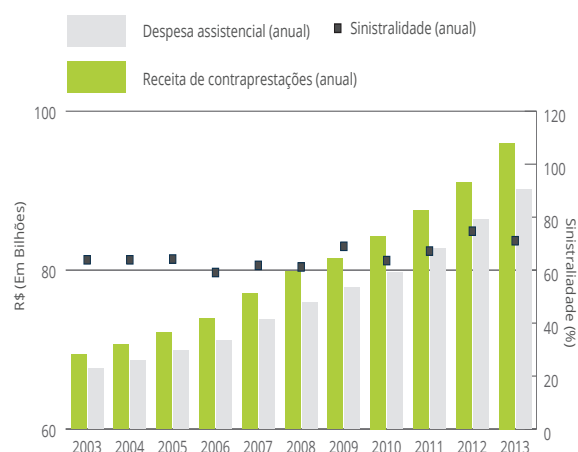


TABELA 4: EVOLUÇÃO DO TICKET MÉDIO MENSAL E DO GASTO MÉDIO PER CAPITA MENSAL DOS PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES, 2003-2014

TRIMESTRES	TICKET MÉDIO MENSAL (R\$)	GASTO PER CAPITA MENSAL (R\$)
1ºTri/03	60,0	46,3
1ºTri/04	66,8	51,6
1ºTri/05	72,4	55,9
1ºTri/06	80,9	61,5
1ºTri/07	107,4	88,3
1ºTri/08	117,6	91,5
1ºTri/09	124,1	97,7
1ºTri/10	137,8	107,3
1ºTri/11	142,2	112,7
1ºTri/12	159,5	130,3
1ºTri/13	174,1	139,9
1ºTri/14	188,6	153,0

Planos odontológicos

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE COBERTURA

No 1º tri/2014, o número de vínculos de planos com assistência odontológica cresceu 0,6% e apresentou uma desaceleração em relação ao trimestre anterior de 6,4% em relação a dez/2013, chegando a 24.902.211 beneficiários. Desse total, 20.969.662 (84,2%) são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que tiveram expansão de 0,9% em 3 meses e de 8,4% em 12 meses (Tabela 4).

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários teve decréscimo de 1,1% no trimestre de 3,4% no acumulado em 12 meses (Tabela 5).

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

A maior parte (97,8%) dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estão vinculados a contratos novos (posteriores à Lei 9.656). Esses cresceram 1,0% no trimestre e 8,9% em 12 meses. Os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 3,2% em 3 meses e 8,1% em 12 meses (Tabela 6).

Quanto ao tipo de contratação, o desempenho dos planos coletivos foi superior aos individuais no trimestre (1,0% ante 0,7%), no acumulado em 12 meses o desempenho foi de 8,9% para os coletivos e de 7,4% para os individuais (Tabela 6).

TABELA 4: BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE	ODONTOLÓGICA COM	TOTAL
	ODONTOLÓGICA	ASSISTÊNCIA MÉDICA	
set/13	20.120.868	3.981.592	24.102.460
dez/13	20.780.121	3.976.459	24.756.580
mar/14	20.969.662	3.932.549	24.902.211

TABELA 5: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE		ODONTOLÓGICA COM	
	ODONTOLÓGICA		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
set/13	3,6	6,5	0,1	-2,4
dez/13	3,3	8,5	-0,1	-2,3
mar/14	0,9	8,4	-1,1	-3,4

TABELA 6: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

CONTRATO	BENEFICIÁRIOS	Δ% 3	Δ% 12	
		MESES	MESES	
Época	Antigo	470.671	-3,2	-8,1
	Novo	20.498.991	1,0	8,9
Tipo	Individual	3.744.337	0,7	7,4
	Coletivo	17.144.540	1,0	8,9
	Não informado	80.785	-13,8	-27,9

INFORMAÇÕES ECONÔMICO FINANCEIRAS*

No acumulado até dez/2013, a receita das operadoras de planos exclusivamente odontológicos foi de 2,4 bilhões e sua despesa assistencial de R\$ 1,1 bilhão. A taxa de sinistralidade para os planos exclusivamente odontológicos foi de 45,6% (Figura 5) - a menor taxa observada no período da série histórica analisada (2003-2013).

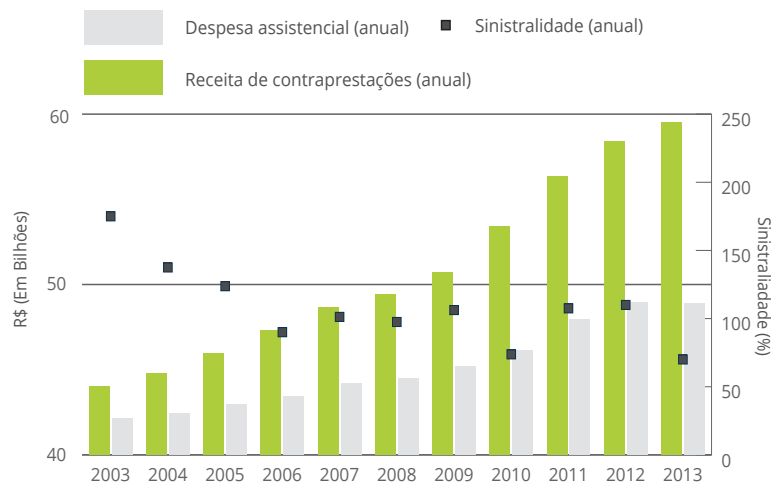
O ticket médio dos planos odontológicos em 2013 foi de R\$9,77 por mês e o gasto médio por beneficiário foi de R\$ 4,46 por mês.

Sessão Especial

Em 2013 o gasto médio com internação hospitalar foi de R\$ 6.815,27 na Saúde Suplementar. No entanto, dependendo do tipo de contratação do plano de saúde esse valor variou consideravelmente. Para os planos coletivos o gasto médio com internação foi de R\$ 6.734,89, enquanto que para os planos individuais esse gasto foi de R\$ 7.036,13 - uma diferença de 4,5%. Apesar do maior valor dos planos individuais, os planos coletivos apresentaram maior crescimento do gasto médio com internação em 3 dos 6 anos analisados. Em 2013, a variação foi de 21,3% para os planos coletivos e de 30,8% para os planos individuais (Tabela 7).

Em parte, o maior gasto médio dos planos individuais com internação deve-se à maior taxa de utilização desse tipo de procedimento para os beneficiários desse tipo de plano. Para os planos coletivos, a taxa de internação foi de 12,5% em 2013, enquanto que para os planos individuais ela foi de 16,5%. A taxa de internação dos planos coletivos apresentou tendência de queda (13,8% em 2008 para 12,5% em 2013). Ao contrário, a taxa dos planos

FIGURA 5: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE ANUAIS DE OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS. 2003 A 2013.



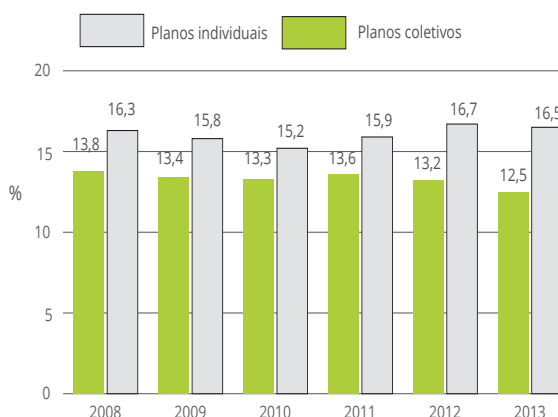
individuais apresentou tendência de crescimento (16,3% em 2008 para 16,5 em 2013).

Independentemente do tipo de contratação, a Saúde Suplementar deve monitorar cuidadosamente a evolução dos dados referentes a internações, pois esse item representa 40,8% das despesas médico-hospitalares do setor (dados de 2012 da ANS).

TABELA 7: EVOLUÇÃO DO GASTO MÉDIO E VARIAÇÃO NOMINAL DA INTERNAÇÃO DE PLANOS MÉDICOS-HOSPITALARES COLETIVOS E INDIVIDUAIS. 2008 A 2013

Ano	Gasto médio por internação			
	Planos Coletivos	Variação %	Planos Individuais	Variação %
2008	3.395,99	-	3.700,71	-
2009	3.803,17	12,0	3.950,28	6,7
2010	4.542,17	19,4	4.842,81	22,6
2011	4.897,76	7,8	5.206,56	7,5
2012	5.552,02	13,4	5.380,13	3,3
2013	6.734,89	21,3	7.036,13	30,8

FIGURA 6: EVOLUÇÃO DA TAXA DE INTERNAÇÃO DE PLANOS COLETIVOS E PLANOS INDIVIDUAIS. 2008 A 2013.



Notas Técnicas

NOTA

*A ANS não divulgou no Caderno de Informação de Saúde Suplementar de Junho de 2014 dados referentes as receitas e despesas da OPS exclusivamente odontológicas para o 1º tri/2014.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - Caderno de Informações de Saúde Suplementar de Junho de 2014, disponível em www.ans.gov.br.

Tabnet/ANS. Acesso em 21 de agosto de 2014.

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"

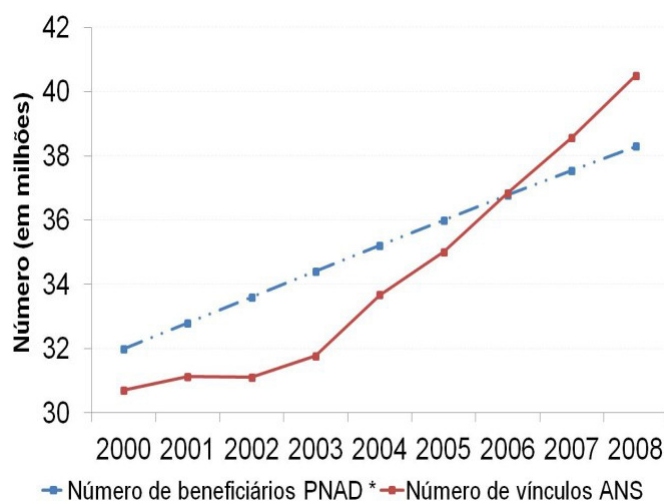
O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma operadora específica. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos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

EVOLUÇÃO DO Nº DE BENEFICIÁRIOS (PNAD) E VÍNCULOS (ANS) DE PLANOS DE SAÚDE



*valores estimados de 2000 a 2007



**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Equipe

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo
Amanda Reis - Pesquisadora
Natalia Lara - Pesquisadora

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br

Documento disponível em: <http://www.iess.org.br/Naciss29edago14.pdf>



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 contra-prestações das operadoras.