

ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de Saúde: Nova regra da ANS vai permitir troca de operadora se rede credenciada mudar](#) - Fonte: Jornal O Globo

[Queiroga diz que estuda incluir vacinas nos planos de saúde](#) - Fonte: Veja

[Internações na rede privada em 2020](#) - Fonte: IESS

[NotreDame compra Centro Clínico Gaúcho em transação de R\\$ 1,06 bi; analistas da XP veem movimento positivo](#) - Fonte: InfoMoney

[Número de usuários de planos de saúde subiu mais de 1 milhão em um ano](#) - Fonte: Agência Brasil

[Teleconsulta continua crescendo](#) - Fonte: IESS

[Disputa por aumento de plano de saúde volta a esquentar nesta semana](#) - Fonte: Folha (UOL)

[O aumento da sinistralidade nos planos de saúde e a judicialização do direito a saúde](#) - Fonte: Estadão

[Lucro de planos de saúde sobe 22% no 1º trimestre, para R\\$ 2,8 bilhões](#) - Fonte: Jornal O Globo

[Gigantes do setor de saúde Dasa, Rede D'Or e Fleury anunciam aquisições – e analistas esperam por mais](#) - Fonte: InfoMoney

PLANO DE SAÚDE: NOVA REGRA DA ANS VAI PERMITIR TROCA DE OPERADORA SE REDE CREDENCIADA MUDAR

Jornal O Globo – 09/06/2021

Regulamentação será debatida em audiência pública hoje. Defesa do consumidor vê com ressalva possibilidade de substituir hospital por unidade em outra cidade.

RIO - A mudança na rede assistencial hospitalar pelas operadoras dará ao consumidor o direito de realizar a portabilidade, ou seja, a troca de plano de saúde carregando as carências já cumpridas. Isso vale para o descredenciamento de hospital na cidade de moradia do consumidor ou no município de contratação do plano.

O prazo para portabilidade será de 180 dias a partir da data de saída da unidade da rede.

Essa é uma das novidades da nova proposta de norma que estabelece critérios para alteração da rede que está sendo debatida, na manhã desta quarta-feira, em audiência pública promovida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e deverá entrar em vigor em 180 dias após a sua publicação.

- Entendemos que é um reconhecimento da ANS de que a mudança da rede descaracteriza o contrato. A rede é, sem dúvida, um dos critérios decisivos para escolha de um plano, nada mais justo que, se houver mudança, o consumidor tem direito a trocar - diz Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

As entidades de defesa do consumidor se preocupam, no entanto, com a possibilidade aberta pela proposta da nova regra de que um hospital possa ser substituído por uma unidade em município limítrofe ou a região de saúde, caso não haja outro de perfil equivalente naquela cidade.

- Nos preocupamos que isso possa implicar em grandes deslocamentos para o consumidor, o que pode ser fatal em casos de emergência. Vamos propor que se leve em consideração o conceito de mercado relevante usado pelo Cade prevendo que intervalo de tempo de deslocamento entre o hospital e a unidade pela qual está sendo substituído seja de até 10 minutos - antecipa Ana Carolina.

A questão geográfica da troca também é alvo de crítica da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

- Entendemos que essa regra passa por cima da vontade e da necessidade do paciente. É como se você fosse ao mercado e comprasse um produto com a embalagem A e ao chegar em casa o produto dentro fosse o B. Além disso, falta à regra da ANS uma definição que permite comparar qualidade entre hospitais. Acreditamos que isso vai acabar aumentando a judicialização - avalia Antônio Britto, diretor-executivo da Anahp.

Maior poder de negociação com hospitais

Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde, que reúne as maiores empresas do setor, concorda com Britto que falta estabelecer critérios de qualidade que permitam a comparação entre os hospitais para além da "grife".

Diferentemente do que avalia o executivo da Anahp, Vera acredita que a flexibilização das regras para troca de hospitais por unidades em municípios limítrofes e por uma multiplicidade de prestadores que garantam a soma dos serviços prestados será benéfica para o consumidor.

- Essas mudanças nos permitirão ter maior poder de negociação com os prestadores. Hoje quando se fala de um hospital que é considerado uma grife, não há como negociar, o preço está dado. Com mais flexibilidade, as operadoras ganham maior capacidade de negociar e isso na ponta reflete em preços menores para os consumidores.

Vera ainda destaca que é preciso avaliar se preocupar com a qualidade prestada pelo hospital e não apenas com a reputação:

- Apenas 8% dos prestadores são acreditados, o que é um indicador de qualidade. É preciso que se estabeleça critérios que permitam ao consumidor verificar se aquele hospital tem a qualidade que a reputação lhe confere, assim como se outra unidade sem tanto renome pode oferecer qualidade semelhante.

Na audiência pública a ANS explicou que a nova proposta é que a substituição por hospitais com classificação de qualidade seja feita em planos que mantinham unidades com essa qualificação, entendendo que 87% as regiões de saúde no país não tem unidades hospitalares com essas certificações. Ainda foi destacado que em casos de mudança na rede, o plano deverá manter ao menos uma unidade com qualificação.

Serviços especializados

Na avaliação de Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a questão geográfica não será um problema, pensando que boa parte dos usuários da saúde suplementar está concentrado nas capitais.

A Abramge, de fato, gostaria de regras ainda mais flexíveis, apesar de admitir que há um avanço com a proposta.

Novais diz ainda que a oferta segmentada dos serviços oferecidos na substituição de um hospital geral é uma tendência que vem sendo estudada e que pode ser positiva:

- Ao desmembrar os serviços por hospitais ou serviços hospitalizados, além de reduzir riscos como de infecções, no caso de maternidade, ainda se pode prestar um serviço de ainda maior qualidade. Não vejo razão para os consumidores se preocuparem com isso.

Ana Carolina, do Idec, se preocupa que a segmentação dificulte a percepção do consumidor em relação ao serviço ofertado.

Nathália Pompeu, superintendente jurídica da Abramge, chama atenção ainda para o fato que não havia um regramento específico sobre mudanças de rede, apenas um artigo da lei de planos de saúde, a 9.656, e nota técnicas da ANS. Ela pondera, no entanto, que deve haver uma regra diferenciada para os casos em que o prestador é quem quer romper o contrato:

- Não é justo estabelecer o mesmo critério quando o rompimento não parte da operadora, vamos perder isso na audiência.

ANS diz que objetivo é dar mais clareza e segurança

Em nota, a ANS afirma entender que a rede hospitalar de prestadores é um fator muito importante na contratação de um plano de saúde. Desta forma, o que está se propondo agora é que as regras sejam aprimoradas e reunidas em normativo específico, para dar mais segurança e clareza ao setor, permitindo que o beneficiário entenda seus direitos e saiba o que cobrar da operadora do seu plano de saúde.

Sobre as críticas à proposta, a agência ressalta "que o setor é composto por atores com interesses antagônicos e que a

contribuição de todas é de grande relevância". Por essa razão, destaca, realiza mais uma etapa de participação social, nesta quarta-feira, quando novas contribuições serão coletadas.

[Confira aqui](#) a minuta da Resolução Normativa, que será finalizada após as contribuições recebidas na Audiência Pública - o texto também passou por consulta pública - e aprovação pela Diretoria Colegiada da agência.

Confira os principais pontos

- **Substituição de prestadores hospitalares:** propõe critérios de utilização dos serviços hospitalares e do atendimento de urgência e emergência, além do critério relacionado à qualificação do prestador na regra de análise de equivalência na substituição.
- **Redimensionamento de rede hospitalar por redução:** aborda o impacto da massa assistida quando o redimensionamento envolver entidades hospitalares responsáveis por até 80% das internações no plano.
- **Portabilidade:** inclui o direito do beneficiário à portabilidade de carências quando do descredenciamento de um hospital.
- **Comunicação aos beneficiários:** inclui regras para a comunicação das alterações de rede em espaço reservado no portal da operadora e a comunicação individualizada nos descredenciamentos realizados no município de residência do beneficiário.

QUEIROGA DIZ QUE ESTUDA INCLUIR VACINAS NOS PLANOS DE SAÚDE

Veja – 08/06/2021

Ministro diz que operadoras faturam mais que o total do orçamento do Ministério.

O ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, disse na tarde desta terça-feira, 8, na CPI da Covid que está estudando formas de incluir a aplicação de vacinas no rol das obrigações dos planos de saúde, já que o setor fatura mais do que o orçamento completo do Ministério que neste ano vai ter 140 bilhões de reais para gastar com toda a população. "Conforme a lei da saúde suplementar, se convocou o Consu (Conselho de Saúde Suplementar) para que tenhamos política de enfrentamento à pandemia coordenado e entre outras coisas discutir inclusão das vacinas na saúde suplementar".

O ministro diz que desde o primeiro momento ele tem chamado a atenção para o papel da saúde suplementar no combate à pandemia, já que os planos atendem hoje 48 milhões de brasileiros e têm uma receita de 240 bilhões de reais por ano. "Ou seja, orçamento maior do que o ministério da saúde inteiro", disse o ministro. O setor das operadoras de saúde ficou estremecido com a fala do ministro, já que a expectativa é de que a vacina contra Covid seja algo como a vacina da H1N1, ou seja, aplicada todo ano.

INTERNAÇÕES NA REDE PRIVADA EM 2020

IESS – 08/06/2021

Passado um pouco mais de um ano desde o início da pandemia no Brasil, todo o setor tem se mobilizado para reunir e analisar informações, entender melhor o cenário e saber como se organizar para o cenário atual e o momento pós-pandemia. Com isso, é possível identificar padrões, se preparar para possíveis novas ondas de contaminação e evitar mais impactos no setor de saúde como um todo.

Nesse anseio, a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) acaba de lançar o Observatório Anahp 2021 e na 6ª Nota Técnica (NT) do Observatório com resultados de seus associados no ano de 2020 e no primeiro trimestre de 2021. Os documentos mostram o modo como a Covid-19 afetou os principais indicadores dos hospitais privados e as dificuldades que os gestores têm enfrentado durante a pandemia.

A publicação mostra que a taxa de ocupação das instituições associadas à Anahp, que vinha se mantendo acima de 76% nos últimos três anos, sofreu uma queda de 9,37 p.p. em 2020, passando de 76,96% para 67,59%. Isso aconteceu em função da recomendação de adiamento de procedimentos eletivos nos meses iniciais da pandemia em 2020 e pelo receio da população em frequentar instituições de saúde.

No primeiro trimestre deste ano, no entanto, com o aumento de casos de Covid-19, os hospitais privados registraram uma taxa de ocupação maior do que no mesmo período de 2020 (70%), mas ainda inferior a 2018 (75,9%) e 2019 (76,2%).

Vale ressaltar que houve uma redução de 20,09% no número de internações em 2020 em comparação a 2019. Além disso, foi observada uma mudança no perfil dos pacientes hospitalizados no primeiro trimestre deste ano e do ano passado, com aumento de 7,90 p.p. nas internações relacionadas a doenças infecciosas onde está classificada a Covid 19, e queda de 3,7 p.p. das internações relacionadas às doenças crônicas dos aparelhos digestivo e circulatório, e às doenças do sistema osteomuscular.

Por conta da assistência aos infectados, a média de permanência geral, que vinha apresentando tendência de queda entre 2017 (4,27) e 2019 (4,04), aumentou 13,61% em 2020, registrando 4,59 dias. Diante desse cenário, o índice de giro, que mede a capacidade mensal de internação em cada leito, diminuiu 19,1%, passando de 5,85 vezes em 2019 para 4,73 vezes em 2020, em média.

Já o pico de mortalidade de pacientes com Covid-19 nos hospitais associados ocorreu em março de 2021. Os 15,1% daquele mês superou a taxa de 14,9% de agosto de 2020, até então o pior mês desde o início da pandemia.

Continuaremos apresentando outros números do setor nos próximos dias. [Acesse aqui as publicações.](#)

NOTREDAME COMPRA CENTRO CLÍNICO GAÚCHO EM TRANSAÇÃO DE R\$ 1,06 BI; ANALISTAS DA XP VEEM MOVIMENTO POSITIVO

InfoMoney – 07/06/2021

A aquisição marca a entrada da NotreDame no Estado do Rio Grande do Sul, um mercado de 2,5 milhões de beneficiários de saúde

SÃO PAULO – A NotreDame Intermédica (GNDI3) comunicou ao mercado nesta segunda-feira (7) que concluiu a compra em 4 de junho de 100% das ações do Centro Clínico Gaúcho (CCG), em uma transação de “R\$ 1,06 bilhão, pago à vista, em dinheiro, descontados o endividamento líquido e uma parcela retida para contingências”.

O Centro Clínico Gaúcho conta com uma rede própria que conta com 175 mil beneficiários, 20 centros clínicos, 13 unidades de análises clínicas e o Hospital Humaniza. No ano passado, o faturamento líquido consolidado foi de R\$ 371 milhões.

A aquisição marca a entrada da NotreDame no Estado do Rio Grande do Sul, um mercado de 2,5 milhões de beneficiários de saúde.

De acordo com a Notre Dame, considerando as sinergias, o múltiplo implícito da aquisição seria um valor da firma (EV) sobre o lucro antes de juros, impostos, depreciações e amortizações (Ebitda) de 9,8 vezes ou EV/vendas de 2,9 vezes – em comparação com ao valuation atual da GNDI com

EV/EBITDA esperado para 2021 de 24,4 vezes e o EV/Vendas esperado para 2021 de 4 vezes, segundo análise da XP.

A XP aponta ver o movimento como positivo, à medida que o GNDI expande sua presença nacional por um preço atrativo. “Embora os resultados de curto prazo devam permanecer pressionados por uma sinistralidade mais alta, continuamos otimistas sobre as perspectivas de crescimento da empresa com maior consolidação do mercado de forma orgânica e inorgânica. Além disso, a possível fusão com a Hapvida (HAPV3) agrega ainda mais valor a uma história já convincente”, apontam Os analistas reiteram recomendação de compra e preço alvo de R\$ 117 por ação.

Revisão do Morgan Stanley

Cabe destacar que, antes da divulgação da aquisição, o Morgan Stanley atualizou os seus modelos para Notre Dame e Hapvida levando em consideração a divulgação dos resultados do primeiro trimestre. Assim, o banco incluiu os termos finais de fusão das empresas, e a perspectiva de um ano mais difícil, já que o setor hospitalar pode enfrentar um impacto da pandemia de Covid-19 pior do que o esperado. Além disso, os preços podem ser pouco atrativos devido ao mix de produtos e reduções de preços para planos

individuais, o que pode reduzir o Ebitda no ano fiscal de 2021 para empresas do setor médico.

A normalização de procedimentos eletivos tem aumentado a utilização de serviços médicos, como leitos de UTI e exames laboratoriais, elevando os preços de suprimentos médicos, o que pode levar a redução de 12% no Ebitda da Hapvida e de 29% no do Notre Dame no ano fiscal de 2021, comparado com o ano fiscal anterior.

O banco estima uma geração de R\$ 32 bilhões em valor com a fusão de Hapvida e Notre Dame, frente à estimativa anterior de R\$ 44 bilhões. O banco reconhece um momento fraco de

rendimento, e falta de comunicação clara sobre potenciais sinergias, o que poderia impedir uma reavaliação das empresas no curto prazo. O Ebitda foi reduzido em 17% para a Hapvida, e 39% para o Notre Dame.

O banco continua a dar preferência ao setor médico em detrimento do odontológico, e mantém recomendação overweight para a Hapvida e Notre Dame, com preço-alvo de R\$ 19,70 para a primeira, frente aos R\$ 15,78 de fechamento na sexta, e R\$ 110,4 para o segundo, frente aos R\$ 86,1 de fechamento na sexta.

(com Reuters e Estadão Conteúdo)

NÚMERO DE USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE SUBIU MAIS DE 1 MILHÃO EM UM ANO

Agência Brasil – 07/06/2021

O Brasil tem 48,1 milhões de usuários de planos.

Os planos de saúde médico-hospitalares registraram, entre abril de 2020 e abril de 2021, um incremento de 1,05 milhão no total de usuários no país. Trata-se de um avanço de 2,2% no período.

Com esse crescimento, o Brasil alcançou 48,1 milhões de usuários. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é o maior número registrado desde julho de 2016. Atualmente, 737 operadoras estão em atividade e cerca de 19 mil planos estão ativos.

Os dados constam em informe da ANS divulgado hoje (7), com os números do setor relativos à abril. As informações

completas também estão disponíveis na [sala de situação](#), ferramenta de consulta atrelada ao portal da instituição.

Em números absolutos, os maiores ganhos de beneficiários foram registrados nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Goiás. Considerando apenas o mês de abril, houve um incremento de 150,6 mil usuários em todo o país na comparação com março.

Também foi registrado avanço na cobertura de planos exclusivamente odontológicos. Entre abril de 2020 e abril de 2021, houve um crescimento de 7,5%. O número atual de beneficiários desses planos é de 27,6 milhões.

TELECONSULTA CONTINUA CRESCENDO

IESS – 07/06/2021

Claro que já falamos bastante sobre Telessaúde aqui. E continuaremos. Até porque os dados de crescimento continuam expressivos. O número de teleconsultas médicas realizadas em abril de 2021 aumentou 14,4% quando comparado ao mês anterior, segundo levantamento da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) com operadoras de planos de saúde associadas que, juntas, atendem 9 milhões de beneficiários em todo o Brasil. Em março foram realizadas mais de 315 mil teleconsultas, e no mês de abril foram 361 mil teleconsultas.

Como já apontamos, o crescimento exponencial do uso da teleconsulta coincide com o agravamento da pandemia e com o aumento no número de casos de Covid-19 no país. Desde a regulamentação em caráter excepcional e temporário, a telemedicina tornou-se uma importante ferramenta de acesso e manutenção do bem-estar das pessoas, evitando o deslocamento e a exposição a ambientes que implicam em risco maior à saúde.

Conforme dados da Abramge, desde abril de 2020, as associadas da entidade já realizaram 2,8 milhões de teleconsultas. Vale lembrar que há um ano foi sancionada a Lei 13.989/2020 que instituiu o uso da telemedicina durante a crise sanitária atual do coronavírus (SARS-CoV-2) no Brasil.

Como a regulamentação prevê a adoção em caráter emergencial enquanto durar a pandemia, ainda será necessária uma emenda com extensão do prazo ou criação de uma nova lei para ter continuidade.

Como mostramos [aqui](#), para o aumento das iniciativas de enfrentamento à COVID-19, o Conselho Federal de Medicina (CFM) enviou nota ao Ministério da Saúde reconhecendo a utilização do recurso em três situações: Teleorientação, que permite que médicos realizem a distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento; Telemonitoramento, que possibilita que, sob supervisão ou orientação médicas, sejam monitorados a distância parâmetros de saúde e/ou doença; e, Teleinterconsulta, que

permite a troca de informações e opiniões exclusivamente entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

O professor Chao Lung Wen, líder do grupo de pesquisa USP em Telemedicina, Tecnologias Educacionais e eHealth no

CNPq/MCTI e um dos maiores especialistas do País no tema, publicou recentemente um artigo em que ele aborda o assunto desde sua criação até o uso atual no Brasil. [Veja aqui.](#)

DISPUTA POR AUMENTO DE PLANO DE SAÚDE VOLTA A ESQUENTAR NESTA SEMANA

Folha (UOL) –06/06/2021

Para o deputado Celso Russomano, a tendência é que a ANS suspenda o reajuste.

A pressão para postergar o reajuste dos planos de saúde na pandemia não acabou, e a queda de braço deve crescer nessa semana sobre a categoria dos planos coletivos, como aconteceu no ano passado.

Para o deputado Celso Russomano (Republicanos-SP), a tendência é que a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) suspenda o aumento neste ano.

“Vamos fazer uma audiência pública na quinta (10) na Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara para questionar as operadoras. Acho que vamos chegar a um termo para não ter aumento, porque a arrecadação dos planos cresceu com a pandemia”, diz.

A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) diz que os planos estão enfrentando taxas historicamente altas de ocupação dos hospitais. “Daí a importância de que toda a discussão sobre reajustes leve em consideração o cenário da saúde suplementar, as metodologias de cálculo, as leis e normas aplicáveis, a sustentabilidade de todo o setor privado de saúde”, diz a entidade.

Enquanto as entidades de defesa do consumidor, de um lado, tentam convencer o governo e a ANS a impedirem o aumento neste ano, as empresas fazem pressão contrária. Na semana passada, representantes de companhias do setor tentaram marcar um jantar para defender o aumento com o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, mas o evento foi cancelado.

A entidades Abramge e FenaSaúde, que reúnem as operadoras, dizem não foram convidadas.

O AUMENTO DA SINISTRALIDADE NOS PLANOS DE SAÚDE E A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE

Estadão – 05/06/2021

Há mais de um ano, debates sobre direito à assistência médica se intensificaram no Brasil e no mundo. A pandemia do coronavírus levou muitas pessoas a repensar a forma de utilização dos planos de saúde. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apontam que em 2020 os gastos com sinistralidade – termo utilizado para os custos das operadoras com utilização dos planos – caíram pela diminuição dos procedimentos eletivos.

Contudo, os cinco primeiros meses de 2021 já mostraram crescimento de mais de um terço nos gastos das operadoras de planos de saúde, como aponta levantamento da Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge). O aumento é motivado pela segunda onda do Coronavírus, que tem atingido mais jovens, em paralelo ao retorno de procedimentos de rotina.

A baixa utilização durante o primeiro ano de pandemia tem motivação clara. As pessoas pensaram duas vezes antes de realizarem procedimentos eletivos, comprometendo-se apenas aos exames e atendimentos necessários. Isso leva a reflexão sobre a realidade das operadoras no Brasil em tempos comuns.

Diferente do que foi observado no último ano, a taxa de sinistralidade no país apresenta grave aumento anual. O que muitas vezes é ignorado por usuários dos planos é que o aumento da sinistralidade possui reflexos não apenas para as operadoras, mas para todos os usuários que necessitam dos planos.

Os contratos de planos de saúde coletivos no Brasil costumam contar com uma cláusula de reajuste por sinistralidade, necessária para calcular o aumento das despesas das operadoras e seu reflexo nas mensalidades. Isso implica em aumento de custos e nas mensalidades dos planos de saúde, conseqüentemente, no acesso a mais pessoas.

Esse aumento recorrente da sinistralidade dos planos de saúde no Brasil está particularmente atrelado a questões culturais de tentativas de desvirtuação do objeto contratado. Infelizmente, é comum identificar casos em que um membro da família (por exemplo, um dos filhos) utiliza a “carteirinha” do plano contratado para outro membro. Outro exemplo é o de fraudes de utilização recorrente do mesmo usuário em clínicas sem a real prestação do serviço, com objetivo de favorecer o médico ou a empresa que estaria “atendendo”.

Se por um lado há mau uso por parte de alguns usuários, questões ainda mais delicadas costumam onerar os planos de saúde: a adoção de medidas judiciais para autorização de procedimentos não acordados no contrato. A Justiça brasileira ainda tem adotado uma postura de acatar os pedidos de cobertura na maior parte dos casos. Entretanto, deixa de ser observado que o custo gerado às operadoras, se não repassados aos demais usuários, inviabilizaria a continuidade do contrato bem como a saúde privada no país.

Há um claro dilema social sobre o direito de cada indivíduo à saúde. Apesar de decisões judiciais assegurarem determinados procedimentos que não foram estabelecidos em contrato, os reajustes provocados por esses incrementos na sinistralidade dos planos de saúde impedem centenas ou milhares de outras pessoas a aderirem a seus próprios planos.

LUCRO DE PLANOS DE SAÚDE SOBE 22% NO 1º TRIMESTRE, PARA R\$ 2,8 BILHÕES

Jornal O Globo – 03/06/2021

Custo assistencial subiu 8,7% no período, em comparação com o mesmo do ano passado, mas empresas esperam pressão maior no 2º trimestre.

RIO - Os planos de saúde registraram lucro 22% maior no primeiro trimestre deste ano comparado ao mesmo período de 2020, último trimestre antes do início da pandemia: R\$ 2,82 bilhões contra R\$ 2,3 bilhões.

O custo assistencial do setor subiu, no mesmo período, 8,7%, segundo números divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que levam em conta os resultados de planos médicos hospitalares e odontológicos.

Apesar do resultado positivo, as empresas do setor preveem que a retomada dos procedimentos eletivos e a segunda onda da Covid, que elevou a ocupação de leitos hospitalares para cerca de 90%, tenham reflexo no segundo trimestre.

— Para as empresas com rede própria a alta de custo foi ainda maior, de 11%. Isso se explica pelo fluxo de pagamento que nas demais operadoras têm ciclos de 45 a 90 dias. Por isso, acreditamos que o aumento nas despesas se refletirá no próximo trimestre. A expectativa é que o custo assistencial do segundo trimestre seja 40% a 50% maior do que o mesmo período do ano passado, em que houve suspensão de procedimentos — ressalta Renato Casarotti, presidente da Abramge, que representa as empresas do setor.

Planos apontam alta nos custos às vésperas de reajuste

Desde o início da pandemia as empresas do setor vêm traçando um cenário de deterioração financeira que não tem se confirmado.

Debates vêm sendo feitos pelas operadoras de planos de saúde, comunidade jurídica e sociedade civil, mas é preciso que se aprofunde na questão. As soluções ainda não são claras, mas certamente devem levar em consideração a atual crise econômica que o país atravessa em decorrência da pandemia e a própria situação de emprego e renda do Brasileiro. Não é simples pensar em alternativas, mas é com o diálogo entre os atores desse dilema — levando em consideração os múltiplos fatores que nos levam a essa situação — que iniciaremos práticas mais sustentáveis de saúde privada.

*Maria Emília de Rueda é sócia fundadora do Rueda & Rueda Advogados, bacharel em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco — UNICAP (2005), em Relações Internacionais pela Faculdade Integrada do Recife — FIR (2006), e especialista em Direito Empresarial e Econômico através da Instituição Fundação Getúlio Vargas — FGV em 2013.

A expectativa de gastos recordes é estimada pela FenaSaúde, representante das maiores empresas do setor, às vésperas da divulgação do reajuste dos planos individuais que, [pela primeira vez, deverá ser negativo](#), ou seja, com mensalidades reduzidas. Os dados captados pela ANS até abril, no entanto, não confirmam esse prognóstico.

— O índice do 1º trimestre permanece inferior ao mesmo período pré-pandemia, e não há evidências, até o momento, de que a tendência deva se alterar no 2º trimestre— avalia Paulo Rebello, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS.

Para Idec, planos têm boa saúde financeira

Para Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), nenhum dado oficial aponta para o cenário descrito pelas operadoras para os próximos meses:

— Todos os indicadores oficiais demonstram que a saúde financeira das empresas vai muito bem, obrigada. A pandemia foi devastadora para a vida financeira de consumidores, de alguns prestadores de serviços, com a suspensão de procedimentos, mas fez muito bem às contas dos planos de saúde. Parece haver um esforço do setor para tornar ruins os indicadores que se apresentam para justificar reajustes altos em 2021, o que não tem justificativa.

Em nota, a FenaSaúde ressalta ainda que as receitas do primeiro trimestre cresceram menos do que os custos: 6,7% contra 8,7%. E destaca que o resultado foi afetado positivamente pela aplicação dos reajustes represados em 2020 e o ingresso de 1,4 milhão de beneficiários desde junho do ano passado.

— O aumento de beneficiários resulta, de imediato, no aumento de receitas, e tende a só afetar as despesas assistenciais quando ultrapassado o período de carência para utilização da cobertura do plano. Os dados do 1º trimestre mostram não apenas o aumento do lucro líquido das

operadoras, mas, também, da margem que esse lucro representa em relação às receitas de mensalidades — Rodrigo Leal, especialista em regulação econômica de plano de saúde, membro da Associação Brasileira de Economia de Saúde (Abres).

GIGANTES DO SETOR DE SAÚDE DASA, REDE D'OR E FLEURY ANUNCIAM AQUISIÇÕES – E ANALISTAS ESPERAM POR MAIS

InfoMoney – 02/06/2021

Tendência é cada vez mais de consolidação no segmento de saúde, que é bastante pulverizado.

SÃO PAULO – Na noite desta terça-feira (1), três gigantes do setor de saúde no país, Rede D'Or (RDOR3), Grupo Dasa (DASA3) e Fleury (FLRY3), anunciaram aquisições de ativos, em continuidade do movimento de consolidação do setor, ainda bastante pulverizado.

A Rede D'Or fechou a aquisição do Hospital Serra Mayor, localizado na capital paulista, em região de alta densidade populacional, no bairro do Capão Redondo. O valor da firma (EV) ficou em R\$ 130 milhões, com projeção de lucro antes de juros, impostos, depreciações e amortizações (Ebitda, na sigla em inglês) de R\$ 17 milhões para 2022, após sinergias, implicando em um múltiplo EV/Ebitda de 7,6 vezes daqui a dois anos.

Já o Fleury anunciou a aquisição do Laboratório Pretti e do Laboratório Bioclínico, ambos no Espírito Santo (ES). Os valores justos para fins de transação são de R\$ 193,1 milhões e R\$ 122 milhões respectivamente, adicionando cerca de 40 unidades de atendimento em sua base total. A estimativa de Ebitda para estas aquisições não foi divulgada.

O grupo Dasa veio com a transação maior entre as três empresas, com a aquisição do Hospital da Bahia (HBA S.A.) em Salvador (BA) por R\$ 850 milhões em dinheiro. A Levante Ideias de Investimentos aponta que, com a operação, a Dasa já “coloca o pé em uma praça já bastante disputada”. A estimativa é de um múltiplo EV/Ebitda em torno de 13 vezes para a aquisição, sendo um dos mais relevantes após a sua reabertura de capital.

Conforme destaca a Levante, mesmo com um setor ainda bastante pulverizado em todos os segmentos de atuação (hospitais, clínicas de tratamento, laboratórios de diagnóstico e planos de saúde), a competição começa a ficar mais acirrada nos principais centros urbanos, com maiores densidades populacionais, sendo que várias companhias de capital aberto estão começando a atuar em uma mesma região.

“Olhando individualmente cada aquisição, enxergamos um impacto positivo para as ações das três companhias, dado que todas estão muito bem capitalizadas, sobretudo a Rede D'Or com a sua recente abertura de capital e Follow-on (oferta subsequente de ações)”, avaliam. Além disso, apontam, o setor de saúde demanda cada vez mais escala, sendo um

requisito mandatório para que as empresas obtenham uma boa rentabilidade.

A estratégia da Dasa, aponta a Levante, vem na vertente de agregar hospitais e centros diagnósticos dentro do mesmo guarda-chuva.

O Bradesco BBI avalia que a aquisição do HBA, marcando a entrada da Dasa em Salvador, na Bahia, que tem cerca de 1,6 milhão de beneficiários e é o sexto maior mercado do Brasil, é um movimento bastante importante para a empresa.

Os analistas também veem os múltiplos da aquisição como positivos: a Dasa pagou cerca de R \$ 2,6 milhões por leito (com base nos atuais 330 leitos do HBA), ou R\$ 2,1 milhões por leito, isso incluindo expansões em andamento com o plano de chegar a 405 leitos (assumindo nenhum capex adicional para completar a expansão). O valor é abaixo do preço médio histórico do setor entre R\$ 3,0 milhões e R\$ 5,0 milhões.

A expectativa é de que possam ocorrer sinergias com redução de custos médicos e de materiais, com a adoção de uma estrutura de custos centralizada (talvez com cerca de 20% e 30% de descontos nesses produtos) e alguma diluição de custos com os 75 leitos hospitalares adicionais a serem concluídos. Quanto à rede credenciada do HBA, ela já é vasta, abrangendo todas as principais grandes operadoras. Desta forma, os analistas reiteraram visão positiva sobre a Dasa, com recomendação outperform e preço-alvo de R\$ 80 para 2021.

A Levante destaca que o Fleury vem tentando diversificar sua linha de atuação para além dos centros diagnósticos, incorporando clínicas de tratamentos avançados e diversos, ampliando a gama de serviços oferecidos dentro de seus ativos.

O Itaú BBA classificou a notícia sobre as aquisições da Fleury em Vitória como neutra. O banco afirma que não tem dados o suficiente para ponderar o potencial de adição de valor que o negócio pode ter, mas afirma que em termos de receita não parece muito acima do valor atual do Fleury. Apesar disso, o banco elogia o esforço do Fleury de diversificar o crescimento do faturamento bruto, e fortalecer o portfólio de serviços. O Itaú mantém recomendação market perform (perspectiva de valorização dentro da média do mercado) para o Fleury, com preço-alvo de R\$ 29.

A XP, por sua vez, aponta que, embora pequena, vê a transação como positiva, pois expande o alcance nacional do Fleury por um preço razoável. Os analistas esperam que os ganhos de sinergia diluam os múltiplos implícitos, especialmente considerando o provável aumento dos serviços oferecidos no Pretti e Bioclínico.

“Finalmente, considerando o tamanho da transação e que vemos a FLRY3 sendo negociada a um preço sobre o lucro de 24,4 vezes o esperado para 2021 e de 21,4 vezes o esperado para 2022, que está em linha com sua média histórica, reiteramos nossa recomendação neutra para a empresa e nosso preço-alvo de R\$ 29 por ação”, apontam.

A Rede D’Or, por sua vez, destaca a Levante, vem buscando escala de maneira mais concentrada e onde tem expertise comprovada: gestão de hospitais de alto padrão.

O Credit, por sua vez, ressalta que a área dessa última aquisição é altamente povoada, mas com baixos indicadores sócioeconômicos.

Luis Sales, analista da Guide, ainda aponta que o movimento ocorre uma semana após a rede hospitalar anunciar, através da sua afiliada Hospitais Integrados da Gávea S.A. (Clínica São Vicente), ter concluído a aquisição de 100% do Hospital Balbino, localizado no município do Rio de Janeiro.

A notícia foi vista como marginalmente positiva para o analista: “a Rede D’Or mostra mais um movimento de aquisição do pulverizado setor hospitalar. Esperamos uma manutenção nessa tendência em função do avanço acelerado de consolidação no setor de saúde, observado no número de negócios (o mais importante deles a fusão entre Hapvida HAPV3 e Notre Dame GNDI3) mas também em novas empresas do segmento captando recursos no mercado de capitais”, aponta.

Confira as recomendações para as ações das companhias, segundo compilação da Refinitiv..

| Empresa | Recomendação de compra | Recomendação neutra | Recomendação de venda | Preço-alvo médio | Potencial de valorização |
|-----------|------------------------|---------------------|-----------------------|------------------|--------------------------|
| Dasa | 4 | 0 | 0 | R\$ 83,13 | +45% |
| Fleury | 3 | 7 | 1 | R\$ 29,86 | +11% |
| Rede D’Or | 9 | 0 | 0 | R\$ 82,70 | +21% |

“Escala e Verticalização”

Olhando para o cenário em geral para fusões e aquisições no setor, a Levante destaca que a pandemia levou muitos ativos de menor porte estarem “através” para a aquisição, com os grandes players do setor se beneficiando com a oportunidade no radar.

A pulverização do setor, até então, é vista como compreensível, dada a extensão territorial do Brasil e devido aos serviços médicos, que em grande parte até o início da pandemia demandavam quase que majoritariamente a presença física do paciente. Com o avanço rápido da telemedicina, muitas consultas básicas agora podem ser feitas de maneira remota, avaliam os analistas, possibilitando também maior ganho de escala e verticalização.

“Acreditamos que ainda há bastante espaço para expansão das grandes do setor, sem que haja uma sobreposição muito prejudicial, porém as palavras-chave do setor têm sido ‘escala e verticalização’”, avaliam.

Assim, os analistas enxergam um cenário de crescimento gradual e consistente para os líderes do setor de saúde e as fusões, aquisições e expansões de unidades. “Todas as grandes do setor seguem com endividamento baixo, múltiplos mais elevados em relação às aquisições recentes e com caixa robusto, indicando que podemos esperar um ciclo de crescimento e consolidação por mais alguns anos pelo menos”, apontam.

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