

## ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde crescem em linha com recuo do desemprego](#) - Fonte: IESS

[Lei dos planos de saúde complete 21 anos e exige reflexões sobre sua sustentabilidade](#) - Fonte: Conjur

[ANS divulga números de junho do setor](#) - Fonte: ANS

[ANS precisa agir para conter judicialização](#) - Fonte: Estadão

[OdontoPrev continua analisando ativos para aquisição](#) - Fonte: Valor Econômico

[Mercado odontológico cresce apoiado na experiência de uso](#) - Fonte: IESS

[Plano de saúde com hospitais ganha mercado](#) - Fonte: Valor Econômico

[Planos Odontológicos crescem 6,5%](#) - Fonte: IESS

[ANS atualiza informações sobre preços de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[Desafios para alcançar o sonho de ter um plano de saúde](#) - Fonte: IESS

# PLANOS DE SAÚDE CRESCEM EM LINHA COM RECUO DO DESEMPREGO

IESS - 06/08/2019

O aumento do total de beneficiários de planos médico-hospitalares avançou em linha com a redução do nível de desemprego no Brasil em junho de 2019. De acordo com a [última edição da NAB](#), que acabamos de publicar, foram firmados 108,1 mil novos vínculos com estes planos entre junho deste ano e o mesmo mês do ano anterior. No mesmo período, o saldo de desempregados apurado pelo IBGE recuou de 12,9 milhões para 12,8 milhões. Com o avanço, o setor atende 47,3 milhões de beneficiários.

Achamos fundamental destacar que o aumento dos planos coletivos empresariais, que são os que respondem ao emprego com carteira assinada, foi de 237 mil novos contratos entre junho de 2018 e junho de 2019.

Ou seja, os números confirmam aquilo que temos apontado: o mercado de saúde suplementar guarda uma relação direta com o número de empregos formais no País e depende de sua recuperação, especialmente nos setores de indústria, comércio e serviços nos grandes centros urbanos e nas fronteiras do agronegócio. O processo de reaquecimento do mercado de trabalho, principalmente nesses setores, é importante para que a população possa alcançar o sonho de contar com esse benefício, o 3º maior do brasileiro de acordo com pesquisa [IESS/Ibope](#).

O resultado de julho foi impulsionado pela faixa etária de 59 anos ou mais, que cresceu 2,5% em 12 meses, enquanto as

outras faixas tiveram retração. No que diz respeito às regiões, novamente, o Centro-Oeste foi a que mais cresceu, apresentando aumento de 2,2% em 12 meses.

No segmento de planos exclusivamente odontológicos, a NAB registrou 1,3 milhão de novos vínculos. Incremento de 5,7%. Com isso, o mercado já alcançou a marca de 24,8 milhões de beneficiários na carteira das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) deste tipo.

Se o ritmo de contratações de planos exclusivamente odontológicos registrado no último trimestre se mantiver até o fim do ano, projetamos que o segmento irá ultrapassar o total de 25 milhões de vínculos deste tipo.

Fazer uma projeção para o setor de planos médico-hospitalares contudo é mais difícil, uma vez que este já é um mercado mais consolidado no País. Claro que ainda há espaço para crescer, mas esse movimento, como já apontamos, está vinculado ao ritmo de geração de empregos formais no País. Por outro lado, os planos exclusivamente odontológicos, até pelo volume de beneficiários, tem um potencial maior de crescimento, especialmente porque têm sido usados como ferramenta para atrair e reter talentos em empresas de pequeno e médio porte no País.

## LEI DOS PLANOS DE SAÚDE COMPLETA 21 ANOS E EXIGE REFLEXÕES SOBRE SUA SUSTENTABILIDADE

Conjur - 06/08/2019

Importante marco para a regulação da saúde suplementar, a Lei 9.656/1998, conhecida como “Lei dos Planos de Saúde”, completou 21 anos em junho e exige diferentes reflexões por parte de toda cadeia: reguladores, gestores, tomadores de decisão, beneficiários, Poder Judiciário e demais agentes envolvidos no setor. Entender, reconhecer e refletir suas especificidades é fundamental para pensar ferramentas necessárias para garantir a sua perenidade. Antes, portanto, faz-se necessário um breve panorama.

Nos anos 1920 houve a implementação das primeiras caixas de aposentadoria e pensões aos funcionários ferroviários e a criação dos Ministérios da Saúde e Educação. Nos anos 1960 as empresas passaram a empregar recursos próprios e de seus colaboradores para o financiamento da assistência em saúde, dando nascimento às primeiras medicinas de grupo e cooperativas médicas, que comercializavam planos por rede própria ou credenciada.

O setor é caracterizado pela atuação de empresas de medicina de grupo e odontologias, cooperativas médicas e odontológicas, entidades de autogestão, filantropias, administradoras de benefícios e seguradoras especializadas em saúde, estas criadas em 2001 para oferecer reembolso, rede referenciada e vedadas de possuir rede própria.

Denominadas operadoras de planos de saúde, essas empresas surgiram das dificuldades encontradas pela saúde pública em cobrir as demandas e de novas empresas nacionais e multinacionais que se instalavam no Brasil e buscavam modos de se assegurar atendimento médico de qualidade aos profissionais.

É nesse contexto que médicos começaram a se organizar em grupos e formaram o conceito das cooperativas com contratos individuais, familiares e coletivos; a modalidade de autogestão, em que — como o próprio nome diz — as próprias empresas criavam planos exclusivos mediante o credenciamento de médicos, hospitais, demais profissionais

e serviços de saúde para a prestação da assistência aos seus colaboradores. Criou-se também o modelo de seguro saúde, semelhante ao que ocorre no mercado de seguros em geral, em que se pagava uma quantia, denominada prêmio, e a empresa arcava com os custos financeiros dos tratamentos. Se para o setor de seguros havia o Decreto-Lei 73, de 1966, que estabeleceu suas regras de funcionamento, os demais modelos eram ainda carentes de regulamentação específica. Embora os contratos ditassem suas próprias regras para o conjunto de procedimentos, cobertura e outras características, a falta de legislação específica deixava contratantes e contratados em evidente risco e insegurança jurídicos.

Claro que a Constituição Federal de 1988 garantiu, além do direito à saúde de todos os brasileiros por meio das atribuições do Estado, a oferta de serviços de saúde privada também sob a regulação da União. No entanto, a definição de regras só viria 10 anos mais tarde, com a promulgação da Lei 9.656, em 1998.

Nesse período, a insegurança jurídica resultava do fato de que quem contratava um plano de saúde não tinha uma legislação específica para se proteger — sendo notável a quantidade de ações nos Procons, sobretudo após a edição do Código de Defesa do Consumidor, em 1990. A promulgação da Lei dos Planos de Saúde, portanto, buscou trazer garantias para contratados e contratantes, mas trouxe novas incertezas e assimetrias em toda a cadeia.

E já se inicia controversa com a distinção entre os planos antigos e os novos, firmados a partir de 1º de janeiro de 1999, em diferentes perspectivas, como a do rol de procedimentos, que viria a ser estipulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada no ano 2000. Diferentes regras estabelecidas pelo órgão regulador, como as de reajuste, não são aplicáveis aos planos antigos.

Outras questões são de grande importância para entendermos o segmento e refletirmos com celeridade sobre seu futuro e sustentabilidade. Um deles é, certamente, o mutualismo, preceito que o sustenta sob uma base coletiva. Nesse conceito — que tem como princípio a solidariedade de diferentes pessoas com o mesmo interesse (assistência médica) que contribuem para um fundo comum administrado pelas operadoras de planos. Logo, a contraprestação pecuniária — a mensalidade paga por empresas ou indivíduos — fica em um fundo comum e é utilizada para garantir a assistência.

A diluição dos riscos e valores entre as faixas etárias permite o pagamento de uma mensalidade mais acessível a todos, já que possibilita que indivíduos com menor taxa de utilização contribuam com beneficiários que necessitam realizar mais procedimentos — o denominado Pacto Intergeracional. Ele determina que pessoas mais jovens, em tese mais saudáveis, paguem um pouco a mais do que seria indicado para o seu perfil de utilização da assistência, para que os mais idosos possam pagar um pouco menos. Isso acontece porque, com a idade avançada, aumenta-se a incidência de diferentes

doenças e necessidade de maior uso dos serviços, gerando um gasto maior. A legislação, portanto, divide grupos de beneficiários por faixa etária e, com base no Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), não permite reajustes que sirvam de instrumento discriminatório do idoso em razão da idade, impondo critérios de aplicação dos reajustes de forma proporcional entre as faixas etárias.

Administrando esses recursos, a operadora garante a realização dos procedimentos e remunera toda a cadeia de saúde, como prestadores de serviços e fornecedores de materiais médicos. Contudo, o sistema de mutualismo é ameaçado pelo elevado grau de judicialização da saúde. Vale lembrar que recente pesquisa realizada pelo Insper a pedido do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) mostrou que a judicialização da saúde cresceu 130% nos 10 anos compreendidos entre 2008 e 2017 enquanto o volume total de ações no país avançou 50% no mesmo período.

O mesmo levantamento indicou que, mesmo após mais de duas décadas da regulamentação do setor, a Justiça ainda tende a beneficiar somente o indivíduo, mesmo desconsiderando os contratos firmados — o que impacta diretamente na sustentabilidade econômico-financeira do segmento. Ou seja, o interesse do indivíduo, muitas vezes, é colocado acima do bem-estar coletivo.

Ao longo destas mais de duas décadas, ficou claro que um dos problemas é exatamente a assimetria de informações e dados — que está em diferentes aspectos do setor. Ela vai desde a falta de transparência nas relações ou na fiscalização dos agentes da cadeia por parte do órgão regulador — já que a lei dispõe que a Agência deve fiscalizar e impor as devidas sanções tão apenas às operadoras — até a falta de precificação adequadas para diferentes produtos, entre vários outros aspectos. O resultado já é mais do que conhecido: aproximadamente 19% dos gastos assistenciais da saúde suplementar no país são consumidos por desperdícios e fraudes (foram quase R\$ 28 bilhões só em 2017, segundo projeção do IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar).

Claro que a criação da Lei 9.656/98 foi primordial para a estruturação e desenvolvimento da saúde suplementar brasileira. Seu impacto deve, sim, ser celebrado e reconhecido. Não se deve, contudo, perder de vista que esses 21 anos deram mais clareza sobre os desafios do segmento e a necessidade urgente de revisão e atualização do marco regulatório.

O nosso objetivo e agenda não poderiam ser outros: estimular o debate, fomentar a criação de mecanismos, políticas e instrumentos para a melhoria do segmento, ampliar a transparência para avançar em qualidade e competitividade, buscar mudanças de mentalidade e perfil dos diversos envolvidos na cadeia.

É o que pretendemos com a inauguração desse novo espaço. Boa leitura.

\* **JurisHealth** é um esforço articulado entre profissionais da Saúde, do Direito e da Comunicação, com o objetivo de melhorar a compreensão em torno de temas relevantes do setor de saúde. É uma iniciativa que visa fornecer referências

técnicas e analíticas a respeito do sistema de saúde suplementar do Brasil e, assim, prover elementos consistentes para avaliar controvérsias levadas aos tribunais. Saiba mais em [www.jurishealth.com.br](http://www.jurishealth.com.br).

## ANS DIVULGA NÚMEROS DE JUNHO DO SETOR

ANS – 05/08/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou nesta segunda-feira (05/08) os dados do setor de planos de saúde, disponibilizando os números relativos ao mês de junho. A consulta pode ser feita por meio da Sala de Situação, ferramenta disponível no portal da ANS.

[Acesse aqui a Sala de Situação](#)

Nesse mês, o setor contabilizou, em todo o país, 47.332.911 beneficiários em planos de assistência médica e 24.799.687 em planos exclusivamente odontológicos. Os dados apontam crescimento em número de clientes na segmentação médica, em comparação ao mês anterior e ao ano anterior, o que mantém a tendência de estabilidade que vem sendo observada nesse produto. Já o segmento odontológico segue sua trajetória de ampla expansão nos últimos anos.

### SP, Goiás e DF lideram crescimento

No período, houve aumento na quantidade de beneficiários em planos de assistência médica em 16 estados e no Distrito Federal (DF), sendo São Paulo, Goiás e DF os líderes em números absolutos. Na segmentação odontológica, 22 estados e o Distrito Federal registraram crescimento no número de beneficiários. A ANS lembra que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras. Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por Unidade Federativa.

### Beneficiários em planos de assistência médica

Beneficiários em planos de assistência médica						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
jun/18	47.224.802	31.554.284	6.369.853	1.173	9.141.568	157.924
jun/19	47.332.911	31.791.241	6.374.361	1.119	9.049.468	116.722

### Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
jun/18	23.456.890	17.312.409	2.054.484	3.989	4.064.552	21.456
jun/19	24.799.687	18.147.660	2.259.021	3.955	4.375.275	13.776

## Beneficiários por UF

UF	Beneficiários assistência médica		Beneficiários exclusivamente odontológicos	
	jun/18	jun/19	jun/18	jun/19
Acre	45.339	45.080	14.907	15.077
Alagoas	377.377	372.345	271.584	272.210
Amapá	69.065	69.498	44.105	43.881
Amazonas	520.878	516.942	389.552	416.873
Bahia	1.579.389	1.582.326	1.407.773	1.475.748
Ceará	1.278.013	1.257.771	875.013	961.579
Distrito Federal	873.106	900.617	520.401	562.004
Espírito Santo	1.100.522	1.112.434	430.401	499.128
Goiás	1.112.221	1.142.974	610.369	638.460
Maranhão	461.663	475.086	191.059	191.043
Mato Grosso	563.573	576.307	190.178	211.847
Mato Grosso do Sul	587.142	585.856	137.942	144.965
Minas Gerais	5.043.200	5.037.664	1.988.266	2.128.567
Pará	796.563	809.920	407.167	431.586
Paraíba	412.835	419.572	312.258	356.415
Paraná	2.859.597	2.871.221	1.208.773	1.291.543
Pernambuco	1.339.690	1.343.527	893.398	953.267
Piauí	315.020	319.842	78.060	82.999
Rio de Janeiro	5.415.948	5.382.174	3.144.539	3.212.717
Rio Grande do Norte	513.782	515.555	323.386	332.847
Rio Grande do Sul	2.617.325	2.587.266	756.932	781.405
Rondônia	157.515	152.941	113.377	106.619
Roraima	28.916	29.074	9.084	10.125
Santa Catarina	1.498.867	1.497.572	484.851	515.412
São Paulo	17.203.242	17.267.873	8.326.288	8.803.066
Sergipe	316.178	319.651	196.065	193.745
Tocantins	107.779	109.472	46.173	116.770
Não Identificado	30.057	32.351	84.989	49.789

## ANS PRECISA AGIR PARA CONTER JUDICIALIZAÇÃO

Estadão – 05/08/2019

Os planos de saúde individuais, regulados pela Agência Nacional de Saúde, tiveram reajuste de 7,35% este ano, bem acima da inflação anual (3,75% pelo IPCA) como sempre, e vão pesar no bolso dos 8 milhões de consumidores que ainda restaram nesta modalidade. Mas pior é a situação de quem tem plano coletivo, cujo índice de aumento tem sido em torno de 20%.

Recorrer à justiça contra os aumentos considerados abusivos tem sido a saída para muitos dos 47 milhões de usuários dos planos coletivos, que representam atualmente 80% do mercado de saúde suplementar. Como há livre negociação entre as partes quem não tem plano com muitas vidas fica enfraquecido na hora da definição dos reajustes.

Não custa, entretanto, tentar negociar redução dos valores aplicados antes de questionar judicialmente dos percentuais de reajuste. Também há a possibilidade de usar a

portabilidade e trocar de operadora para manter a assistência à saúde sem ter que ficar à mercê do sobrecarregado Sistema Único de Saúde.

Quando estas opções não surtem resultado resta se juntar aos mais de 2 mil consumidores que apenas no primeiro semestre deste ano, em São Paulo, estavam com ações judiciais em segunda instância questionando os índices aplicados pelos planos de saúde, segundo dados do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, da USP. A sinistralidade, a mudança de faixa etária além do aumento abusivo são os focos das ações.

De acordo com os especialistas a judicialização só tende a aumentar se a ANS não agir nesta questão. Resta à Agência cumprir seu papel.

## ODONTOPREV CONTINUA ANALISANDO ATIVOS PARA AQUISIÇÃO

Valor Econômico – 02/08/2019

O presidente da OdontoPrev, Rodrigo Bacellar, disse no dia 02/08 que continua analisando ativos para aquisição, mas pondera que há poucas operadoras de grande porte disponíveis para serem compradas.

“Continuamos analisando o mercado, mas está difícil encontrar opções como Odonto System, que adquirimos no ano passado”, disse o executivo.

Apesar do tom positivo, no primeiro trimestre a Odonto System detinha 641,8 mil usuários e no segundo trimestre caiu para 621,6 mil. “Essa queda está relacionada à perda de um grande cliente e não está relacionada ao processo de integração”, disse Bacellar, durante teleconferência para analistas e investidores.

O presidente da OdontoPrev afirmou ainda que vem acompanhando o movimento das operadoras de planos de saúde verticalizadas que também tem operações de planos dentais, sem preocupações. “O processo de cross selling ou bundle [venda integrada de plano de saúde e dental] no setor é antigo. Voltou a ficar mais em evidência com os IPOs das operadoras”, disse. “Vejo com bons olhos o setor de planos dentais aumentar relevância”.

A empresa também está animada com a operação no México que, apesar de pequena, vem registrando crescimento expressivo. No segundo trimestre, a receita aumentou 85% para R\$ 5 milhões. “O mercado de planos dentais no México é como o Brasil há 20 anos”, disse Bacellar, que fez uma fusão com a uma operadora local, em 2009, criando a Odontored.

No Brasil, Bacellar afirmou também que, apesar do crescimento nas lojas de departamento, a prioridade para vendas de planos dentais individuais da OdontoPrev continua sendo as agências bancárias do Bradesco e Banco do Brasil, ambos parceiros da operadora. No segundo trimestre, metade das vendas ocorreu no varejo e os outros 50% no canal bancário. No mesmo período de 2018, as lojas de departamento representavam 48%.

O aumento de 6,4 pontos percentuais na taxa de sinistralidade do plano individual que atingiu 35,8%, no segundo trimestre, foi consequência, principalmente, do incentivo ao uso do plano, segundo Bacellar. “Incentivamos o uso do plano, principalmente, naquelas modalidades com carência. Quando acaba esse período, ligamos para o cliente. Queremos que ele use o produto e, consequentemente, valorize o plano e evite o cancelamento”, disse o executivo.

## MERCADO ODONTOLÓGICO CRESCE APOIADO NA EXPERIÊNCIA DE USO

IESS – 02/08/2019

O mercado de planos de saúde exclusivamente odontológicos tem crescido a ritmo constante, **como apontamos ontem aqui no blog**, e a julgar pela **nova pesquisa IESS/Ibope**, o motivo é a satisfação dos beneficiários: 86% deles afirmam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o serviço contratado.

A pesquisa também aponta que 91% dos entrevistados têm intenção de continuar com o plano que possuem e 93% o recomendariam para amigos e parentes. O que indica que o crescimento do setor está fortemente impulsionado na satisfação e na propaganda boca a boca.



Em nossa opinião, o aumento de beneficiários deste tipo de plano é fruto de um serviço bem prestado, como indica a avaliação das pessoas que usam o serviço, e do custo mais acessível. Fatores que, aliás, não atraem apenas as famílias, mas também as empresas, especialmente as pequenas e médias, que têm ofertado o benefício como meio de atrair e reter talentos, o que é muito importante em período de alta disputa no mercado de trabalho.

Do total de planos exclusivamente odontológicos no País, 73,1% são coletivos empresariais, aqueles fornecidos pelas

empresas aos seus colaboradores. Já os planos individuais ou familiares, contratados diretamente por pessoas físicas, respondem por 17,8% do total. O restante, 9%, corresponde aos planos coletivos por adesão.

Em relação à pesquisa anterior, de 2015, o total de beneficiários satisfeitos ou muito satisfeitos aumentou de 80% para 86%. A intenção de permanecer com o benefício saltou de 74% para 91%; e o percentual dos que recomendariam o plano avançou de 84% para 93%.

## PLANO DE SAÚDE COM HOSPITAIS GANHA MERCADO

Valor Econômico – 01/08/2019

As operadoras de planos de saúde verticalizadas Hapvida e NotreDame Intermédica levantaram no mercado R\$ 16,2 bilhões desde a oferta inicial de ações (IPO), ambas realizadas em abril de 2018. Nesse período, tanto Hapvida quanto Intermédica fizeram três captações com forte demanda de investidores e boa parte dos recursos levantados está sendo destinada a aquisições. Esse interesse do mercado financeiro pelas operadoras verticalizadas — há alguns anos consideradas o “patinho feio” do setor — ocorre porque o controle de custos tornou-se crucial nessa área.

A “inflação médica” é cerca de quatro vezes superior ao IPCA. Não à toa, operadoras sem rede própria de hospitais vêm tentando adotar novos modelos de remuneração.

“As operadoras verticalizadas têm um alinhamento de interesses. Isso é chave num momento de inflação médica alta. Com isso, essas operadoras tendem a ganhar participação de mercado”, disse Bruno Giardino, analista de investimento.

Os primeiros reflexos desse cenário já começam a surgir. As seguradoras de saúde, que não podem ter rede própria, estão criando modalidades de planos com uma rede menor de prestadores de serviços, o que facilita o controle dos custos. Bradesco Saúde e SulAmérica lançaram modalidades de seguro saúde em que a maior parte dos hospitais, clínicas oncológicas e laboratórios de medicina diagnóstica credenciados pertence à Rede D’Or, dona de 45 hospitais.

Segundo especialistas do setor, a consolidação das verticalizadas que, estão entrando fortemente no interior, pode impactar as Unimed, que dominam as cidades menores. Muitas cooperativas médicas, em especial, aquelas de pequeno porte carecem de uma gestão profissionalizada. Entre seus desafios, está o de implementar modelos de remuneração baseados em performance e não por volume, com acontece hoje. O desafio é grande, uma vez que as Unimed há anos operam gerando o maior número possível de procedimentos médicos dentro do sistema, a fim de beneficiar os próprios cooperados que, ao final de cada ano, partilham os ganhos.

De acordo com a Unimed do Brasil, representante das cooperativas médicas, as Unimed, ao enfrentar uma

concorrência acirrada com as operadoras verticalizadas, poderão criar planos de saúde com uma rede própria.

“Estamos acompanhando de perto as verticalizadas. Nas cidades onde a concorrência for muito grande é possível a criação de planos específicos e construção de hospitais”, disse Orestes Pullin, presidente da Unimed do Brasil, que reúne as 344 cooperativas médicas do país.

Pullin diz ainda que as Unimed estão investindo em clínicas de atenção primária a fim de evitar idas desnecessárias ao pronto-socorro e, conseqüentemente, controlar a taxa de sinistralidade. Cerca de 300 mil clientes de Unimed já são atendidos, inicialmente, nessas clínicas e só, posteriormente, encaminhados ao médico especialista, caso seja preciso.

Hapvida e NotreDame Intermédica adquiriram operadoras com presença no interior de São Paulo, Paraná e Centro-Oeste, regiões com forte atuação das Unimed. “O mercado de planos de saúde ainda é muito pulverizado, com mais de 700 operadoras. Há espaço para mais consolidação. A tendência é de que haja poucos grupos com um grande volume de usuários, cada. Esse é um negócio de escala”, disse Fred Mendes, analista do Bradesco BBI.

Os investidores estão de olho nesse processo de consolidação e também na capacidade das companhias de integrar os ativos comprados. As ações da Intermédica valorizaram 166% e das Hapvida, 80%, desde seus IPOs. “A Intermédica iniciou o processo de aquisições antes e já entregou resultados, muitas vezes acima do esperado. A Hapvida começou comprar os ativos mais recentemente”, explicou o analista do Bradesco BBI.

Com a expansão das verticalizadas, as demais operadoras aumentaram a pressão sobre os hospitais para o uso de modelos de remuneração, principalmente, aqueles baseados em performance. “É impraticável continuar com o formato de conta aberta, mas esse processo de mudança, de qual é o melhor modelo, gera conflitos como estamos vendo no setor. Acredito que o ideal seria os hospitais publicarem seus desfechos clínicos [resultados de procedimentos médicos]. Com isso, poderíamos comparar a performance de cada hospital e mensurar a remuneração merecida”, diz Maurício Ceschin, ex-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na avaliação de Ceschin esse seria um caminho também para avaliar a qualidade das operadoras com rede própria que, normalmente, são alvo desse tipo de questionamento. O analista do Bradesco BBI pontua que o fato de Hapvida e Intermédica serem companhias abertas contribui para que elas mantenham determinado padrão de qualidade a fim de não serem punidas pela ANS.

A relação entre operadoras e prestadores de serviço que parecia amena, inclusive nas discussões sobre modelos de pagamento, deu um passo para trás neste ano com os conflitos entre Amil e Rede D'Or e o vazamento de uma proposta de projeto de lei que

retira muitos direitos dos consumidores e privilegia o desempenho financeiros das operadoras que, segundo fontes, foi capitaneada pelas próprias operadoras.

Em abril, a Amil descredenciou 17 hospitais da Rede D'Or que discordou das condições impostas pela operadora com mais de 3 milhões de usuários. A Amil argumentou que busca preços menores junto aos prestadores para atingir sua meta global é equalizar a inflação médica ao IPCA até 2025. No entanto, as operadoras se posicionaram contra a nova metodologia de cálculo da ANS para reajuste do convênio individual que leva em consideração, entre outros indicadores, o IPCA. Neste ano, o reajuste do plano individual ficou em 7,35%, o menor desde 2009.

## PLANOS ODONTOLÓGICOS CRESCEM 6,5%

IESS – 01/08/2019

Mais de 1,5 milhão de vínculos com planos exclusivamente odontológicos foram firmados entre maio de 2019 e o mesmo mês do ano passado de acordo com a [última edição da NAB](#). Com a alta de 6,5%, o segmento já conta com 24,6 milhões de beneficiários.

Do total de novos vínculos, 68,6% (1 milhão) foram firmados no Sudeste do País. Em São Paulo, foram 464,1 mil novos vínculos. Avanço de 5,6%. Já no Rio de Janeiro, o crescimento foi proporcionalmente maior, de 12,5%. Em números absolutos, contudo, o incremento representa 356,5 mil novos beneficiários. A diferença acontece porque o Rio de Janeiro conta com 3,2 milhões de vínculos enquanto o Estado de São Paulo tem 8,7 milhões.

Fora do Sudeste, o maior aumento foi registrado no Paraná. O estado registrou 80,3 mil novos vínculos, alta de 6,7%. Rio

Grande do Sul e Santa Catarina apresentaram variações similares entre si, com 28,7 mil (+3,8%) e 28,8 mil (+5,9%) novos beneficiários, respectivamente. No total, a região passou a atender 137,7 mil novos vínculos.

Rondônia, Amapá e Sergipe foram os únicos Estados com redução do total de beneficiários. Em Sergipe, 4,5 mil planos foram desfeitos, queda de 2,3%. Em Rondônia, foram 6 mil vínculos rompidos. Retração de 5,4%. Já no Amapá, o resultado foi praticamente estável. A redução de 0,7% representa que 319 beneficiários deixaram de contar com o plano que possuíam.

Amanhã, vamos apresentar os motivos que levam os planos exclusivamente odontológicos a continuar crescendo, inclusive de acordo com a avaliação dos beneficiários detectada pela [pesquisa IESS/Ibope](#). Não perca.

## ANS ATUALIZA INFORMAÇÕES SOBRE PREÇOS DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 01/08/2019

A publicação que apresenta o panorama da formação de preços de planos de saúde no país foi atualizada e está disponível para consulta. O Painel de Precificação de Planos de Saúde, estudo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), está em sua 7ª edição e informa dados sobre os valores médios praticados pelo mercado de saúde suplementar em 2018. O documento apresenta as informações de planos de acordo com a segmentação assistencial e tipo de contratação e aborda diversos componentes da precificação, como o reajuste por mudança de faixa etária e custo médio das despesas assistenciais (consultas médicas, exames, internações, outros atendimentos ambulatoriais e terapias).

[Acesse aqui o Painel de Precificação 2018.](#)

As informações são elencadas a partir dos números fornecidos pelas operadoras nas Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRPs). Essas notas reúnem as estatísticas consideradas para a formação do preço inicial dos planos que

serão comercializados pelas operadoras, ou seja, os valores iniciais que podem ser cobrados do consumidor. É possível que haja uma variação dos preços informados de até 30% acima ou abaixo na comercialização do plano de saúde. As operadoras devem respeitar esse limite. Assim, não é adequado utilizar a média de preços do Painel para comparar com os valores praticados pelo mercado, pois pode haver mudanças em relação ao preço final.

“Para compreender a formação de preço dos planos de saúde, é importante conhecer os custos desse setor, refletidos por fatores como o aumento na utilização dos serviços. O Painel de Precificação se tornou um aliado importante para entender como esse custo tem se apresentado para os diversos atores desse mercado”, explica Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

A partir das informações da publicação, é possível verificar e comparar, por exemplo, a variação percentual de preço por



região e Unidade Federativa segundo a segmentação e o tipo de contratação do plano de saúde (individual ou coletivo); as médias dos reajustes por mudança de faixa etária; os itens de despesa assistencial que fundamentam a precificação dos produtos disponíveis para comercialização; e as despesas não assistenciais que são adicionadas na composição do preço de venda dos produtos, como custos administrativos e comerciais das operadoras.

O diretor Rogério Scarabel lembra, ainda, que a proposta da publicação não é acompanhar os preços cobrados pelas operadoras, uma vez que a Agência não define valor de produto, mas perceber a evolução dos custos e dar mais transparência aos dados do setor para reduzir falhas decorrentes da assimetria de informações.

## Aumento dos custos

O aumento dos custos da saúde suplementar reflete-se na precificação, conforme se pode verificar no Painel. No período de 2014 a 2018, o item “terapias” aumentou 107,5%; “internações hospitalares” cresceu 73%; “exames”, 46,3%; e o item “consultas médicas” aumentou 41,8%. Os dados

contemplam o acompanhamento feito no conjunto dos planos individuais e coletivos, considerando-se os valores da faixa etária dos 44 aos 48 anos. Pela publicação também é possível observar o comportamento da frequência de utilização do plano, importante componente dos custos da saúde suplementar.

A publicação mostra ainda que, no geral, o custo médio por evento é 1,5% menor nos planos individuais do que nos planos coletivos. Entretanto, a frequência de utilização anual e o custo por beneficiário (custo por exposto) são mais altos nos planos individuais do que nos planos coletivos – frequência 35,4% maior e custo 11,8% maior. Quando desagregados os itens de despesas assistenciais, é possível verificar que o custo médio em consultas e exames nos planos coletivos é maior, enquanto nos planos individuais o maior custo é com internações.

Confira nas tabelas abaixo os valores relativos aos itens de despesas assistenciais em planos individuais e coletivos (segmentação assistencial ambulatorial + hospitalar) em dezembro de 2018:

## Planos individuais ou familiares

Itens de Despesa	Custo Médio	Frequência de Utilização Anual	Custo por Exposto
Consultas médicas	73,91	5,96	36,28
Demais despesas assistenciais	75,89	14,44	20,62
Exames complementares	29,41	17,09	42,96
Internações	5.729,43	0,21	92,58
Outros atendimentos ambulatoriais	86,50	1,09	6,94
Terapias	84,57	1,78	12,33

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 30/01/2019, 12:15h)  
Nota: Média simples excluindo extremos. Inclui todas as faixas etárias.

## Planos coletivos

Itens de Despesa	Custo Médio	Frequência de Utilização Anual	Custo por Exposto
Consultas médicas	75,30	5,45	34,30
Demais despesas assistenciais	85,08	4,45	11,42
Exames complementares	31,74	15,98	45,25
Internações	5.506,44	0,23	90,74
Outros atendimentos ambulatoriais	93,62	1,32	8,87
Terapias	73,77	1,86	11,29

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 30/01/2019, 12:15h)  
Nota: Média simples excluindo extremos. Inclui todas as faixas etárias.

# DESAFIOS PARA ALCANÇAR O SONHO DE TER UM PLANO DE SAÚDE

IESS – 31/08/2019

Nos últimos dias, temos analisado os resultados da [Pesquisa IESS/Ibope](#) que aponta que 8 a cada 10 beneficiários estão satisfeitos com seus planos e que eles são o [terceiro maior desejo do brasileiro](#).

Qual seria então, a maior barreira para que 73% dos não beneficiários que afirmam desejar um plano de saúde médico-

hospitalar passem a contar com benefício? De acordo com o levantamento do Ibope, 77% dos entrevistados apontaram o valor da mensalidade ou a falta de condições financeiras como o principal impeditivo para a realização deste sonho.

A pesquisa IESS/Ibope também aponta que dos 54% da população que já teve plano, metade deixou de contar com ele por questões relacionadas ao mercado de trabalho. Ou seja, o plano era ofertado pelo empregador e, após perder ou trocar de emprego, o benefício foi cancelado. Como a pesquisa compara os números de 2019 com 2017, também foram captados aí aqueles beneficiários que tinham direito a continuar com o plano (pagando do próprio bolso) por mais algum tempo após sair do emprego e o fizeram, mas não conseguiram recolocação no mercado ao longo desse período e, conseqüentemente, não passaram a contar com um novo plano coletivo empresarial.

Em nossa avaliação, a questão está mais diretamente relacionada ao nível de emprego com carteira assinada no Brasil. Hoje, o País conta com 13 milhões de desempregados buscando recolocação ou o primeiro emprego, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a maior parte dos planos de saúde guarda uma relação mais direta com a carreira das pessoas do que com sua remuneração propriamente dita. Isso porque, a maior parte dos planos é ofertada pelo empregador (planos coletivos empresariais) ou feita por meio de uma entidade de classe (planos coletivos por adesão). Segundo dados da última edição da [NAB](#), 67,1% dos vínculos com planos médico-hospitalares são coletivos empresariais e 13,5% são coletivos por adesão, um total de 80,6%.

Assim, concluir que a questão é puramente financeira (diretamente relacionada à massa de rendimentos das famílias em contraponto às contraprestações pecuniárias dos beneficiários) não nos parece uma análise precisa. Especialmente porque o plano de saúde é o 3º bem mais desejado do brasileiro, atrás apenas de educação e casa própria. Ou seja, mesmo perdendo o emprego ou tendo uma redução na renda, as famílias tendem a cortar outros gastos e manter o benefício tanto quanto for possível. Além disso, assim que voltam a recompor sua renda, este é um dos primeiros itens a serem readquiridos, muitas vezes antes de quitar completamente outras dívidas.

Claro que não pretendemos menosprezar a questão do custo dos planos. Esse é um ponto que merece ser debatido e acreditamos que esse debate começa pela regulação atual, que impede modulações que tornariam os planos economicamente mais interessantes para grande parte da população. Não se trata de tolher direitos. Mas seria mais inteligente e barato que uma pessoa que viveu a vida inteira em um lugar e não tem intenção de sair contratar um plano com cobertura regional ao invés de nacional. Contratando um adicional em momentos de viagens, por exemplo.

E há espaço para novas modalidades de plano, como afirmaram os próprios entrevistados da pesquisa. Mas isso é assunto para um próximo post. Não perca!

---

**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](mailto: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://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.