

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

30ª Edição
Outubro de 2014

SUMÁRIO EXECUTIVO

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (jun/14): 50.930.043;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Mar/14 a Jun/14 (3 meses): 0,5%, 255.869 novos vínculos;
 - Jun/13 a Jun/14 (12 meses): 3,7%, 1.831.865 novos vínculos.
- Crescimento em 12 meses (Jun/13 a Jun/14) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 4,3%, 1.648.776 novos vínculos;
 - Individuais: 2,7%, 265.346 novos vínculos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (Jun/14): 26,1%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (1ºSemestre/2014):
 - Receita: 58,5 R\$ bi;
 - Despesas Assistenciais: 48,8 R\$ bi;
 - Sinistralidade: 83,5%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 2º Tri/14: 898

NACISS

Sumário Executivo

Tabela resumo

Data-base: Jun/2014

ASSISTÊNCIA MÉDICA		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
	Total	50.930.043	0,5	3,7
Contratação	Individual	10.224.036	0,7	2,7
	Coletivo	40.203.521	0,5	4,3
	Empresarial	33.457.308	0,5	4,5
	Por Adesão	6.731.265	0,4	3,1
	Não identificado	14.948	-0,3	1,7
	Não Informado	502.486	-3,8	-14,1
Época do Contrato	Antigos	5.902.731	-0,9	-4,8
	Novos	45.027.312	0,7	5,0
Faixa Etária	0 a 18 anos	12.351.059	0,3	2,8
	19 a 58 anos	32.295.668	0,5	3,9
	59 anos ou mais	6.280.101	0,9	5,1
Modalidade	Autogestão	5.438.736	0,2	1,4
	Cooperativa	19.056.742	0,8	4,6
	Filantropia	1.251.156	-4,7	-16,4
	Medicina de Grupo	17.925.044	0,4	3,9
	Seguradora	7.258.365	1,3	7,4
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO		VÍNCULOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
	Total	21.078.384	1,6	8,4
Contratação	Individual	3.966.355	6,3	19,7
	Coletivo	17.033.577	0,6	6,3
	Empresarial	15.151.387	1,2	8,7
	Por Adesão	1.776.694	-4,5	-10,4
	Não identificado	105.496	-0,4	-1,3
	Não Informado	78.452	-3,0	-24,3
Época do Contrato	Antigos	470.175	-0,4	-6,7
	Novos	20.608.209	1,6	8,8
Faixa Etária	0 a 18 anos	4.381.663	1,5	7,2
	19 a 59 anos	15.617.895	1,7	8,6
	59 anos ou mais	1.077.789	1,0	10,9

Planos médico-hospitalares

INFORMAÇÕES GERAIS

Em jun/2014, o número de beneficiários de planos de assistência médica alcançou 50,9 milhões, 255.869 vínculos a mais que o registrado em mar/2014 (0,5%). Já o crescimento no acumulado nos 12 últimos meses foi de 3,7%. No mesmo período de 2013 (jun/13) o crescimento em 12 meses foi similar (3,6%).

Quanto à época de contratação, nos 12 meses anteriores a jun/14 os planos anteriores à Lei 9.656 retraíram 4,8%, enquanto os planos novos cresceram 5,0%.

Em relação às modalidades das operadoras, destaca-se o maior crescimento do número de vínculos a planos ofertados por seguradoras (7,4% em 12 meses) e, em contrapartida, as Filantropias apresentaram o 4º decréscimo consecutivo (-16,4%). Observa-se também que o crescimento de beneficiários a partir de 59 anos foi de 5,1% nos últimos 12 meses, ritmo superior crescimento das faixas etárias entre 19 e 58 anos (3,9%) e de 0 a 18 anos (2,8%).

TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

O número de beneficiários de planos individuais teve crescimento de 0,7% em relação ao 1º tri/2014 e de 2,7% no acumulado em 12 meses (Tabela 1). Os planos coletivos têm mantido o ritmo de crescimento superior aos individuais, encerrando jun/14 (em relação a jun/13) com variação de 4,3%. Esse crescimento foi devido, principalmente, ao desempenho dos planos coletivos empresariais, que cresceram 4,5% no acumulado em 12 meses, apesar disso, esse foi o menor crescimento em 12

meses dos planos coletivos empresariais da série histórica.

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9.656) tiveram sua carteira reduzida em 0,9% no trimestre e em 4,8% no acumulado em 12 meses (Tabela 2). Essa retração dos planos antigos está relacionada à adaptação desse tipo de contrato à Lei 9.656, incentivada pela ANS. Quando se analisa o desempenho dos planos antigos por tipo de contratação, observa-se que em 12 meses, os planos individuais são os que mais decrescem (-4,5%). Os planos coletivos empresariais antigos decresceram 3,7%.

Observa-se que para os planos novos (posteriores à Lei 9.656) o crescimento em 12 meses (5,0%) foi impulsionado pelos planos coletivos empresariais (4,5%) e pelos planos coletivos por adesão (3,1%) .

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	dez/13	10.133.379	0,8	2,5
	mar/14	10.149.355	0,2	2,2
	jun/14	10.224.036	0,7	2,7
Coletivo	dez/13	39.789.118	1,3	5,4
	mar/14	40.002.346	0,5	5,4
	jun/14	40.203.521	0,5	4,3
Empresarial	dez/13	33.131.608	1,3	6,4
	mar/14	33.281.463	0,5	5,8
	jun/14	33.457.308	0,5	4,5
Adesão	dez/13	6.642.355	1,0	1,0
	mar/14	6.705.889	1,0	3,4
	jun/14	6.731.265	0,4	3,1
Não identificado	dez/13	15.155	-1,3	-12,3
	mar/14	14.994	-1,1	-8,7
	jun/14	14.948	-0,3	1,7

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	dez/13	6.046.142	-1,1	-8,2
	mar/14	5.957.031	-1,5	-7,0
	jun/14	5.902.731	-0,9	-4,8
Novo	dez/13	44.418.253	1,4	6,5
	mar/14	44.717.143	0,7	6,2
	jun/14	45.027.312	0,7	5,0

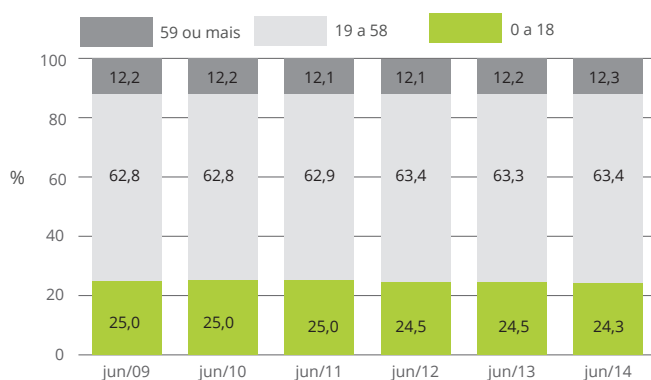
FAIXA ETÁRIA

Os beneficiários de planos médicos-hospitalares estão concentrados na faixa etária de 19 a 58 anos (63,4%), reflexo do crescimento dos planos coletivos empresariais (Figura 1).

Em virtude da transição demográfica da população, a faixa etária de 59 anos é a que mais apresentou crescimento - de 5,1% no acumulado em 12 meses - e sua representatividade é de 12,3%. Já os beneficiários mais jovens (0 a 18 anos) apresentaram um crescimento de 2,8%, porém com uma queda na 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 Norte foi a que apresentou maior crescimento percentual do número de beneficiários de planos médico-hospitalares no acumulado em 12 meses (6,6%) encerrados em jun/2014, seguido pela região Centro-Oeste (6,3%). (Tabela 3)

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 (4,5% e 3,1%, respectivamente).

O alto crescimento percentual da Região Norte pode, também, ser devido à baixa taxa de cobertura (11,6%) em relação às demais regiões o que proporciona potencial para o crescimento de adesão aos planos.

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	0,6	6,6	11,6
Nordeste	0,0	4,2	12,6
Sudeste	0,4	3,1	39,4
Sul	0,8	4,5	25,0
Centro-Oeste	2,3	6,3	20,4
Brasil	0,5	3,7	26,1

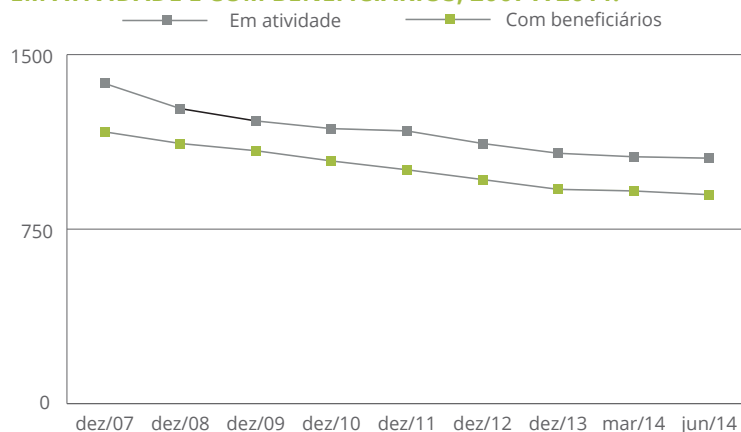
NÚMERO DE OPERADORAS

De Janeiro a Junho de 2014, 19 operadoras médico-hospitalares obtiveram registro da ANS, enquanto 48 tiveram os registros cancelados.

Assim, em Junho de 2014 havia 1.055 operadoras médicos-hospitalares em atividade e 898 operadoras médicos-hospitalares com beneficiários. (Figura 2)

Entre Dez/07 e Jun/14, o número de operadoras em atividade e com beneficiários diminuiu 23,1% e 23,3% 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 semestre de 2014, a receita das operadoras de planos médico-hospitalares foi de 58,6 bilhões e a despesa assistencial foi de R\$ 48,8 bilhões. Nesse período a taxa de sinistralidade foi de 83,5% (Figura 3 e Tabela 4). Essa sinistralidade está 2,7 pontos percentuais (p.p.) acima da sinistralidade do 1º semestre de 2010 (80,6%).

Na comparação do 1º semestre de 2014 com o 1º semestre de 2013 o crescimento de receita e despesa assistencial foi de 14,9% e 15,6%, respectivamente.

Na Tabela 5 está apresentada a taxa de variação da receita e da despesa assistencial no 1º semestre de cada ano em relação ao 1º semestre do ano anterior e também a variação da receita e despesa assistencial anuais em relação às essas mesmas variáveis do ano anterior. Nota-se que, em 2013, na comparação do 1º semestre com o mesmo período do ano anterior, a receita cresceu mais que a despesa assistencial.

Posteriormente, verificou-se que a receita anual de 2013 também cresceu mais do que a despesa assistencial daquele ano.

Desde 2006, a variação da receita e despesa assistencial no 1º semestre em comparação com o mesmo período do ano anterior tem sido um indicativo de como a receita e despesa assistencial variam anualmente. Por exemplo, se a receita cresceu mais que a despesa assistencial na primeira metade do ano, isso ocorreu também para o montante do fim do ano (Tabela 5).

FIGURA 3: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES SEMESTRAL, 2003 A 2014.

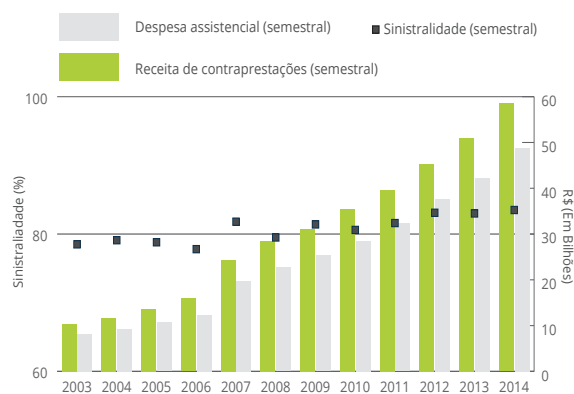


TABELA 4: EVOLUÇÃO DA RECEITA E DESPESA ASSISTENCIAL DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES E SINISTRALIDADE, 2006-2014

ANO	RECEITA (R\$ BILHÕES)	DESPESA (R\$ BILHÕES)	SINISTRALIDADE (%)
2006	15,9	12,4	78,0
2007	24,3	19,9	81,9
2008	28,6	22,7	79,4
2009	31,1	25,4	81,7
2010	35,5	28,6	80,6
2011	39,7	32,4	81,6
2012	45,3	37,7	83,2
2013	50,9	42,3	83,1
2014	58,6	48,8	83,3

TABELA 5: VARIAÇÃO PERCENTUAL DA RECEITA E DESPESA ASSISTENCIAL, ANO CONTRA ANO E SEMESTRE CONTRA SEMESTRE, 2006 A 2014.

ANO	VARIAÇÃO DO TOTAL DO ANO EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR (%)		VARIAÇÃO DO 1º SEMESTRE CONTRA 1º SEMESTRE DO ANO ANTERIOR (%)	
	RECEITA	DESPESA ASSISTENCIAL	RECEITA	DESPESA ASSISTENCIAL
2006	14,2	11,9	16,3	14,7
2007	25,1	25,4	52,8	60,7
2008	16,3	16,0	17,5	14,2
2009	8,5	11,9	9,0	11,6
2010	13,4	10,7	13,9	12,7
2011	13,5	15,3	11,8	13,2
2012	12,7	16,1	14,3	16,5
2013	16,1	14,5	12,4	12,2
2014	-	-	14,9	15,6

Planos odontológicos

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE COBERTURA

No 2º tri/2014, o número de vínculos de planos exclusivamente odontológicos cresceu 1,6% em relação ao trimestre anterior e apresentou um crescimento de 8,4% em 12 meses chegando a 21.078.384.

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários teve decréscimo de 0,8% no trimestre de 0,1% no acumulado em 12 meses (Tabela 7). Esse tipo de plano representa 16% do total de planos odontológicos.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO E ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO

A maior parte (97,7%) dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estão vinculados a contratos novos (posteriores à Lei 9.656). Esses cresceram 1,6% no trimestre e 8,8% em 12 meses. Os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 0,4% em 3 meses e 6,7% em 12 meses (Tabela 8).

Quanto ao tipo de contratação, o desempenho dos planos individuais foi superior aos coletivos no trimestre (6,3% ante 0,6%), no acumulado em 12 meses o desempenho foi de 19,7% para os individuais e de 6,3% para os coletivos (Tabela 8).

TABELA 6: BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA	ODONTOLÓGICA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA	TOTAL
dez/13	20.643.993	3.993.627	24.637.620
mar/14	20.749.073	4.017.427	24.766.500
jun/14	21.078.384	3.986.808	25.065.192

TABELA 7: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

PERÍODO	EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA		ODONTOLÓGICA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
dez/13	2,8	7,7	-0,1	-2,0
mar/14	0,5	7,2	0,6	-1,5
jun/14	1,6	8,4	-0,8	0,1

TABELA 8: VARIAÇÃO (%) TRIMESTRAL E ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS SEGUNDO TIPO DE COBERTURA.

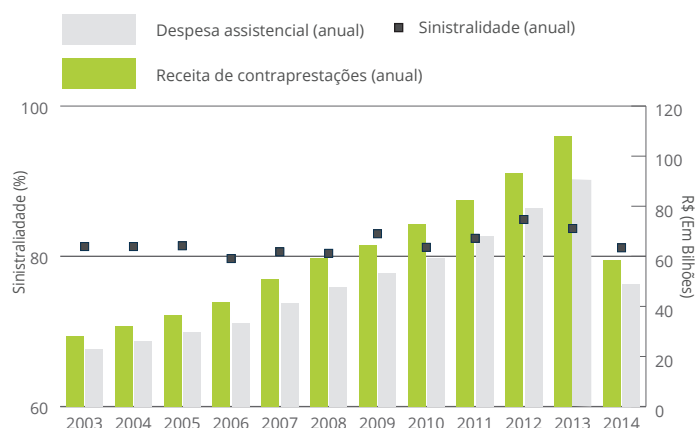
CONTRATO		BENEFICIÁRIOS	Δ% 3 MESES	Δ% 12 MESES
Época	Antigo	470.175	-0,4	-6,7
	Novo	20.608.209	1,6	8,8
Tipo	Individual	3.966.355	6,3	19,7
	Coletivo	17.033.577	0,6	6,3
	Não informado	78.452	-3,0	-24,3

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 bilhões. A taxa de sinistralidade para os planos exclusivamente odontológicos foi de 45,8% (Figura 4) - a menor taxa observada no período da série histórica analisada (2003-2013).

O ticket médio dos planos odontológicos em 2013 foi de R\$9,74 por mês e o gasto médio por beneficiário foi de R\$ 4,45 por mês.

FIGURA 4: RECEITAS, DESPESAS ASSISTENCIAIS E SINISTRALIDADE ANUAIS DE OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS. 2003 A 2014.



Sessão Especial

De 2008 a 2013, o gasto médio com internação apresentou aumento em todas as modalidades de operadoras, sendo que o maior aumento foi para a modalidade de Autogestão, cuja taxa de variação foi de 118%. A modalidade com o segundo maior aumento foi a de Cooperativas médicas (106%) (Figura 5). As demais modalidades tiveram aumentos acima de 50%.

Apesar do maior crescimento do gasto médio das Autogestões, as Seguradoras apresentaram desde 2008 o maior gasto médio com internação, alcançando em 2013 o valor de R\$ 11.382,00.

A variação elevada do gasto médio com internação de todas as modalidades de operadoras é bastante significativa quando comparada ao IPCA acumulado no período, que foi de 32,2%.

Entre o período de 2008 a 2013 verificou-se que as taxas de internação nas cinco modalidades foram altas comparadas com as taxas de internações dos Estados Unidos e do Chile. Os Estados Unidos apresentaram, em 2012, uma taxa de internação de 7,4%¹ e o Chile, em 2011, de 5,8%².

¹ Center of Disease Control and Prevention - 17 de outubro de 2014.

² Departamento de Estadísticas e Información de Salud - Chile - 17 de outubro de 2014.

FIGURA 5: GASTO MÉDIO POR INTERNAÇÃO DE 2013 E TAXA DE VARIAÇÃO ENTRE 2008 E 2013, POR TIPO DE CONTRATAÇÃO, SEGUNDO MODALIDADE DA OPERADORA.

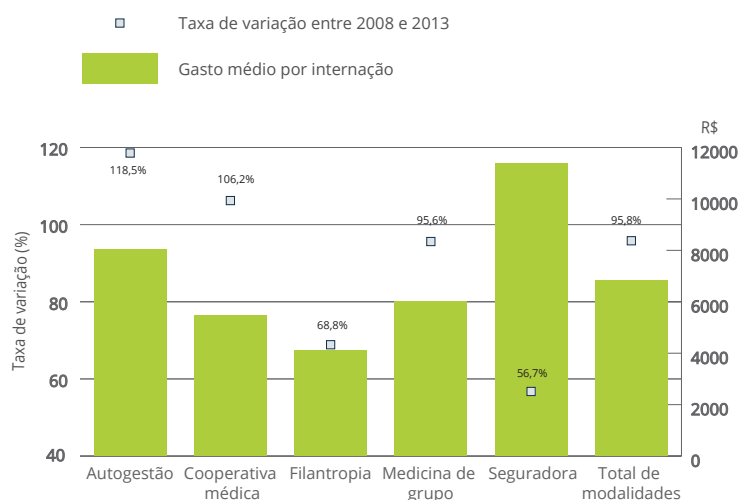


TABELA 9: TAXA DE INTERNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E GASTO MÉDIO POR INTERNAÇÃO, POR TIPO DE CONTRATAÇÃO, SEGUNDO MODALIDADE DA OPERADORA (BRASIL - 2008-2013)

MODALIDADE	TAXA DE INTERNAÇÃO (%)		GASTO MÉDIO (R\$)	
	2008	2013	2008	2013
Autogestão	16,3	14,1	3.677	8.036
Cooperativa médica	15,4	13,9	2.656	5.478
Filantropia	14,3	14,3	2.440	4.121
Medicina de grupo	11,4	12,1	3.068	6.003
Seguradora	11,7	13,6	7.261	11.382
Total	13,4	13,3	3.480	6.815

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 16 de outubro 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.

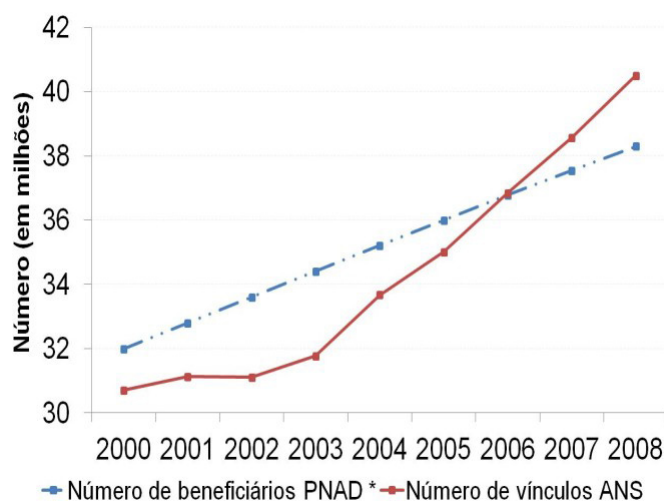
CRESCIMENTO NO NÚMERO DE

“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

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.



**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Equipe

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo
Amanda Reis - Pesquisadora
Natalia Lara - Pesquisadora
Elene Nardi - Pesquisadora
Bruno Minami - Estagiário

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://iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=1

