

ÍNDICE INTERATIVO

[Qualicorp lucra R\\$ 74 milhões no 1º trimestre, queda de 35,3%](#) - Fonte: Valor Econômico

[Rede D'OR \(RDOR3\) e Sulamérica \(SULA11\): o que esperar do setor de saúde, segundo a genial](#) - Fonte: Money Times

[ANS alerta para envio do DIOPS do 1º trimestre de 2022](#)- Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde devem ficar R\\$ 128 mais caros, em média, neste ano no Brasil](#) - Fonte: CNN

[Sinistralidade médico-hospitalar em 2021 bate recorde e é a maior dos últimos 20 anos](#) - Fonte: Revista Cobertura

[ANS realiza Consulta Pública 96, sobre proposta de atualização do Rol](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Investidora norte-americana BlackRock compra 5,11% de ações da Hapvida](#) - Fonte: O Povo

[Março: assistência médica registra 49,1 milhões de beneficiários](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde: com tecnologia e estratégia regional, operadoras voltam a vender contratos individuais](#) - Fonte: O Globo

[Variação de custos médico-hospitalares fecha em 27,7%, aponta IESS](#) - Fonte: JRS

QUALICORP LUCRA R\$ 74 MILHÕES NO 1º TRIMESTRE, QUEDA DE 35,3%

Valor Econômico – 10/05/2022

A receita da administradora de planos de saúde recuou 4% no comparativo trimestral, para R\$ 502,2 milhões

A administradora de planos de saúde Qualicorp reportou lucro atribuído aos acionistas controladores de R\$ 74 milhões no primeiro trimestre de 2022, queda de 35,3% em relação a um ano antes.

A receita líquida recuou 4% no comparativo trimestral, para R\$ 502,2 milhões.

O Ebitda somou R\$ 251,5 milhões entre janeiro e março, queda de 7,2% na base anual. No critério ajustado, o Ebitda caiu 9,2%, para R\$ 252,8 milhões. Já a margem Ebitda ajustada ficou em 50,3%, recuo de 2,88 pontos percentuais.

O número de beneficiários da Qualicorp cresceu 0,4% em relação ao primeiro trimestre de 2021, para 2,6 milhões.

No segmento de afinidades (por adesão), houve alta de 4,5% no número de vidas, para pouco menos de 1,7 milhão. O

portfólio que reúne os segmentos empresarial, Gama e pequenas e médias empresas caiu 6,6%, para 901,9 mil vidas.

Captação

O conselho de administração da companhia aprovou, nesta terça-feira (10) a contratação de instituições financeiras para a captação de R\$ 1,7 bilhão em dívida de longo prazo tendo em vista os vencimentos de curto prazo da empresa, além da melhor adequação da estrutura de capital e do fluxo de caixa futuro.

Em comunicado, a empresa afirma que a efetiva contratação dessa dívida está sujeita as aprovações necessárias tanto da companhia bem como das instituições financeiras, além das condições políticas, macroeconômicas e de mercado.

Somado a isso, os termos da contratação ainda devem passar por nova deliberação e aprovação do conselho.

REDE D'OR (RDOR3) E SULAMÉRICA (SULA11): O QUE ESPERAR DO SETOR DE SAÚDE, SEGUNDO A GENIAL

Money Times – 10/05/2022

Para a Genial Investimentos, o setor da saúde passa por um momento de consolidação, com fatos como a fusão entre Rede D'Or (RDOR3) e SulAmérica (SULA11), anunciada no início do ano.

“Acreditava-se, até a operação, que após a fusão entre Hapvida e GNDI, as duas seriam o principal player no jogo de rouba monte que tem sido a consolidação no mercado de saúde”, explica a corretora.

“O crescente nível de endividamento das companhias do setor e a rápida escalada da taxa de juros podem ser fatores indicativos de que este ciclo está terminando. Levando em consideração que muitos dos grandes targets já foram absorvidos e muitas das pequenas operações que já ocorreram, podemos olhar para o panorama atual e analisar o desempenho das grandes empresas de saúde”, continua.

A Genial cita como principais pontos no setor a fusão entre a Hapvida e a Intermédica, definindo a transação como “a maior” da área da saúde, “sendo benéfico para ambas as companhias”, segundo os analistas.

“As duas são operadoras verticalizadas, ou seja, comercializam planos de saúde e possuem as instalações hospitalares para atender seus beneficiários, focadas na parte inferior e no meio da pirâmide social. Um ponto importante para a tese renovada são os conhecimentos em

nichos específicos da cadeia, com a experiência em planos individuais de Hapvida e o business de operações hospitalares de Intermédica possibilitando o destravamento maior de valor para as companhias”, dizem.

Apesar disso, para a Genial, o crescimento forte de receita, majoritariamente inorgânico, não deve ser sustentável a médio e a longo prazo. É esse o motivo que, segundo a corretora, causa a principal incerteza em nossa opinião para a avaliação das companhias.

“Exemplifica-se isso a partir dos dados de beneficiários de assistência média disponibilizados pela ANS para os primeiros meses de 2022, que demonstram pequenas adições líquidas para GNDI e Hapvida. No geral, acreditamos que a presença nacional que a fusão traz torna a nova empresa uma das favoritas para consolidar a parte de baixo da pirâmide”, diz a Genial.

Definida como “a cereja do bolo”, a dinâmica da Rede D'or e da SulAmérica ainda não está clara.

“Olhando para o business de ambas podemos esperar sinergias importantes. As companhias já trabalham juntas: 20% da receita de Rede D'Or vem dos beneficiários de Sula, e 20% dos custos médicos incorridos pela seguradora advém da RDOR. Aqui, sinergias tributárias poderão ser capturadas a partir de alguma estrutura societária que permita transações

intercompany. Ainda, o forte poder de barganha para medicamentos e outros materiais hospitalares de Rede D'Or poderá beneficiar o custo de sinistro incorrido pela SulAmérica", diz o relatório.

A Genial define a operação como positiva para as duas companhias, afirmando que, dela "nasce mais um favorito no jogo de rouba monte que é a consolidação do setor de saúde. Sendo o downsell menos complicado que o upsell, esperamos que a concorrência entre Hapvida/Intermédica e RDOR/SULA se acirre nos próximos anos, com possíveis planos mid-ticket".

O que esperar dos resultados?

SulAmérica (SULA11)

A Genial aponta que o resultado do primeiro trimestre de 2022, para a Sulamérica, deve continuar a ser pressionado, mas enxerga um crescimento nos prêmios emitidos, o que deve gerar um crescimento de receita.

"As agências reguladoras proibiram cirurgias eletivas quando a pandemia piorou, o que causou um represamento. Esse problema já vem sendo resolvido desde o 2S21, mas a quantidade de eletivas é um fator muito relevante para a sinistralidade da companhia, que veio alta nos últimos semestres", explica a corretora.

"Assim, o custo de sinistro no 1T22 deve apresentar começar a apresentar melhoras, com queda percentual t/t. A companhia acredita que ao longo do ano o esse problema será resolvido. Outro ponto importante é que os reajustes nos planos vendidos só podem ser feitos em seu aniversário. Ou seja, ao longo do ano conforme os contratos forem reajustados, a sinistralidade deve arrefecer", continua.

Segundo a Genial, a alta das taxas de juros também devem beneficiar os resultados financeiros da companhia, com expectativa de pressões em cima dos custos, relacionados à crescente inflação médica e o dissídio de seus funcionários. Com esse cenário, esperamos um lucro pressionado para a companhia, estável em relação a trimestres passados.

"Isso não exclui nossa visão positiva de fusão da companhia com a RDOR, estamos otimistas com a operação e seu desenrolar ao longo do ano", dizem os analistas.

Rede D'Or (RDOR3)

Para a Rede D'Or, a dinâmica esperada também se aplica, segundo a Genial.

"Apesar da severidade mais branda da variante Omicron esperamos que ainda haja impacto da pandemia no resultado da Rede D'Or. A piora da situação pandêmica no início do ano causou o afastamento de cirurgias eletivas, e mesmo que a necessidade de medicamentos e o tratamento da Omicron sejam mais suaves, o ticket médio deve ser menor. Portanto, esperamos certa manutenção da taxa de ocupação, mas impactos sobre a receita no 1T22, dado um ticket médio ainda pressionado", explica.

Fatores como a integração de quatro novos ativos, (Hospital Santa Marina, Hospital Arthur Ramos, Hospital Santa Isabel e Hospital Novo Atibaia) devem contribuir para o crescimento da receita, mesmo sem estarem operando com as margens normalizadas da companhia, o que deve pressionar a rentabilidade do primeiro trimestre de 2022.

"A tese para a prestadora de serviços hospitalares sempre envolveu um poder de barganha mais forte em termos do custo de serviços prestados, pelo tamanho e escala da companhia. Ainda devemos observar uma pressão nessa linha para o 1T22, o que deve impactar o resultado como um todo. Segundo a empresa, ao longo do ano o foco de controle de custos deve ser retomado, o que nos deixa otimistas para o resto do ano, levando em consideração que a pandemia se mantenha controlada", dizem os analistas.

A Genial ainda afirma que "espera que o impacto negativo do resultado financeiro possa ser mitigado no 1T22".

"No geral, esperamos resultados pressionados para RDOR neste trimestre, com pressão remanescente da pandemia nos custos e nas margens dadas as novas integrações. Ainda assim, o ano de 2022 pode trazer recuperação, com arrefecimento da pandemia e melhor controle de custos, além de manutenção nas receitas em patamares mais elevados que o pré-pandemia", conclui.

ANS ALERTA PARA ENVIO DO DIOPS DO 1º TRIMESTRE DE 2022

GOV (ANS) – 09/05/2022

Operadoras devem enviar documentos conforme novas instruções até 15 de maio

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que foram identificadas necessidades de ajustes no sistema de recepção do DIOPS da ANS, que continua exigindo o envio do PPA-PESL e não disponibiliza no DIOPS-DOCS tipo de documentos próprio para o envio dos novos PPA-DIOPS

Anexo I e II. Essas mudanças constam no texto da RN 472/2021.

Como o prazo de envio do DIOPS do 1º trimestre de 2022 é até o dia 15 de maio de 2022 e a solução demandaria tempo superior, podendo gerar dificuldades para o envio das informações a tempo, seguem orientações:

- As operadoras de assistência médico-hospitalar com mais de 20 mil beneficiários e as de assistência odontológica com mais de 100 mil beneficiários, em 31/12/2021, devem encaminhar o novo PPA-DIOPS modelo Anexo I da RN 173/2008 por meio do DIOPS-DOCS, juntamente com o DIOPS-XML do 1º trimestre de 2022, utilizando o tipo de documento "PPA Provisão de Eventos a Liquidar".

- As operadoras de assistência médico-hospitalar com menos de 20 mil beneficiários e as operadoras de assistência odontológica com menos de 100 mil beneficiários, em 31/12/2021, devem encaminhar um expediente, por meio do DIOPS-DOCS, juntamente com o DIOPS-XML do 1º trimestre de 2022, utilizando o tipo de documento "PPA Provisão de Eventos a Liquidar", informando que estão

dispensadas do envio do novo PPA-DIOPS modelo Anexo I da RN 173/2008, por se enquadrarem na situação prevista no § 1º ou no § 2º (conforme o caso) do Art. 2º-C da RN.

- As administradoras de benefícios devem encaminhar o novo PPA-DIOPS modelo Anexo II da RN 173/2008 por meio do DIOPS-DOCS, juntamente com o DIOPS-XML do 1º trimestre de 2022, utilizando o tipo de documento "PPA Provisão de Eventos a Liquidar".

A ANS ressalta, mais uma vez, que o prazo de envio do DIOPS do 1º trimestre de 2022 é até o dia 15 de maio.

Em caso de dúvidas, entre em contato através do e-mail dioperesponde@ans.gov.br.

PLANOS DE SAÚDE DEVEM FICAR R\$ 128 MAIS CAROS, EM MÉDIA, NESTE ANO NO BRASIL

CNN – 09/05/2022

Levantamento da CNN usou como referência o preço médio de um convênio e o cálculo das entidades do setor do aumento para 2022

O brasileiro deverá ter um adicional mensal de R\$ 128, em média, no valor dos planos de saúde.

O levantamento feito pela CNN considera um plano de saúde com serviço hospitalar e ambulatorial que custa R\$ 800, valor médio, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a projeção da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), que estimam aumento 16% nos convênios médicos, conforma já anunciado pelas entidades.

Em comunicado enviado à CNN, nesta sexta-feira (6), a ANS não deu uma data de quando o reajuste será anunciado. No entanto, de acordo com o estatuto, o próximo índice oficial já pode começar a valer a partir deste mês.

Uma vez definido, já começa a ser o aplicado pelas operadoras a partir da data de aniversário do contrato (mês de contratação do plano). A base anual de incidência é de maio até abril do ano seguinte.

Caso a projeção se concretize, será a maior alta já aprovada pela ANS no período de um ano. O maior reajuste anual até hoje fora de 13,57%, em 2016, de acordo com os dados da série histórica da ANS, iniciada em 2000.

De acordo com a agência, o Brasil possuía 49 milhões de beneficiários de planos de saúde em fevereiro desse ano, contra 47,6 milhões em fevereiro de 2021.

À CNN, o Superintendente Executivo da Abramge, Marcos Novais, explicou os principais motivos para o possível reajuste recorde no preço dos planos de saúde e destacou a pandemia de Covid-19 como principal causa do encarecimento do serviço no país.

"No ano passado, as despesas médicas cresceram mais de 23%, enquanto as receitas cresceram apenas 9%. Somente em 2021, o prejuízo do setor foi de R\$ 1 bilhão. Precisamos desse aumento para reequilibrar tonar mais sustentáveis".

Entre os principais fatores considerados para o aumento no preço, a ANS avalia a variação das despesas assistenciais com atendimento aos beneficiários dos planos, variação por faixa etária e a despesa das operadoras.

A inflação, medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), também é levado em consideração para o reajuste no país.

É importante destacar que apenas o reajuste dos planos de saúde individuais é definido pela ANS. Nos planos de saúde coletivos – empresarial ou por adesão -, os aumentos são estabelecidos diretamente pelas operadoras.

No caso dos planos coletivos, os reajustes já vem ocorrendo. Em 2021, o reajuste médio foi de 5,55% para os contratos com 30 vidas ou mais, e de 9,84% para os contratos com até 29 vidas, de acordo levantamento da ANS com dados até maio do ano passado.

SINISTRALIDADE MÉDICO-HOSPITALAR EM 2021 BATE RECORDE E É A MAIOR DOS ÚLTIMOS 20 ANOS

Revista Cobertura – 09/05/2022

Percentual que mede uso dos planos de saúde alcançou 86% no último trimestre do ano; índice é o maior da série histórica, desde que começou a ser monitorado

A taxa de sinistralidade dos planos de saúde médico-hospitalares em 2021 chegou a 86%, a maior desde 2001, quando o índice começou a ser divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A sinistralidade é um dos mais importantes indicadores da saúde suplementar. Ela mostra a relação entre contraprestações (receita) das operadoras, frente aos pagamentos (uso dos planos para exames, consultas, internações, medicamentos e cirurgias).

Na prática, a cada R\$ 100 reais dos custos das operadoras de saúde em 2021, R\$ 86 foram destinados ao pagamento

de despesas assistenciais. Os dados foram divulgados recentemente pela ANS.

“As despesas assistenciais também estão evoluindo, cresceram 24% em 2021. Toda essa conjuntura aponta para uma retomada dos custos em saúde em patamares já mais elevados que o pré-pandemia. O índice registrado em 2021 é 12% maior que o registrado no fim de 2020. Se olharmos para o primeiro trimestre de 2022 essa tendência se confirma, com a sinistralidade acima da registrada no mesmo período dos últimos três anos”, aponta Vera Valente, diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

Os planos exclusivamente odontológicos também apresentaram alta no último ano, chegando a 41% de sinistralidade em 2021. Com isso, o segmento registrou elevação de 3% na sinistralidade em 12 meses.

ANS REALIZA CONSULTA PÚBLICA 96, SOBRE PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DO ROL

GOV (ANS) – 06/05/2022

Interessados podem enviar suas contribuições pelo portal da Agência até 25/05/2022

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta sexta-feira (06/05), a Consulta Pública nº 96, para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à recomendação preliminar relacionada a proposta de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. O prazo para envio de contribuições é de 20 dias corridos, encerrando-se, assim, em 25/05/2022. Os interessados em participar podem clicar aqui para acessar as informações.

A consulta também submete à participação social o Relatório Preliminar resultante da quarta reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (COSAÚDE), em cumprimento à legislação vigente.

A recomendação trata de proposta de atualização do rol enviada para ANS por meio do formulário eletrônico FormRol,

de acordo com o processo contínuo de envio de propostas e de análise por parte da Agência instituído pela Resolução Normativa nº 470/2021. A Consulta Pública irá, portanto, tratar da proposta para inclusão no rol de coberturas obrigatórias dos planos de saúde do seguinte medicamento:

- Hemifumarato de gilteritinibe (para leucemia mieloide aguda recidivada ou refratária com mutação do gene FLT3)

As recomendações preliminares elaboradas pela ANS podem ser favoráveis ou desfavoráveis às propostas de atualização e seus fundamentos podem ser lidos nos Relatórios de Análise Crítica, que, assim como a proposta de Resolução Normativa, estão disponíveis na íntegra durante o período de consulta na página da ANS, www.gov.br/ans, em "Acesso à informação", no item "Participação da Sociedade", no subitem "Consultas Públicas".

INVESTIDORA NORTE-AMERICANA BLACKROCK COMPRA 5,11% DE AÇÕES DA HAPVIDA

O Povo – 06/05/2022

Negociação não fornece direito ao voto ou a participação ativa da empresa norte-americana nas decisões de compra ou venda de ativos da Hapvida

A multinacional operadora de investimentos BlackRock, com sede nos Estados Unidos, comunica ao mercado a compra de 5,03% das ações de emissão da gestora de saúde cearense Hapvida. A informação foi revelada na manhã desta sexta-

feira, 6 de maio, porém, a negociação foi finalizada no dia 3 do referido mês.

No comunicado ao mercado, a empresa norte-americana pontua ainda a compra de "instrumentos financeiros derivativos referenciados em ações ordinárias com liquidação financeira, representando aproximadamente 0,08% do total de ações ordinárias emitidas pela Companhia".

A transação financeira ocorreu diretamente entre a BlackRock e a Hapvida Participações e Investimentos S.A. Com o fim da operação, a multinacional do ramo de investimentos passa a gerenciar o equivalente a 5,11% do total das ações ordinárias de emissão da empresa cearense.

"O objetivo das participações societárias acima mencionadas é estritamente de investimento, não objetivando alteração do

controle acionário ou da estrutura administrativa da Companhia", reforça a BlackRock ao justificar a compra das ações da Hapvida.

A empresa norte-americana pontua ainda que não houve a celebração de qualquer tipo de contrato ou termo que expressem o direito ao voto ou a compra e venda de valores mobiliários emitidos pela Hapvida. Assim, a gestora de investimentos ficará responsável estritamente pelas ações adquiridas.

A Hapvida também emitiu comunicado ao mercado informando seus acionistas e interessados sobre a venda dos ativos para a BlackRock. Em ambos os informes, porém, não foi revelado o valor da transação financeira.

MARÇO: ASSISTÊNCIA MÉDICA REGISTRA 49,1 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

GOV (ANS) – 06/05/2022

Planos exclusivamente odontológicos alcançam 29,4 milhões de usuários em março

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualiza, nesta sexta-feira (06/05), a os números de beneficiários de planos de saúde referente a março de 2022. O setor continua aquecido e reúne, no segundo mês deste ano, 49.074.356 usuários em planos de assistência médica, bem como 29.357.656 em planos exclusivamente odontológicos. Os dados completos podem ser verificados na [Sala de Situação](#), ferramenta de consulta no portal da ANS.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano houve crescimento de 1.277.234 beneficiários - o equivalente a 2,60% de aumento em relação a março de 2021. No comparativo de março de 2022 com fevereiro de 2022, o crescimento foi de 113.769 usuários.

Já nos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.238.207 beneficiários em um ano – o que representa 7,62%

de crescimento no período – e 232.798 na comparação de março de 2022 com fevereiro de 2022.

Nos estados, no comparativo com março de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina os que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 26 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os com maior aumento.

Destaca-se que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Veja nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	não identificado			
mar/22	33.851.714	6.275.254	402	8.896.322	50.664	49.074.356
fev/22	33.752.655	6.273.016	406	8.883.583	50.927	48.960.587
jan/22	33.711.180	6.273.752	406	8.898.635	53.011	48.936.984
dez/21	33.713.334	6.299.796	408	8.904.088	53.379	48.971.005
nov/21	33.458.193	6.297.274	409	8.891.940	54.635	48.702.451
out/21	33.321.906	6.278.430	409	8.901.492	55.486	48.557.723
set/21	33.289.546	6.274.200	412	8.899.851	54.378	48.518.387
ago/21	33.125.518	6.262.373	412	8.907.823	54.672	48.350.798
jul/21	32.997.422	6.269.347	412	8.931.886	54.976	48.254.043
jun/21	32.852.064	6.270.788	412	8.953.072	55.317	48.131.653
mai/21	32.755.672	6.252.387	413	8.954.132	55.647	48.018.251
abr/21	32.613.095	6.228.815	413	8.978.837	57.119	47.878.279
mar/21	32.500.524	6.234.947	414	9.003.755	57.482	47.797.122

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	não identificado			
mar/22	21.328.027	2.838.434	1.641	5.185.140	4.414	29.357.656
fev/22	21.179.340	2.813.827	1.644	5.124.889	5.158	29.124.858
jan/22	21.154.903	2.811.589	1.650	5.123.527	5.193	29.096.862
dez/21	21.139.719	2.825.316	1.652	5.122.229	5.209	29.094.125
nov/21	20.898.824	2.808.556	1.657	5.092.628	5.217	28.806.882
out/21	20.749.810	2.794.546	1.657	5.061.797	5.235	28.613.045
set/21	20.681.434	2.781.178	1.683	5.017.262	6.636	28.488.193
ago/21	20.388.771	2.767.438	1.694	4.967.638	6.653	28.132.194
jul/21	20.157.157	2.764.358	1.699	4.887.924	6.782	27.817.920
jun/21	20.042.599	2.771.730	1.704	4.771.500	6.810	27.594.343
mai/21	19.805.377	2.776.005	1.710	4.690.854	6.858	27.280.804
abr/21	19.726.977	2.781.332	1.711	4.669.578	6.895	27.186.493
mar/21	19.659.957	2.784.162	1.713	4.666.639	6.978	27.119.449

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	mar/21	mar/22	mar/21	mar/22
Acre	43.446	43.235	15.828	17.673
Alagoas	368.724	381.266	281.537	290.287
Amapá	62.847	61.938	50.329	50.354
Amazonas	552.702	584.327	468.142	511.915
Bahia	1.569.898	1.634.402	1.495.287	1.598.871
Ceará	1.261.247	1.314.143	1.031.896	1.069.685
Distrito Federal	919.767	927.387	621.004	634.404
Espírito Santo	1.157.093	1.206.058	568.380	629.923
Goiás	1.238.875	1.263.040	756.327	776.527
Maranhão	456.164	480.418	227.923	256.046
Mato Grosso	600.631	635.593	226.141	243.636

Mato Grosso do Sul	603.768	618.421	155.620	168.587
Minas Gerais	5.255.255	5.431.862	2.307.829	2.628.389
Pará	832.229	841.238	476.832	522.349
Paraíba	422.101	441.912	398.393	433.100
Paraná	2.887.065	2.960.700	1.389.749	1.565.618
Pernambuco	1.356.390	1.383.585	1.052.171	1.167.854
Piauí	348.941	368.475	109.842	133.965
Rio de Janeiro	5.305.743	5.374.919	3.312.187	3.508.134
Rio Grande do Norte	540.693	576.881	387.078	448.510
Rio Grande do Sul	2.538.410	2.602.460	788.730	844.428
Rondônia	153.544	155.214	110.840	118.477
Roraima	29.934	31.146	11.765	12.043
Santa Catarina	1.488.464	1.588.683	634.680	763.414
São Paulo	17.335.532	17.682.566	9.949.013	10.608.431
Sergipe	313.585	328.814	214.355	212.931
Tocantins	111.419	115.298	63.507	130.082

PLANOS DE SAÚDE: COM TECNOLOGIA E ESTRATÉGIA REGIONAL, OPERADORAS VOLTAM A VENDER CONTRATOS INDIVIDUAIS

O Globo – 06/05/2022

Atualmente, 80% dos contratos são empresariais ou coletivos. Empresas do setor, como a gigante UnitedHealth, dona da Amil, preparam ofertas

Os planos de saúde individuais estão voltando às prateleiras das operadoras. Esse tipo de contrato, cuja oferta vinha minguando há mais de uma década, deixando consumidores sem opções sobretudo nos grandes centros, surge agora com nova roupagem, oferecido tanto por empresas recém-chegadas ao mercado que usam a tecnologia para baixar custos, como por operadoras tradicionais que oferecem sua rede regional para a assistência a planos individuais.

Em 2021, havia 3.988 planos individuais à venda, o maior número em cinco anos, 125 contratos a mais que no ano anterior, que tinha sido de tímida expansão. Hoje, mais de 80% dos planos de saúde são empresariais ou coletivos.

O UnitedHealth Group avalia retomar a venda de planos individuais por operadoras do grupo, como a Ana Costa, em Santos, e a Santa Helena, em São Paulo. Ambas têm operação baseada em hospitais próprios. É o mesmo modelo da Sobam, da UnitedHealth, sediada em Jundiaí, que oferece plano individual na região.

O UnitedHealth é dono da Amil e tentou vender a carteira de 340 mil planos individuais e familiares da operadora a um grupo de investidores, em operação vetada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A oferta de contratos individuais por operadoras regionais do grupo seria, segundo fontes, um ensaio para retomar a venda de planos pela Amil, que é sua marca líder.

Gestão da saúde

Outras grandes empresas, dizem fontes, estão estruturando a oferta de planos individuais. Entre elas, estaria a NotreDame Intermédica. Procurada, a empresa afirma que já vende planos individuais em alguns locais estratégicos, sem dizer quais são, mas admite que o estudo da venda desses produtos em outras cidades faz parte do plano constante de expansão, sem citar prazos nem regiões prioritárias.

Marcos Novais, superintendente da Abramge, associação que reúne operadoras de medicina de grupo, diz que o crescimento na oferta de planos individuais tem sido impulsionado por novas empresas, com uso intensivo de tecnologia. São operações que, segundo ele, têm como característica o “acompanhamento 360 graus” dos usuários:

— São empresas que trabalham de forma integrada com a rede, com dados e protocolos. Ou então têm um modelo verticalizado, de rede própria (quando a operadora do plano de saúde é também dona dos hospitais e clínicas). A principal característica

é a gestão de saúde, que traz bons resultados para o consumidor e para as contas da empresa, reduzindo eventos graves, como internação, que são os mais caros.

A gestão de saúde envolve medicina preventiva, atendimento primário e acompanhamento mais próximo de pacientes crônicos, reduzindo custos de atendimentos de emergência ou ocorrência de casos mais graves. Novais vê essa mudança no setor refletida no número de operadoras associadas à entidade, com 40 novos participantes desde o início da pandemia.

Outra característica dos planos individuais nas prateleiras é a regionalização. Esse é o modelo adotado pela operadora Alice, que começou a funcionar há cerca de dois anos e tem dez mil beneficiários, todos paulistanos, dois centros de atendimento primário, com consultas e pequenos procedimentos, uma rede com 12 hospitais, 200 laboratórios, mais de 150 especialistas conveniados e 700 funcionários.

A perspectiva é de crescimento, com foco nos 12,3 milhões de moradores da cidade de São Paulo, onde ela identifica baixa oferta de planos individuais.

— Nossa meta é crescer na cidade, ampliar a oferta de tipos de produtos e a cobertura dentro de São Paulo, para atender a quem mora em diferentes regiões. Hoje, 84% dos eventos de saúde da Alice são atendidos na operação de rede própria, e a maior parte é feita virtualmente. A rede enxuta de parceiros permite integração profunda, com a possibilidade de desenvolver uma saúde baseada em valor e a integração de dados — diz Guilherme Azevedo, co-fundador e chief Health Officer da Alice.

Chat e monitoramento

Tecnologia de informação e teleatendimento estão entre os pilares da nova geração de planos individuais. A Alice, por exemplo, nasceu da parceria de Azevedo, que vinha de uma década no Dr. Consulta, com André Florance e Matheus Moraes, egressos da 99. A empresa que captou US\$ 175 milhões em três rodadas de investimento, desenvolveu em casa chat, protocolos de atendimento e de gerenciamento das tarefas da equipe de monitoramento do usuário.

É uma empresa de “tecnologia raiz”, diz Azevedo. Segundo ele, isso permitiu que, em 20 meses, o preço de entrada dos planos ao público-alvo médio (profissionais liberais na faixa etária dos 30 anos) caísse de R\$ 900 para R\$ 580.

Preço de entrada é mais alto

O paulista Ricardo Queiroz, de 30 anos, diretor geral da Campus Party, já tinha tido plano de saúde individual e coletivo

por adesão e estava sem cobertura em 2020, auge da pandemia, quando decidiu voltar à saúde suplementar.

— Tinha claro que queria um plano individual, quando achei um plano com o perfil digital fez sentido pra mim. O custo foi mais alto do que pagava no coletivo, mas ter um time de saúde que me acompanha fez muita diferença, principalmente quando tive Covid e fiquei internado em dezembro de 2020. A facilidade de falar com os profissionais, por um clique no celular, por exemplo, me levou a parar com automedicação e consultar para eventos que antes eu deixaria para lá. Além disso, ao contratar um plano individual, acabei com o risco de percentuais de reajustes abusivos — conta Queiroz, que é cliente da operadora Alice.

Tradicionalmente, os preços de entrada dos planos individuais são mais altos dos que os dos contratos de adesão e empresariais. No entanto, os reajustes anuais são limitados pela ANS, o que pode significar em alguns casos que, ao longo do tempo, os valores dos contratos coletivos possam até superar a mensalidade dos individuais.

Na média, uma pessoa com 59 anos ou mais, paga por um plano individual R\$ 1.702. No plano por adesão, o valor médio é de R\$ 1.473. Num contrato empresarial, de R\$ 1.510.

— Plano individual esbarra estruturalmente no problema do pool (não há um grupo de consumidores por trás compartilhando um risco coletivo). Mas é um mercado regulado, com reajuste limitado, significa que seus preços e lucros são regulados, o que leva as empresas a imporem valor de entrada mais alto — explica o economista Carlos Ocké-Reis, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Para o professor Walter Cintra Ferreira Junior, da FGV EAESP, a tecnologia racionaliza o uso e pode conter custos:

— A telemedicina é determinante. Só não podemos aceitar, a pretexto da volta dos planos individuais, o aumento da segmentação (cobertura mais restrita, excluindo procedimentos de complexidade, como quimio e cirurgias), o que é arapuca, pois significa que, quando o consumidor mais precisa, terá de ir ao SUS.

Coordenadora do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Ana Carolina Navarrete, diz que há uma demanda reprimida do consumidor brasileiro por planos individuais:

— Apesar de o número não ser grande, mostra reversão de tendência. Os dados são suficientes para que o regulador olhe o mercado e comprove que não há problema com o modelo do plano individual, mas com a forma que ele é gerido.

VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES FECHA EM 27,7%, APONTA IESS

JRS – 05/05/2022

Índice reflete retomada dos procedimentos que foram impactados no período da pandemia

A Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) apurada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) foi de 27,7% nos 12 meses encerrados em setembro de 2021, comparado com os 12 meses anteriores, atingindo um novo patamar histórico. O indicador é calculado a partir de metodologia internacional e considera o comportamento de preços médios por grupos de despesa na saúde e, também, o volume de serviços prestados (frequência de utilização). Os cálculos são realizados por padrão de plano de forma a evitar variações devidas a mudanças na composição dos planos, que nada têm a ver com variação de despesa.

O índice, que leva em conta o comportamento de uma carteira de 688,9 mil beneficiários de planos individuais, se revelou superior à inflação de preços medida pelo IPCA/IBGE, que foi de 10% no mesmo período. Esta é a maior variação registrada pelo indicador desde o início da série histórica, em 2007. Antes disso, a maior alta (20,4%) ocorreu no período terminado em dezembro de 2016.

“Durante a pandemia, constatou-se que em todos os grupos de despesas utilizados no cálculo da VCMH houve crescimento sistemático do custo unitário, exceto no caso de Exames, que registraram leve queda no preço unitário médio entre maio de 2020 e abril de 2021. Mas agora também registram alta no acumulado de 12 meses”, diz José Cechin, superintendente executivo do IESS.

“Entretanto, a partir de março de 2020, com a pandemia, ocorreu uma acentuada queda na frequência de utilização — as pessoas adiaram cirurgias, tratamentos, idas ao médico, criando um represamento que levou à queda na despesa para diversos grupos de procedimento. Todavia, já a partir de abril de 2021, os beneficiários retomaram seus procedimentos e, com isso, a frequência de utilização voltou a crescer acentuadamente, elevando a VCMH. Foi o forte aumento da frequência de utilização, combinado com os preços unitários que haviam mantido crescimento durante todo o período da pandemia que elevou a VCMH de setembro de 2021 para 27,7%”, explica Cechin.

O levantamento do IESS revela que a VCMH de setembro de 2021 foi positiva em todos os grupos de procedimentos, indicando aumento nas despesas per capita no período

avaliado. O maior registro ocorreu em Outros Serviços Ambulatoriais, com alta de 38%; seguido por Exames, 31,6%; Internações, 29,3%; Terapias, 17,3%; e Consultas, 13,7%.

Na abertura de dados por Grupo de procedimentos, nota-se que em Exames a frequência de utilização aumentou 25,6%, enquanto o custo médio 4,8%, chegando à variação das despesas em 31,6%. Em Consultas, o resultado é de aumento da frequência de utilização de 9,7%, que, combinado ao crescimento do custo médio de 3,7%, resultou na variação da despesa em 13,7%. Em terapias, as altas de 13,7% da frequência e de 3,2% do custo médio redundou na elevação de 17,3%.

Principal fator de custo na saúde, as internações tiveram grande oscilação durante o período analisado, chegando à alta de 21% da frequência de utilização e de 6,9% no custo médio, resultando na alta de 29,3% da VCMH do grupo.

“Podemos dizer que a pandemia gerou impactos significativos no comportamento de uso de serviços de saúde. Nota-se que agora há uma combinação que potencializa a VCMH”, analisa Cechin.

Projeção sem a pandemia

Para ajudar a entender a magnitude da VCMH atual, o IESS fez uma projeção sobre como as variações anuais dos custos médico-hospitalares teriam se comportado caso a VCMH de setembro de 2020 tivesse seguido seu curso sem pandemia. Nessa hipótese, a VCMH atual, referente a setembro de 2021

ficaria em 12,6%. Já a do ano anterior, referente aos 12 meses terminados em setembro de 2020 (que teve registro negativo de -3,06%) ficaria em 10%.

O IESS também mediu o efeito na VCMH de todos os 18 meses de pandemia até setembro de 2021 (março de 2020 a setembro de 2021) relativamente aos 18 meses anteriores sem pandemia. O resultado mostra que a VCMH dos 18 meses da pandemia foi 43,7%, enquanto nos 18 meses anteriores sem pandemia foi 31,5%. “Isso mostra que a pandemia elevou consideravelmente as despesas per capita dessa amostra de beneficiários de planos de saúde individuais. É que a retomada dos procedimentos postergados se acumulou com períodos de intensificação da pandemia” afirmou o superintendente.

A variação é calculada considerando-se o custo médio por exposto em um período de 12 meses em relação às despesas médias dos 12 meses imediatamente anteriores. O índice é uma média ponderada por padrão de plano (básico, intermediário, superior e executivo), o que possibilita a mensuração mais exata da variação do custo médico-hospitalar. Com isso, eliminam-se boa parte das variações que decorrem de mudanças na composição dos planos, que nada teriam a ver com variação de despesas. A amostra utilizada no cálculo foi de 688,9 mil beneficiários em setembro de 2021. A metodologia é reconhecida internacionalmente e aplicada na construção de índices de variação de custo per capita em saúde nos Estados Unidos, como o S&P Healthcare Economic Composite e Milliman Medical Index.

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

© 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.