

ÍNDICE INTERATIVO

[Menos de 10 operadoras fazem acordo com a ANS para movimentar recursos](#) - Fonte: Jota

[Analisamos o crescimento atípico de beneficiários no centro-oeste](#) - Fonte: IESS

[Nota da ANS sobre adesão ao termo de compromisso](#) - Fonte: ANS

[Planos de saúde se negam a manter serviços a inadimplentes durante pandemia](#) - Fonte: UOL

[A pandemia do coronavírus e os impactos sobre os reajustes, cancelamentos e rescisões de contratos de planos de saúde](#) - Fonte: Migalhas

[ANS disponibiliza manual sobre exigência de capital regulatório](#) - Fonte: ANS

[Entenda o avanço de beneficiários nos últimos 12 meses](#) - Fonte: IESS

[Onde estão os novos beneficiários de planos odontológicos?](#) - Fonte: IESS

[Demanda cresce em meio a coronavírus, mas planos de saúde esperam retração](#) - Fonte: Folha de São Paulo

MENOS DE 10 OPERADORAS FAZEM ACORDO COM A ANS PARA MOVIMENTAR RECURSOS

Jota – 28/04/2020

Com baixa adesão ao termo de compromisso, estimativa de impacto financeiro de R\$ 15 bi diminuirá consideravelmente.

Apenas nove operadoras aceitaram os termos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para movimentação extraordinária de recursos no contexto da crise decorrente da pandemia do coronavírus. Dessa forma, o impacto financeiro no setor estimado em quase R\$ 15 bilhões, sendo cerca de R\$ 12 bilhões relacionados a ativos garantidores, diminuirá consideravelmente.

A agência reguladora divulgou, no fim da tarde desta terça-feira (28/4), o balanço das empresas que assinaram o termo de compromisso proposto, mas não informou o número de operadoras que estariam aptas a movimentar os recursos. Em fevereiro deste ano, dado mais recente disponível no site institucional, 1.212 tinham registro ativo na ANS.

O cenário de baixa adesão era esperado, uma vez que o texto do documento foi vazado ao mercado antes mesmo de ser votado pela diretoria colegiada, o que antecipou o recebimento de críticas vindas do setor. Após a divulgação do documento oficial, entidades representativas avaliaram publicamente que as contrapartidas exigidas pela agência eram desvantajosas.

O **JOTA** antecipou na sexta-feira (24/4), em conteúdo exclusivo para assinantes, que a ANS estudará novas propostas para as empresas, desde que haja a apresentação de dados que comprovem a necessidade de medidas para equilibrar o setor de saúde suplementar neste momento.

A proposta para desbloqueio dos ativos garantidores, principal medida para trazer liquidez e solvência ao mercado, é considerada superada pela agência. Até a semana passada, a avaliação interna diante da expectativa da baixa adesão era de que as empresas que realmente necessitavam aceitariam o termo de compromisso.

Ativos garantidores

A ANS havia estimado a liberação de até R\$ 1,4 bilhão com a não exigência de ativos garantidores equivalentes à provisão de eventos ou sinistros a liquidar relacionados ao ressarcimento ao SUS (PESEL SUS), com recomposição a partir de janeiro de 2021, e a movimentação de até R\$ 10,5 bilhões equivalentes à provisão de eventos ocorridos e não avisados (PEONA), com recomposição a ser verificada no mês de agosto deste ano.

No acordo, a ANS também estabeleceu margem de solvência de 75% para as seguradoras e operadoras que não estão em fase de escalonamento para adesão ao modelo baseado em

capital de risco, o que representaria uma redução de R\$ 2,9 bilhões em exigência de capital.

Como esses recursos são vinculados às operadoras e variam, a depender do porte das empresas, o impacto financeiro será menor do que o previsto pela agência. O **JOTA** solicitou um novo cálculo nesta segunda-feira (27/4), mas não teve resposta até esta publicação.

As empresas que assinaram o termo de compromisso devem, como contrapartida, manter em dia o pagamento de serviços realizados entre março e junho deste ano pelos prestadores e garantir o atendimento aos beneficiários inadimplentes por meio de renegociação de contratos até 30 de junho. Entre os pontos criticados pelo setor, este último foi o que gerou maior impasse, pois foi visto como um incentivo à inadimplência.

Outras medidas devem começar a ser estruturadas depois do dia 30 de abril, data limite para a apresentação do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) referente ao 4º trimestre de 2019. No dia 30 de maio será encerrado o prazo para o envio do documento relativo ao 1º trimestre de 2020. Por enquanto, a agência tem solicitado informações paralelas sobre o fluxo de caixa das operadoras.

Uma das propostas aventadas seria o adiamento do pagamento de multas para um alívio financeiro imediato. Todavia, o contexto de cobrança ainda precisa ser analisado, já que a conta deverá ser paga no futuro, que é incerto. Essa medida também precisará passar por avaliação jurídica.

Críticas

Enquanto a ANS adota uma postura cautelosa para apresentar soluções, por considerar que o período mais crítico ainda vai chegar, as entidades cobram celeridade com receio de que o socorro seja tardio.

“A gente entende a cobrança desses dados. O problema é que nessa crise você só vai ter dados daqui a três meses, aí não vai haver setor”, afirmou o superintendente-executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Marcos Novais.

Para a diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente, a proposta de movimentação de ativos vinculada à renegociação de contratos de inadimplentes não cumpre a função aguardada de garantir liquidez ao setor.

De acordo com ela, as operadoras são responsáveis por “irrigar” o sistema, destinando 85% do caixa para o pagamento de serviços dos prestadores, e seriam prejudicadas com a falta de pagamento dos beneficiários.

“Esperamos que a ANS tenha a postura de se adequar às necessidades e de forma ágil”, disse.

Em nota divulgada na noite da última sexta-feira (24/4), a ANS ressaltou que a lei dos planos de saúde obriga a existência de contrapartidas favoráveis aos consumidores para a

assinatura de qualquer termo de compromisso. “A composição de um acordo que só gere vantagens às operadoras não encontra amparo legal”, diz um trecho da nota.

ANALISAMOS O CRESCIMENTO ATÍPICO DE BENEFICIÁRIOS NO CENTRO-OESTE

IESS – 27/04/2020

A região Centro-Oeste registrou o maior crescimento proporcional de beneficiários de planos médico-hospitalares nos 12 meses encerrados em fevereiro de 2020. No total, 33,1 mil vínculos novos foram firmados, o que representa um avanço de 1%. Com isso, a região atende 3,2 milhões de beneficiários, segundo a [última edição da NAB](#).

O comportamento destoa das demais regiões do País, que tiveram variação máxima de 0,4% para cima (Sudeste) ou para baixo (Sul). Para entender este resultado, realizamos uma análise especial dos indicadores econômicos e dos

números de Operadoras de Planos de Saúde (OPS) no Centro-Oeste – [confira a íntegra](#).

Primeiramente, nota-se que o avanço foi impulsionado pela contratação de planos em Mato Grosso, que firmou 17,8 mil novos vínculos (+3,1%), e Goiás, que passa a atender 22,1 mil novos beneficiários (+2%). Por outro lado, 5,3 mil pessoas deixaram de contar com seus planos em Mato Grosso do Sul (-0,9%), e 1,6 mil fizeram o mesmo no Distrito Federal (-0,2%). Como mostra a tabela abaixo.

| REGIÃO | ESTADO | FEV/19 | NOV/19 | FEV/20 | VAR. TRIMESTRAL (%) | | VAR. ANUAL (%) | |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------------|----------------|------------|
| | | | | | N | % | N | % |
| CENTRO-OESTE | DF | 881.969 | 881.501 | 880.390 | -1.111 | -0,1 | -1.579 | -0,2 |
| | GO | 1.130.078 | 1.151.590 | 1.152.216 | 626 | 0,1 | 22.138 | 2,0 |
| | MT | 580.023 | 584.461 | 597.861 | 13.400 | 2,3 | 17.838 | 3,1 |
| | MS | 594.468 | 602.151 | 589.184 | -12.967 | -2,2 | -5.284 | -0,9 |
| | SUB-TOTAL | 3.186.538 | 3.219.703 | 3.219.651 | -52 | 0,00 | 33.113 | 1,0 |
| BRASIL | 46.922.991 | 47.040.092 | 47.046.729 | 6.637 | 0,01 | 123.738 | 0,3 | |

Fonte: SIB/ANS/MS – 02/2020.

O passo seguinte foi entender de onde vieram os novos beneficiários, observando os números por tipo de contratação. O que nos trouxe outra surpresa. Diferentemente do restante do País, onde os números de planos coletivos – especialmente os empresariais (aqueles fornecidos pelas empresas aos seus colaboradores) – são os que mais crescem, o impulso no Centro-Oeste foi motivado pela adesão a plano individuais/familiares.

No período analisado, 26,6 mil novos beneficiários aderiram a planos individuais/familiares. Alta de 5,5%. Já os planos coletivos empresariais tiveram avanço de 0,4%. O que equivale a 7,9 mil novas contratações. Ainda assim, esse continua sendo o tipo de plano com maior número de vínculos na região, como mostra a tabela abaixo.

| REGIÃO | TIPO DE CONTRATAÇÃO | FEV/19 | NOV/19 | FEV/20 | VAR. TRIMESTRAL (%) | | VAR. ANUAL (%) | |
|-----------------------|------------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------|------------|----------------|------------|
| | | | | | N | % | N | % |
| TOTAL DO CENTRO-OESTE | Individual ou Familiar | 487.660 | 506.979 | 514.291 | 7.312 | 1,4 | 26.631 | 5,5 |
| | Coletivo Empresarial | 2.238.653 | 2.251.280 | 2.246.617 | -4.663 | -0,2 | 7.964 | 0,4 |
| | Coletivo por Adesão | 455.213 | 456.556 | 454.137 | -2.419 | -0,5 | -1.076 | -0,2 |
| | Não Informado | 5.012 | 4.888 | 4.606 | -282 | -5,8 | -406 | -8,1 |
| | Total | 3.186.538 | 3.219.703 | 3.219.651 | -52 | 0,0 | 33.113 | 1,0 |

Fonte: SIB/ANS/MS – 02/2020.

Como já apontamos em outras oportunidades, o crescimento do mercado de planos de saúde, especialmente o segmento médico-hospitalar, está associado ao comportamento econômico. Sendo fortemente influenciado pela criação de postos de trabalho formal e variação na renda das famílias.

Além disso, como a [pesquisa IESS/Ibope](#) indica, o plano de saúde é o 3º bem mais desejado pelo brasileiro. O que significa que é um dos últimos que a população se desfaz em época de crise e um dos primeiros que recontrata quando a situação econômica começa a melhorar. [Veja gráficos sobre o assunto.](#)

Assim, o crescimento de 4,9% no volume de vendas do comércio e de 3,3% na produção agrícola em Goiás foi

determinante para o bom resultado registrado. Já no Mato Grosso, o grande propulsor econômico foi o comércio com 9% de aumento.

Também é importante notar que houve incremento de vínculos em todas as faixas etárias. Olhando o crescimento proporcional, o total de beneficiários com 59 anos ou mais é o que mais se destaca. Houve aumento de 1,9%, ou 7,2 mil vínculos. Comportamento que também vem sendo notado no restante do Brasil e indica que as pessoas procuram ter um plano de saúde para ter mais tranquilidade esta fase da vida. A tabela a seguir mostra a contratação nas outras faixas etárias.

| REGIÃO | IDADE | FEV/19 | NOV/19 | FEV/20 | VAR. TRIMESTRAL (%) | | VAR. ANUAL (%) | |
|-----------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|---------------------|------------|----------------|------------|
| | | | | | N | % | N | % |
| TOTAL DO CENTRO-OESTE | 00 a 18 anos | 800.838 | 813.319 | 812.219 | -1.100 | -0,1 | 11.381 | 1,4 |
| | 19 a 58 anos | 2.009.966 | 2.025.622 | 2.024.451 | -1.171 | -0,1 | 14.485 | 0,7 |
| | 59 anos ou mais | 375.721 | 380.749 | 382.970 | 2.221 | 0,6 | 7.249 | 1,9 |
| | Total | 3.186.538 | 3.219.703 | 3.219.651 | -52 | 0,0 | 33.113 | 1,0 |

Fonte: SIB/ANS/MS – 02/2020.

Os números podem ser vistos detalhadamente por [Estado na análise especial da NAB.](#)

NOTA DA ANS SOBRE ADESÃO AO TERMO DE COMPROMISSO

ANS – 25/04/2020

Em relação à decisão de um grupo de operadoras de planos de saúde pela não adesão ao Termo de Compromisso proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) num pacote de medidas para enfrentamento da crise provocada pela pandemia do novo coronavírus, a reguladora tece as seguintes considerações:

1. O Termo de Compromisso visa resguardar beneficiários de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que proporciona maior liquidez para as

operadoras, promovendo o equilíbrio do setor que a ANS regula;

2. Num momento totalmente atípico para a sociedade, em todo o mundo, é essencial que haja o engajamento de todos os segmentos para a mitigação das graves consequências para a saúde das pessoas e para a situação sócio-econômica dos países;

3. Os recursos liberados mediante a assinatura do termo de compromisso representam sem sombra de dúvidas uma

considerável injeção de caixa às operadoras: são R\$ 10 bilhões que antes eram inacessíveis e passarão a compor seu capital disponível;

4. A sinalização daqueles que optam pela não assinatura do Termo de Compromisso, frente a contrapartidas que visam o mínimo de garantias ao consumidor, converge para o que os números disponíveis indicam: as operadoras, em sua avaliação individualizada, entendem que não precisam

recorrer às reservas técnicas para o enfrentamento da pandemia;

5. Por fim, a Lei dos planos de saúde obriga a existência de contrapartidas favoráveis aos consumidores para a assinatura de qualquer Termo de Compromisso pela ANS - a composição de um acordo que só gere vantagens às operadoras não encontra amparo legal.

PLANOS DE SAÚDE SE NEGAM A MANTER SERVIÇOS A INADIMPLENTES DURANTE PANDEMIA

UOL - 25/04/2020

Operadoras de planos de saúde se recusaram a manter serviços de assistência médica até 30 de junho a clientes inadimplentes, conforme queria a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

O objetivo da medida seria minimizar a crise no sistema de saúde durante a pandemia de covid-19. Como contrapartida, o acordo proposto pela agência liberaria R\$ 15 bilhões de um fundo que retém R\$ 54 bilhões das próprias operadoras.

Em nota, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa 16 grupos de operadoras de seguros e planos de assistência à saúde privados, informou que "empregou seus melhores esforços", mas não foi possível "tornar viável a proposta de utilização de parte das reservas e provisões mantidas pelas associadas para fazer frente a situações de excepcionalidade como a que estamos vivendo".

A FenaSaúde disse reconhecer "a dedicação e o empenho" da ANS "na busca por alternativas para conciliar a adequada manutenção da solvência das operadoras que atuam no setor com as demandas que a pandemia causada pelo novo coronavírus exige". Porém, disse que a proposta para as contrapartidas inviabilizou o acesso ao fundo, que é formado com recursos das próprias empresas.

Segundo a FenaSaúde, as informações divulgadas pela ANS dão a "falsa impressão" de que os R\$ 15 bilhões já estariam liberados para uso imediato pelas operadoras.

"Nem uma coisa, nem outra. Na realidade, a maior parte destes valores não seria 'liberada' para uso das operadoras, mas tão somente teria permitida a gestão e movimentação de seus ativos garantidores, havendo sempre a necessidade de sua tempestiva recomposição", afirmou a federação, em nota.

A FenaSaúde afirmou que o fundo disponibilizado pela ANS não será acessado e que, dessa forma, não será possível assumir o compromisso de manter a cobertura de clientes inadimplentes, sob o risco de "deflagrar uma crise de liquidez de proporções inestimáveis" em todo o setor de saúde

suplementar. A federação destacou que não houve orientação nesse sentido por parte da entidade representativa, mas, sim, uma decisão individual tomada pelas operadoras.

A federação destacou também que, como medida para contribuir com o enfrentamento à pandemia, grande parte das operadoras suspendeu por 90 dias os reajustes das mensalidades dos planos médicos-hospitalares dos contratos individuais, coletivos por adesão e empresariais com até 29 beneficiários. A medida vale a partir de 1º de maio.

ANS

Em resposta à decisão das operadoras, a ANS divulgou nota afirmando que o objetivo do termo de compromisso proposto é "resguardar beneficiários de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que proporciona maior liquidez para as operadoras, promovendo o equilíbrio do setor que a ANS regula".

A agência pediu o engajamento "de todos os segmentos" para mitigar as "graves consequências" que a pandemia acarretará na saúde das pessoas e na situação socioeconômica dos países. Também destacou que a assinatura do termo liberaria R\$ 10 bilhões antes inacessíveis e que passariam a compor o capital disponível para as empresas.

"A sinalização daqueles que optam pela não assinatura do termo de compromisso, frente a contrapartidas que visam o mínimo de garantias ao consumidor, converge para o que os números disponíveis indicam: as operadoras, em sua avaliação individualizada, entendem que não precisam recorrer às reservas técnicas para o enfrentamento da pandemia", afirmou a ANS.

A ANS informou também que a legislação obriga que as contrapartidas oferecidas em qualquer termo de compromisso proposto pela ANS sejam favoráveis aos consumidores, e não que gerem vantagens apenas às operadoras.

A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS E OS IMPACTOS SOBRE OS REAJUSTES, CANCELAMENTOS E RESCISÕES DE CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

Migalhas – 24/04/2020

Cerca de 80% dos planos de saúde são empresariais (firmado por empresas diretamente com as operadoras de planos de saúde), ou na modalidade de adesão, na qual a contratação se dá por intermédio de associações, entidades e sindicatos

O coronavírus afetou diversos setores do mundo inteiro, e no Brasil não foi diferente; além de causar estragos na economia, nas relações de emprego, o serviço de saúde foi um dos mais afetados, setor este que atualmente atende mais de 47 milhões de pessoas.

Nesse universo de 47 milhões de beneficiários de planos de saúde, cerca de 80% dos planos de saúde são empresariais (firmado por empresas diretamente com as operadoras de planos de saúde), ou na modalidade de adesão, na qual a contratação se dá por intermédio de associações, entidades e sindicatos.

Em meio a esse caos, a saúde suplementar foi colocada em evidência, pois o Sistema Único de Saúde não é capaz de suportar a demanda de pacientes em decorrência desse vírus. Com isso a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS estipulou que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a cobrir o teste que identifica a infecção pelo vírus. Não apenas isto, a própria cobertura da internação hospitalar, bem como demais despesas relativas à recuperação desses pacientes também é de responsabilidade das operadoras, o que levou muitos a questionarem que a saúde financeira dos planos de saúde poderia ficar comprometida.

No entanto, o que podemos sentir do atual cenário, é que ao mesmo tempo que existe uma procura para os testes do covid-19, com o custeio do plano de saúde, além das internações em decorrência do vírus, também há que se notar que os demais serviços – notadamente aqueles que demanda internação eletiva – não são tão procurados, vez que a orientação é que toda a população fique em quarentena, ou seja, que evite hospitais, consultórios, laboratórios e demais lugares com aglomeração. Com efeito, devido ao alto risco de infecção proporcionado pelo coronavírus, somente o pacientes que se encontram em situações de urgência/emergência, com risco imediato à sua vida ou integridade física, ou então pacientes que possuem doenças crônicas com tratamento contínuo é que vão procurar os serviços médicos nessa situação de pandemia.

Assim, o real impacto financeiro da pandemia para as operadoras de planos de saúde ainda é incerto e dependerá de uma análise efetiva e pormenorizada da demanda que chegará aos hospitais das respectivas redes credenciadas. E para os consumidores – principalmente aqueles que possuem contratação coletiva – esse é um assunto extremamente

relevante, uma vez que a efetiva demonstração da receita auferida e das despesas será fundamental para o reajuste da mensalidade a ser aplicada no futuro. Outro ponto que merece destaque é que o reajuste divulgado para 2020 leva em consideração as despesas assistenciais ocorridas nos anos de 2018 e 2019, com isso, eventual aumento com o impacto da pandemia se dará somente no ano de 2021.

Ainda, deve-se frisar para os beneficiários de planos de saúde coletivos (tanto empresariais, como pode adesão), que qualquer reajuste deve ser aplicado de forma clara, com a devida informação e transparência que estipula o Código de Defesa do Consumidor, proibindo-se, assim, reajustes unilaterais, desacompanhados de quaisquer documentos atuariais que legitimem o reajuste aplicado.

É evidente que as operadoras, sob o argumento de necessidade de equilíbrio financeiro, irão aplicar reajustes em suas carteiras; porém, não raro tais reajustes são calculados de forma desconhecida e sem a devida prestação de contas aos consumidores, situação esta que tem sido constantemente vedada pelo Poder Judiciário: Apelação Cível.

Plano de Saúde Coletivo Sentença de improcedência Recurso do autor Controvérsia acerca da legalidade do reajuste por sinistralidade aplicado à apólice coletiva Inexistência de abusividade na cláusula contratual que permite tal reajuste Ausência, entretanto, de demonstração dos fatores que levaram aos reajustes por aumento de sinistralidade indicado na inicial Operadora que se limitou a apresentar planilhas genéricas dos “prêmios emitidos” e “sinistros pagos”, sem lastro técnico a comprovar a sinistralidade alegada Laudo pericial embasado em meros cálculos aritméticos das despesas e receitas que não se mostra suficiente para comprovar a legalidade do reajuste Operadora que não se desincumbiu do ônus da prova que lhe cabia Abusividade verificada Substituição pelos índices de reajuste anual aprovado pela ANS para planos individuais e familiares Restituição, de forma simples, dos valores pagos a maior Sentença reformada para o fim de julgar procedente a ação. Dá-se provimento ao recurso.

(Apelação Cível 1120120-22.2018.8.26.0100 Apelante: Guilherme Barby Simão Apeladas: Amil Assistência Médica Internacional S.A e outra – Relatoria: CHRISTINE SANTINI – Data de Julgamento: 18.03.20)

Além disso, com o repasse de seus eventuais prejuízos por parte das operadoras de planos de saúde, as mensalidades não serão suportadas por seus beneficiários, já afetados com toda essa situação, o que poderá ocasionar a inadimplência e cancelamentos dos contratos dos planos de saúde.

A Lei dos Planos de Saúde (lei 9.656/98) somente permite o cancelamento de planos individuais/familiares em função da inadimplência do consumidor, por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, sendo necessário o envio de notificação pela operadora até o 50º dia de atraso do pagamento.

Ciente dessa grande possibilidade de cancelamentos e rescisões dos planos de saúde, a ANS no dia 09 de abril de 2020, dentre outras medidas, flexibilizou o uso de mais de R\$ 15 bilhões em garantias financeiras e ativos garantidores por parte das operadoras, porém estabeleceu contrapartidas que as empresas precisarão cumprir.

Uma dessas contrapartidas, é que as operadoras são obrigadas a oferecerem a renegociação de contratos, comprometendo-se a preservar a assistência aos

beneficiários dos contratos individuais e familiares, coletivos por adesão e coletivos com menos de 30 vidas, até o dia 30 de junho de 2020.

Com efeito, essa contrapartida exigida pela ANS objetiva fazer com que as operadoras ofereçam o suporte aos seus beneficiários, além de evitarem um aumento à demanda do setor público de saúde.

Portanto, a possibilidade da aplicação de reajustes abusivos (unilaterais e sem transparência), bem como o cancelamento de planos inadimplência sem que sejam observadas as regras impostas pela lei de planos de saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, são dois temas extremamente relevantes e que os consumidores deverão se resguardar nesse período de pandemia do coronavírus.

ANS DISPONIBILIZA MANUAL SOBRE EXIGÊNCIA DE CAPITAL REGULATÓRIO

ANS – 24/04/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou um manual sobre a Resolução Normativa (RN) nº 451, que dispõe sobre as regras para definição do capital regulatório das operadoras. O material traz informações e orientações relativas às novas regras estabelecidas com a norma, que revogou a RN nº 209 e a Instrução Normativa (IN) nº 14 da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), alterando o cálculo da exigência de capital reservado para manter o registro da operadora.

O capital regulatório é o limite mínimo do patrimônio líquido ajustado que a operadora deve reservar para mitigar a possibilidade de sua insolvência. A partir da publicação da RN nº 451, a operadora pode optar pelo novo modelo de capital regulatório, que é calculado a partir do seu próprio risco, ou permanecer no atual modelo de margem de solvência, que leva em consideração apenas seu volume de contraprestações e eventos.

[Clique aqui e acesse o manual.](#)

ENTENDA O AVANÇO DE BENEFICIÁRIOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

IESS - 23/04/2020

Desde a semana passada, temos analisado o crescimento do total de beneficiários de planos de saúde (tanto médico-hospitalar quanto exclusivamente odontológicos) registrado pela NAB nos 12 meses encerrados em fevereiro de 2020. Antes, portanto, de a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificar o Coronavírus como pandemia.

Agora, a Análise Especial da NAB, que acabamos de publicar, apresenta os fatores econômicos que levaram a este resultado positivo. Os números são particularmente importantes para entendermos o comportamento no segmento médico-hospitalar, já que a contratação destes planos está fortemente ligada a geração de empregos formais. Diferentemente do que ocorre com os planos exclusivamente odontológicos que, por seu custo de acesso ser comparativamente menor, continuaram avançando durante todo o período de crise econômica nacional em que mais de 3 milhões de vínculos com planos médico-hospitalares foram rompidos.

No período analisado, a taxa de desocupação caiu de 12,4% para 11,6%. Apesar de haver um volume expressivo de

trabalhadores informais, o resultado decorre principalmente do avanço de 2% no total de trabalhadores com carteira assinada. Em fevereiro de 2019 havia 32,9 milhões de postos de trabalho formal e, este ano, 33,6 milhões.

Juntamente com o incremento no emprego, a renda média real das pessoas avançou de R\$2.232 para R\$2.252, alta de 0,9%. O que significa que além de as empresas contratarem o benefício para seus colaboradores (comportamento notado nos planos médico-hospitalares), também houve aumento na capacidade das pessoas contratarem planos individuais (comportamento notado nos exclusivamente odontológicos). Confira o avanço no número de vínculos por setor econômico do período de dez/jan/fev de 2019 e dez/jan/fev de 2020.

A Análise Especial da NAB também faz uma avaliação do comportamento registrado no Centro-Oeste do Brasil, região que mais se destacou no crescimento do número total de beneficiários médico-hospitalares durante o período analisado. Vamos apresentar esta análise em um próximo blog.

ONDE ESTÃO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS?

IESS - 22/04/2020

Na última semana, comentamos que 1,7 milhão de brasileiros passaram a contar com planos exclusivamente odontológicos nos 12 meses encerrados em fevereiro de 2020, conforme aponta a edição mais recente da NAB. Na ocasião, comentamos a contratação por idade, tipo de plano (coletivo ou individual) e destacamos os números do Sudeste, que impulsionaram o crescimento. Mas como se comportou a adesão aos planos no restante do País?

O Nordeste foi a região com o maior número de novos vínculos (após o Sudeste): 197,6 mil. Proporcionalmente, contudo, foi a região com avanço mais modesto, de 4,1%. Além disso, foi a única em que um Estado registrou recuo no total de beneficiários. No Alagoas, 2,2 mil pessoas deixaram de contar com planos exclusivamente odontológicos. Recuo de 0,8%. Por outro lado, Pernambuco teve o segundo maior aumento de vínculos fora do Sudeste, foram 77,5 mil novos contratos firmados no período analisado. Alta de 8,5%.

Proporcionalmente, a região que teve o maior crescimento de beneficiários foi a Norte. O incremento de 14,7% registrado pela NAB significa que 154,3 mil pessoas passaram a contar com estes planos. Mais da metade deles concentram-se no Tocantins. O Estado teve 78,5 mil novas contratações. Avanço de 160,6%. Como é possível notar pela variação percentual, a base de beneficiários na Unidade Federativa

era muito pequena, saltando de 48,9 mil, em fevereiro de 2019, para 127,4 mil em fevereiro deste ano. O comportamento, aparentemente, foi impulsionado pela abertura de empresas e aumento do turismo que movimentaram a economia estadual ao longo do período analisado.

No Sul, o total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos aumentou 6,8%. O que representa 169,8 mil novos vínculos. Nesta região, o Paraná continua sendo o Estado com o maior número de beneficiários, 1,3 milhão, sendo 62,3 mil novos. Santa Catarina tem o menor número: 557,3 mil. Contudo, o total de contratações está crescendo em ritmo superior ao do Rio Grande do Sul, que conta com 799,7 mil vínculos. No período analisado, Santa Catarina teve 67,8 mil novas contratações (+13,9%) enquanto o Rio Grande do Sul teve 39,6 mil (+5,2%).

No Centro-Oeste, 115,6 mil pessoas passaram a contar com este tipo de plano. Alta de 7,6%. Sendo que mais da metade dos novos vínculos, 59,5 mil, foram firmados no Distrito Federal.

DEMANDA CRESCE EM MEIO A CORONAVÍRUS, MAS PLANOS DE SAÚDE ESPERAM RETRAÇÃO

Folha de São Paulo - 22/04/2020

Com isolamento e quarentena, operadoras recorrem à telemedicina

A pandemia tem exigido que as pessoas fiquem em casa, mas também as tem feito buscar mais informações sobre a doença e reorganizar a agenda de exames. Representantes do setor dos planos de saúde ouvidos pela reportagem relatam, alguns sob condição de anonimato, crescente demanda por serviços, que se manifesta de diferentes formas. Por outro lado, revelam a expectativa de que aconteça, a partir de abril, uma retração do mercado devido à desaceleração da economia.

A Prevent Senior, por exemplo, seguradora que foca o atendimento a idosos (principal grupo de risco para o vírus), observou crescimento na sua carteira de beneficiários. Foram mais de 13.939 novos contratos firmados pela empresa desde o início do ano: 3.700 em janeiro, um salto para mais de 5.000 em fevereiro e o mesmo patamar em março.

Já a corretora Brazil Health observou aumento no número de beneficiários em todas as categorias de planos, de janeiro a

março deste ano. Os dois que mais cresceram foram o individual, com 76%, e o familiar, 72%. Logo atrás vem o tipo de adesão coletiva, aquele feito por meio de representantes de profissões, como sindicatos (61%), seguido do empresarial (57%).

O plano PME, de pequenas e médias empresas –primeiro setor a sentir os impactos da pandemia na economia–, foi o que menos cresceu, 14%. “Um viés de atenção é o segmento empresarial acima de cem vidas e PMEs, que em abril vem apresentando muita demanda de exclusão e prorrogação de [vencimento de] faturas. Há cenário de preocupação quanto à inflação médica deste ano. Teremos que ter sabedoria e empatia”, diz o diretor da Brazil, Marcelo Reina.

Empresas de atuação regional também têm percebido a mudança. A Promédica, de Salvador, passou a vender planos de saúde individuais em outubro do ano passado.

Terminou 2019 com pouco mais de 10 mil vidas em sua carteira. Em janeiro de 2020 somou mais 679, em fevereiro, mais 873 e em março, mês da primeira morte pela Covid-19

no Brasil, 1.322. É um crescimento total, subtraído os pouco mais de 300 contratos desfeitos no período, de 27%.

Já a Care Plus afirmou que os pedidos de cotações de novos contratos subiram 172% em março deste ano em comparação com o mesmo mês de 2019. A pandemia tem impactado a economia. Fontes ouvidas pela reportagem dizem que é cedo para aferir números, mas que a tendência é que o segmento entre em retração e que esta se agrave nos próximos dois ou três meses.

Cresceram, por exemplo, relatos de pessoas ou empresas que tentam renegociar seus contratos, postergar vencimentos ou cancelar os planos. Diante deste cenário, a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) e a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Complementar) recomendaram a suspensão de reajuste nos valores dos planos de saúde por 90 dias.

Juntas, as duas instituições reúnem cerca de 26 milhões de brasileiros em suas seguradoras associadas. Normalmente os reajustes são feitos a cada 12 meses. A indicação vale a partir de 1º de maio. Já a ANS (Agência Nacional de Saúde Complementar), que regula os planos de saúde no país, liberou às seguradoras fundo de R\$ 15 bilhões, com a contrapartida de que elas cumpram exigências como não suspender contratos e atender a segurados que estejam inadimplentes na pandemia.

A necessidade ficar em casa faz pacientes desmarcarem consultas. Roberta, 23, por exemplo, cancelou exames de tireoide e papanicolau. Vinícius, 3, parou de ir à psicóloga após seu plano de saúde negar a cobertura do atendimento virtual. As empresas responderam que estão se adaptando às necessidades de segurança.

O aumento na demanda tem feito as seguradoras diversificarem a oferta de serviços. Até agora, a telemedicina tem sido o principal meio de atender aos beneficiários.

“As pessoas não estão saindo de casa e têm o receio frequentar o espaço médico. Neste aspecto houve diminuição do comparecimento das pessoas aos pronto-socorros. Por outro lado, houve aumento na procura com sintomas com doenças respiratórias. Um não compensa o outro ainda”, diz Daniel Coudry, CEO da Amil.

A empresa abriu nesta quinta (16) sua modalidade de telemedicina, antes restrita aos planos mais caros da seguradora, a todos os beneficiários. A estrutura terá 360 funcionários, funcionará 24 h e poderá receber 6.000 ligações por dia.

A ampliação da telemedicina foi antecipada pelo vírus, mas Coudry defende que, após a crise, ela deve seguir ativa e funcionando também para consultas eletivas. “O cliente faz a consulta com o médico de emergência, que detecta se ele precisa de segmento mais rotineiro, e aí ele pode fazer agendamento com cardiologista, neuro, ortopedista”, diz.

A solução, autorizada pelo Ministério da Saúde, em março, tem sido usada por outras empresas. O órgão também obrigou os planos a cobrir exames para coronavírus. A rede Sul-América teve em março número de atendimentos pelo canal Médico na Tela 15 vezes superior ao de janeiro e fevereiro. E afirmou que 89% dos chamados não precisaram se dirigir a um hospital.

A Care Plus disse que seu atendimento telefônico passou da média de cem ligações por mês para cem por dia. E que 70% das consultas em pronto-socorro podem ser resolvidas por este meio.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com