



01 de Fevereiro de 2017

## O PROJETO DE PLANO ACESSÍVEL E A REDUÇÃO DO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS

IESS -31/01/2017

Ao longo da última semana, com a divulgação do [total de beneficiários](#) que deixaram os planos de saúde em 2016, na [NAB](#), temos visto, nas redes sociais e em diversos sites e jornais, surgir a tese de que os planos mais acessíveis ou “populares” propostos pelo Ministério da Saúde seriam uma solução para “conter a debandada dos planos de saúde”.

É muito importante entender duas coisas: primeiro, não há “debandada”; depois, os planos mais acessíveis não são nem serão solução para que beneficiários não rompam o vínculo com a operadora, principalmente porque não foram pensados com esse objetivo.

Os planos “populares”, conforme já falamos [aqui](#), são uma boa ideia que pode colaborar para que mais brasileiros alcancem o sonho de ter um plano de saúde; que, aliás, é o [terceiro maior desejo do brasileiro](#). Contudo, é importante destacar que esses planos teriam outras características e cobertura mais restrita em relação aos planos vendidos hoje no mercado, não podendo ser considerados substitutos destes.

Uma das diferenças fundamentais é que os planos populares devem estimular a contratação de planos individuais, enquanto o mercado hoje está vivenciando, principalmente e como já apontamos anteriormente, a perda de vínculos coletivos empresariais (aqueles oferecidos pelas empresas aos seus colaboradores). Ou seja, enquanto a economia brasileira não se restabelecer minimamente e o saldo de trabalhadores com carteira assinada não para de apresentar quedas nos níveis atuais, devemos continuar a registrar reduções no total de planos de saúde.

Claro que a proposta de planos mais acessíveis, que nós apoiamos, é uma novidade no mercado brasileiro e, se for aprovada, poderá motivar alguns movimentos interessantes no mercado de saúde, inclusive com a migração de alguns planos do padrão atual para o novo modelo. Contudo, ainda é muito cedo para tentar prever quais serão esses movimentos e suas consequências para o mercado.

## ATRASO DE 60 DIAS NO ANO GERA O CANCELAMENTO DE CONVÊNIOS

O TEMPO - 31/01/2017

No ranking dos 15 vilões da inadimplência, o plano de saúde ocupa a 12ª posição, sendo pior apenas que as contas de água e luz aluguel e condomínio. Ainda assim, não escapa dos efeitos da queda de emprego e renda no país, o índice de calote mais do que dobrou. De acordo com dados do SPC Brasil, de 2015 para 2016, a taxa passou de 2,8% para 6,8%. O que nem todos os consumidores sabem é que, ao longo de um ano de contrato, os atrasos no pagamento não podem ultrapassar a marca de 60 dias. Quando isso acontece, o plano é cancelado. Entretanto, a operadora só pode desligar um beneficiário se avisar com dez dias antes de esse prazo vencer e informar todos os detalhes da dívida, dos juros e das condições para regularizar a situação.

Vânia Maria Amorim Nóbrega, 66, estava com uma cirurgia de vesícula marcada para uma quarta-feira. No sábado anterior, recebeu a notícia de que seu plano, do qual é cliente há cerca de 40 anos, estava cancelado. Ela não sabia da regra dos 60 dias e tomou um susto. “A operadora chegou a avisar, mas foi pelo boleto. Minha filha é responsável pelo pagamento, mas não vimos esse aviso a tempo. Só depois eu fiquei sabendo dessa regra, mas eu acho que a empresa deveria ter mais cuidado para comunicar, enviando o aviso em uma carta ou até mesmo ligando pra gente, pois nem todo mundo presta atenção no que está escrito no boleto”, questiona Vânia.

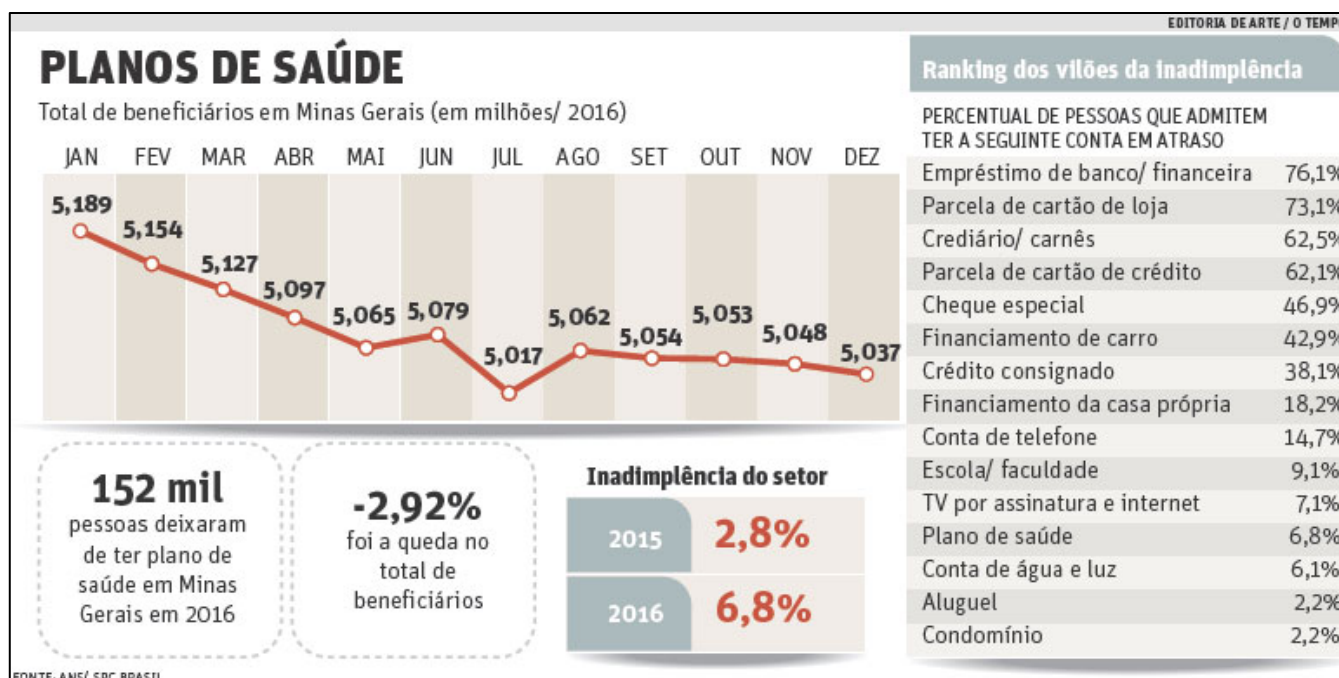
Ela ficou sem a cirurgia e sem acesso aos médicos que a acompanham no tratamento do diabetes. “E o pior é que, para contratar outro plano, tenho que cumprir carência de dois anos”, lamenta. Segundo Vânia, realmente o pagamento foi atrasando alguns dias, em cada mês. “Uns três dias depois que completou esses 60 dias acumulados de atraso já veio o aviso do cancelamento do plano”, conta.

Agora, Vânia vai tentar reverter a situação na Justiça. O advogado Marcos Paulo Amorim, especialista em direito do consumidor, explica que o cancelamento após 60 dias de inadimplência é legal, com base da súmula 28 da Agência Nacional de Saúde (ANS). Entretanto, o problema está na falta de clareza ao se comunicar com o usuário.

Segundo a ANS, as operadoras têm até o 50º dia de atraso para avisar o beneficiário sobre o cancelamento do plano, permitido após 60 dias de inadimplência, corridos ou não. Por meio de nota, a agência destaca que “tal notificação poderá ser realizada no boleto de pagamento ou em qualquer outro tipo de correspondência, desde que atenda todos os requisitos estabelecidos.”

No entanto, o advogado alega que nem todos os critérios foram obedecidos no caso de Vânia. “A despeito de não haver proibição expressa na súmula 28 da ANS, a notificação feita no próprio boleto não é o meio mais adequado, de acordo com os princípios da boa-fé e da transparência, previstos no Código de Defesa do Consumidor”, destaca Amorim.

**CUMULATIVO.** Em um ano, o atraso do pagamento do plano de saúde não pode chegar a 60 dias. Por exemplo, se a cada mês o cliente atrasar cinco dias, ao fim de 12 meses chegará a 60.



**Aviso não cumpre todos os critérios**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) afirma que o aviso de cancelamento de um plano tem que trazer identificação da operadora, do plano contratado e do consumidor e o valor exato e atualizado do débito; além do período de atraso e a forma e prazo para regularização da situação, indicando meio de contato para o esclarecimento de dúvidas.

De acordo com o advogado Marcos Paulo Amorim, no caso de Vânia Nóbrega, o aviso não trouxe o valor exato e atualizado da dívida, nem a forma e o prazo para regularização da situação. Também faltou a indicação de contato para tirar dúvidas.

**Em Minas, 152 mil contratos foram cancelados**

Em 2016, 152 mil pessoas deixaram de ter planos de saúde em Minas Gerais. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o ano começou com 5,189 milhões de beneficiários e terminou com 5,037 milhões. A queda foi de 2,92%.

Em todo país, a perda foi de 1,4 milhão de beneficiários de planos de assistência médica. De acordo com a presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz Palheiro Mendes, a deterioração no mercado de trabalho e a queda do rendimento de famílias e empresas afetaram negativamente o desempenho do mercado de saúde suplementar no último ano, principalmente no caso dos planos coletivos – aqueles feitos pelas empresas para seus funcionários.

Em Minas Gerais, dos 5,037 milhões de planos em vigor, 4,254 milhões são coletivos, o que representa 84,5% do total. De acordo com Solange Beatriz, esse tipo de contratação registrou queda 3,2% em 12 meses no país.

“Há uma clara relação entre a dinâmica do mercado de trabalho formal e o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar. Com a retração das atividades econômicas, houve a queda do número de beneficiários”, analisa a presidente Solange Beatriz, por meio de nota da FenaSaúde.

## **COMO PROPOR SOLUÇÕES PARA O EQUILÍBRIO DOS PLANOS DE SAÚDE?** SAÚDEBUSINESS - 31/01/2017

A saúde privada não vai bem das pernas já faz algum tempo. O envelhecimento da população, o desemprego, a redução de beneficiários e o mau uso do sistema agravam cada dia mais a situação. Recentemente, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) divulgou dados alarmantes sobre a saúde suplementar, referentes a 2016.

Segundo o estudo, 460 mil postos de trabalho foram fechados entre janeiro e maio de 2016, mais de 910 mil pessoas perderam seus planos de saúde no primeiro semestre do ano e estima-se que, até o fim de 2016 mais 215 mil clientes também perderão o acesso, causando uma redução de 1,1 milhão de favorecidos no ano. O levantamento também aponta que o número de segurados de planos médico-hospitalares caiu 3,2% na modalidade de contratação individual, 3,4% no coletivo empresarial e 2,5% no coletivo por adesão.

A perda do plano de saúde por milhões de cidadãos não é o único agravante, mas também a elevada utilização dos serviços de saúde. De acordo com especialistas, o ponto mais importante para amenizar o problema é o incentivo à cultura de prevenção e o autogerenciamento das condições clínicas dos pacientes. “As pessoas estão acostumadas a cuidar da doença, mas o que precisamos mesmo é cuidar da prevenção. O paciente precisa estar informado e engajado no cuidado com a sua saúde”, ressalta a Dra. Cátia Motta, responsável técnica da AxisMed, empresa pioneira no Brasil em Gestão de Saúde Populacional, que atua há 14 anos auxiliando empresas a conhecerem suas necessidades e a estruturarem soluções específicas para gestão integrada de saúde.

A dilapidação dos recursos provoca um vasto desequilíbrio nas contas. O problema da superlotação hospitalar, com prontos-socorros tornando-se um depósito de problemas não resolvidos; o uso indiscriminado e incorreto da rede de prestadores; e a duplicidade ou indicação de exames desnecessários, precisam ser solucionados com modelos de gestão de saúde eficazes. “Além disso, o sistema suplementar tende a sucumbir, uma vez que está baseado no mutualismo – pelo qual os mais jovens contribuem com valores maiores dos que efetivamente consumiriam, para cobrir os gastos dos idosos”, reitera Cátia Motta.

## **COMUNICAÇÃO ELETRÔNICA ENTRE ANS E OPERADORAS** ANS - 30/01/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reforça que desde o dia 24 de outubro de 2016 todos os documentos encaminhados pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) para as operadoras de planos de saúde estão sendo transmitidos exclusivamente por meio eletrônico através do Programa de Transmissão de Arquivos (PTA). A medida foi normatizada pela Resolução Normativa (RN) nº 411 e pela Instrução Normativa (IN) nº 52, publicadas em setembro do ano passado.

Dentre os documentos enviados pela DIOPE através do PTA, está a intimação para apresentação de defesa em processo de representação. A ANS ressalta que, conforme determina o art. 6º, §2º da RN nº 411, caso a operadora não realize o download do documento no prazo de cinco dias corridos, contados da disponibilização do documento no sistema da ANS, a comunicação será considerada realizada na data do término desse prazo.

Para a visualização dos documentos enviados, a operadora deverá acessar no PTA a opção “Receber Arquivos”, clicar em “Tipo de Arquivo”, selecionar a opção “Arquivos OPE” e clicar em “Próximo>”. Aparecerá, então, a lista dos arquivos enviados pela DIOPE.

As operadoras deverão consultar a área de recebimento de arquivos do PTA pelo menos uma vez a cada dois dias, para a checagem de documentos recebidos, conforme determinado na IN nº 52.

Confira o novo fluxo de comunicação:



Para mais esclarecimentos, clique abaixo e acesse os seguintes links:

[RN nº 411](#)

[IN nº 52](#)

[Manual PTA \(Programa de Transmissão de Arquivos\)](#)

## IDEC E ABRASCO REPUDIAM DECISÃO DA ANS DE AVALIAR PLANO POPULAR

REDE BRASIL ATUAL - 30/01/2017

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) divulgaram, na sexta-feira dia 27, uma nota contra a decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de dar continuidade à discussão dos planos de saúde populares, idealizado pelo Ministério da Saúde.

Segundo as instituições, a proposta do plano de saúde popular representa “uma mudança para pior” e um “retrocesso de 20 anos”, quando existiam planos de saúde com preços baixos, porém com restrições e segmentados.

Além disso, a nota também diz que o projeto do Ministério da Saúde poderá excluir idosos e doentes crônicos, além de negar internações, atendimentos de urgência e tratamentos.

O texto também afirma que o grupo técnico criado pela ANS e o Ministério da Saúde é arbitrário, já que exclui da discussão entidades da saúde coletiva, de defesa do consumidor, de médicos dentre outros setores da sociedade envolvidos.

Por fim, a nota afirma que planos populares ou acessíveis não são a solução para o sistema de saúde brasileiro e exigem mais transparência da ANS e do governo federal com a população.

Leia abaixo a nota:

*O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) vêm a público repudiar a decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de dar continuidade à discussão de planos de saúde populares ou acessíveis iniciada pelo Ministério da Saúde.*

*No dia 25/01/2017 a ANS anunciou a criação de um Grupo Técnico com a finalidade de analisar a viabilidade das propostas encaminhadas pelo Ministro da Saúde.*

*Alertamos, mais uma vez, que os planos de saúde populares:*

- Representarão mudança radical, para pior, na atual legislação que já apresenta falhas e lacunas. Será uma volta ao passado, mesma situação de 20 anos atrás, quando existiam planos de menor preço, porém segmentados e com restrições de coberturas.
- Poderão excluir idosos e doentes crônicos, negar internações e procedimentos caros e complexos, impedir atendimentos de urgência, tratamentos de câncer, de transtornos mentais, órteses, próteses, fisioterapia, transplantes etc.
- Poderão criar barreiras de atendimento, limitar a cobertura apenas a serviços disponíveis no local ou instituir pagamentos adicionais, além da mensalidade, sempre que o usuário tiver necessidade de determinados serviços.
- Terão poucos serviços conveniados e pagarão menos aos prestadores, o que vai gerar maior dificuldade de agendar exames e consultas com médicos e de encontrar hospitais e laboratórios de qualidade.
- Farão “explodir” a judicialização da saúde suplementar. As ações judiciais contra planos de saúde aumentaram muito nos últimos anos, inclusive por causa de planos baratos que já existem no mercado, os chamados “falsos coletivos”, com rede credenciada restrita, de má qualidade, que negam coberturas, reajustam abusivamente mensalidades e praticam rescisão unilateral de contratos.

Advertimos que a ANS, ao constituir “Grupo Técnico composto por servidores de todas as diretorias e da Procuradoria Geral da Agência”, reproduz a mesma decisão arbitrária do Ministro da Saúde, quando da criação do primeiro Grupo de Trabalho (Portaria 1.482/2016), excluindo da discussão entidades da saúde coletiva, de defesa do consumidor, de médicos dentre outros setores da sociedade envolvidos.

Exigimos maior transparência nos encaminhamentos sobre planos populares. A começar pela imediata divulgação e submissão à consulta pública das propostas e estudos encaminhados pelo Ministério da Saúde à ANS, discutidas por mais de 120 dias pelo Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde.

Por fim reiteramos que planos populares ou acessíveis não são a solução para o sistema de saúde brasileiro. Em época de recessão e desemprego, o que a população mais precisa é de proteção social. Por isso defenderemos sempre o Sistema Único de Saúde (SUS) constitucional, público, universal, de qualidade e adequadamente financiado, bem como a regulamentação da assistência à saúde suplementar, que precisa ser melhorada e não flexibilizada.

## MINISTÉRIO DA SAÚDE QUER PLANOS DE SAÚDE MAIS ACESSÍVEIS

REVISTA JRS - 27/01/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que recebeu ofício do Ministério da Saúde com o encaminhamento de sugestões visando tornar a contratação de plano de saúde mais acessível à população.

### [ANS disponibiliza número de beneficiários de planos de saúde relativos a dezembro](#)

Dados divulgados pela própria agência evidenciam que em um ano – comparando dados de dezembro de 2015 com dezembro de 2016 – o número de beneficiários em planos de assistência médica registrou queda de 2,8% (cerca de 1,4 milhão). Já o número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos cresceu 3,8% (815,3 mil).

Diante disso, a ANS deliberou, em reunião de Diretoria Colegiada realizada em 25/01/2017, pela constituição de um Grupo Técnico composto por servidores de todas as diretorias e da Procuradoria Geral da Agência para análise preliminar de viabilidade técnica da proposta e posterior realização de consulta pública. Após essas etapas, a ANS poderá se manifestar sobre o tema apresentado.

## ANS COMEÇA A ESTUDAR CRIAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE POPULAR

O GLOBO - 26/01/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) anunciou na quarta-feira que criará um grupo técnico para criar um modelo de planos de saúde mais acessível à população. A proposta foi apresentada pelo Ministério da Saúde, por meio de um ofício com sugestões para baratear o acesso ao serviço. Ainda não há informações sobre que medidas concretas poderiam ser tomadas para isso.

No ano passado, as [mensalidades de planos de saúde tiveram alta de 13,55%, a maior desde 1997](#), segundo dados do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgados neste mês pelo IBGE. O serviço pressionou os custos com saúde, que subiram 11,04% no ano passado.

Procurado, o Ministério da Saúde, autor da proposta encaminhada à ANS não se pronunciou sobre o assunto. A expectativa é que a decisão da diretoria da agência seja publicada nos próximos dias em uma portaria. Depois, as propostas do grupo técnico devem ser submetidas a consulta pública. Os prazos para isso ainda não estão definidos.

No ano passado, [a Federação Nacional de Saúde Suplementar \(FenaSaúde\) apresentou propostas de um plano popular que poderia baratear em até 25%](#) as mensalidades de planos de saúde. O modelo defendido pela entidade incluía cobertura ambulatorial e hospitalar, com co-participação ou franquia, rede hierarquizada e atendimento coordenado por um médico generalista.

## 1,4 MILHÃO DE BENEFICIÁRIOS FICAM SEM PLANO DE SAÚDE EM 2016

FENASAÚDE - 26/01/2017

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Sudeste foi responsável pela perda de mais de um milhão de beneficiários (-1,1 milhão) de planos de saúde em 2016. Só o estado de São Paulo registrou a extinção de 630 mil vínculos nos planos de assistência médica, seguido do Rio de Janeiro, com 264 mil.

Em todo país, houve uma perda de 1,4 milhão de beneficiários de planos de assistência médica, com retração de 2,8%, entre dezembro de 2015 e dezembro de 2016. Nesse período foram fechados cerca de 1,4 milhão de postos de trabalho, com declínio de 3,3%, na mesma base de comparação, segundo os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

“Ainda é cedo, mas acho que se conseguirmos estabilizar nas taxas de 2016 será um avanço. Se a gente conseguir interromper essa tendência de queda será positivo. A deterioração no mercado de trabalho e a queda do rendimento das famílias e empresas afetaram negativamente o desempenho do mercado de saúde suplementar no último ano, especialmente em relação à aquisição de planos coletivos empresariais”, esclarece a presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz Palheiro Mendes. De acordo com a executiva, esse tipo de contratação registrou queda 3,2% em doze meses, passando de 32,8 milhões em dezembro de 2015 para 31,8 milhões em dezembro de 2016.

“Há uma clara relação entre a dinâmica do mercado de trabalho formal e o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar. Com a retração das atividades econômicas, houve a queda do número de beneficiários. Os planos coletivos empresariais são responsáveis por mais de 66,4% dos vínculos”, analisa Solange Beatriz.

Apesar de manter a trajetória de desaceleração em sintonia com a recessão econômica, o segmento de planos de saúde mostra resiliência, já que a redução do número de beneficiários foi bem menor que a queda do emprego e do PIB, nos últimos doze meses terminados em dezembro de 2016. Enquanto os planos de saúde registraram queda de 2,8%, o PIB (Produto Interno Bruto) deve sofrer uma retração de 3,5% (Focus) e o estoque de empregos, 3,3%.

“O País está saindo de um processo de crise na economia. 2017 será um ano para estabilizar e voltar a crescer. As questões do setor de saúde são estruturais e nossos esforços estão voltados para diminuir custos e coibir os desperdícios”, afirma a presidente da FenaSaúde.

## MENOS EMPREGO, MENOS SAÚDE

IESS - 26/01/2017

Em 2016, 1,1 milhão de vínculos foram rompidos com planos de saúde médico-hospitalares apenas na região Sudeste do Brasil. O montante equivale a 79,9% do total de 1,37 milhão de beneficiários que deixaram seus planos em todo o País, de acordo com os dados da [NAB](#) que acabamos de atualizar.

Apenas no Estado de São Paulo, 630,3 mil beneficiários deixaram de contar com o benefício. O número é maior do que a soma de vínculos rompidos em todas as outras regiões do Brasil (277,7 mil) e representa a 46,1% do total de vínculos rompidos no País.

Com o resultado, o mercado de planos de saúde encerrou o ano passado com 47,89 milhões de beneficiários, queda de 2,8%. Desses, 29,45 milhões concentram-se na região Sudeste, sendo 17,71 milhões só em São Paulo.

A redução no total de vínculos está ligada diretamente ao cenário econômico negativo. Especialmente, a queda do nível de empregos, que foi de 1,32 milhão de postos de trabalho formal em 2016. Afinal, a maior parte dos planos de saúde (31,8 milhões) é de planos coletivos empresariais. Aqueles oferecidos pelas empresas aos seus colaboradores.

Acreditamos que o resultado do setor só não tenha sido mais negativo e parte da resiliência do setor pode ser explicada pelo grande desejo do brasileiro de contar com este benefício. Como já [mostramos aqui](#), o plano de saúde é o 3º maior desejo do brasileiro, atrás apenas de educação e casa própria.

Isso significa que as famílias que contam com o benefício do plano, quando enfrentam uma redução de renda, seja por perda de emprego de um dos membros familiares ou por outro motivo, optam por cortar outros gastos antes de pensarem em deixar o plano de saúde.

Ainda é difícil prever como o mercado irá se comportar ao longo do ano, mesmo com a economia ensaiando os primeiros sinais de recuperação. O que podemos afirmar, no momento, é que enquanto a economia do País não reagir e o saldo de empregos

voltar a crescer, o setor de saúde suplementar, provavelmente, continuará a ver beneficiários, infelizmente, optando por romper vínculos com as operadoras de planos de saúde.

Vale lembrar, menos beneficiários não representam, automaticamente, menos custos para o setor.

## **CONFIRA AS MUDANÇAS NA DIREÇÃO TÉCNICA**

**ANS - 25/01/2017**

Entram em vigor na terça-feira (24/01) a Resolução Normativa nº 417 e a Instrução Normativa nº 50, que tratam do regime especial de Direção Técnica e do Plano de Recuperação Assistencial no mercado de saúde suplementar.

Essa resolução traz aprimoramento às normas já estabelecidas pela Resolução Normativa nº 256, de 2011, revogada com a publicação do novo texto sobre esses temas. O detalhamento da norma está na Instrução Normativa nº 50, também publicada no D.O.U.

“O objetivo da criação dos novos normativos é conferir mais transparência à metodologia utilizada, mais previsibilidade na adoção de medidas e uma atuação ainda mais preventiva da ANS”, afirmou a gerente de Direção Técnica, Dominic Lourenço.

A RN 417 e a IN 50 foram publicadas no Diário Oficial da União no dia 23/12/2016.

## **ANS PUBLICA ORIENTAÇÕES SOBRE RN 419**

**ANS - 25/01/2017**

Norma atualiza RN 392 que trata de ativos garantidores

A ANS constantemente aprimora sua regulação do mercado e recentemente atualizou a Resolução Normativa 392 por meio da RN 419. A norma foi publicada em dezembro e trata da aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras de planos de saúde. A modificação também acompanha a Resolução 4.444 do Conselho Monetário Nacional (CMN) relativa à aplicação dos recursos das reservas técnicas das seguradoras que devem preservar a segurança, liquidez e rentabilidade dos ativos.

Assim, para que as operadoras não tenham dificuldades na administração segura dos recursos financeiros captados, a ANS publicou uma compilação das principais orientações sobre a RN 392 e suas modificações. A apresentação em powerpoint traz, por exemplo, as diferenças entre ativos livres e ativos garantidores não bloqueados, entre outras possíveis dúvidas.

Para melhorar ainda mais o entendimento e cumprimento da norma, também foi criada uma tabela com os limites de alocação de cada um dos ativos possíveis, distribuídos por modalidade e identificando se sua aplicação é possível para operadoras de pequeno, médio ou grande porte.

Caso a operadora tenha dúvidas adicionais, poderá encaminhá-las pelo [dioperesponde@ans.gov.br](mailto:dioperesponde@ans.gov.br).

A apresentação está disponível no portal da ANS em Espaço da Operadora, no link [Compromissos e Interações com a ANS – Solicitações e Consultas](#)

[Se preferir acesse diretamente as orientações](#) ou a [Tabela de Ativos Garantidores e seus Limites](#)

## **CRISE FEZ 1,4 MILHÃO DEIXAREM DE PAGAR PLANOS DE SAÚDE EM 2016**

**JC NEGÓCIOS – 25/01/2017**

O mercado brasileiro de planos de saúde médico-hospitalares registrou perda de 1,37 milhão de beneficiários em 2016, equivalendo a uma queda de 2,8% em comparação ao mesmo período do ano anterior, constata a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), produzida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

A região Sudeste puxou a queda do total de beneficiários de planos médico-hospitalares em 2016. Nos 12 meses encerrados em dezembro, 1,37 milhão de vínculos foram rompidos (retração de 2,8%) no Brasil, sendo que 1,1 milhão destes, o que equivale a 79,9%, se concentram no Sudeste.

Apenas no Estado de São Paulo, 630,3 mil beneficiários deixaram de contar com o plano de saúde médico-hospitalar. O número é maior do que a soma de vínculos rompidos em todas as outras regiões do Brasil e equivale a 46,1% do total de vínculos rompidos no País.

O superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, explica que a variação se deve, em grande parte, ao cenário econômico negativo e à queda do nível de emprego do País.

“Segundo dados do Caged, o saldo de empregos de 2016 ficou negativo em 1,32 milhão de postos de trabalho formal. Como os planos coletivos empresariais (aqueles fornecidos pelas empresas aos seus colaboradores) ainda representam a maior parte dos planos médico-hospitalares no País, é natural que o número de vínculos apresente retração junto com o saldo de empregos formais”, aponta.

Carneiro destaca que o ano poderia ter encerrado com uma redução ainda maior no total de beneficiários. “Como o plano de saúde é o terceiro maior desejo do brasileiro, atrás apenas da casa própria e da educação, os beneficiários de planos de saúde, mesmo desempregados, optam por cortar outros gastos antes de romper o vínculo com a operadora”.

---

**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](mailto:saude@milliman.com).

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

**MILLIMAN**  
**Av. Nilo Peçanha, 50 sl 601.**  
**Centro - Rio de Janeiro – RJ**  
**CEP 20020-906– Brasil/fax: 55-21-2210-6313**