

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

30 de junho de 2021



LEITURA RECOMENDADA

Milliman – 30/06/2021

Recomendamos a leitura do Conselho Milliman do mês de junho. O artigo " Rol de Procedimentos Taxativo ou Exemplificativo?", sobre as Demandas judiciais referentes a negativa de procedimentos não cobertos são recorrentes e trouxeram o debate em plenária se o rol de procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS seria exemplificativo e não taxativo. Diferentes decisões já foram proferidas e ainda segue sendo tema de diversos processos

Nesse conselho, trataremos sobre a diferença entre o rol ser taxativo ou exemplificativo, o atual entendimento da ANS e os impactos ao setor.

[Clique aqui](#)

ÍNDICE INTERATIVO

[Cresce a satisfação com o plano de saúde, aponta Vox Populi](#) - Fonte: IESS

[Plano de saúde figura entre prioridades nas contas dos brasileiros](#) - Fonte: Correio Brasiliense

[Qualicorp vai vender planos de saúde na plataforma do Banco Inter](#) - Fonte: Money Times

[Após lucro de 50% na pandemia, planos de saúde coletivos sobem 16%](#) - Fonte: Folha (UOL)

[O colapso atinge o sistema de remuneração da saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[A saída é mais saúde](#) - Fonte: FenaSaúde

[Ataque hacker ao Fleury expõe vulnerabilidade do setor de saúde, dizem especialistas](#) - Fonte: Terra

[Boletim Covid-19: uso do plano de saúde ainda é menor que no pré-pandemia](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Operadoras de saúde miram o Norte e o Nordeste](#) - Fonte: Saúde Business

CRESCER A SATISFAÇÃO COM O PLANO DE SAÚDE, APONTA VOX POPULI

IESS – 28/06/2021

Pesquisa do Vox Populi realizada a nosso pedido revela aumento na satisfação com os planos de saúde. A cada 10 brasileiros com planos médico-hospitalares, 8 estão “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”. A taxa de 84% é 4 pontos percentuais acima da pesquisa anterior, de 2019. Já os índices de recomendação e a intenção de manterem o plano atual atingiram os melhores resultados da série histórica da pesquisa, com desempenho de 86% e 90%, respectivamente.

O levantamento avaliou a percepção dos beneficiários com seus planos odontológicos, que também alcançou o maior patamar da série histórica. A pesquisa apontou que 83% dos beneficiários de planos odontológicos estão “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”. Inclusive, como em anos anteriores, contar com um plano de saúde é o terceiro maior desejo do brasileiro, após casa própria e educação. Além disso, 66% dos não beneficiários desejam ter um plano de saúde.

Cabe destacar que essa é a primeira pesquisa que levanta informações sobre o período da pandemia. Os beneficiários se mostraram satisfeitos com a prestação de serviço: 92% avaliaram como “muito bom” e “bom” o atendimento recebido para casos de Covid-19. Já entre os não beneficiários de

planos médico-hospitalares, 58% afirmaram que estariam mais seguros tendo um plano de saúde neste momento.

Como sempre reforçamos, a complexidade que envolve o setor de saúde complementar no país requer a atenção e o envolvimento dos diferentes agentes na construção de ferramentas e prioridades para o aperfeiçoamento dessa cadeia. Nesse sentido, pesquisas como essa facilitam a discussão dos temas sensíveis e a reunião dos diversos elos do segmento para a construção de um segmento cada vez mais forte e com mais capacidade de evoluir no cuidado ao paciente.

Os dados refletem entrevistas realizadas em abril deste ano com 3,2 mil pessoas (1,6 mil beneficiários e 1,6 mil não beneficiários) em oito regiões metropolitanas do país: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Brasília, Salvador, Recife e Manaus. A margem de erro da pesquisa é de 2 pontos percentuais (p.p.) para mais ou para menos e o nível de confiança é de 95%.

[A íntegra está disponível no link](#)

PLANO DE SAÚDE FIGURA ENTRE PRIORIDADES NAS CONTAS DOS BRASILEIROS

Correio Brasiliense – 28/06/2021

A pandemia mudou hábitos dos brasileiros. Diante do avanço da infecção pela covid-19 e do consequente distanciamento social, a prioridade de ter um plano de saúde foi mantida, mas aumentou o desejo de ter carro, computador, celular e internet de alta velocidade. É o que mostra pesquisa do Instituto Vox Populi a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O levantamento comparou os anseios de posse em quatro momentos (2015, 2017, 2019 e 2021, no mês de abril). Como em anos anteriores, contar com um plano de saúde é o terceiro item no ranking, após casa própria e educação.

A novidade é que o plano odontológico, que não era avaliado, ficou na nona posição entre beneficiários e não beneficiários. Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, “tanto essa quanto as demais alterações no ranking de bens e serviços desejados podem ser reflexos da crise sanitária atual”, diz. “O medo de contágio pela covid-19 fez o carro voltar a ser objeto de desejo do brasileiro como forma de evitar deslocamentos em veículos com aglomerações, enquanto o distanciamento social impôs maior uso de dispositivos eletrônicos e banda larga para consultas em telemedicina e aulas on-line para filhos em idade escolar, por exemplo.”

Em comparação com as edições anteriores, destaca a pesquisa Vox Populi/IESS, houve uma alternância entre

educação e casa própria na primeira colocação. “Ou seja, o período da pandemia e as novas necessidades do brasileiro deflagraram um processo de redimensionamento dos desejos da população, ainda que não interfira no ranking geral”, informa o levantamento. Dessa forma, no topo dos mais desejados (tanto os que já contam com plano quanto os que não) continuam aparecendo casa própria, educação, plano de saúde e carro próprio.

José Cechin afirmou que os índices de intenção de continuar no plano atual também chegaram ao melhor desempenho na série histórica, iniciada em 2015 — ano em que a pergunta sobre intenção foi inserida —, avançando de 86%, em 2015, para 87%, em 2017; 88%, em 2019; e, em 2021, atingiu 90%. A taxa de recomendação dos beneficiários dos planos para amigos e familiares também subiu de 79%, em 2015, para 86%, em 2021. O maior percentual foi em Manaus, 92%; e o menor, em São Paulo, com 83%.

“A taxa vem em linha com outros números da pesquisa e reforça que o brasileiro passou a valorizar ainda mais o plano de saúde em meio à pandemia de coronavírus”, avalia Cechin. Ele ressaltou que o levantamento foi feito em oito capitais metropolitanas, e, não à toa, o “maior índice foi encontrado em Manaus, que sentiu fortes impactos da crise atual”. “Vemos, pelo relatório, que os beneficiários de planos avaliam muito positivamente o serviço de saúde complementar:

os índices de satisfação, a recomendação e a intenção de manterem o seu plano atual atingem os melhores resultados da série histórica. Os beneficiários de plano odontológico também demonstram grande satisfação”, salienta.

Odontológicos

Os dados da pesquisa Vox Populi/IESS que envolvem planos de saúde exclusivamente odontológicos também estão no melhor patamar na série histórica. Conforme o instituto, 83% dos beneficiários estão “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”. A mesma tendência acontece em relação à recomendação para familiares e amigos, que chegou a 85% dos entrevistados, e a intenção de continuar com o mesmo benefício, confirmada em 89% dos casos.

“Grande parte da expansão dessa modalidade nos últimos anos é justificada pela ampliação às empresas de pequeno e médio portes (antes, centralizadas em grandes corporações)”, explica Cechin. “No geral, as principais razões do brasileiro para a contratação dos planos são ‘não depender da saúde pública’ e ‘ter segurança em caso de emergência’, ambos com 42%.”

Observando os números nacionais, os índices de satisfação em relação a planos odontológicos também registraram alta. O maior foi em Porto Alegre, 98%; e o menor, em Belo Horizonte, com 79%, além de Manaus, 91%; Salvador, 89%; Rio de Janeiro, 87%; Brasília, 85%; e Recife, 84%.

O canal de atendimento mais utilizado pelos beneficiários é o telefone (81%), seguido de aplicativo (34%). A maioria (82%) considera que as operadoras oferecem informações claras. Quanto à escolha da operadora, no geral, a maioria cita a qualidade dos profissionais e o preço como os principais critérios para a escolha.

Alto custo

Os não beneficiários de planos de saúde ou odontológicos também reconhecem a importância e a boa prestação de serviço dos planos de saúde complementar, mas nem todos têm condições de arcar com o valor das mensalidades. Pelos dados da pesquisa, para a maioria que saiu dos planos, o preço e a falta de condições financeiras são os principais motivos: 41,4% dos entrevistados já tiveram plano, mas foram obrigados a abrir mão porque a demissão do emprego e o preço das mensalidades os impediram de continuar.

A pesquisa constata que 85% desses entrevistados reconhecem a importância de ter um plano de saúde; 66% dizem que a qualidade do atendimento, a comodidade e o conforto são as justificativas para o interesse; e 34% dizem que não têm interesse porque o preço é impeditivo.

A pesquisa do Vox Populi, feita em abril deste ano, ouviu 3,2 mil pessoas (1,6 mil beneficiários e 1,6 mil não beneficiários) em oito regiões metropolitanas do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre,

Brasília e Manaus). A margem de erro é de dois pontos percentuais para mais ou para menos, e o nível de confiança, de 95%.

Perfil de consume

Pesquisa Vox Populi/IESS aponta que os quatro itens mais desejados dos brasileiros são casa própria, educação, plano de saúde e carro próprio. A novidade foi que o plano odontológico, que não era avaliado, ficou na nona posição tanto na preferência entre beneficiários quanto entre os não beneficiários

Beneficiários

Perfil socioeconômico

Faixa etária

Beneficiários (%) Não beneficiários (%)

Média 42,442,6

De 20 a 34 anos 3837

De 35 a 49 anos 3128

De 50 a 64 anos 2226

65 anos ou mais 99

Renda familiar

Beneficiário (salário mínimo) Não beneficiário (SM)

Até 2 SM 33% 69%

De 2 a 5 SM 50% 28%

Mais de 5 SM 16% 3%

Características

98% têm somente um plano de saúde

53% têm um plano corporativo

48% têm um plano de saúde particular

47%, entre os que têm plano corporativo, afirmam que o valor é pago totalmente ou parcialmente pela empresa em que trabalham

6%, ou seja, a minoria, paga integralmente seu plano de saúde

93% entre os que pagam o próprio plano têm uma contratação particular

69% desses não pagam valor adicional por consultas ou exames

31% dos que bancam o próprio plano não pagam valor adicional para consultas ou exames

77% são os titulares do plano

57% tem plano de saúde há mais de 10 anos (em média, 11 anos)

As principais justificativas para ter plano de saúde

41% dizem que não querem depender da assistência pública

38% querem segurança, conforto e tranquilidade

23% destacam a qualidade no atendimento

Satisfação com plano de saúde

2015 2017 2019 2021

Geral 75% 80% 80% 84%

São Paulo 76% 78% 81% 81%

Rio de Janeiro 72% 80% 75% 87%

Belo Horizonte 70% 84% 79% 86%
Porto Alegre 81% 91% 92% 87%
Brasília 82% 81% 76% 88%
Salvador 80% 73% 80% 90%
Recife 69% 84% 75% 83%
Manaus 79% 86% 89% 90%

Quem gostaria, mas não pode ter plano de saúde
41,4% já tiveram: a demissão do emprego e o preço das mensalidades são as razões que os impedem agora de bancar o produto
85% desses reconhecem a importância de ter um plano de saúde

66% dizem que a qualidade do atendimento, comodidade e conforto são as justificativas para o interesse
34% dizem que não têm interesse porque o preço é impeditivo

Beneficiários de planos odontológicos
75% têm o plano odontológico na mesma operadora do plano de saúde
56% têm um plano corporativo
44% têm um plano de saúde particular

Entre os que têm plano corporativo, metade tem um plano pago totalmente ou parcialmente pela empresa em que trabalham
5% pagam integralmente o seu plano odontológico

Entre os que pagam o próprio plano
88% têm uma contratação particular
26% pagam algum valor adicional para fazer consultas ou exames odontológicos
78% são os titulares do plano

Fonte: Pesquisa Vox Populi/IESS

Entidade defende mudanças no marco legal

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) defende mudanças no marco legal para facilitar e aumentar o acesso dos brasileiros aos planos. “A lei atual é de 1998. Precisa se adaptar a uma população cada vez mais heterogênea, num mercado de trabalho cada vez mais marcado pela informalidade, com restrições orçamentárias (tanto públicas quanto privadas) cada vez mais severas. É preciso ter produtos de assistência à saúde que atendam à multiplicidade e à heterogeneidade de exigências dos brasileiros”, informa.

A primeira mudança regulatória que a FenaSaúde aponta como positiva para o país é poder oferecer “coberturas mais flexíveis, mais aderentes à capacidade de pagamento das famílias e das empresas, com a ampliação dos tipos de coberturas que podem ser oferecidos: a chamada ‘modulação de produtos’”. “Hoje, a oferta é engessada. Pesquisas de opinião mostram que os consumidores também querem mais opções de planos e coberturas para terem alternativas”, frisa.

Críticos dessa metodologia indicada pela federação argumentam que a medida não se adequa às necessidades dos usuários. Eles destacam, por exemplo, que, quando jovens, beneficiários podem se dar ao luxo de ter um plano mais enxuto, mas quando envelhecerem e tiverem, eventualmente, comorbidades, o valor da mensalidade dará um salto absurdo. “Por isso, muita gente saiu dos planos e depende do Sistema Único de Saúde (SUS). Os idosos ficam à míngua. A modulação de produtos parte do princípio de que o brasileiro envelhece e fica mais rico. Mas, ao contrário, a realidade mostra que os idosos estão empobrecendo”, sustenta um especialista, que pediu anonimato.

De acordo com a FenaSaúde, “a base da saúde suplementar é o mutualismo, ou seja, a solidariedade financeira entre beneficiários de um mesmo grupo”. “Esse conceito permeia o segmento de seguros e, por esse motivo, a contribuição mensal paga pelos beneficiários de planos de saúde é dividida por faixa etária”, enfatiza. “Sem a aplicação correta do mutualismo, a saúde suplementar do Brasil e do mundo está condenada à inexistência, o que levaria, no caso do Brasil, à dependência de mais pessoas do SUS.”

Panorama

Segundo o Boletim Covid-19, da Agência Nacional de Saúde (ANS), houve um aumento de 0,32% na quantidade de vínculos de beneficiários a planos médico-hospitalares, em maio, em relação a abril. “Considerando o tipo de contratação e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação foi positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação”, afirma. Atualmente, no país, há 48,1 milhões de beneficiários e 698 operadoras ativas. Pelos últimos dados disponíveis (2019), foram feitos 1,6 bilhão de consultas, exames, terapias, cirurgias e internações por ano.

A ocupação geral de leitos sofreu leve aumento, em maio, ante o mês anterior (de 61% para 74%), mas ficou abaixo do observado em maio de 2019 (76%, período pré-pandemia). A taxa de ocupação de leitos tanto para atendimento a pacientes com covid-19 (72%, em abril, para 74%, em maio) como para demais procedimentos se manteve estável em comparação com o mês anterior (73% para 74%), aponta a ANS. Dos dados sobre detecção do coronavírus, foi constatado um novo aumento na quantidade de exames RT-PCR em março de 2021, interrompendo a queda iniciada em janeiro. No primeiro mês deste ano, foram feitos 715.166; caiu para 515.301, em fevereiro; e subiu para 534.801, em março.

Quando o assunto é reclamação dos consumidores, a ANS informa que, em maio, foi registrado nos canais de atendimento um aumento de 20,2%, aproximadamente, em comparação ao mês anterior, e alta de 69,5% em relação a maio de 2020, com maior predominância de temas de natureza assistencial. “Entre as queixas referentes à covid-19, no mês de análise, 38% foram relacionadas a exames ou tratamentos para a doença”, diz a ANS. (VB)

QUALICORP VAI VENDER PLANOS DE SAÚDE NA PLATAFORMA DO BANCO INTER

Money Times – 28/06/2021

A [Qualicorp \(QUAL3\)](#) e o [Banco Inter \(BIDI11\)](#) firmaram uma parceria para vender planos de saúde, mostra documento enviado ao mercado nesta segunda-feira (28).

O acordo permitirá aos mais de 11 milhões de clientes do Inter a contratação de produtos do portfólio da Qualicorp de forma 100% digital.

Por meio do aplicativo do Inter, os correntistas interessados na contratação do plano poderão escolher um dos diversos produtos oferecidos na plataforma da Qualicorp por mais de 20 operadoras de saúde, como [Amil](#), [Bradesco \(BBDC4\)](#), [Grupo NotreDame Intermédica \(GNDI3\)](#), [Hapvida \(HAPV3\)](#), [SulAmérica \(SULA11\)](#) e empresas do sistema Unimed, entre outras.

Segundo a empresa, caso não seja filiado a nenhuma entidade profissional, o cliente poderá realizar digitalmente sua filiação a uma associação de classe.

Inicialmente, será possível se filiar, por meio do aplicativo, a sete entidades ligadas a profissionais liberais, servidores públicos, estudantes, consultores empresariais, administradores, advogados e bacharéis em Direito.

A filiação às demais categorias profissionais, por enquanto, vai requerer suporte fora do aplicativo.

“Sem perder o foco no principal canal de distribuição da Qualicorp, que conta hoje com mais e 40 mil corretores de seguros, o acordo com o Inter representa mais um passo importante na transformação da companhia”, aponta.

APÓS LUCRO DE 50% NA PANDEMIA, PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS SOBEM 16%

Folha (UOL) – 27/06/2021

Operadoras dizem que caixa é ilusório porque usuários retomaram cirurgias adiadas e os custos já subiram muito

Usuários de planos de saúde coletivos por adesão começaram a receber seus [boletos com reajuste anual](#) em torno de 16%. Muitos são clientes da Qualicorp, uma das principais administradoras de benefícios no país e que tem como parceiras 102 operadoras de saúde, e já buscam escritórios de advocacia e associações de defesa do consumidor para questionar o aumento na Justiça.

Além de ser o dobro da [inflação do período](#) (o acumulado em 12 meses é de 8,06%, segundo o IBGE), a cobrança deste ano ocorre em um momento em que se espera um reajuste dos planos individuais próximo a zero, ou até negativo, devido à queda nos custos do setor em 2020, provocada pela redução de cirurgias, consultas, exames e outros [procedimentos eletivos](#) durante a [pandemia](#).

O índice de [aumento dos planos](#) individuais, que representam cerca de 20% do total de usuários de planos de saúde, é calculado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). O valor deste ano ainda não foi divulgado.

O mercado de planos de saúde e a evolução durante a pandemia

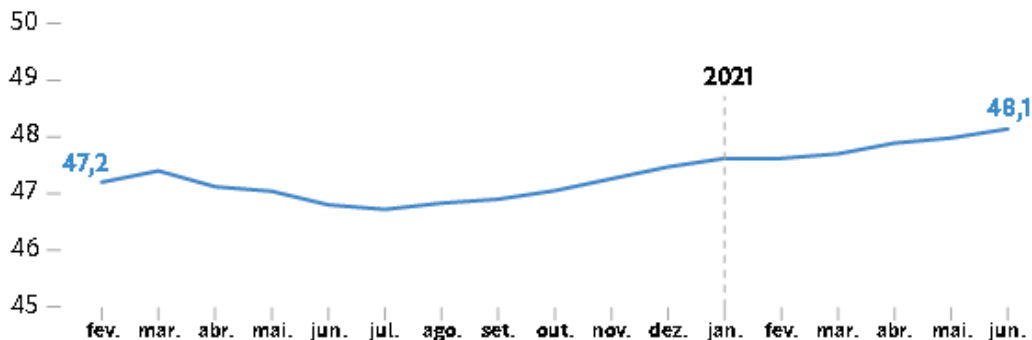
Os dados são da ANS até maio de 2021

48,14 milhões
de beneficiários em planos
de assistência médica

698
operadoras de assistência
médico-hospitalar ativas

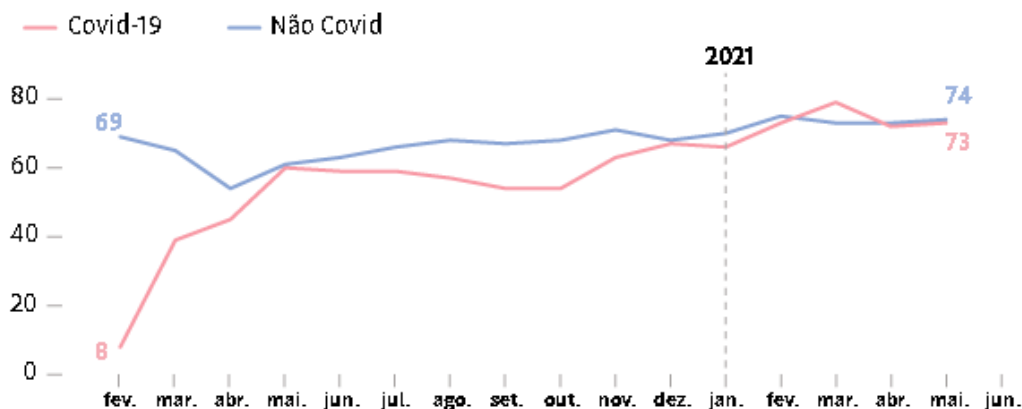
Evolução do número de usuários

Em milhões



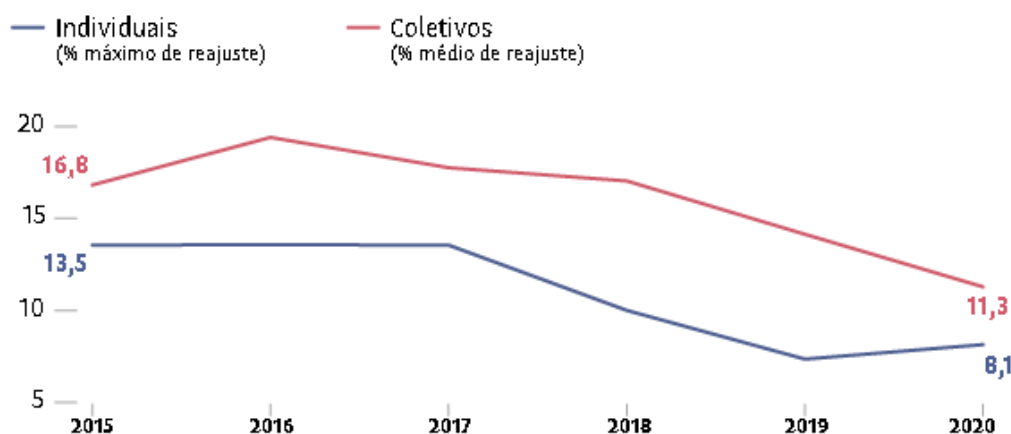
Evolução da taxa mensal de ocupação dos leitos para Covid-19 e outras doenças*

Em %



Varição média dos reajustes de planos individuais e coletivos

Segundo pesquisa do Idec com cinco operadoras



* Leitos comuns e UTI. Fontes: ANS e Idec

Já os planos coletivos (empresariais e por adesão), que somam 80% dos usuários, não são regulados pela agência. A negociação é direta entre operadoras, empresas e entidades de classe. O reajuste leva em conta critérios contratuais, além do índice de sinistralidade e de variação do custo médico hospitalar.

O reajuste cobrado pela Qualicorp para a Associação dos Delegados de Polícia do Estado de São Paulo, por exemplo, é de 15,9%. Outras entidades de classe tiveram aumentos semelhantes e seus usuários já buscam advogados para questioná-los judicialmente.

É o caso de Ivana, 59. Até o final do ano passado, ela pagava R\$ 2.200 pelo plano. No início de 2021, ele sofreu um acréscimo de R\$ 500 para compensar o congelamento do reajuste imposto pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) em 2020 devido à pandemia.

Em fevereiro, quando Ivana completou 59 anos, recebeu de presente o reajuste por idade, de 85%. O boleto saltou para R\$ 5.000. Agora, com o aumento aplicado pela operadora via Qualicorp, de 15,9%, o valor chegará a R\$ 5.700.

“É muita angústia. Ou eu me mantenho ou mantenho o plano. Estou usando minhas reservas, minha poupança. Não era para acontecer isso nesse momento da vida e em plena [pandemia](#)”, diz Ivana, que prefere não se identificar porque o processo judicial contra a operadora está em curso.

Em nota, a Qualicorp diz que o reajuste anual é definido pela operadora de planos de saúde. “Na função de administradora de benefícios, a empresa busca negociar a aplicação do menor índice de reajuste possível”, diz.

E acrescenta. “Além disso, oferece diversas alternativas de planos de saúde em mais de cem operadoras para que seus

clientes possam manter o acesso à assistência médica privada de qualidade.”

Todos os anos, o aumento dos planos coletivos gera embate por ser bem acima dos planos individuais. Em 2020, por exemplo, foi de 11,28%, mais de três pontos percentuais acima do aplicado aos individuais pela ANS, segundo pesquisa do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

Neste ano, os debates estão ainda mais inflamados porque o setor goza de uma boa saúde financeira, com a queda de consultas, cirurgias e outros procedimentos eletivos, durante a pandemia.

O lucro líquido dos planos de saúde cresceu 49,5% em 2020, com uma receita de R\$ 217 bilhões, segundo dados da ANS. O mercado encerrou o ano com 47,6 milhões de usuários, com uma alta de 650 mil novos beneficiários.

“Teve redução nos atendimentos não-Covid, mas isso não se reflete em um reajuste menor para o consumidor. Há índices até mais altos do que o do ano passado”, diz o advogado Rafael Robba, especialista em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados.

Segundo Marcus Pestana, assessor especial da presidência da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), essa sobra de dinheiro no caixa das operadoras é ilusório. “As pessoas falam: ‘Pô! Um setor que fatura R\$ 200 bilhões por ano!’ Mas é um caixa gerado artificialmente. As pessoas não deixam de precisar da consulta e da cirurgia, elas só adiam.”

Vera Valente, diretora-executiva da Fenasaúde, concorda. Ela diz que neste ano o setor vive uma “tempestade perfeita”, que vai se refletir em reajustes ainda maiores em 2022.

“Os custos Covid estão explodindo nesta segunda onda da pandemia, as internações estão mais longas. Ao mesmo tempo, as [cirurgias] eletivas, adiadas em 2020, voltaram para valer a níveis maiores do que antes da pandemia.”

De acordo com o último boletim da ANS, nos primeiros meses de 2021 não houve um aumento de utilização de serviços de saúde no comparativo com 2019 (pré-pandemia). “Os números seguem no mesmo patamar (no caso de exames e terapias eletivas) ou em patamar inferior (no caso de internações e atendimentos em pronto-socorro)”, diz a publicação.

Valente afirma que os reajustes aplicados pelas operadoras associadas à Fenasaúde neste ano serão os mais baixos desde 2013 porque refletem a queda da sinistralidade de 2020. Mas ainda não há definição de qual será o reajuste médio.

Na opinião de Robba, os aumentos são abusivos e frutos da pouca transparência sobre a composição do índice de

reajuste das operadoras. “Para o consumidor, é uma caixa preta. Dificilmente ele consegue saber se de fato o alto reajuste era realmente necessário”, diz.

Muitas vezes, o consumidor só consegue revisar o reajuste por meio de uma ação judicial. O Judiciário costuma entender que o aumento é abusivo e determina que o índice seja o mesmo que a ANS autoriza para os planos individuais.

Segundo Matheus Zuliane Falcão, analista do Idec, a ANS poderia e deveria mudar a regulação dos coletivos porque a premissa de que há um poder de barganha entre pessoas jurídicas, ou seja, entre as operadoras e os contratantes do plano, é equivocada. “Esse poder de negociação não existe.”

A ANS diz que monitora os reajustes que são efetuados e atualmente trabalha para divulgar essas informações de modo mais eficiente e detalhado.

Diante dos aumentos, uma opção dos usuários tem sido a migração para convênios mais baratos. Nos primeiros quatro meses deste ano, houve um aumento de 50% de consultas na ANS sobre a portabilidade de carência.

De janeiro a abril deste ano, foram gerados 122.678 protocolos de consultas, quase 40 mil a mais que os gerados no mesmo período em 2020 (83.081).

Para Robba, idosos e pessoas em tratamento enfrentam dificuldade para fazer a portabilidade e muitas vezes ficam amarrados ao plano que não conseguem mais pagar.

O tema do reajuste dos planos coletivos chegou à comissão de defesa do consumidor da Câmara dos Deputados, que vai elaborar um projeto de lei para regular o tema. A ideia é que o projeto defina regras específicas para os reajustes dos coletivos, a exemplo do que existe para os planos individuais.

Para Vera Valente, da FenaSaúde, a atual fórmula da ANS para o cálculo dos planos individuais deixa as empresas numa situação de risco porque os reajustes ficam abaixo da inflação médica.

Segundo ela, 85% das receitas das operadoras são repassados para os prestadores de serviço, como os hospitais, e pede cautela na adoção de medidas de regulação mais restritiva.

Valente diz que a maioria das operadoras (56%) são de pequeno porte e que 80% estão no interior do Brasil. Na sua opinião, essas serão as primeiras a serem impactadas com uma eventual mudança no modelo de reajustes.

Pestana, da Abramge, lembra que a margem de rentabilidade das operadoras é menor do que 5% e só a última incorporação de 68 novos procedimentos e tecnologias autorizada pela ANS em abril deve trazer um impacto de custos de até 3%.

O COLAPSO ATINGE O SISTEMA DE REMUNERAÇÃO DA SAÚDE

Saúde Business – 25/06/2021

Não é novidade que o setor da saúde passa por um período de transformação acentuada em vários sentidos. Um deles, porém, precisa ser observado com cuidado - o modelo de remuneração de todo o ecossistema de atendimento, com influência direta na satisfação do paciente. Há cada vez mais necessidade do trabalho qualitativo do atendimento ao paciente com uma medição real de como o tratamento surte resultados e pagar-se pelo mérito. Ou seja, de acordo com o que o paciente efetivamente necessita e com foco em trazer o melhor diagnóstico e os melhores tratamentos para a cura. Falamos aqui do conceito de Fee for Performance ou pagamento por desempenho ou valor. Trata-se do contraponto ao atual sistema de remuneração baseado em serviços prestados (Fee for Service).

O ecossistema do atendimento à saúde está prestes a ultrapassar o limite de suas capacidades de suportar o crescimento exponencial dos custos, que foram agravados há mais de um ano pela pandemia da Covid-19. A começar pelo paciente, passando por governo, fabricantes, pagadores, pesquisadores, hospitais, laboratórios de análises, imagiologia, clínicas e ambulatórios, todos vivem conflitos de custos versus lucro versus benefícios.

O ecossistema do atendimento à saúde está prestes a ultrapassar o limite de suas capacidades de suportar o crescimento exponencial dos custos, que foram agravados há mais de um ano pela pandemia da Covid-19. A começar pelo paciente, passando por governo, fabricantes, pagadores, pesquisadores, hospitais, laboratórios de análises, imagiologia, clínicas e ambulatórios, todos vivem conflitos de custos versus lucro versus benefícios.

O tratamento adequado para melhoria desse cenário depende também da implantação de métodos e tecnologias consagradas no setor como a inteligência artificial (IA) no suporte ao diagnóstico, a telemedicina e o cumprimento das normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), além da remuneração por desempenho. Há um ponto comum para a convergência de todas essas mudanças. É um ambiente capaz de tratar e operar diversos tipos de padrões de dados gerados em todos os sistemas de informação dos integrantes da cadeia de atendimento e serviços à saúde. Esse ambiente se configura em uma plataforma de dados e outras ferramentas robustas que reúnem atributos como interoperabilidade, alta performance e escalabilidade.

A escolha das soluções tecnológicas mais adequadas a essas inovações constitui hoje uma das decisões estratégicas mais importantes para o futuro de hospitais, laboratórios, operadores de planos de saúde e outras empresas do setor. A interoperabilidade entre os sistemas é, ainda, a saída para o melhor gerenciamento do registro eletrônico de saúde e da saúde do paciente. A plataforma de dados somada a um software de compartilhamento de registros clínicos eletrônicos e a um sistema unificado de informações são as ferramentas ideais para o ecossistema promover a transição do modelo de remuneração, que será vital à sustentabilidade do negócio.

Em pouco tempo, a transição do modelo de remuneração se fará muito mais necessária para resolver problemas como qualidade de atendimento ao paciente e margens de lucros. Afinal, não bastasse o colapso do sistema em razão da Covid-19, há previsões de aumento grande da sinistralidade devido ao envelhecimento da população. A questão de custos tem hoje um grande aliado para diminuí-los, que é o atendimento primário via telemedicina tanto nos sistemas de saúde pública quanto privada. Além disso, evita-se o deslocamento do paciente filtrando de maneira eficiente o encaminhamento dos pacientes aos hospitais. Esse é o primeiro passo para que a inteligência artificial passe a dar suporte à decisão clínica, nos levando ao conceito do hospital digital.

A telemedicina é um recurso que se mostrou eficiente neste período de pandemia que atravessamos e proporcionou consultas a populações de regiões desprovidas de atendimento próximo. Temos convicção de que a implantação da quinta geração da telefonia móvel, a 5G, aumentará muito a velocidade da transmissão de dados e dará grande impulso ao monitoramento da saúde à distância e à adoção de novas ferramentas de inteligência artificial. Mais uma vez, se faz necessária uma plataforma de dados capaz de realizar toda a integração com as principais ferramentas de IA disponíveis no mercado.

Quanto à privacidade de dados dos pacientes e obter seu consentimento para transmiti-los, é uma questão regida pela legislação específica que agora é reforçada pela Lei Geral de Proteção de Dados em vigor. É outro desafio que exige cuidado na escolha da plataforma de dados e dos sistemas utilizados pelos provedores de saúde. Eles devem proporcionar a condição de consentimento e aprovação pela qual o paciente autoriza o acesso a seus dados a quem ele quiser.

A SAÍDA É MAIS SAÚDE

FenaSaúde – 24/06/2021

Uma parte importante do mundo já está conseguindo caminhar para uma volta gradual e segura à normalidade. O pós-pandemia começa a ser realidade em países que

conseguiram avançar na vacinação. O Brasil, lamentavelmente, continua imerso em situação crítica, ainda com milhares de mortes diárias e com seu sistema de saúde

submetido a níveis de estresse nunca antes vistos. Como sair desse fosso terrível em que nos encontramos?

Com mais de um ano de pandemia, a demanda por cuidados e assistência atinge hoje níveis recordes tanto na rede de saúde pública, quanto na privada. A saúde suplementar atravessa, neste momento, seu nível de mais alta utilização na história - em muitos casos, com até 100% de seus recursos mobilizados para atender seus beneficiários.

Os meses iniciais de 2021 têm registrado a confluência de duas fortíssimas pressões de demanda. De um lado, o recrudescimento da covid-19 - a chamada "segunda onda", que ora ameaça virar terceira - verificado desde a virada do ano. De outro, a retomada de procedimentos eletivos, não urgentes e não emergenciais, que ficaram represados ao longo do ano passado, seja em função de orientações das autoridades sanitárias, seja por decisão dos próprios indivíduos, com vistas a evitar riscos de contaminação e contágio.

O desafio colocado pela situação que estamos atravessando é tremendo. Implica, em primeiro lugar, manter o sistema funcionando afastado do risco de colapso, continuar cuidando da população e salvando vidas. E impõe, também, a missão de preservar a solidez econômico-financeira de uma rede cada vez mais pressionada por custos em ascensão - não só aqui no Brasil, como em todo o mundo.

A inflação voltou ao foco das autoridades públicas em todo o mundo. De um lado, há desequilíbrios que avultaram com a pandemia. De outro, a retomada das atividades econômicas, sobretudo na China e nos Estados Unidos, está jogando os preços das matérias-primas para as alturas. Na saúde, é ainda pior.

Historicamente, os custos de assistência sobem a ritmo muito mais veloz que os índices gerais de preços. Na média, são três vezes maiores que a inflação corrente. É assim no Brasil, é assim na maior parte do mundo. A pandemia potencializou a alta com fatores como escassez de insumos, concentração de fornecedores globais e explosão de demanda. No nosso caso, a desvalorização do câmbio ainda deu mais uma forcinha extra para os preços.

Algumas evidências ajudam a ilustrar esse quadro. Preços de medicamentos fornecidos a hospitais subiram até 62% no último ano. O custo total por internação em UTI por covid - que é cerca de duas vezes maior que das demais doenças - aumentou 38% desde abril de 2020, também em função da mudança de perfil etário dos pacientes internados.

Como fazer frente a esse verdadeiro tsunami de custos num sistema já pressionado pela transição demográfica e pela incorporação de tecnologias cada vez mais sofisticadas e, sobretudo, caras? Olhar para o que o resto do mundo já está fazendo pode nos ajudar a encontrar caminhos - uma das raras vantagens do nosso atraso em relação aos demais países no enfrentamento da pandemia.

Entre as respostas está a maior integração entre os sistemas público e privado de saúde, como já prevê a nossa Constituição.

As operadoras de planos e seguros de saúde privadas atendem hoje 48 milhões de brasileiros com coberturas médico-hospitalares. A pandemia fez crescer a procura pela saúde suplementar, depois de praticamente seis anos consecutivos de queda em virtude da recessão e da baixa atividade econômica.

O crescimento dos planos é uma boa notícia. Não só para as empresas. Não só para aqueles que passaram a dispor de atendimento de qualidade ofertado pela rede privada. Mas para todo o sistema de saúde nacional. O Sistema Único de Saúde (SUS) ganha, e muito, quando aqueles que antes só tinham ele a que recorrer agora também podem dispor de outras alternativas, deixando a rede pública para os milhões que só têm essa opção de atendimento.

Destruar esse mercado pode ser uma das grandes lições da pandemia. Está mais que documentado, por seguidas pesquisas de opinião, o desejo da população em ter acesso a planos de saúde. Está mais que clara a intenção das operadoras em expandir o mercado e trazer para dentro dele quem está fora, mas quer entrar. Mesmo a anemia econômica e a maior informalidade nas relações de trabalho não são impeditivos, como os 1,3 milhão de novos beneficiários da saúde suplementar desde junho comprovam. Aqui, aliás, há uma avenida a explorar.

Temos no país 94 milhões de pessoas contratadas, sob as mais diversas formas, regimes e vínculos. Mas os titulares de planos coletivos (que respondem por 80% dos contratos) são apenas pouco mais de 20 milhões. Em tempos de práticas ESG, nada mais inclusivo e socialmente responsável do que as nossas empresas oferecerem mais planos de saúde a seus funcionários.

Também precisamos avançar numa transformação estrutural destinada a dar mais racionalidade aos sistemas de saúde: a necessária adoção de novos modelos de remuneração dos prestadores. O modelo mais praticado em todo o mundo, e também no Brasil, é o chamado fee for service. Mas a experiência acumulada em muitos anos demonstra objetivamente que ele é ruim porque estimula procedimentos dispendiosos, nem sempre mais eficientes para os pacientes.

Precisamos caminhar para um modelo que promova a medicina baseada em evidências, na entrega de mais valor ('value-based'), mais eficaz para se conseguir desfechos clínicos e resultados mais positivos para os pacientes. Com isso, toda a cadeia de prestadores de serviços - médicos, hospitais, indústria farmacêutica - terá que mudar o foco de quantidade de procedimentos para qualidade, ao contrário do que acontece hoje.

A expansão da oferta de planos, com a concomitante racionalização de gastos que pode advir da maior integração

com o SUS, tem capacidade de ampliar o acesso dos brasileiros à assistência e, ao mesmo tempo, contribuir para atenuar a espiral ascendente dos custos que ameaça alijar

ainda mais pessoas das redes de atendimento. Numa crise de tamanhas proporções, a única saída é mais saúde.

ATAQUE HACKER AO FLEURY EXPÕE VULNERABILIDADE DO SETOR DE SAÚDE, DIZEM ESPECIALISTAS

Terra –24/06/2021

Rede de laboratórios está com sistemas fora do ar, mas afirma que sua base de dados está íntegra e que estão mantidos os atendimentos em todas as unidades

O ataque cibernético ao Fleury na terça-feira, 22, acendeu o alerta quanto à segurança de dados pessoais e os riscos envolvidos no setor de saúde em meio ao ativismo hacker que ganhou força com a pandemia. A rede de laboratórios ainda está com os sistemas fora do ar. O setor é visto como alvo potencial porque lida com informações valiosas dos usuários e, na avaliação de especialistas, não está preparado para lidar com o tema.

A rede de laboratórios informou que o ataque hacker atingiu seu ambiente de Tecnologia da Informação (TI), o que acarretou em indisponibilidade de boa parte dos sistemas e operações. "Vale salientar que nossa base de dados está íntegra e que o atendimento em todas as nossas unidades segue acontecendo ainda por meio de ação de contingência para garantir a prestação de serviços aos nossos clientes", afirmou o laboratório, em nota, na quarta-feira, 23. Pacientes relataram que não conseguiram acessar resultados de procedimentos e que tiveram de remarcar exames.

Entre analistas do mercado, a percepção é de que o episódio terá pouco impacto efetivo na operação. "É mais um risco de imagem e reputacional, garantindo que tudo volte ao normal em pouco tempo", afirma um analista do setor, sob condição de anonimato.

Outro analista de saúde também não vislumbra preocupações imediatas quanto ao desempenho financeiro do laboratório, mas o tempo da indisponibilidade dos sistemas pode atrapalhar caso seja prolongado. "Estão atendendo poucas pessoas com atraso grande. Acho que, se isso durar até o fim da semana, o impacto vai ser mais grave, mas é difícil mensurar, porque os exames mais caros devem ser reagendados pelo Fleury, mesmo", ressalta.

Embora se tenha poucas informações sobre o alcance do ataque, especialistas acreditam que pode ter ocorrido um tipo de ataque de "ransomware", semelhante ao que atingiu a JBS há algumas semanas: os hackers bloqueiam o acesso da empresa ao sistema infectado. Também há a possibilidade de que os criminosos possam ter criptografado dados.

"Como a empresa diz que as bases de dados estão íntegras, leva a crer que pode ter sido alguma outra variável neste ataque, com algum elemento novo. Muitas vezes, esses ataques são feitos para gerar um dano à reputação da empresa", afirma Gustavo Henrique Duani, Chief Information Security Officer da Claranet, multinacional de cibersegurança.

Ele destaca que, por se tratarem de dados sensíveis, que envolvem não só informações cadastrais (como nome, endereço, CPF), mas também possíveis informações sigilosas sobre saúde, o setor ganha mais brilho aos olhos dos criminosos

"O setor de saúde é extremamente visado, principalmente pelas questões relacionadas à covid neste momento. Qualquer tipo de interrupção do sistema causa impacto, que é quase impossível de mensurar, porque os hospitais e empresas de saúde estão tratando de vidas, o que faz com que as pressões relacionadas a ataques sejam ainda mais fortes. É tudo o que o atacante quer: que você seja pressionado a decidir rápido a pagar algum resgate, eventualmente", complementa.

Para Matheus Jacyntho, diretor associado de Cyber Security da ICTS Protiviti, o ataque ao Fleury reforça como as empresas devem redobrar os cuidados e os investimentos em cibersegurança, que continuam tendo baixa participação no orçamento.

"Não que o Fleury tenha se descuidado ou não invista, até porque não temos esse dado. Mas, historicamente, o setor de saúde sempre teve maturidade de segurança mais baixa. E hoje em dia, com o fortalecimento de leis e de penalidades relacionadas à proteção de dados, além da importância que os dados ganharam, ficou mais lucrativo invadir uma empresa de saúde", afirma.

Ambos os especialistas destacam que, a partir de agora, o Fleury deve fazer a análise forense da situação, para determinar os prejuízos ocorridos e identificar se não houve mesmo vazamento de dados. "A partir dessa análise, a empresa precisa delinear um plano de ação para que os pontos sejam explorados e tratados da melhor forma", conclui Duani.

BOLETIM COVID-19: USO DO PLANO DE SAÚDE AINDA É MENOR QUE NO PRÉ-PANDEMIA

GOV (ANS) – 24/06/2021

Edição de junho mostra também crescimento de beneficiários e estabilidade na relação entre receitas e despesas das operadoras

Está disponível no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a nova edição do Boletim Covid-19 com dados sobre o impacto da pandemia de Covid-19 no setor de saúde suplementar. O informativo reúne indicadores assistenciais e econômico-financeiros coletados até maio de 2021 junto a uma amostra significativa de operadoras, e contempla ainda: a prévia da evolução do número de beneficiários em planos de assistência médica relativa a maio, o número de exames relacionados à Covid-19 realizados pelos usuários de planos de saúde e demandas dos consumidores recepcionadas pela ANS através de seus canais de atendimento.

[Clique aqui para acessar a publicação.](#)

Nesta edição, o boletim revela novo aumento do número de beneficiários de planos de assistência médica, de acordo com dados preliminares relativos ao mês de maio e mostra que a utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários cresce lentamente, permanecendo abaixo do observado antes da Covid-19. A relação entre receita e despesa das operadoras (sinistralidade) manteve-se em patamar similar ao período pré-pandemia e houve queda de queixas relativas à Covid-19 nos canais de atendimento da ANS.

Confira abaixo mais detalhes dos indicadores coletados.

Evolução de beneficiários

O número preliminar de beneficiários em planos de assistência médica no mês de maio segue a tendência de crescimento, atingindo 48.137.766 usuários, um aumento de 0,32% em relação a abril.

Em um ano - de maio de 2020 a maio de 2021 -, o crescimento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, com destaque para os planos coletivos empresariais, com variação positiva de 4,04% no mês. Considerando o tipo de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário, observa-se que a variação se mantém positiva para os beneficiários acima de 59 anos em todos os tipos de contratação no período de um ano.

Informações assistenciais

Em maio, a taxa mensal geral de ocupação de leitos – que engloba leitos comuns e UTI - sofreu leve aumento em relação a abril, passando de 72% para 74%, mas ficou

abaixo dos 76% observados em maio de 2019 (período pré-pandemia). Já a taxa de ocupação de leitos para Covid-19 manteve-se estável em comparação a abril (passando de 72% para 73%), assim como a taxa de leitos para outros procedimentos, que variou de 73% para 74%.

A quantidade de consultas em pronto-socorro que não geraram internações foi maior em relação a abril, mas continua abaixo do observado antes do início da pandemia. A procura por exames e terapias eletivas (Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT) manteve-se em patamar semelhante ao verificado em maio de 2019.

De maneira geral, o Boletim aponta que nos primeiros meses de 2021 não houve um aumento de utilização de serviços de saúde no comparativo com 2019 (pré-pandemia). Os números seguem no mesmo patamar (no caso de exames e terapias eletivas) ou em patamar inferior (no caso de internações e atendimentos em pronto-socorro).

Exames relacionados à Covid-19

Os dados sobre a realização de exames contemplam informações coletadas até março de 2021. Nesse mês, foram contabilizados 534.481 exames RT-PCR e 83.834 testes do tipo sorológico. Destaca-se um novo aumento no número de exames RT-PCR, interrompendo a queda iniciada em janeiro deste ano. No entanto, o mês de dezembro de 2020 segue sendo o que registrou o maior número de exames realizados nas duas modalidades: 817.955 testes do tipo RT-PCR e 191.365 sorológicos.

Cabe ressaltar que, em comparação com Boletins anteriores, números de competências passadas podem sofrer alteração. Isto porque exames ocorridos em determinado mês podem ser cobrados das operadoras nos meses subsequentes quando, somente então, serão enviados à ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS.

Informações econômico-financeiras

O índice de sinistralidade do segundo trimestre de 2021 indica, até maio, aumento em relação ao primeiro trimestre, passando de 75% para 82% - mesmo percentual observado no segundo trimestre de 2019, pré-pandemia, não havendo evidências, até o momento, de que a tendência deva se alterar.

Nos gráficos do Boletim também é possível verificar que, em 2020, a taxa de sinistralidade ficou em 72,4%, uma queda de mais de oito pontos percentuais em relação a 2019 (80,7%), como resultado das medidas de isolamento social e queda na realização de procedimentos eletivos.

Em maio, foram identificados valores maiores de inadimplência na comparação com abril, passando de 6% para 9%. Porém, esse índice, e também os percentuais de inadimplência verificados por tipo de contratação do plano (individuais/familiares e coletivos), permanecem próximos dos seus patamares históricos, como apontam os gráficos do Boletim.

Demandas dos consumidores

Em maio, foram registradas nos canais de atendimento da Agência 15.689 reclamações sobre temas gerais e relacionados à Covid-19, passíveis de mediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). O número representa um aumento de aproximadamente 20,2% em comparação ao mês anterior, e de 69,5% em comparação a maio de 2020. Destaca-se que nos meses de abril e maio de 2020, meses iniciais da pandemia no Brasil, foi observada uma redução no cadastro de reclamações na ANS, sobretudo em relação às demandas assistenciais.

É importante frisar, também, que o dado considera os relatos de consumidores que cadastram suas queixas na ANS, sem análise de mérito sobre eventual infração da operadora ou da administradora de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos ou aos termos contratuais.

Em relação às reclamações específicas sobre Covid-19, em maio foram registradas 1.280 reclamações NIP, ante 1.325 em abril. Do total de reclamações relacionadas ao coronavírus, 38% dizem respeito a dificuldades relativas à realização de exames e tratamento, 48% se referem a outras assistências afetadas pela pandemia e 14% são reclamações sobre temas não assistenciais (contratos e regulamentos, por exemplo).

Ressalta-se que, entre os meses de março de 2020 a janeiro de 2021, a intermediação de conflitos feita pela ANS entre consumidores e operadoras resolveu mais de 90% das reclamações registradas nos canais de atendimento da ANS no período, tanto sobre temas gerais quanto as específicas sobre problemas relacionados à Covid-19.

No portal da ANS é possível acessar o monitoramento diário das demandas sobre Covid-19. [Confira aqui.](#)

Sobre os dados

Para a análise dos indicadores assistenciais, a ANS considerou informações coletadas junto a uma amostra de 50 operadoras que possuem rede própria hospitalar. Para os índices econômico-financeiros, foram analisados dados de 99 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e de 97 operadoras para análise de inadimplência.

Adicionalmente, na construção do boletim, foram utilizados dados do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF), do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), do Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) e do ANS TabNet.

Através do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar, a ANS vem monitorando o comportamento e a evolução do setor de planos de saúde desde o início da pandemia. O objetivo é subsidiar a análise qualificada da Agência para a tomada de decisão sobre temas relacionados à Covid-19 e prestar mais informações à sociedade.

[Confira as outras edições do Boletim Covid-19.](#)

OPERADORAS DE SAÚDE MIRAM O NORTE E O NORDESTE

Saúde Business – 23/06/2021

Os planos de saúde ganharam mais de um milhão de clientes na pandemia do coronavírus, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No começo do ano de 2020, particularmente o Norte e Nordeste apresentaram grande potencial para crescimento de beneficiários. As operadoras da região passaram por parcerias e fusões que apresentaram novos produtos, mais acessíveis aos consumidores locais.

No Norte e no Nordeste, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) reúne 20 operadoras com quase seis milhões de associados. A instituição inaugurou o Escritório de Representatividade Norte/ Nordeste com o objetivo de trabalhar com as operadoras para poder oferecer planos regionais mais em conta e planos ambulatoriais nacionais.

Concorrentes no mercado, as operadoras atuam juntas na regulação do setor. A principal operadora da região é a

Hapvida, empresa de medicina de grupo do Ceará que, com Amil e NotreDame Intermédica, registraram lucro de R\$ 4,5 bilhões no ano de 2020 e receita de R\$ 67,7 bilhões no mesmo período. No início de 2021, foi selada a união da Hapvida e da NotreDame Intermédica.

Outra movimentação recente nesse mercado foi a compra do Grupo Unihosp, a maior operadora de saúde do Maranhão, pela Athena Saúde, que pertence ao Pátria Investimentos. O Unihosp faturou R\$ 190 milhões em 2020. De acordo com o site Brazil Journal, a Athena Saúde estaria negociando outras duas aquisições no Nordeste.

Alta nos lucros

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o lucro líquido das operadoras de planos de saúde cresceu 49,5%, para R\$17,5 bilhões, em 2020. O mercado encerrou o ano com 47,6 milhões de usuários, o que representa uma alta

de 650 mil pessoas em relação a 2019. Foi o melhor resultado desde 2014.

As fusões e aquisições foram muito além do Norte e do Nordeste. O setor já estava em crescimento antes da pandemia do coronavírus, mas a tendência global de consolidação da saúde no país ganhou força nos últimos dois anos, com nítida aceleração após a abertura de capital das empresas Hapvida e NotreDame Intermédica.

No cenário atual, com menos players no mercado, as maiores empresas abocanharam a parcela mais generosa do market

share e conseguem trabalhar com margens otimizadas. Segundo a consultoria financeira XVI Finance, de 2011 a 2020, o número de operadoras decresceu 31,4%: foi de 1.031 empresas para 711.

Apesar dos resultados positivos, as operadoras preveem que a forte retomada dos procedimentos eletivos, com o avanço da vacinação contra a covid-19, tenha como reflexo o aumento de seus custos.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

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