

ÍNDICE INTERATIVO

[Representantes de pessoas com deficiência contestam Rol de coberturas da ANS](#) - Fonte: ConJur

[Centenários em planos de saúde dobram em cinco anos](#) - Fonte: Veja Abril

[Maioria dos beneficiários de planos saúde está na faixa etária ativa do mercado formal](#) - Fonte: IESS

[Tecnologia busca ser uma alternativa entre planos de saúde caros e atendimento público defasado](#) - Fonte: Revista Cobertura

[STJ prevê liberar remédios fora do Rol da ANS com evidência científica](#) Fonte: Portal R7

[Decisão do STJ une senado contra limitação de tratamentos em planos de saúde](#) - Fonte: Agência Senado

[Saúde: a conta da pandemia demorou, mas chegou](#) - Fonte: Exame

[Substituição de arquivo do PEONA-SUS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Itaú BBS reduz preço-alvo da rede D'Or em 30% e rebaixa recomendação da Qualicorp](#) - Fonte: Exame

REPRESENTANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA CONTESTAM ROL DE COBERTURAS DA ANS

ConJur – 15/06/2022

O Comitê Brasileiro de Organizações Representativas das Pessoas com Deficiência (CRPD) ajuizou, no Supremo Tribunal Federal, a ADI 7.183, com pedido de liminar, contra dispositivos de normas que tratam do rol de procedimentos e eventos em saúde, estipulado pela ANS. A ação foi distribuída, por prevenção, ao ministro Roberto Barroso, relator da ADI 7.088, sobre o mesmo tema.

Segundo a entidade, a elaboração da lista, prevista na Lei 9.961/2000 e fixada pela Resolução Normativa 465/2021 da ANS, é matéria legislativa e exorbita os poderes da agência, que tem apenas a função de fiscalizar. A seu ver, não cabe à ANS criar ou extinguir direitos nem tratar da abrangência da cobertura obrigatória dos planos de saúde suplementar.

O CRPD questiona, ainda, o artigo 10 da Lei 9.656/1998, alterado pela Lei 14.307/2022, que estabelece os prazos máximos para a atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar pela ANS (270 dias) e do processo administrativo sobre o tema (180 dias).

“Não se pode tabelar o tempo de duração de uma enfermidade nem estabelecer prazos peremptórios para as curas, mesmo com o emprego dos medicamentos mais milagrosos”, alega.

A entidade contesta, ainda, trechos da Lei 9.656/1998 que tratam da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar. Na sua avaliação, o órgão não conta com a participação de todos os interessados no assunto, entre eles as pessoas com deficiência.

CENTENÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE DOBRAM EM CINCO ANOS

Veja Abril – 15/06/2022

Entidade do setor de autogestão explica o porquê do envelhecimento do quadro de beneficiários

A proporção de pessoas com cem anos ou mais beneficiárias de planos de saúde de autogestão dobrou desde 2017. Na época, 4,35 a cada 10 mil integrantes dos planos tinham esse perfil, número que saltou para 8,78 a cada 10 mil. O dado é de pesquisa da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), que também destacou a região Sudeste como a com maior número de centenários e que 75% deles são mulheres. O aumento desse perfil vem acompanhado do envelhecimento geral na composição dos planos de autogestão. Com 22,9% de idosos há cinco anos, hoje essa parcela é de 25,6%. Em comparação, o percentual é de cerca de 14% em planos de saúde tradicionais.

Segundo o presidente da UNIDAS, Anderson Mendes, o alto número de idosos se deve em parte aos benefícios desse modelo para os mais velhos e também ao estado do mercado de trabalho para os mais jovens. Como beneficiários de planos de autogestão têm poder de decisão sobre como eles operam, através de votações, muitos não cobram mais de idosos. Os planos de autogestão são aqueles direcionados a um público específico de empresas. Mendes, que é funcionário do Banco do Brasil e beneficiário do plano Cassi, tem sua contribuição calculada com base em seu salário, independentemente da idade. Ele explica que a dificuldade para esse tipo de plano de saúde hoje em dia é que os jovens, que ajudam a equilibrar as contas, vivem tempos de desemprego. Entre jovens de 18 a 24 anos chega a 22,8%, o que leva à desaceleração em contratações desse perfil, que poderia participar de um plano de autogestão por meio de um vínculo de emprego.

MAIORIA DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS SAÚDE ESTÁ NA FAIXA ETÁRIA ATIVA DO MERCADO FORMAL

IESS – 13/06/2022

O Brasil tem registrado altas consecutivas nos últimos meses no volume de beneficiários inseridos em planos médico-hospitalares. Entre março do ano passado e o mesmo mês desse ano houve crescimento de 1,2 milhão vínculos (2,7%) – eram 47,7 milhões e atingiu a marca de 49 milhões. Do total, a grande maioria está inserida na faixa etária de 19 a 58 anos (30 milhões), revela a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 69, desenvolvida pelo IESS.

O público em questão (19 a 58 anos) também foi o que registrou a maior alta na variação anual no período analisado (3%), que representa 876 mil vínculos a mais. Em março do

ano passado havia 29,2 milhões e atingiu 30,1 milhões em março desse ano.

Na sequência, aparece a faixa etária de 0 a 18 anos, que acumula 11,5 milhões de beneficiários. Fechando a lista, a faixa de 59 ou mais, que contabiliza 7,4 milhões de vínculos.

Faixa etária empregos formais

Dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), do governo federal, também mostram o volume de trabalhadores de empregos formais por faixa etária. Nota-se que a divisão se encaixa na maioria inserida em planos de saúde (19 a 58

anos) conforme levantamento do IESS. A maioria dos trabalhadores possui entre 30 e 39 anos (30,1%), seguida por 40 a 49 anos (23,9%) e 50 anos ou mais (18,9%). Os mais jovens, até 24 anos, representam 13,4%, e os de 25 a 29 anos respondem por 13,5%.

Vale destacar que as adesões a planos coletivos empresariais são as que mais tem crescido e tendem a acompanhar o número de trabalhadores formais com base nos dados do Cadastro Geral de Empregados e

Desempregados (Caged). Em março, a modalidade atingiu a marca de 33,8 milhões de vínculos, número que representa 69% do total geral de beneficiários (49 milhões) inseridos em algum tipo de plano.

Entre março de 2021 e o mesmo mês de 2022, o estoque de empregos formais foi de 38,7 milhões para 41,3 milhões – um saldo de 2,6 milhões (crescimento e 6,6%).

Para mais detalhes sobre a NAB 69, [clique aqui](#).

TECNOLOGIA BUSCA SER UMA ALTERNATIVA ENTRE PLANOS DE SAÚDE CAROS E ATENDIMENTO PÚBLICO DEFASADO

Revista Cobertura – 13/06/2022

Para evitar custos não aproveitados, serviços do setor também olham para a personalização

De acordo com pesquisa divulgada este mês pela Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab), 47% dos brasileiros, no último ano, demonstraram dificuldades financeiras para ajustar o orçamento familiar e conseguir manter os planos de saúde privados. Somado a isso, recentemente a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) liberou um reajuste de até 15,5% no valor dos convênios individuais e familiares, o maior índice desde 2000.

Em contrapartida, segundo dados do Siafi/Siga Brasil, o número de dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) no País cresceu 9% nos últimos 8 anos, enquanto, nesse mesmo período, o orçamento da pasta avançou apenas 4,2%. Essa defasagem faz com que uma parcela de pessoas não encontre no atendimento público as soluções para seus problemas.

Alternativas

De olho nesse cenário, as empresas de saúde se mobilizam para conseguir combinar custo, qualidade e disponibilidade. A personalização dos produtos, atendendo diretamente as demandas dos clientes e reduzindo os custos gerais, foi a alternativa da plataforma de saúde VidaClass.

Resumidamente, a empresa disponibiliza a maior rede de atendimento do mercado, em todas as regiões do País, com descontos de até 80% – todos os produtos e serviços são contratados e agendados de forma online. O cliente não precisa de assinatura ou plano, basta acessar e adquirir.

A plataforma oferece, por exemplo, exames a partir de R\$ 2,80 e consultas a partir de R\$ 35, além de descontos em medicamentos e produtos de higiene, por meio do serviço de farmácia digital, o VC Delivery.

Tecnologia

Regulamentada no Brasil em maio deste ano, a telemedicina talvez seja o destaque quando falamos de tecnologia na saúde. Segundo dados da American Medical Association, 75% das visitas presenciais ao médico poderiam ser resolvidas pela plataforma digital – o que demonstra a oportunidade de praticidade e economia que o modelo representa.

Apoiada na praticidade das ferramentas digitais, a VidaClass também destaca a telemedicina em suas assinaturas, que estão disponíveis a partir de R\$19,90 por mês. O atendimento virtual fica à disposição 24 horas por dia, em todos os dias da semana. Os benefícios mencionados anteriormente também estão incluídos nos investimentos mensais

STJ PREVÊ LIBERAR REMÉDIOS FORA DO ROL DA ANS COM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Portal R7 – 10/06/2022

A decisão do Superior Tribunal de Justiça exige recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais como a Conitec e o Natjus

A decisão da 2ª Seção do STJ (Superior Tribunal de Justiça), que definiu o rol com mais de 3.300 itens da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) como taxativo, ainda causava dúvidas ontem entre usuários dos planos de saúde. Na prática, as operadoras devem fornecer obrigatoriamente os tratamentos da lista, mas há possibilidade de adoção de outros procedimentos.

Segundo o STJ, pode haver cobertura fora do rol, desde que a incorporação da tecnologia demandada não tenha sido negada após análise técnica da ANS; haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como a Conitec e o Natjus). Sugere-se ainda, quando possível, que o magistrado consulte pessoas com expertise técnica na área da saúde.

"Não ficou claro quem atestaria a eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências, mas entendo que isso ficaria a cargo do médico que assiste o paciente", diz o

advogado Rafael Robba, especialista em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados.

Na interpretação dele, bastaria que o médico fizesse um relatório técnico, declarasse que existe eficácia comprovada e anexasse estudos para comprovar isso. "O papel do médico ficou ainda mais importante. Ele deve auxiliar o paciente que pretende demandar um tratamento por via judicial e fornecer subsídios", afirma.

Robba aconselha os consumidores a que não se desesperem. "A decisão do STJ vai funcionar como uma jurisprudência, como algo que vai influenciar as decisões dos juízes, mas ela não tem o poder de revogar decisões já tomadas pelos magistrados, por exemplo. Os juízes continuam a ter autonomia para analisar os casos e até interpretar se a decisão do STJ se aplica ao caso específico."

O novo entendimento pode facilitar a defesa dos planos de saúde nos casos em que o beneficiário solicite um tratamento fora do rol, sem ter uma justificativa clara.

"Além disso, a mensagem que o STJ transmitiu pode estimular as operadoras a negar mais tratamentos solicitados pelos beneficiários, antes mesmo da ação judicial", acredita Rafael Robba. "A partir de agora, pode ser que as operadoras de saúde utilizem o rol como uma lista burocrática para negar ainda mais os tratamentos."

Análise técnica

Ao mencionar a necessidade de que o tratamento em questão tenha sido recomendado por órgãos como a Conitec (que auxilia na análise de incorporação de procedimentos na rede

pública) e o NatJus, o STJ valorizou o esforço de avaliação criteriosa das novas tecnologias de saúde.

O NatJus foi criado pelo CNJ (Conselho Nacional de Justiça) para auxiliar os juízes a tomar decisões embasadas pelas evidências científicas quando precisam decidir sobre o fornecimento de medicamentos. Por meio de convênio com o CNJ, instituições como o Hospital Israelita Albert Einstein fazem avaliações técnicas.

O juiz federal Clenio Jair Schulze, professor da Escola de Magistratura Federal de Santa Catarina e pesquisador da judicialização da saúde, analisou o resultado de mais de 17 mil notas técnicas emitidas por essa ferramenta até o fim de março. Segundo ele, 45,9% das análises técnicas não eram favoráveis aos autores das demandas, por razões como falta de evidência científica de eficácia do produto.

"Medicina baseada em evidências não significa uma opinião médica", afirma. "Antes da decisão de ontem, bastava uma mera prescrição médica. Agora, o STJ sinaliza a necessidade de uma prova robusta."

Como professor, Schulze participou de dezenas de cursos em tribunais brasileiros para orientar os juízes.

"É fundamental que os magistrados usem essas ferramentas e considerem esses conceitos antes de decidir", diz. "Muitas vezes os juízes concedem tratamentos que não têm evidência científica e o resultado não é o esperado para o cidadão. Há um dispêndio do recurso pela operadora (ou pelo SUS), sem que o resultado do tratamento seja razoável. Em última análise, é um dispêndio inútil. A conta será paga por todos os outros clientes do plano."

DECISÃO DO STJ UNE SENADO CONTRA LIMITAÇÃO DE TRATAMENTOS EM PLANOS DE SAÚDE

Agência Senado – 10/06/2022

Após a recente decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre quais tratamentos os planos de saúde são obrigados a ofertar, a reação de diversos senadores foi imediata e incisiva contra o chamado rol taxativo para cobertura dos planos de saúde.

Com a decisão do STJ, planos de saúde passam a cobrir apenas os tratamentos que estão na lista da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso ameaça a manutenção de vários tratamentos de pacientes. Senadores da base do governo e da oposição acabaram se unindo contra a decisão; eles defendem que a lista da ANS seja apenas exemplificativa.

A senadora Zenaide Maia (Pros-RN) foi uma das primeiras a reagir, condenando a medida ao discursar no Plenário do Senado no mesmo dia em que houve a decisão do STJ, 8 de junho. A senadora Mara Gabrilli (PSDB-SP) também criticou a mudança.

— Essa perda absurda que a gente teve acaba afetando não só milhares de pessoas com deficiência no país, mas também as pessoas com autismo, as pessoas com doenças raras e ainda as pessoas com outras doenças crônicas. Todos esses cidadãos correm o risco de terem suas terapias excluídas da cobertura dos planos. Essas pessoas ficarão desamparadas, assim como muitos outros pacientes que estão em tratamento por doenças graves, como câncer ou doenças degenerativas. Falamos de recursos para os brasileiros se manterem vivos. Imagine o impacto direto na vida de milhões de famílias, que já se desdobram para arcar com o alto custo de um plano de saúde no nosso país. Quando a gente fala que o rol taxativo mata, não é um exagero. Essa decisão afeta, sim, a vida de muita gente — afirmou Mara Gabrilli em Plenário, também em 8 de junho.

O senador Jean Paul Prates (PT-RN) ressaltou que, agora, os convênios serão obrigados a cobrir apenas os procedimentos listados pela ANS. Antes, a lista era considerada como guia, e os pacientes conseguiam

tratamentos fora da lista recorrendo à Justiça. Ele acredita que a questão vai acabar sendo decidida pelo Supremo Tribunal Federal (STF). “Com a mudança, se não está no rol listado, não terá cobertura dos planos de saúde. E essa deve ser a orientação a todas as instâncias da Justiça, retirando a possibilidade de pacientes conseguirem os procedimentos mesmo judicializando a causa”, resumiu Jean Paul.

Por sua vez, o senador Eduardo Girão (Podemos-CE) se disse supreso com a decisão do STJ, que, segundo ele, “favorece os poderosos planos de saúde penalizando quem tem deficiência e doenças raras”.

Já a senadora Eliziane Gama (Cidadania-MA) afirmou que a mudança vai prejudicar “milhares de famílias que eram beneficiadas por tratamentos de saúde que não constavam no rol de tratamentos da ANS. Uma decisão difícil de aceitar e que gera muita insegurança aos usuários de planos de saúde. Lamentável!”. Os senadores Alvaro Dias (Podemos-PR) e Paulo Paim (PT-RS) divulgaram declarações no mesmo sentido.

Projetos de lei

O senador Fabiano Contarato (PT-ES) também reagiu imediatamente à decisão do STJ: no dia 8 de junho ele protocolou o [PL 1.557/2022](#). Esse projeto de lei determina que a lista da ANS será “referência básica mínima para cobertura assistencial pelos planos de saúde”. Pelo Twitter, Contarato disse que “não podemos permitir que a população seja prejudicada em prol do lucro dos planos de saúde! Protocolei PL [projeto de lei] que garante que o rol de procedimentos e medicamentos previsto pela ANS seja apenas uma referência mínima, explicativa, e não uma lista taxativa! Quem paga tem direito ao tratamento adequado, e não são os planos de saúde que devem definir isso, mas um corpo médico qualificado!”.

Até agora, outros oito projetos de lei foram apresentados por senadores e senadoras, todos na mesma linha: impedir que a lista de doenças da Agência Nacional de Saúde Suplementar seja taxativa. Pelas redes sociais, as reações dos parlamentares se avolumaram, unindo governistas, oposicionistas e independentes. Há também projetos mais antigos que tratam do tema.

O senador Romário (PL-RJ) afirmou que a decisão do STJ “poderá custar a vida de muitas pessoas, além de todo o imenso impacto negativo que milhares de pacientes e suas famílias vão enfrentar ao terem suas terapias e medicações suspensas”. Para ele, trata-se de “um verdadeiro retrocesso na garantia dos direitos da população brasileira”. Romário apresentou o [PL 1.575/2022](#), projeto de lei que garante a cobertura de tratamentos que não estejam na lista na ANS.

“Deixar a decisão sobre a saúde das pessoas nas mãos de empresas é totalmente inaceitável. São os médicos, terapeutas e demais profissionais da saúde que precisam

decidir e recomendar o que é melhor para cada um dos pacientes. Aos planos de saúde cabe o cumprimento das recomendações e a cobertura dos procedimentos indicados pelo médico que acompanha o beneficiário, mesmo que não previstos no rol, desde que haja fundamentação técnica”, acrescentou Romário.

O senador Paulo Rocha (PT-PA) também criticou a mudança: “Mais dinheiro para os bilionários. Luis Felipe Salomão, Villas Bôas Cueva, Raul Araújo, Marco Buzzi, Marco Aurélio Bellizze e Isabel Gallotti, ministros do STJ, acabaram de aprovar a farra dos convênios médicos. Um absurdo! O lucro acima da vida”.

Ao lamentar a decisão do STJ, o senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP) disse que o “lobby dos planos de saúde” vai prejudicar mais de oito milhões de brasileiros. Ele defendeu a aprovação do [PL 396/2022](#), apresentado por ele no começo do ano, que estabelece que o rol da ANS não é taxativo e que os planos de saúde são obrigados a cobrir procedimentos, medicamentos e eventos “necessários à melhor atenção à saúde do consumidor ou beneficiário”.

O senador Paulo Paim (PT-RS), que também criticou a decisão do STJ, apresentou o [PL 1.594/2022](#), projeto de lei que acaba com o rol taxativo.

Por sua vez, o senador Jorge Kajuru (Podemos-GO) apontou vários caminhos para resolver o problema sem prejudicar a população: “É preciso mudar a decisão do STJ que isenta planos de saúde de pagar por tratamentos que não constam da lista da ANS. Cabe recurso ao Supremo Tribunal Federal (STF), cabe projeto no Senado, cabe pedir à ANS a atualização da lista de procedimentos. Lutar pela saúde é lutar por justiça”. Ele apresentou o [PL 1.579/2022](#), projeto de lei que, entre outros objetivos, proíbe a imposição de limites para a cobertura de tratamento multidisciplinar.

Outro senador a protocolar um projeto de lei foi Eduardo Girão (Podemos-CE). Ele apresentou o [PL 1.592/2022](#), que prevê que a lista da Agência Nacional de Saúde Suplementar será “referência mínima para a cobertura assistencial dos planos de saúde”.

Também pelas redes sociais, o senador Mecias de Jesus (Republicanos-RR) manifestou-se contrário ao rol taxativo de procedimentos. Ele apresentou o [PL 1.570/2022](#), projeto de lei que garante a ampliação da cobertura dos planos quando necessário, mesmo quando o tratamento não estiver na lista da ANS.

Já o [PL 1.571/2022](#), projeto de lei apresentado pelo senador Rogério Carvalho (PT-SE), determina que o rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS terá “caráter exemplificativo”. Com o mesmo propósito foram apresentados o [PL 1.585/2022](#), da senadora Rose de Freitas (MDB-ES), e o [PL 1.590/2022](#), do senador Flávio Arns (Podemos-PR).

SAÚDE: A CONTA DA PANDEMIA DEMOROU, MAS CHEGOU

Exame – 10/06/2022

É hora de repensar a saúde, pois mais de 80% dos gastos no setor são para tratar pacientes já doentes

Após mais de 166 milhões de brasileiros já vacinados com pelo menos duas doses contra a covid-19, a pandemia foi felizmente freada. Ainda convivemos com aumentos pontuais de casos e lamentáveis mortes, mas as principais marcas dessa crise sanitária são históricas. Desde do primeiro caso confirmado no Brasil, no dia 27 de fevereiro de 2020, o país reportou mais de 31 milhões infectados e 667 mil óbitos relacionados ao coronavírus. No pico da variante delta em abril de 2021, quando as taxas de ocupação das UTIs ultrapassavam os 90%, o país atingiu mais de 4 mil mortes diárias pela doença.

E o custo de toda essa chaga foi naturalmente elevado. Em 2020, com o distanciamento social e a postergação de procedimentos eletivos, os planos de saúde tiveram despesas médicas anormalmente baixas. Mas no ano seguinte, a realidade se impôs e o setor conviveu com o retorno das eletivas, juntamente às diversas interações por covid-19. Em 2021, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as despesas médicas do setor privado subiram 24% quando comparadas ao ano anterior e foram 19% acima dos níveis pré-pandêmicos de 2019.

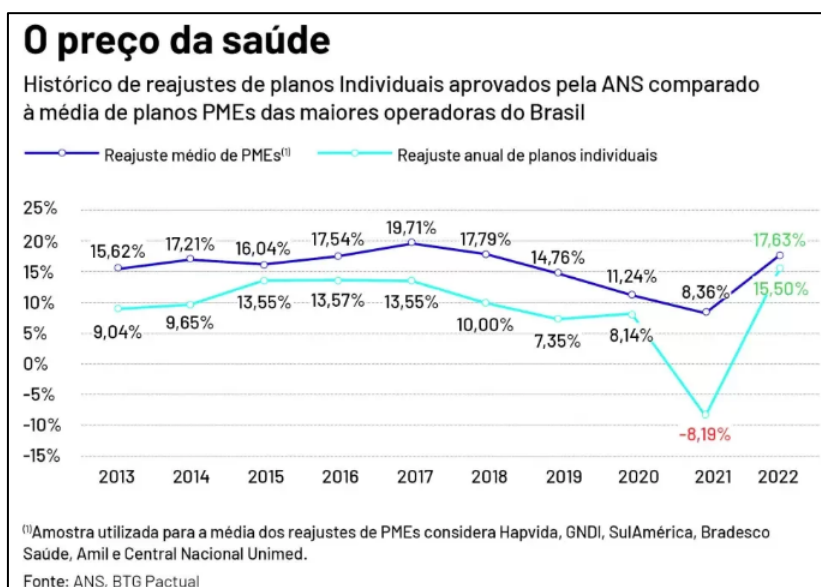
Agora os reajustes nas mensalidades dos planos de saúde começam a refletir esse ônus. O mercado privado assiste 49,4 milhões de beneficiários ou cerca de 23% da população brasileira. Nesse universo, 18% são planos contratados na modalidade individual, na qual os reajustes anuais são regulados pela ANS. A agência aprovou, no dia 26 de maio, um reajuste máximo de 15,5%, que poderá ser aplicado pelos planos de saúde aos contratos individuais. Dessa forma, todos os contratos de planos individuais que fazem aniversário a partir de maio passam a ser reajustados por esse índice, além dos reajustes por faixa etária. Esse forte aumento foi inevitável, uma vez que a ANS segue uma metodologia bem definida (em vigor desde 2018), que leva principalmente em consideração as despesas médicas dos planos individuais do ano anterior.

Esse reajuste recorde (*vide o gráfico*) deve naturalmente ancorar o aumento de preços de outras modalidades de seguros de saúde, tais como: (I) os planos corporativos (quando os empregadores pagam pelos planos de seus colaboradores), que representam 70% do mercado de saúde suplementar; e (II) os planos coletivos por adesão (contratos dentro de uma mesma categorial profissional). Para os contratos corporativos vinculados a pequenas e médias empresas (PMEs), que precisam ser reajustados de forma homogênea por cada seguradora, os reajustes médios já anunciados beiram os 18% (*vide no gráfico a média dos reajustes praticados nos contratos de PMEs pelas maiores seguradoras de saúde*).

Com o forte aumento dos custos combinado com um baixo repasse de preços nos últimos trimestres, os resultados dos planos de saúde decepcionaram. A ação de Hapvida (maior operadora de planos de saúde do país), por exemplo, caiu 43% neste ano e 67% desde que a sua fusão com a NotreDame Intermédica foi anunciada, se aproximando de seu preço inicial na bolsa de valores.

Ainda é cedo para dizer se esse aumento de tarifa será capaz de sanar completamente a queda de rentabilidade do setor. A inflação de custo segue elevada, enquanto a população sofre uma queda importante no poder de compra. Um cenário que facilmente pode implicar a perda de dinamismo na demanda por planos de saúde.

A conta da pandemia chegou e ela não é barata! É necessário aproveitar o momento para pautar uma reflexão: o mercado hoje é focado na doença e não na saúde. Estudos apontam que mais de 80% dos gastos no setor são para tratar pacientes já doentes, enquanto apenas 20% são direcionados ao canal de medicina preventiva. Tratamentos e ações precoces em casos de diabetes, hipertensão e tabagismo geram economia e prolongam a expectativa de vida da população. Uma saúde menos reativa e mais proativa e preditiva. Do contrário, a conta não vai caber no bolso...



SUBSTITUIÇÃO DE ARQUIVO DO PEONA-SUS

GOV (ANS) – 09/06/2022

Aviso para operadoras

Informamos que o arquivo de PEONA SUS disponibilizado no Portal de Dados Abertos do Governo Federal (dados.gov.br)

no dia 07/06/2022 estava incorreto e foi substituído pelo arquivo correto em 08/06/2022.

ITAÚ BBA REDUZ PREÇO-ALVO DA REDE D'OR EM 30% E REBAIXA RECOMENDAÇÃO DA QUALICORP

Exame – 08/06/2022

Incertezas sobre aquisição da SulAmerica e cenário "mais desafiador" para crescimento motivaram revisão de expectativas para ações de saúde

O Itaú BBA rebaixaram a recomendação das ações da Qualicorp (QUAL3) de compra pra neutra e diminuiu o preço-alvo das ações da Rede D'Or (RDOR3) de R\$ 65 para R\$ 45, mas manteve recomendação de compra. A mudanças das expectativas refletem o que os analistas chamam de "novo capítulo" do mercado de saúde brasileiro, marcado pela aquisição da SulAmerica pela Rede D'Or

As novas recomendações levam em considerações estimativas menos otimistas para os resultados das companhias durante os próximos anos. A expectativa para o lucro líquido da Rede D'Or para este ano foi reduzida em 16,5% para R\$ 1,473 bilhão por pressão de custos de materiais e medicamentos.

Os analistas do BBA também demonstraram incertezas sobre as potenciais sinergias da aquisição da SulAmerica pela Rede D'Or. "Assim como nós, os investidores estão com muitas dúvidas", afirmaram em relatório. A possibilidade de verticalização das operações, segundo eles, está praticamente descartada, dada a manutenção da independência das operações. "Mas notamos que a sólida infraestrutura fornecida pela Rede D'Or poderia reforçar os esforços da SulAmérica em aumentar sua participação no segmento de ticket médio com alto potencial de crescimento por meio de uma rede fechada".

Para a Qualicorp a projeção de lucro líquido para este ano foi reduzida em 21,6% para R\$ 302 milhões. O "cenário mais desafiador para crescimento orgânico e resultado brandos recentemente" motivaram a revisão das expectativas. Para 2023, a projeção de lucro caiu em 32% de R\$ 472 milhões para R\$ 321 milhões.

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.br.

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.