

ÍNDICE INTERATIVO

[Negócios no setor de saúde não devem representar prejuízo a clientes, dizem especialistas](#) - Fonte: CNN Brasil

[“STJ vai definir sobrevivência dos planos de saúde”, diz diretora da Fenasaúde](#) - Fonte: InfoMoney

[Lucro da Qualicorp recua 25,2% no 4º trimestre](#) - Fonte: Valor Econômico

[Plano de Saúde: Preço ou qualidade dos serviços contratados?](#) - Fonte: Migalhas

[Qualidade Hospitalar: ANS divulga lista de hospitais que aderiram ao Programa de Monitoramento](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Hapvida mais que dobra o lucro no quarto trimestre e soma R\\$ 200 milhões](#) - Fonte: Valor Econômico

[Número de beneficiários em planos odontológicos cresce 9% no ano](#) - Fonte: IESS

NEGÓCIOS NO SETOR DE SAÚDE NÃO DEVEM REPRESENTAR PREJUÍZO A CLIENTES, DIZEM ESPECIALISTAS

CNN Brasil – 30/03/2022

Movimentações envolvendo a SulAmérica e Amil, no início deste ano, são 'normais' no setor, que conta com regulação específica, além da atuação de órgão de direito do consumidor e da justiça.

O setor de saúde passa por um processo de consolidação que se intensificou na pandemia. Só neste ano, negociações envolvendo a seguradora SulAmérica e o Grupo Amil colocaram em alerta cerca de 13 milhões de clientes das duas empresas. Para especialistas ouvidos pelo CNN Brasil Business, as movimentações “são normais” neste mercado, desafiado por custos e riscos elevados, e não devem representar perdas para os usuários.

No entanto, em caso de prejuízo, eles destacam mecanismos e leis nos quais os consumidores podem se apoiar. Além de o setor ter uma agência reguladora específica, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de saúde são produtos cobertos por uma série de leis e regras que buscam proteger e orientar os usuários.

Em relação ao negócio envolvendo a SulAmérica, a empresa anunciou em 23 de fevereiro deste ano um acordo de compra pela Rede D'Or, do setor hospitalar, sendo uma mudança de controle societário, e não de posse de carteiras de planos de saúde.

Em nota, a SulAmérica afirmou que a negociação ainda precisa ser autorizada pelos acionistas das duas companhias e pelos órgãos reguladores competentes, e que “o cliente SulAmérica continuará usando seus produtos e serviços da mesma forma que usa atualmente”.

“A SulAmérica mantém seus compromissos com seus mais de 7 milhões de clientes com o apoio dos seus 4 mil colaboradores, 36 mil corretores e parceiros comerciais, além dos 1200 hospitais e 23 mil prestadores de saúde presentes em sua rede assistencial”.

Já no caso da Amil, que tem 5,6 milhões de clientes, a empresa realizou uma transferência para a sua subsidiária APS de uma carteira de cerca de 340 mil usuários de planos individuais nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro e Curitiba.

A mudança foi analisada e autorizada pela ANS em dezembro de 2021, e concluída em 1º de janeiro de 2022. À CNN Brasil, a Amil disse que “não houve nenhuma modificação de rede credenciada e de contrato vigente com os beneficiários em função da transferência de carteira”.

Entretanto, o caso ganhou um novo capítulo em fevereiro deste ano, quando a ANS suspendeu uma tentativa da controladora da Amil, a UnitedHealth, de se retirar do quadro

societário da empresa, ao mesmo tempo em que a Amil e outra operadora do grupo, a Santa Helena, deixariam o quadro de sócios da APS.

A suspensão ocorreu, segundo a ANS, porque a agência não recebeu nenhum pedido de alteração de estrutura societária. Desde então, foi aberto um processo administrativo para esclarecer o caso, e posteriormente a agência poderá autorizar, ou não, a mudança societária. Na fase atual, as empresas tiveram até a quinta-feira (17) para esclarecer informações e enviar documentos solicitados.

Dentre os documentos estão um lado de fundamentação para preço da venda, descrição de serviços fornecidos pela APS e por terceiros, demonstração de capacidade de atendimento da APS em relação aos serviços a serem prestados e demonstração de capacidade financeira de operação.

“A APS continua sob o controle da Amil e a Amil continua sob o controle do UnitedHealth Group. Todos os beneficiários de planos individuais transferidos da Amil para a APS permanecem sob a responsabilidade da APS e a APS permanece integrando o Grupo Amil, logo, todos os beneficiários permanecem sob a responsabilidade do Grupo Amil”, diz a agência.

Outro problema foi que alguns detentores dos planos de saúde que migraram para a APS começaram a reclamar de redução da rede de atendimento. Em 14 de março, a ANS convocou a Amil e a APS para apresentar um plano de ação para todos os clientes transferidos.

O plano, apresentado na quarta-feira (16), inclui ações como redução de tempo para autorização de cirurgias eletivas, retirada temporária de autorização prévia para liberação de exames laboratoriais, redirecionamento dos beneficiários transferidos para o portal da Amil, reforço de comunicação com os beneficiários e atualização da base de prestadores não hospitalares da APS no portal.

Em relação a mudanças na rede credenciada, a Amil disse que não houve “nenhum ajuste atípico”, mas sim movimentações tradicionais a cada ano e que seguiram as normas da ANS.

À CNN, a ANS afirmou que “continuará monitorando os prazos de atendimento e a assistência conferida aos clientes, bem como todos os processos e exigências que precisam ser cumpridos pelas empresas no âmbito da regulação.

“A agência tem afirmado que não pode haver, em hipótese alguma, a interrupção da prestação de assistência aos beneficiários da carteira da APS, principalmente aos que

estejam em regime de internação hospitalar ou em tratamento continuado”.

A orientação da ANS é que usuários que tenham problemas procurem primeiro a Amil. Caso não haja solução, é possível registrar reclamação junto à agência.

Situação do setor

Kloh vê o caso da Amil com preocupação. No entanto, ele diz acredita que a ANS vai exigir garantias mínimas da operadora, sob pena de a carteira voltar para a Amil. “A APS deve conseguir cumprir, no papel, mas não tem como garantir a qualidade”, afirma.

Ele também adverte para um sistema que mostra “insustentável”. “A base de usuários não é muito grande, mas o custo do sistema é muito alto, em especial do ponto de vista de risco versus custo”.

Já Alessandro Toledo vê um processo natural de ascensão de grupos maiores absorvendo empresas menores, que não têm mais condições de subsistir.

No caso da Amil, ele destaca a mudança de titularidade de carteira de uma empresa maior e com mais recursos para outra bem menor, com menos capacidade e experiência, que até então tinha cerca de 10 mil beneficiários.

“O investimento [da United, acionista majoritária da Amil e da APS] não está tendo o retorno esperado, por uma série de razões, como falha de condução de operações, falta de controle de sinistralidade. A sinalização é que a United estaria disposta a sair do Brasil”, avalia.

Mas mesmo esses planos agora precisarão ficar em pausa, e aguardar a próxima decisão da ANS.

Já no caso da SulAmérica, ele avalia que “as aquisições são bem-vindas”. “Quando tem operadora com atendimento mais restrito e ela é adquirida por uma maior, a expectativa é ter acesso a mais serviços. Mas tem que ficar preocupado se os direitos serão garantidos, sem descontinuidade, e para isso tem a lei dos planos de saúde, a regulação de ANS”.

O que diz a legislação

Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), afirma que toda mudança de carteira de planos de saúde ou de composição societária de empresa do setor passa pela análise e aprovação da ANS.

O objetivo, segundo ele, é “verificar as condições dos novos acionistas e se [o grupo em questão] tem capacidade técnica e financeira de manter a empresa em seus padrões”.

Segundo ele, movimentações de titularidade não mudam necessariamente a prestação dos serviços, já que a lei não

permite isso. Ou seja, os direitos dos beneficiários permanecem os mesmos.

Caso a nova controladora da empresa ou carteira de planos exclua um hospital, médico ou laboratório da rede, ela é obrigada pelas normas da ANS a substituir por um equivalente.

“Se as regras são descumpridas, [o usuário] pode buscar seus direitos junto à própria ANS, e até o Judiciário”, diz.

O professor da FGV Direito Rio, Gustavo Kloh, afirma que a verificação de mudanças nas redes de planos é, em geral, mais difícil de ser feita em grandes cidades do que em locais menores.

Em cidades menores, a rede já é pequena, e a perda de um hospital ou médico é percebida e comprovada de forma mais simples. Já em cidades maiores, em especial capitais, as mudanças de rede são muito mais qualitativas do que quantitativas.

A determinação de qualidade, porém, é subjetiva, o que pode dificultar a comprovação de piora do serviço da rede e de prejuízo ao cliente. Kloh avalia que é sempre possível reclamar nesses casos com a ANS ou órgãos de defesa do consumidor, além da via judicial.

“As operadoras têm como estratégia não negociar porque é um mercado estressado, muitos planos de saúde vêm fechando, com dificuldades financeiras, margem pequena, inadimplência grande, não é porque é caro que está bem financeiramente”, afirma.

Para quem busca ações judiciais, Kloh considera que as individuais costumam ser mais eficientes que as coletivas, já que é possível negociar soluções pontuais caso a caso ou emitir liminares. A velocidade de análise também tende a ser maior, segundo o professor.

Portabilidade de plano

Toledo pondera que, mesmo quando o consumidor não é prejudicado, ele pode se sentir inseguro em cenários de mudança de titularidade de carteira ou controle da empresa. Nessas situações, há ainda outra opção, a portabilidade. O termo se refere à mudança de um plano de saúde para outro, e pode ser feita por qualquer beneficiário.

Mas o processo tem algumas regras. “A pessoa tem que ter pelo menos 1 ano no plano em dia com a mensalidade, e se a mudança for de plano individual para coletivo, é necessário ter vínculo com entidade de classe”, afirma Toledo.

Ele lembra que a migração não tem custo (ou taxas), e a ideia é carregar carências já consumidas no plano de origem. “Não é preciso cumprir um novo. É algo mais novo, e vale para qualquer tipo de plano desde 2019”, diz.

“STJ VAI DEFINIR SOBREVIVÊNCIA DOS PLANOS DE SAÚDE”, DIZ DIRETORA DA FENASAÚDE

InfoMoney – 29/03/2022

Corte julgará se lista de mais de 3 mil procedimentos da ANS exigirá pagamento de remédios em fase final de testes ou de terapias ainda muito caras

O julgamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre o rol dos procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é aguardado com ansiedade pelo setor, pois definirá se a lista deve ser taxativa (a ser seguida à risca, sem acréscimos) ou exemplificativa (em que novas terapias podem ser incluídas a partir de avanços e descobertas).

A Fenasaúde, que representa 16 grupos privados de saúde que detêm 40% do setor, diz que os planos ficarão mais caros se os magistrados fizerem a segunda opção.

Segundo a diretora-presidente da entidade, Vera Valente, a discussão, iniciada em 2021, definirá se a lista de mais de 3 mil procedimentos da ANS exigirá o pagamento de medicamentos que estejam em fase final de testes ou de terapias ainda muito caras. Para ela, essa decisão é “fundamental para a sobrevivência do setor”.

Leia, a seguir, os principais trechos da entrevista:

Como é composto o rol de procedimentos da ANS?

A inovação é importante, mas os sistemas de saúde não conseguem pagar todas as drogas para todas as pessoas. Isso não acontece em nenhum país. Nos países com sistema de saúde organizado, existe uma análise do que o sistema vai pagar. Quando se trata de algo nichado, que não vai para a fase 3 (de testes), traz mais insegurança sobre o uso da droga. É preciso definir a efetividade, o real benefício e o custo deste produto.

E o que pode ser definido com a decisão do STJ?

O rol de procedimentos cobertos engloba 3,3 mil itens, mas uma terapia gênica de US\$ 300 mil. Não é algo trivial. Se formos considerar isso, será impossível de calcular o valor do plano.

O rol taxativo protege o consumidor, traz previsibilidade e garante a sustentabilidade do sistema. Hoje, o Brasil possui

700 operadoras de saúde e grande parte não vai conseguir absorver isso.

O pior caminho é a judicialização e nem todo mundo consegue acessar a Justiça. Se o STJ definir que o rol de procedimentos é taxativo, a jurisprudência vai guiar a primeira instância para que ela tenha um melhor entendimento de como o sistema funciona.

Mas é natural que o beneficiário busque que o plano pague seus tratamentos...

É compreensível, mas o juiz não pode buscar o caso isolado. Hoje, a análise de novos produtos e procedimentos pela ANS foi agilizada.

A análise é feita de forma criteriosa, para definir o que se deve pagar e o que não compensa, pois não se comprovou benefício. É assim aqui e no mundo inteiro.

No combate ao câncer, por exemplo, todos os tipos têm tratamento. O plano paga pela cirurgia, rádio, químico... O tratamento infusional entra automaticamente para o rol de cobertura. Já as novas drogas orais passam pela avaliação. Hoje, são 58 no rol. O sistema paga pela maioria das coisas.

Como aumentar o acesso aos planos de saúde?

Estávamos na faixa de 46 milhões de beneficiários e hoje são 49 milhões, pois na pandemia houve uma maior preocupação com saúde. O reajuste dos planos virá mais expressivo, mas o setor quer manter esses usuários e aumentar o número.

Para isso acreditamos que é preciso uma modernização da lei, para adequar a uma nova realidade. Um dos pontos é se ter o plano ambulatorial de verdade. Hoje esse plano também “pendurou” a emergência, que é algo de natureza hospitalar.

E, hoje, há um contingente de pessoas querendo acesso à saúde privada para consultas e exames. No entanto, em ano de eleição essas agendas que precisam de mais debate são mais difíceis.

As informações são do jornal O Estado de S. Paulo.

LUCRO DA QUALICORP RECUA 25,2% NO 4º TRIMESTRE

Valor Econômico – 29/03/2022

A administradora de planos de saúde informou lucro líquido de R\$ 50,6 milhões no período; no acumulado de 2021, o lucro líquido recuou 6,7%, para R\$ 365,8 milhões

A administradora de planos de saúde Qualicorp registrou lucro líquido de R\$ 50,6 milhões no quarto trimestre de 2021, queda de 25,2% na comparação com o mesmo período de 2020. No consolidado do ano passado, o lucro líquido recuou 6,7%, para R\$ 365,8 milhões.

Segundo a empresa, as perdas no lucro nas duas bases de comparação refletiram o aumento de amortizações de comissões, piora no resultado financeiro líquido, negativo em R\$ 47,9 milhões ao fim de dezembro, além de despesas financeiras.

A receita líquida alcançou R\$ 521,5 milhões, alta de 1,2% ante outubro a dezembro do ano anterior, enquanto no acumulado de 2021, a Qualicorp faturou 2,1 bilhões, aumento de 3,5% em relação a 2020.

Nos três últimos meses do ano passado, a Qualicorp teve adição líquida de 8,1 mil vidas, redução de 92% ante o mesmo período de 2020. Em contrapartida, o portfólio de clientes subiu 2,2% no período, para 2,6 milhões de vidas.

O lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês) ajustado foi de R\$ 260,9 milhões, crescimento de 15,3% no comparativo com o mesmo trimestre do ano anterior. A margem Ebitda ajustado ficou em 50%, alta de 6,1 pontos percentuais (pp).

Já o Ebitda ajustado anual teve queda de 2%, para R\$ 1,05 bilhão, com margem de 50,1%, queda de 2,8 p.p. A Qualicorp diz que a queda na base anual deve-se à redução de despesas, principalmente, com contingências e provisões para perdas.

A companhia fechou o ano com dívida líquida de R\$ 1,52 bilhão, o dobro do apurado no ano anterior, com o nível de alavancagem de 1,45 vez, contra 0,68 vez no fim do quarto trimestre de 2020.

PLANO DE SAÚDE: PREÇO OU QUALIDADE DOS SERVIÇOS CONTRATADOS?

Migalhas – 29/03/2022

Preço ou valor das mensalidades é, muitas vezes, o fator que motiva a contratação do plano de saúde. Mas a qualidade dos serviços deve ser considerada pela operadora.

Diz uma coisa: antes de contratar um plano de saúde você escolhe pelo valor das mensalidades ou pela rede de serviços que ela oferece?

Preço é importante, até porque a rede credenciada de serviços oferecidos, muitas vezes está associada a ele.

A qualidade da rede de médicos, hospitais, clínicas e laboratórios passa a credibilidade e confiança nas horas em que precisar e por isso, o consumidor prefere pagar um pouco mais por isso.

Há três formas distintas de acesso aos serviços de saúde contratados com a operadora:

A primeira dá ao consumidor a liberdade de escolher os profissionais e rede de serviços de saúde de referência e a operadora apenas reembolsa os valores que ele pagou, no limite do que foi estabelecido em contrato, na forma do seguro-saúde;

A segunda o consumidor tem à sua disposição a rede conveniada de serviços e hospitais contratados pela operadora sem restrição alguma. Aqui, a operadora disponibiliza os serviços próprios de saúde;

Na terceira hipótese, o consumidor tem à sua disposição a rede de serviços de saúde credenciados pela operadora, onde os profissionais e serviços são contratados por ela, mas não são dela.

É importante você estar por dentro disso pois numa eventual ocorrência de erro médico que vier a lhe gerar prejuízo, nem sempre a operadora será a responsável.

Mas também é importante saber que, independentemente do tipo de contratação, a operadora deve manter a qualidade dos serviços de saúde que oferece: seja por meio de referência, credenciamento ou rede própria, o nível de atendimento e estrutura de serviços de saúde devem ser mantidos durante toda a contratação.

O art. 17 da Lei Geral de Planos de Saúde estabelece que a inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado implica compromisso com o consumidor, até mesmo em caso de substituição.

Tal dever não se restringe a hospitais, mas a médicos, clínicas, laboratórios, enfim: toda a rede de serviços de saúde oferecida ao consumidor.

E olha só: quando houver a necessidade de substituição de tais serviços cumpre a operadora comunicar o consumidor com antecedência mínima de 30 dias.

A boa-fé (honestidade) deve ser preservada pela operadora, uma vez que ela foi inicialmente escolhida em razão da rede de parceria de saúde conveniada, considerando a importância de o consumidor contar com tais serviços de qualidade.

Não é justo que a operadora se sirva de uma rede de alto nível de saúde para angariar mais clientes e depois, sem comunicar o consumidor (ou mesmo comunicando), ofereça serviços de saúde incompatíveis com o que foi contratado no início, para lucrar mais.

A operadora que altera a rede de serviços de saúde sem comunicar antecipadamente o consumidor falta com o dever de confiança contratual incorrendo por isso em conduta abusiva ao surpreender o paciente no momento de sua maior necessidade.

Imagine o que seria do consumidor que precisa de cirurgia com o hospital e médico de sua confiança e a operadora nega o tratamento por não dispor mais daquele hospital ou médico que o paciente já tratava?

Tal ocorrência enseja inclusive a reparação por danos materiais e morais e já foi levado à atenção do nosso judiciário para reconhecer tais direitos ao consumidor prejudicado.

Por outro lado, não cabe à operadora garantir custos com serviços de saúde além do que foi contratado. É por isso que o consumidor não pode exigir dela reembolso de valores com profissionais de sua escolha acima do limite contratual.

E no tocante a reembolso é bom esclarecer o seguinte:

O reembolso será parcial se o consumidor escolheu médico e hospital fora da rede conveniada.

Caso contrário, não havendo cobertura do tratamento de saúde na região do contrato, com médico especializado, a operadora deve fazer o custeio total dos serviços necessários para o restabelecimento da saúde do paciente, porque cumpre à operadora o dever de manter ou garantir saúde.

Portanto, durante o contrato de plano de saúde devem ser observadas as exigências de se manter o nível de qualidade entre o prestador de serviço oferecido e o substituto e a comunicação antecipada ao consumidor de 30 dias.

Tais observações dizem respeito aos consagrados princípios da informação e transparência, que falam alto aqui e devem ser considerados. Até porque, os preços pagos pelo consumidor (que não são baixos), devem lhe assegurar o nível de excelência pelos serviços ao longo de todo o contrato.

QUALIDADE HOSPITALAR: ANS DIVULGA LISTA DE HOSPITAIS QUE ADERIRAM AO PROGRAMA DE MONITORAMENTO

GOV (ANS) – 24/03/2022

Instituições elegíveis terão nova oportunidade de se inscrever até 30/04

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga a lista de hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar e faz uma nova chamada para que as instituições elegíveis possam aderir a ele. Os interessados têm até o dia 30 de abril para fazerem sua inscrição ([clique aqui](#)).

[Confira a lista de hospitais participantes.](#)

[Confira a lista de hospitais que são elegíveis ao Programa para o ano-base 2022.](#)

A gerente de Estímulo e Inovação à qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, ressalta que, ao aderir ao programa, o hospital tem a possibilidade de aperfeiçoar a qualidade dos serviços ofertados aos usuários. “Ao participar, é possível acompanhar o desempenho mensal da qualidade e identificar oportunidades de aprimoramento pelo hospital. Por outro lado, a divulgação dos resultados a partir de uma metodologia padronizada permite comparabilidade e confere maior transparência”, destaca Ana Paula.

O Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar é uma iniciativa da ANS que visa incentivar a melhoria da

qualidade dos serviços por meio do monitoramento e avaliação do desempenho e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares, através de indicadores que são coletados pelo Sistema de Indicadores Hospitalares (Sihosp).

Ele permite a análise para todo o setor por meio de metodologia única e padronizada. A avaliação é realizada pelo órgão regulador, de forma técnica e imparcial, possibilitando criar uma série histórica para efeitos de comparação de desempenho ao longo dos anos.

Os resultados são divulgados por meio de metodologia de comparabilidade dos hospitais, classificados por cinco faixas identificadas por cores, com transparência e confiabilidade, o que contribui para o ganho reputacional e de credibilidade do hospital junto aos usuários, operadoras e sociedade em geral.

Dentre as vantagens de fazer parte do programa também estão a possibilidade de benchmarking (comparativo dos resultados do próprio hospital com os da média do setor e com outros resultados dos hospitais de excelência do Brasil) e o acesso a relatórios emitidos pelo sistema, que identifica lacunas e oferece informações para a melhoria da gestão assistencial do hospital.

A participação do hospital ainda favorece a implantação de modelos de remuneração baseados em valor, além de a unidade inscrita poder estar em eventos, seminário e oficinas exclusivos para os membros do programa.

Plantão de dúvidas on-line sobre o Sihosp

Os hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar poderão tirar dúvidas sobre o Sistema de Indicadores Hospitalares (Sihosp) todas as terças e quintas-feiras de 2022, em encontros que serão realizados

por meio da plataforma Teams. Os plantões terão duração de 1h30min e não há necessidade de fazer inscrição. Para participar, o representante do hospital deve solicitar o link de acesso enviando e-mail para monitoramento.qualidade@ans.gov.br.

Confira abaixo os horários:

Terças-feiras – das 10h às 12h

Quintas-feiras – das 14h30 às 16h30.

HAPVIDA MAIS QUE DOBRA O LUCRO NO QUARTO TRIMESTRE E SOMA R\$ 200 MILHÕES

Valor Econômico – 23/03/2022

Entre janeiro e dezembro, o lucro líquido recuou 36,3%, para R\$ 500,3 milhões.

A Hapvida registrou lucro líquido de R\$ 200 milhões no quarto trimestre de 2021, alta de 112,4% em relação ao mesmo período de 2020. Entre janeiro e dezembro, o lucro líquido recuou 36,3%, para R\$ 500,3 milhões.

A receita líquida cresceu 14,3% no comparativo trimestral, para R\$ 2,6 bilhões, enquanto a receita no acumulado do ano foi de R\$ 9,88 bilhões, alta de 15,5%.

O número total de beneficiários alcançou 7,5 milhões ao final do trimestre passado, avanço de 12,9%. A carteira do segmento saúde cresceu 14,3%, para 4,3 milhões de usuários, enquanto os planos odontológicos somaram 3,2 milhões de usuários ao fim do período, crescimento de 11,2%.

O tíquete médio do segmento saúde recuou 1,2%, para R\$ 200,01, refletindo os ganhos de 3,3% de planos corporativos e o recuo de 3,2% nos planos individuais.

Já o tíquete médio odontológico foi de R\$ 11,48, queda de 8,7% o comparativo trimestral. Os planos corporativos sofreram recuo de 13,8% no valor médio das mensalidades, enquanto os individuais registraram queda de 4,1%.

A sinistralidade total no quarto trimestre do ano passado foi de 67,2%, queda de 0,7 ponto percentual no comparativo anual. Já a sinistralidade caixa ficou em 64,9%, avanço de 5,4 pontos percentuais.

A Hapvida afirma que, excluídos os custos relacionados à covid-19, as despesas médicas das recentes aquisições e o impacto da redução de tíquetes dos planos individuais, a sinistralidade caixa teria sido de 61,2% no trimestre, “em linha com o histórico de períodos comparativos”.

O Ebitda somou R\$ 388,4 milhões entre outubro e dezembro, queda de 10,1% na base trimestral. Já a margem Ebitda recuou 4 pontos percentuais no último trimestre, para 14,9%.

O Ebitda anual da Hapvida foi de R\$ 1,44 bilhão, recuo de 28,8%, acompanhado por margem Ebitda de 14,6%, 9,1 pontos percentuais abaixo do registrado em 2020.

As despesas administrativas da Hapvida subiram 41,1% no último trimestre, para R\$ 292,6 milhões, enquanto as despesas de vendas avançaram 29,4%, para R\$ 219,1 milhões.

A rede própria da companhia somava 481 unidades ao fim do terceiro trimestre, alta de 3,7% no comparativo anual.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS ODONTOLÓGICOS CRESCE 9% NO ANO

IESS – 23/03/2022

A preocupação dos brasileiros com a saúde bucal tem se tornado mais evidente nos últimos tempos. A Análise da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 67, desenvolvida pelo IESS, mostra que, no período de 12 meses, houve crescimento de 9% no volume de adesões a planos exclusivamente odontológicos no País. Em janeiro de 2021, eram 26,8 milhões de beneficiários, número que saltou para 29,2 milhões no mesmo mês de 2022, saldo de 2,4 milhões de vínculos no período.

O melhor desempenho de contratações levando-se em conta as regiões do País foi registrado no Sul, com saldo positivo de 16%. Na sequência aparece o Norte (13,8%), Nordeste (8,6%) e Sudeste (8,2%). O maior crescimento em números absolutos, no entanto, ocorreu no Estado de São Paulo, com acréscimo de 767,8 mil beneficiários no período analisado. Já a maior queda, com perda de 591 beneficiários, ocorreu em Roraima.

Vale destacar que 22,2 milhões (82,4%) de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos possuíam um plano coletivo em janeiro de 2022. Desses, a maioria 87,6% eram do tipo coletivo empresarial e 12,4% do tipo coletivo por adesão.

Para mais detalhes, acesse a [íntegra da Análise Especial da NAB 67](#).

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](https://www.milliman.com)

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.
