

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS promove a 10ª reunião técnica da Cosaúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Simplificação da regulação prudencial é apresentada em Audiência Pública](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde vão fiscalizar fraudes de recibo fracionado, reembolso falso e procedimentos não cobertos](#) - Fonte: Segs

[Hapvida compra operadora de saúde sistemas por R\\$ 120 milhões](#) - Fonte: Estadão

[Mudanças na saúde suplementar. quem pagará a conta?](#) - Fonte: Saúde Business

[Fenasaúde avalia crescimento do número de beneficiários de planos de saúde](#) - Fonte: Fena Saúde

[ANS: planos de saúde de assistência médica ganham mais de 100 mil usuários em agosto](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Briga por clientes limita alta de preços e pode prejudicar empresas de saúde, diz Bank of America](#) - Fonte: TradeMap

ANS PROMOVE A 10ª REUNIÃO TÉCNICA DA COSAÚDE

GOV (ANS) – 11/10/2022

Comissão analisa propostas de incorporação de novas tecnologias ao Rol

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, no dia 18/10, das 9h às 17h, a 10ª reunião técnica da

Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Cosaúde), que irá analisar as novas propostas de incorporação de tecnologias à lista de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde, conforme a programação abaixo:

HORÁRIO	TECNOLOGIA	INDICAÇÃO DE USO
09h às 12h	UAT 50 - Pembrolizumabe + axitinibe (Análise das contribuições da CP 101)	Carcinoma de células renais metastático ou avançado
	UAT 56 - Cabozantinibe + nivolumabe (Análise das contribuições da CP 101)	Carcinoma de células renais avançado ou metastático (1ª linha)
14h às 17h	UAT 25 - Dupilumabe (Análise das contribuições da CP 101)	Asma grave com inflamação do tipo 2
	UAT 54 - Niraparibe (Análise das contribuições da CP 101)	Carcinoma de ovário, da trompa de falópio ou peritoneal primário avançado

A reunião, realizada pela plataforma Microsoft Teams, é reservada aos membros da Comissão. Os demais interessados poderão acompanhar ao vivo pelo canal da ANS no Youtube.

Sobre a Cosaúde

A Cosaúde é composta por representantes indicados pelos

membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), conforme previsto na Resolução Normativa 474/21, que dispõe sobre a constituição e o funcionamento da Comissão. Seu objetivo é o assessoramento da ANS na definição da amplitude da cobertura assistencial no âmbito da saúde suplementar.

SIMPLIFICAÇÃO DA REGULAÇÃO PRUDENCIAL É APRESENTADA EM AUDIÊNCIA PÚBLICA

GOV (ANS) – 10/10/2022

Agência recebeu contribuições de representantes de consultorias e operadoras que atuam na saúde suplementar

A simplificação da regulação prudencial foi tema da Audiência Pública 25, realizada nessa quinta-feira, 29/09, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O encontro, que ocorreu de forma virtual, contou com a contribuição de representantes financeiros de operadoras e de empresas que atuam no setor, que puderam apresentar ideias e dirimir dúvidas.

Ao abrir o encontro, o diretor da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), Jorge Aquino, destacou os trabalhos realizados pela equipe de sua diretoria

na formulação das propostas que visam a avanços e à sustentabilidade do setor de saúde suplementar e agradeceu a participação de todos no encontro.

O diretor-adjunto da DIOPE, Cesar Serra, ressaltou que a audiência pretendia colher colaborações sobre o conjunto de medidas para a simplificação de regras, dentre elas o uso do capital baseado em risco (CBR). “A ANS, por muitos anos, adotou como regra de capital a margem de solvência, que é antiga, adotada na Europa décadas atrás. É uma regra linear, não ajustada para o ramo de atuação de contrato de planos de saúde, mas o mundo inteiro convergiu para o capital baseado em risco, e a Agência está nesse processo também,

inclusive com uma consulta pública em andamento.” Clique aqui para saber mais sobre a Consulta Pública 102.

Ele esclareceu, ainda, que, com o decorrer do tempo, podem existir ajustes, mas que a proposta não diminui, de nenhuma forma, a segurança do setor, pelo contrário, a ideia é cobrir os riscos de mercado com as menores barreiras possíveis para as operadoras. “A segurança é o que visa garantir a qualidade e a continuidade dos serviços ao beneficiário, que é a grande missão da ANS”, salientou.

Na sequência, o atuário e assessor da DIOPE, Alexandre Fiori, explicou que as medidas foram estruturadas para promover a desburocratização e a simplificação das normas de gerenciamento e requerimentos mínimos de capital e apresentou os principais pontos das medidas, que estão devidamente alinhados aos decretos, leis e regulamentos que orientam o setor, bem como contam com a aplicação proporcional da regulação prudencial, que é utilizada em diversos países e por órgãos nacionais como o Banco Central do Brasil.

A proposta conta com sete ações, que podem resultar no impacto de simplificação de R\$ 18 bilhões ao todo, oferecendo maior autonomia para as operadoras que estão regulares, diminuição do custo regulatório, melhor adequação ao risco incorrido, ganhos de eficiência na gestão financeira e desburocratização.

Na prática, ao suspender a tomada de ações de regulação econômico-financeiras em decorrência de acompanhamento (procedimentos de adequação econômico-financeira e regimes especiais de direção fiscal), antecipando-se os efeitos da adoção do CBR, seria possível chegar a uma redução de R\$ 11,8 bilhões na exigência de capital regulatório. Tal medida, que atinge o total das operadoras, poderia ser aplicada nos casos em que a insuficiência de margem de solvência seja o único motivador para a tomada de medidas administrativas.

Uma das medidas também propõe o alongamento de prazos dos Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira (PAEFs) em até 60 meses, dando maior folga para que todas as operadoras que estão irregulares possam fazer seus enquadramentos.

Após a explanação das propostas da Agência, representantes de operadoras, de consultorias atuariais e de entidades que reúnem empresas do mercado regulado puderam esclarecer dúvidas e propor contribuições.

As colocações feitas durante o encontro serão analisadas pelas equipes técnicas da ANS e, dentro das possibilidades, serão levadas para aprovação da Diretoria Colegiada.

A audiência pode ser vista na íntegra no canal da ANS no YouTube, ou [clikando-se aqui](#).

PLANOS DE SAÚDE VÃO FISCALIZAR FRAUDES DE RECIBO FRACIONADO, REEMBOLSO FALSO E PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Segs – 06/10/2022

A FenaSaúde (Federação que representa 14 grupos de planos de saúde no Brasil) acaba de criar uma nova gerência para elevar a fiscalização e perseguir fraudes praticadas por médicos e usuários. De acordo com informações do site Folha de S. Paulo, a entidade pontuou que os dribles mais comuns que abrangem a utilização de carteirinha por terceiros, recibos fracionados e outras envolvidas no processo de reembolso, como o recibo em procedimentos não cobertos disfarçados de procedimentos cobertos.

A entidade contou também sobre os problemas com materiais superfaturados, cirurgias e procedimentos desnecessários,

assim como procedimentos não realizados e adulteração de exames. A iniciativa abrange a formação de grupos de trabalho, reuniões com outras entidades e ações de comunicação e processos judiciais contra fraudadores.

A atitude vem em um momento em que o setor está enfrentando uma situação financeira dramática, principalmente nas empresas menores e que deve piorar por causa do projeto de lei, sancionado por Bolsonaro, que obrigam os planos de saúde a bancarem tratamentos fora da lista de referência básica da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

HAPVIDA COMPRA OPERADORA DE SAÚDE SISTEMAS POR R\$ 120 MILHÕES

Estadão – 06/10/2022

Conclusão da transação depende de determinadas condições precedentes, como a aprovação dos órgãos reguladores

A Hapvida comprou 100% do capital votante da Sistemas e Planos de Saúde por R\$ 120 milhões.

A aquisição foi feita pela Notre Dame Intermédica Saúde, subsidiária da Hapvida. O valor será pago à vista, sujeito à variação do endividamento e capital de giro, e possui uma

parcela retida para garantia de eventuais contingências, disse a companhia em comunicado.

A Sistemas é uma operadora de saúde de baixo custo que apresentou receita líquida de aproximadamente R\$ 79 milhões nos 12 meses anteriores a julho de 2022 e sinistralidade caixa de 73,4%. Atua por meio de uma operadora de planos de saúde com cerca de 77 mil beneficiários localizados, majoritariamente, no município de

São Paulo e cidades da região metropolitana de São Paulo, como Osasco, Guarulhos, Embu e Cotia.

“A potencial transação objetiva acelerar o crescimento em todas as praças de atuação da Sistemas, além de capturar sinergias administrativas e assistenciais (verticalização) nestas regiões onde a companhia já possui ampla estrutura

de rede própria de atendimento médico-hospitalar”, diz o documento.

A conclusão da transação depende de determinadas condições precedentes, como a aprovação dos órgãos reguladores

MUDANÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR. QUEM PAGARÁ A CONTA?

Saúde Business – 06/10/2022

Com a sanção do Presidente da República ao PL 2033, foi promulgada a Lei nº 14.454 de 21 de setembro de 2022, que alterou a Lei de Planos de Saúde, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passando a estabelecer hipóteses de obrigatoriedade de cobertura, pelas operadoras, a exames ou tratamentos de saúde não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde suplementar.

A natureza jurídica do Rol de Procedimentos nos convida a uma reflexão muito importante, e sua alteração certamente trará uma mudança significativa em todo o mercado de saúde suplementar. Vale a pena trazer um retrospecto sobre o tema.

De um lado, estavam os defensores da natureza exemplificativa do Rol, tese que por muito tempo predominou no Superior Tribunal de Justiça (STJ) e em tribunais estaduais, com os argumentos de que o Rol estabelecia a cobertura obrigatória mínima a ser garantida pelas operadoras de planos de saúde, e que não excluiria a obrigatoriedade de cobertura a outros procedimentos, se houvesse indicação médica. A justificativa era a de que, havendo cobertura para a doença, seria também coberto o tratamento médico indicado, de forma que seria abusiva e contrária ao Código de Defesa do Consumidor e ao direito fundamental à saúde a cláusula contratual que excluísse cobertura para o tratamento prescrito pelo médico e não previsto no Rol.

De outro lado, havia os que se posicionavam pela natureza taxativa, para os quais procedimentos não previstos no Rol somente teriam obrigatoriedade de cobertura pelas operadoras se expressamente contratados.

Os defensores da taxatividade do Rol já alertavam para os riscos da ampliação sem restrições dos procedimentos a serem cobertos pelas operadoras, riscos que não têm repercussão apenas na saúde financeira das operadoras de saúde, como a princípio se poderia imaginar, mas que podem comprometer a sustentabilidade do setor de saúde suplementar, com prejuízos aos próprios beneficiários.

Há que se ressaltar que o Rol foi concebido por Lei para ser um rol taxativo, inclusive o próprio STJ, em julgamento pela Segunda Seção, em junho do corrente ano, entendeu pela natureza taxativa, como regra.

Não temos dúvidas que a questão é de grande impacto para todos os atores setoriais, não se restringindo ao aparente

conflito entre direito fundamental à saúde e interesses econômicos das operadoras, como discursos mais simplistas podem fazer parecer.

Nesse ponto, há que se considerar que o contrato de plano de saúde segue princípios similares aos contratos de seguro, de forma que o pagamento das mensalidades pelos beneficiários corresponde à obrigação da operadora de garantir algo – no caso, a cobertura aos serviços de saúde, caso ocorram riscos predeterminados, que são os eventos segurados.

É justamente a característica de ser o risco predeterminado, sabendo-se previamente quais são os procedimentos segurados e a extensão das obrigações assumidas, que faz com que seja possível à operadora calcular o valor dos custos do contrato e das contraprestações do plano a serem pagas pelos beneficiários, em sistema de mutualismo, de modo a reunir a reserva financeira necessária e suficiente para que a operadora possa arcar com os eventos segurados, quando ocorrerem.

Vale lembrar que o mutualismo é caracterizado pela cotização do grupo, em que todos contribuem financeiramente, reunindo os recursos necessários para que, quando um integrante necessite dos serviços do plano, haja reserva financeira suficiente para cobrir os custos.

Portanto, o cálculo atuarial utilizado para se chegar aos valores a serem pagos pelos beneficiários pressupõe saber de antemão quais são os procedimentos e riscos a serem segurados, para que os custos possam ser estimados.

Assim, com a sanção da Lei 14.454/22, que alterou a Lei nº 9.656/98 nos seus artigos 1º, caput e artigo 10, parágrafo 4º, bem como acrescentou os parágrafos 12º e 13º ao artigo 10, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde passa a ser considerado um rol exemplificativo, ampliando os riscos segurados sem delimitação, de modo que as operadoras terão que arcar com qualquer novo procedimento, medicamento de alto custo, ou nova tecnologia de saúde – desde que cumpridos os requisitos da lei.

A ausência de delimitação dos riscos provoca um inevitável rompimento do equilíbrio econômico-atuarial desse tipo contrato, o que deverá acarretar expressivo aumento dos custos dos planos de saúde, custos que certamente serão

repassados aos beneficiários, por meio do aumento das mensalidades.

O aumento das mensalidades, que mesmo hoje já não são baratas, poderá inviabilizar que grande parte dos beneficiários consiga manter o pagamento de um plano de saúde.

Ainda, nesse cenário, é possível vislumbrar comprometimento da viabilidade financeira para que operadoras de menor porte se mantenham atuando no mercado. Assim, o mercado de saúde suplementar, que já

tende a ser concentrado em poucas operadoras, terá a sua higidez comprometida, com prejuízo ao salutar ambiente concorrencial, o que, resultará em cenário prejudicial a toda a massa populacional assistida por planos de saúde.

Portanto, é a partir da necessária predeterminação dos riscos do contrato, sabendo-se claramente e de antemão quais são os procedimentos e riscos a serem cobertos pelo contrato, que surge o equilíbrio atuarial do contrato, que, quando rompido, não afeta apenas a saúde financeira da operadora, gerando consequências para todo o setor e, em última instância, para os próprios beneficiários.

FENASAÚDE AVALIA CRESCIMENTO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

FenaSaúde – 06/10/2022

Entidade atribui aumento de interesse à pandemia e ao aquecimento do mercado de trabalho, fatores aliados à segurança, rapidez no atendimento e tranquilidade proporcionada pelos planos de saúde.

No mês de agosto de 2022, o número de beneficiários de planos médico-hospitalares totalizou 49.9 milhões. O anúncio feito ontem (5/10) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostra crescimento de aproximadamente 1,58 milhão de beneficiários nos planos médico-hospitalares, em comparação a agosto de 2021, o equivalente a 3,27% de aumento. O número é o maior desde 2015, quando o setor possuía 50,1 milhões de clientes. Já nos planos exclusivamente odontológicos, o número de beneficiários chegou a 30,4 milhões, com um acréscimo de 2,3 milhões de beneficiários em relação a agosto de 2021 – o que representa 8,33% de crescimento no período.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), representante de 14 grupos de operadoras responsáveis por 41% dos planos de saúde médicos e odontológicos do país e de cerca de 33 milhões contratos, observa que o avanço ocorreu, principalmente, no segmento coletivo empresarial (crescimento de 6,1%), aquele oferecido pelas empresas aos seus funcionários. Na análise da federação, o resultado reflete em parte a redução da taxa de desemprego no 2º trimestre de 2022, de 11,1% para 9,3% no período, conforme aponta a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Contínua (PNAD Contínua) Trimestral, divulgada em agosto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A entidade analisa que os números reforçam, também, o interesse do brasileiro pelo plano de saúde, movimento catalisado pela pandemia e que continua posteriormente ao período mais crítico. Pesquisa realizada no final de 2021, encomendada pela FenaSaúde ao Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (IPESPE), aponta que o plano de saúde está entre os quatro principais itens de desejo do brasileiro, atrás da casa própria e na frente de investimento em educação. Os resultados da pesquisa indicam que o acesso seguro à saúde é o que 39% dos entrevistados buscam ao contratar planos, em seguida, vem a rapidez no atendimento (24%), seguido pela tranquilidade em contar com a assistência privada (13%).

Com 25% da população coberta por planos de saúde, a Federação aponta que ainda há espaço para o setor crescer. "A principal missão do setor está na ampliação do acesso, em especial a consultas e exames, gargalo que precisa ser endereçado e cuja demanda foi agravada pela pandemia. Para isso, uma série de mudanças são necessárias, como a modernização do marco regulatório do setor e o controle de custos em saúde, que recai sobre as mensalidades e acaba dificultando o acesso de parte da população sobre os planos de saúde", explica Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

ANS: PLANOS DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA GANHAM MAIS DE 100 MIL USUÁRIOS EM AGOSTO

GOV (ANS) – 05/10/2022

Planos exclusivamente odontológicos seguem em crescimento e registram 30,3 milhões de usuários.

Os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a agosto de 2022 já estão disponíveis na [Sala de Situação](#), ferramenta de consulta do portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Neste período, o setor totalizou

49.912.645 usuários em planos de assistência médica. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 30.357.386 usuários.

Nos planos médico-hospitalares, em um ano, houve crescimento de 1.579.034 beneficiários – o equivalente 3,27% de aumento em relação a agosto de 2021. No

comparativo de agosto de 2022 com julho de 2022, o crescimento foi de 112.053 usuários.

Já nos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.335.469 beneficiários em um ano – o que representa 8,33% de crescimento no período – e 312.871 na comparação de agosto de 2022 com julho de 2022.

Nos estados, no comparativo com agosto de 2021, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais os que tiveram o maior ganho em

números absolutos. Entre os odontológicos, 26 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo também que São Paulo, Minas Gerais e Paraná, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Importante destacar 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.

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
ago/22	34.615.283	6.263.999	389	8.985.248	47.726	49.912.645
jul/22	34.479.862	6.281.495	389	8.990.965	47.881	49.800.592
jun/22	34.354.683	6.284.677	391	8.991.443	48.081	49.679.275
mai/22	34.205.764	6.278.588	391	8.968.347	48.270	49.501.360
abr/22	34.030.340	6.279.718	391	8.921.460	48.442	49.280.351
mar/22	33.865.526	6.271.301	387	8.897.955	48.773	49.083.942
fev/22	33.798.898	6.271.750	391	8.889.339	49.078	49.009.456
jan/22	33.716.330	6.266.202	391	8.893.042	51.163	48.927.128
dez/21	33.659.598	6.292.663	393	8.894.272	51.547	48.898.473
nov/21	33.409.579	6.292.447	394	8.880.939	52.805	48.636.164
out/21	33.323.778	6.278.964	394	8.892.914	53.667	48.549.717
set/21	33.283.976	6.274.379	397	8.891.343	52.596	48.502.691
ago/21	33.117.437	6.262.608	397	8.900.274	52.895	48.333.611

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não Identificado			
ago/22	22.066.892	2.931.279	1618	5.353.361	4.236	30.357.386
jul/22	21.868.584	2.883.810	1624	5.286.192	4.305	30.044.515
jun/22	21.715.195	2.866.317	1628	5.254.442	4.314	29.841.896
mai/22	21.498.141	2.848.641	1630	5.220.010	4.341	29.572.763
abr/22	21.334.402	2.826.453	1631	5.154.722	4.369	29.321.577
mar/22	21.178.751	2.795.490	1636	5.104.722	4.404	29.085.003
fev/22	21.057.506	2.774.738	1639	5.064.881	5.148	28.903.912
jan/22	21.032.902	2.777.729	1645	5.057.709	5.184	28.875.169
dez/21	21.021.950	2.793.289	1647	5.071.764	5.200	28.893.850
nov/21	20.794.934	2.782.844	1652	5.044.597	5.208	28.629.235
out/21	20.667.765	2.780.198	1652	5.032.059	5.226	28.486.900
set/21	20.596.163	2.766.550	1678	4.999.188	6.627	28.370.206
ago/21	20.299.065	2.752.515	1689	4.962.004	6.644	28.021.917

Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	ago/21	ago/22	ago/21	ago/22
Acre	43.379	43.200	17.132	18.199
Alagoas	374.908	386.814	284.356	310.015
Amapá	62.791	62.137	51.088	48.823
Amazonas	561.872	594.750	479.887	521.164
Bahia	1.591.503	1.651.460	1.531.483	1.656.793
Ceará	1.275.993	1.326.993	1.026.664	1.114.540
Distrito Federal	923.365	939.728	617.947	641.255
Espírito Santo	1.178.978	1.224.190	604.592	661.034
Goiás	1.235.003	1.323.184	736.629	810.603
Maranhão	469.121	493.412	240.457	275.274
Mato Grosso	609.037	650.417	232.685	257.465
Mato Grosso do Sul	612.043	638.167	161.403	181.038
Minas Gerais	5.341.125	5.541.647	2.428.269	2.724.642

Pará	838.677	838.836	507.091	534.440
Paraíba	429.257	447.073	413.782	454.611
Paraná	2.928.107	3.017.576	1.496.441	1.594.568
Pernambuco	1.368.764	1.385.715	1.112.246	1.204.231
Piauí	359.861	379.095	121.191	144.353
Rio de Janeiro	5.342.572	5.418.157	3.387.387	3.559.820
Rio Grande do Norte	555.281	588.110	405.329	481.323
Rio Grande do Sul	2.545.165	2.633.367	809.982	859.885
Rondônia	155.815	157.289	110.846	115.678
Roraima	26.101	31.424	12.006	12.390
Santa Catarina	1.538.923	1.619.724	728.139	804.905
São Paulo	17.492.339	18.027.760	10.150.323	11.009.805
Sergipe	318.748	330.449	211.701	222.041
Tocantins	113.322	118.175	129.840	130.759

BRIGA POR CLIENTES LIMITA ALTA DE PREÇOS E PODE PREJUDICAR EMPRESAS DE SAÚDE, DIZ BANK OF AMERICA

TradeMap – 05/10/2022

A partir da análise dos dados de reajuste de preços de planos de saúde em agosto divulgados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), analistas do BofA (Bank of America) destacam que a forte concorrência por clientes em algumas regiões do país tem impedido que as companhias elevem seus preços tanto quanto costumavam.

Diante disso, a expectativa do banco é que os índices de sinistralidade, que devem seguir elevados, pesem ainda mais sobre os resultados das companhias, que não serão capazes de diluir essas despesas por meio de um aumento de preços equivalente.

“Os números da ANS trazem clareza sobre um cenário desafiador para o segmento de saúde”, afirmam Fred Mendes, Gustavo Tiseo, Mirela Oliveira e Lucca R. Brendim, analistas do BofA, em relatório distribuído nesta quarta-feira (5). “Esperamos que a sinistralidade permaneça mais alta do que os níveis históricos, pois a utilização de serviços ainda está crescendo rapidamente, contra o baixo crescimento das receitas”, completam.

Essa tendência, aponta o BofA, fica evidente em regiões como Minas Gerais e Mato Grosso, onde os reajustes médios desde o início do ano são de 7,1% e 3,6%, respectivamente.

Os reajustes de preço têm sido ainda mais baixos para as empresas verticalizadas – isto é, aquelas que oferecem aos clientes não apenas os planos de saúde, mas também serviços médicos. Enquanto as operadoras de planos puros têm elevado seus preços de 15% a 20%, as verticalizadas vêm praticando reajustes de cerca de 10%.

Porém, até mesmo as operadoras que têm praticado reajustes em linha com suas médias históricas devem sofrer com essa tendência, uma vez que os aumentos de preço em 2020 e 2021, em meio à pandemia de Covid-19, foram muito baixos.

Assim, de uma maneira geral, a perspectiva do banco americano é que, mesmo com os reajustes menores, os *players* verticalizados deverão ter vantagem neste cenário, uma vez que têm uma maior capacidade de controlar custos.

Confira as recomendações do BofA para as ações do setor.

Ação	Recomendação
Dasa (DASA3)	Compra
Fleury (FLRY3)	Compra
Hapvida (HAPV3)	Compra
Rede D'Or (RDOR3)	Compra
Viveo (VVEO3)	Compra
Mater Dei (MATD3)	Neutra
Odontoprev (ODPV3)	Neutra
Qualicorp (QUAL3)	<i>Underperform</i> (equivalente a venda)

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.