

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

11 de agosto de 2021



ÍNDICE INTERATIVO

[Notre Dame Intermédica reverte lucro e tem prejuízo de R\\$ 48 mi no 2º trimestre](#) - Fonte: Istoé

[Lucro da Qualicorp cai 28,4% no 2º trimestre e atinge R\\$ 90,3 milhões](#) - Fonte: Money Times

[ANS publica atualização de julho do Padrão TISS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Gasto com saúde recua 0,65% no IPCA; queda é puxada por plano de saúde](#) - Fonte: UOL

[Esclarecimento sobre reajuste de planos individuais/familiares](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Audiência Pública debate o Programa de Acreditação das Operadoras](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Athena Saúde compra Hospital São Marcos \(PR\) por R\\$ 71,5 milhões](#) - Fonte: Valor Investe

[ANS apresenta Sistema Cadastro de Operadora às empresas de medicina de grupo](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Nova comissão especial da Câmara dos Deputados quer mudar modelo dos planos de saúde](#) - Fonte: Estadão

[Saúde Suplementar mantém crescimento sucessivo](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Após ter suspenso IPO, Athena Saúde desiste de ir à Bolsa](#) - Fonte: Suno

[As tendências inevitáveis para a telessaúde e a telemedicina](#) - Fonte: Saúde Business

[90% dos beneficiários de planos médicos têm intenção de manter o benefício](#) - Fonte: IESS

NOTRE DAME INTERMÉDICA REVERTE LUCRO E TEM PREJUÍZO DE R\$ 48 MI NO 2º TRIMESTRE

Istoé – 11/08/2021

A Notre Dame Intermédica informou que obteve prejuízo líquido de R\$ 48 milhões no segundo trimestre, revertendo o lucro líquido de R\$ 223,4 milhões obtido no mesmo período de 2020. O prejuízo no trimestre foi motivado principalmente pelo aumento da sinistralidade caixa, reflexo do aumento de custos com internações hospitalares na rede própria e credenciada, alta frequências de exames e o tratamento de longa permanência dos pacientes com covid-19. No critério ajustado (pelos itens não-caixa de Stock Options, Amortização de Intangíveis e IR/CSLL diferidos), a perda líquida totalizou R\$ 9,9 milhões, ante R\$ 303,9 milhões na mesma base de comparação.

Já o Ebitda (lucro antes de juros, impostos, amortização e depreciação) ajustado foi de R\$ 131,6 milhões nos meses de abril e junho, queda de 75% em relação a igual época de 2020, em razão do aumento substancial da utilização dos tratamentos de pacientes com covid-19 que se traduzem em utilização recorde da rede própria, maiores cobranças em internações e exames, entre outros. A margem Ebitda caiu de 20,2% no segundo trimestre de 2020 para 4,1% no segundo trimestre deste ano.

A receita líquida da companhia, por sua vez, somou R\$ 3,196 bilhões no segundo trimestre, incremento de 22,7% em um ano, beneficiada pelo crescimento da linha de negócio de planos de saúde, planos odontológicos e serviços hospitalares. Ao longo do primeiro semestre, a empresa passou a consolidar as receitas de LifeCenter (janeiro), Climepe (março), BioSaúde (abril), MediSanitas (abril) e Grupo Hospital de Londrina (abril).

A empresa terminou o segundo trimestre com 31 hospitais, ante 24 hospitais um ano antes, totalizando 3.696 leitos,

avanço de 30,7%. Já o número de beneficiários no fim do segundo trimestre estava em 7,175 milhões, alta de 16,2% na comparação anual. Destes, 4,262 milhões são do segmento saúde, com avanço de 18,2% em um ano, e 2,913 milhões no segmento odontológico, acréscimo de 13,4%. O tíquete médio ficou em R\$ 223,3, estável em relação ao mesmo período de 2020, refletindo um aumento do preço médio orgânico de 5,5%, fruto dos reajustes contratuais e mix de produtos mais verticalizados e impacto negativo do tíquete inferior das aquisições realizadas nos últimos doze meses pela companhia, notadamente MediSanitas e BioSaúde.

No segundo trimestre, a dívida líquida da companhia totalizou R\$ 1,573 bilhão, aumento de 270,6% ante o primeiro trimestre, já considerando os desembolsos relativos às aquisições de MediSanitas e do Grupo Hospitalar de Londrina, bem como os investimentos na aquisição de 2 imóveis estratégicos no Rio de Janeiro e Belo Horizonte e na reforma e melhoria da Rede Própria e TI. Diante disso, a alavancagem da empresa, medida pela relação dívida líquida/Ebitda subiu de 0,3x no primeiro trimestre para 1,3x no segundo trimestre.

Sinistralidade

No segundo trimestre deste ano, o aumento na Sinistralidade Caixa ocorreu principalmente devido à média das internações por covid-19, que se manteve aproximadamente 50% superior ao primeiro trimestre de 2021. Além disso, houve aumento significativo de exames laboratoriais e de imagem, onde o NotreLabs atingiu novo recorde com produção de 2,7 milhões de exames por mês.

LUCRO DA QUALICORP CAI 28,4% NO 2º TRIMESTRE E ATINGE R\$ 90,3 MILHÕES

Money Times – 11/08/2021

O lucro líquido da Qualicorp (QUAL3) pós-participações minoritárias recuou 28,4% no segundo trimestre de 2021 ante igual período do ano passado, de acordo com os dados do relatório divulgado pela companhia na noite desta terça-feira. Em um ano, o montante passou de R\$ 126,1 milhões para R\$ 90,3 milhões.

Segundo a empresa, a queda foi influenciada pelo recuo do Ebitda (lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização) e pelo aumento de 29% no resultado financeiro líquido, parcialmente compensados pela redução de 13,4% das despesas de depreciação e amortização.

O Ebitda ajustado caiu 13,9% e totalizou R\$ 201 milhões, impactado principalmente pelas iniciativas de aceleração de vendas e pelos investimentos em inovação e trade marketing.

A receita líquida, por outro lado, atingiu R\$ 517,2 milhões no trimestre, representando um avanço de 6,9% em relação aos R\$ 483,7 milhões reportados entre abril e junho de 2020.

O portfólio de adesão médico-hospitalar cresceu 7,3% no comparativo anual, com novo recorde de 132,1 mil vidas em adições brutas no segundo trimestre deste ano. A Qualicorp chegou a uma média de vendas de 44 mil vidas por mês, próxima ao limite superior da meta de 40-45 mil.

ANS PUBLICA ATUALIZAÇÃO DE JULHO DO PADRÃO TISS

GOV (ANS) – 11/08/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) comunica a publicação da versão do Padrão TISS - Julho /2021, com os seguintes aprimoramentos:

- Atualização dos componentes Organizacional, de Comunicação, de Conteúdo e Estrutura, de Representação de Conceitos em Saúde e de Segurança e Privacidade, contemplando inclusive as alterações para adequação à LGPD;
- Atualização das terminologias de Procedimentos e Eventos em Saúde (tabela 22), Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (tabela 24), Terminologia de Conselho profissional (tabela 26), Mensagens (glosas, negativas e outras) (tabela 38), Origem da Guia (tabela 40), Tipo de atendimento (tabela 50), Natureza da guia (tabela 56), Forma de envio para a ANS (tabela 64), Terminologia de versão do componente de comunicação do padrão (tabela 69) e Relação das terminologias unificadas na saúde suplementar (tabela 87) do componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS);
- Criação das Terminologias de Cobertura Especial (tabela 75), Regime de Atendimento (tabela 76), Saúde Ocupacional (tabela 77), Tipo de Pagamento (tabela 78), Modelos de Remuneração entre Operadoras e Prestadores

(tabela 79), Formato do Documento (tabela 80) e Tipo do Documento (tabela 81) no componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS).

Os termos incluídos no Componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS) têm início de vigência e fim de implantação identificados individualmente.

As datas de fim de implantação das versões são as seguintes:

- Versão do Componente de Comunicação 04.00.00 - data fim de implantação em 31/07/2022
- Versão do Componente de Comunicação 01.02.00 - data de início de vigência e fim de implantação em 31/07/2022
- Ressaltamos que, a partir de 31/07/2022, as operadoras só poderão enviar os arquivos para a ANS na versão 01.02.00.

Todas as alterações estão descritas no histórico das versões, disponibilizado no [portal da ANS](#), inclusive os arquivos dos componentes da competência julho/2021 do Padrão TISS, conforme previsto no artigo 3º da Instrução Normativa DIDES IN Nº 51/2012.

Confira o Ofício-Circular nº [5/2021/COEST/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES](#), disponibilizado no Protocolo Eletrônico.

GASTO COM SAÚDE RECUA 0,65% NO IPCA; QUEDA É PUXADA POR PLANO DE SAÚDE

UOL – 10/08/2021

As famílias gastaram 0,65% a menos com Saúde e cuidados pessoais em julho, o equivalente a um impacto de -0,09 ponto porcentual na inflação de 0,96% medida pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) no mês, informou o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

A queda foi puxada pela redução de 1,36% no item plano de saúde, com impacto de -0,05 ponto porcentual, decorrente do reajuste de -8,19% autorizado pela ANS (Agência Nacional de

Saúde Suplementar) em 8 de julho, com vigência retroativa a maio de 2021 e cujo ciclo se encerra em abril de 2022.

“Desse modo, no IPCA de julho foram apropriadas as frações mensais relativas aos meses de maio, junho e julho”, apontou o IBGE.

Os produtos farmacêuticos ficaram 0,59% mais baratos em julho, contribuição de -0,02 ponto porcentual para o IPCA.

ESCLARECIMENTO SOBRE REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES

GOV (ANS) – 09/08/2021

ANS ressalta que cálculo que definiu índice máximo em -8,19 segue a metodologia e está correto.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ressalta a correção da metodologia de cálculo do reajuste de planos individuais ou familiares, bem como do índice máximo de -8,19% a ser aplicado aos planos regulamentados no período de maio de 2021 a abril de 2022.

Em relação à contestação feita por entidades representativas de operadoras de planos de saúde por meio de ofício à Agência e em manifestações junto à imprensa, a ANS esclarece que não houve qualquer mudança na regra e afirma que o Fator de Ganho de Eficiência (FGE), conforme descrito na Resolução Normativa nº 441/2018, tem o propósito de estimular a eficiência, de modo a reduzir o valor do reajuste com a transferência de recursos das operadoras para os beneficiários.

Dessa forma, ainda que o valor da Variação de Despesas Assistenciais (VDA) seja negativo, o FGE será sempre positivo e reduz o índice final do reajuste.

Importante destacar que o cálculo do reajuste 2021 foi compartilhado e reproduzido pela Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade do Ministério da Economia, que não apontou qualquer diferença nos cálculos reproduzidos por seu corpo técnico.

Por fim, a ANS reitera que o cálculo do índice máximo de reajuste dos contratos individuais ou familiares definidos em 2021 está correto, seguiu a metodologia aplicada pelo terceiro ano e foi ratificado por órgão técnico externo e independentes, que é o Ministério da Economia.

Para saber mais sobre a metodologia de cálculo da ANS e consultar os documentos que fundamentam os resultados [clique aqui](#).

AUDIÊNCIA PÚBLICA DEBATE O PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DAS OPERADORAS

GOV (ANS) – 09/08/2021

Evento foi motivado pela necessidade de adequações em Resolução Normativa

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 30/07, sua 18ª Audiência Pública, para tratar de alterações pontuais da Resolução Normativa Nº 452/2020, que baliza as regras do Programa de Acreditação das Operadoras. A audiência foi motivada pela necessidade de adequações de determinados pontos da resolução, algumas delas decorrentes de atualização de normas revogadas.

Na abertura do evento, o diretor-presidente e diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) da ANS, Paulo Rebello, destacou a importância do tema para a qualidade dos serviços prestados no setor: “O Programa de Acreditação é uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde, que tem como objetivo a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, propiciando, em última análise, uma melhor experiência para o beneficiário”, frisou.

O diretor substituto de Desenvolvimento Setorial (DIDES), César Serra, destacou que o Programa de Acreditação tem como foco a melhoria da eficiência e da qualidade de gestão das operadoras. “Com bons resultados nos processos de trabalho e evitando desperdícios e custos desnecessários, as operadoras podem oferecer melhores serviços para os beneficiários, atraindo maior clientela, o que, por si só, já traria vantagens para as atividades das operadoras”, avaliou. Gerente de Estímulo à Inovação e à Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante fez um breve histórico da normativa vigente (RN nº 452/2020), destacando que o Programa de Acreditação teve início em 2011, com a Resolução Normativa nº 277. A partir de 2016, houve ampla discussão interna e com os variados atores do setor. Ao longo das reuniões e após Consulta Pública, que culminou com a publicação da RN nº 452, a ANS recebeu quase 600 contribuições, resultando em 21 requisitos e 168 itens de verificação.

Ana Paula Cavalcante explicou que hoje existem 71 operadoras acreditadas, que atendem o correspondente a cerca de 30% dos usuários do setor. Contudo, pela RN nº 452/2020, nenhuma operadora está acreditada ainda, já que,

por conta da pandemia, as auditorias presenciais estavam suspensas desde a entrada em vigor do novo normativo.

Foram apresentadas as seguintes propostas de alterações na RN 452:

- supressão da referência à data final de vigência do Inmetro, pois o órgão eliminou o fim da vigência da expiração das certidões das entidades acreditadoras, o que motiva a revisão dos artigos 5º e 6º da RN 452/2020;

- supressão da menção à IN 14/2007 da DIOPE, revogada, que tratava do instituto da aprovação pela ANS do modelo de capital próprio (item 1.7.13), e transcrição dos itens de governança, gestão de riscos e controles internos, previstos na RN 443/2019, que na versão atual estão apenas referenciados, de modo a dar mais clareza e transparência;

- desmembramento do item 2.2.1 em dois itens, sendo um item considerado essencial, para existência das equipes multiprofissionais na atenção primária, e outro item de excelência, com cobertura populacional mínima;

- dispensa do envio do PPA via DIOPE, caso a operadora de plano de saúde acreditada envie o relatório (Anexo IV da RN 452/2020) para DIDES, até 15/05 do ano seguinte ao ano-base avaliado (art. 32 - § 8º); e

- orientação para o auditor sobre o relatório de requisitos de governança - a partir da abordagem do “pratique e explique” (Anexo IV, item d).

Governança

A assessora da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) Tatiana Aranovich falou sobre propostas para dar mais clareza ao normativo e facilitar a sua interpretação, evitando dupla carga administrativa para a operadora e facilitando as orientações para o auditor sobre um relatório único de requisitos de governança.

Tatiana explicou ainda sobre a importância da governança, com controles internos e gestão de riscos no mercado de saúde suplementar para fins prudenciais. Entre as

operadoras liquidadas entre 2012 e 2018, 100% delas tinham problemas de gestão e 82%, deficiência nos controles internos.

Com as mudanças promovidas pela RN nº 443/2019, que trata de governança, cujas aplicações serão obrigatórias a partir de 2022, será necessário a verificação, por auditor independente ou pela auditoria de acreditação, de práticas mínimas, como tratamento de recomendações sobre controles internos e gestão de riscos, análise e monitoramento econômico-financeiro, práticas de gestão de riscos (subscrição, crédito, mercado, legal e operacional); e transparência. Os relatórios deverão ser enviados periodicamente à ANS. “A abordagem da ANS não é coercitiva, é de incentivo às boas práticas”, salientou Tatiana, frisando que a operadora que cumprir integralmente as práticas mínimas de governança será agraciada com redução nos fatores de capital, cerca de 15% do capital baseado em risco total.

Dúvidas esclarecidas e novas colaborações

ATHENA SAÚDE COMPRA HOSPITAL SÃO MARCOS (PR) POR R\$ 71,5 MILHÕES

Valor Investe - 07/08/2021

Empresa ia abrir capital nesta semana mas acabou desistindo.

A Athena Saúde, que ia abrir capital nesta semana mas acabou desistindo, comunicou ao mercado na noite de sexta-feira que firmou contrato de compra do Hospital São Marcos, de Maringá (PR). A operação foi realizada por meio da subsidiária Hospital Bom Samaritano de Maringá, pelo valor de R\$ 71,5 milhões.

De acordo com a Athena Saúde, o valor representa cerca de 6,4 vezes o Ebitda dos últimos doze meses findos em maio. O valor será pago por meio de R\$ 53 milhões em dinheiro, na

A coordenadora de Estímulo à Inovação e à Qualidade Setorial da ANS, Rosana Neves, finalizou a apresentação destacando as mudanças na redação da RN 452, com as respectivas justificativas.

Integrantes da Entidade Acreditadora A4Quality, da Unimed do Brasil e de outras operadoras e entidades representativas apresentaram suas dúvidas, que foram esclarecidas pelas equipes técnicas da ANS. Também foram oferecidas novas colaborações, que serão avaliadas pela Agência.

Ao finalizar a Audiência Pública, o diretor César Serra agradeceu a participação de todos e garantiu que, assim que as alterações forem concluídas, será feito um manual com orientações em linguagem didática e recursos gráficos para facilitar a leitura e a aplicabilidade da nova resolução.

A [gravação da Audiência Pública](#) pode ser assistida integralmente no canal da ANS no YouTube, e todos os documentos e apresentações podem ser verificados [aqui](#).

data do fechamento da operação, e R\$ 20 milhões por meio de entrega de ações da companhia.

A Athena Saúde afirma que o Hospital São Marcos é uma unidade geral de média complexidade e conta com 103 leitos, sendo 22 de UTI, além de 8 salas cirúrgicas e 10 consultórios.

A companhia desistiu de sua oferta pública inicial de ações nesta semana, apontando “deterioração das condições do mercado”.

ANS APRESENTA SISTEMA CADASTRO DE OPERADORA ÀS EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO

GOV (ANS) – 06/08/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará, no dia 25/08, um encontro virtual com representantes de operadoras da modalidade Medicina de Grupo para apresentar o funcionamento do Sistema Cadastro de Operadora (Cadop). A ferramenta online permite que as próprias operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios atualizem e armazenem seus dados cadastrais junto à ANS. O Cadop, já está em uso pelas operadoras da modalidade Autogestão e, posteriormente, será disponibilizado para as outras modalidades.

Após o encontro, as 261 operadoras de Medicina de Grupo em atividade terão acesso ao sistema através do Portal

Operadoras no site da ANS. A diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope) está liberando os acessos gradualmente até que todas as operadoras do setor estejam familiarizadas à ferramenta e possam fazer elas próprias, de forma eletrônica, a atualização obrigatória de seu cadastro.

Desde 2004, quando foi publicada a Resolução Normativa nº 85, todas as alterações dos dados cadastrais listados nos Anexos I e IV da norma precisam ser informados à ANS no prazo de até 30 dias a contar da ocorrência da alteração – o que sempre foi feito pelas operadoras de planos de assistência à saúde e administradoras de benefícios via

peticionamento. Agora, com o novo sistema, o próprio ente regulado poderá alterar os seus dados, sendo alguns dependentes de validação pela ANS.

Para auxiliar nesta transição, a ANS disponibilizou em seu site um Manual do Usuário do Sistema Cadastro de Operadora – CADOP, e também vídeos tutoriais sobre a utilização da ferramenta; confira aqui.

NOVA COMISSÃO ESPECIAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS QUER MUDAR MODELO DOS PLANOS DE SAÚDE

Estadão – 06/08/2021

Insatisfeitos com a qualidade e custos dos serviços, os deputados planejam mexer em regras que levem à queda de preços para os pacientes e melhoria no relacionamento com classe média.

BRASÍLIA – Quatro anos depois de fracassar na tentativa de mexer nos planos de saúde, a Câmara dos Deputados instalou uma nova comissão especial para voltar a discutir o tema, com um discurso crítico ao modelo atual. Insatisfeitos com a qualidade e custos dos serviços, os deputados planejam mexer em regras que levem à queda de preços para os pacientes e melhoria no relacionamento com classe médica.

“Nós vemos que os médicos, assim como os pacientes, estão sofrendo muito com os planos de saúde”, afirmou a presidente da Comissão Especial, deputada Soraya Manato (PSL-ES), que é médica, como boa parte dos integrantes da Comissão. “Estamos vendo que, muitas vezes, a população brasileira está sendo massacrada e muitos estão tendo esse empobrecimento em relação à entrada nos planos de saúde, para manter seus planos pelos altos custos. Nós não vemos essas operadoras terem prejuízo”, criticou a deputada.

Não é a primeira vez que a Câmara tenta mudar as regras para os planos de saúde. Em 2017, uma comissão semelhante foi instalada e teve como relator o então deputado e atual ministro do Desenvolvimento Regional, Rogério Marinho. Na ocasião, não faltaram problemas para que a discussão avançasse. No meio de pressões políticas e críticas de todas as partes envolvidas, não houve acordo político sequer para votar o relatório feito por Marinho.

“Apesar de toda a competência do nosso relator anterior, o atual ministro Rogério Marinho, nós não conseguimos chegar aqui a um acordo para votar o relatório”, relembra o deputado Hiran Gonçalves (PP-RR), que é o relator da proposta e presidiu a Comissão Especial anterior.

Nesta quinta, o deputado apresentou seu plano de trabalho para orientar o andamento das discussões da Comissão e disse que planeja aproveitar parte do trabalho feito anteriormente por Rogério Marinho.

“Se conseguimos aqui criar um marco legal adequado, inclusive para garantir a inclusão de mais usuários na saúde

O evento será realizado de forma online, através do Microsoft Teams. Representantes das operadoras de Medicina de Grupo, a quem o encontro se destina, podem realizar a inscrição clicando aqui. Somente serão aceitas inscrições de 02 (dois) representantes por operadora. Os demais interessados entrarão em lista de espera.

suplementar, nós terminamos até desafogando o SUS. E isso é um desafio para nós”, afirmou o deputado.

A discussão está sendo retomada pouco tempo depois de o presidente Jair Bolsonaro ter vetado o Projeto de Lei 6330/19, que previa que os planos de saúde cobrissem as despesas de seus clientes com alguns medicamentos contra o câncer. No seu veto, Bolsonaro citou explicitamente os problemas que poderiam ocorrer no mercado dos planos de saúde caso não vetasse o projeto.

“A medida, ao incluir esses novos medicamentos de forma automática, sem a devida avaliação técnica da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a inclusão de medicamentos e procedimentos ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, contraria o interesse público por deixar de levar em consideração aspectos como a previsibilidade, a transparência e a segurança jurídica aos atores do mercado e a toda a sociedade civil, de forma que comprometeria a sustentabilidade do mercado e criaria discrepâncias no tratamento das tecnologias e, conseqüentemente, no acesso dos beneficiários ao tratamento de que necessitam, o que privilegiaria os pacientes acometidos por doenças oncológicas que requeiram a utilização de antineoplásicos orais”, cita o texto do veto presidencial.

E o veto foi ainda mais claro na preocupação do governo com o repasse dos custos para os planos: “Por fim, ao considerar o alto custo dos antineoplásicos orais e a imprevisibilidade da aprovação e concessão dos registros pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, existiria o risco do comprometimento da sustentabilidade do mercado de planos privados de assistência à saúde, o qual teria como consequência o inevitável repasse desses custos adicionais aos consumidores, de modo que encareceria, ainda mais, os planos de saúde, além de poder trazer riscos à manutenção da cobertura privada aos atuais beneficiários, particularmente aos mais pobres”.

Na primeira reunião da Comissão Especial, o deputado Zacharias Calil (DEM-GO) fez questão de lembrar do problema. Ele criticou a ação, citando que as operadoras dos planos tiveram um crescimento de 49,5% e um faturamento de R\$ 17,5 bilhões em 2020, segundo dados da ANS.

“Não tem como inviabilizar um tratamento quimioterápico oral que você pode trabalhar em cima disso melhorando a condição do paciente de não internação, de evitar efeitos colaterais com aplicação venosa desses medicamentos”, explicou o deputado.

A deputada Soraya Manato lembrou na discussão da Comissão que “está havendo uma reserva de mercado” por parte das operadoras. “E isso é muito preocupante. Porque quando você tem reserva de mercado você dita regras”, avaliou.

“Nós temos o empobrecimento dos planos individuais e familiares em detrimento dos planos coletivos. E isso nos preocupa muito já que a ANS não consegue, nem os próprios

órgãos de defesa do consumidor conseguem intervir nos planos coletivos, já que eles alegam que é de pessoa jurídica para pessoa jurídica. Então, nós deixamos muito ao léu o próprio usuário do plano de saúde”, lamentou a presidente da Comissão.

Para a deputada, o trabalho da Comissão será importante justamente para tentar equilibrar um pouco mais o sistema.

“Nós não temos voz ativa, nem força. Se nós médicos não temos, imaginem os pacientes. Então, o objetivo nosso é tentar reduzir essa disparidade que está ocorrendo na saúde brasileira e que no final todos saiam vencedores”, disse Soraya.

SAÚDE SUPLEMENTAR MANTÉM CRESCIMENTO SUCESSIVO

GOV (ANS) – 05/08/2021

No 1º semestre de 2021, planos de assistência médica totalizaram aumento de mais de 624 mil beneficiários

Nesta quinta-feira (05/08), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou os números de beneficiários de planos de saúde relativos ao mês de junho. Nesse período, o setor se manteve em curva de crescimento e totalizou 48.238.177 usuários em planos de assistência médica e 27.818.231 em planos exclusivamente odontológicos.

No que se refere ao primeiro semestre de 2021, o número de beneficiários cresceu 624.614 em planos de assistência médica (comparativo entre janeiro e junho). Já nos planos exclusivamente odontológicos houve um aumento de 873.696 usuários neste mesmo período. As informações estão disponíveis na Sala de Situação, ferramenta de consulta no portal da ANS.

[Clique aqui para acessar a Sala de Situação.](#)

No caso dos planos médico-hospitalares, em um ano houve incremento de 1.529.938 beneficiários - o equivalente a 3,12% de aumento em relação a junho de 2020. No comparativo de maio com abril, o crescimento foi de 132.011 mil usuários. O total de beneficiários é o maior número

registrado desde julho de 2016. Antes disso, só foi superado em junho daquele ano, quando o setor atingiu 48.266.704 beneficiários nessa segmentação.

Já nos planos exclusivamente odontológicos, foi registrado aumento de 2.543.026 beneficiários em um ano – o que representa 9,35% de crescimento no período – e de 326.711 em um mês (comparativo com maio).

Entre os estados, no comparativo com junho de 2020, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 23 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Entre os odontológicos, 27 unidades federativas registraram aumento no comparativo anual, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná também, os estados com maior crescimento em números absolutos.

A ANS ressalta 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 UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	não identificado			
jun/21	32.946.279	6.292.549	417	8.936.163	62.769	48.238.177
mai/21	32.813.752	6.282.561	418	8.946.428	63.007	48.106.166
abr/21	32.673.521	6.261.230	418	8.972.206	64.437	47.971.812
mar/21	32.546.156	6.268.235	419	8.996.345	64.759	47.875.914
fev/21	32.335.986	6.273.955	419	9.013.084	66.703	47.690.147

jan/21	32.228.312	6.289.205	420	9.028.281	67.345	47.613.563
dez/20	32.198.720	6.311.238	421	9.035.429	67.689	47.613.497
nov/20	32.083.034	6.295.403	422	9.011.106	68.513	47.458.478
out/20	31.885.218	6.274.217	422	9.014.493	73.727	47.248.077
set/20	31.714.264	6.244.967	424	8.997.287	74.212	47.031.154
ago/20	31.596.287	6.228.589	434	8.983.329	75.403	46.884.042
jul/20	31.564.487	6.217.963	434	8.952.482	75.817	46.811.183
jun/20	31.475.806	6.219.268	434	8.933.906	78.825	46.708.239

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo		Individual ou Familiar	Não Identificado	Total	
	Empresarial	Adesão não identificado				
jun/21	20.282.723	2.751.668	1.717	4.774.516	7.607	27.818.231
mai/21	20.032.117	2.758.207	1.723	4.691.819	7.654	27.491.520
abr/21	19.954.702	2.768.265	1.724	4.670.752	7.690	27.403.133
mar/21	19.883.020	2.771.020	1.726	4.668.331	7.772	27.331.869
fev/21	19.663.886	2.764.236	1.728	4.670.000	7.809	27.107.659

jan/21	19.577.693	2.760.648	1.729	4.596.623	7.842	26.944.535
dez/20	19.528.402	2.740.715	1.736	4.534.860	7.868	26.813.581
nov/20	19.301.440	2.811.950	1.737	4.465.559	7.956	26.588.642
out/20	19.100.138	2.796.175	1.738	4.392.792	8.012	26.298.855
set/20	19.011.880	2.794.633	1.740	4.324.570	8.423	26.141.246
ago/20	18.819.706	2.745.284	1.747	4.223.763	8.449	25.798.949
jul/20	18.769.351	2.510.903	1.754	4.094.100	8.475	25.384.583
jun/20	18.765.586	2.508.011	1.761	3.991.321	8.526	25.275.205

Número de beneficiários por UF

Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jun/20	jun/21	jun/20	jun/21
Acre	43.092	42.380	15.290	16.950
Alagoas	364.886	371.476	263.996	283.181
Amapá	64.321	58.724	45.161	51.100
Amazonas	514.752	555.332	436.236	481.532
Bahia	1.557.708	1.600.211	1.451.483	1.509.123

Ceará	1.243.779	1.269.815	963.031	1.017.613
Distrito Federal	908.271	925.464	584.668	630.225
Espírito Santo	1.103.475	1.164.995	509.880	599.073
Goiás	1.156.503	1.211.837	633.733	702.388
Maranhão	475.194	459.696	200.901	233.279
Mato Grosso	587.671	621.923	218.989	233.719
Mato Grosso do Sul	594.805	609.890	147.781	160.481

Minas Gerais	4.994.142	5.345.450	2.151.156	2.368.988
Pará	790.489	834.163	430.926	485.147
Paraíba	412.118	433.118	370.768	403.313
Paraná	2.841.400	2.919.538	1.290.331	1.458.058
Pernambuco	1.333.175	1.361.349	986.840	1.092.531
Piauí	332.674	351.761	89.599	113.938
Rio de Janeiro	5.265.831	5.332.336	3.284.783	3.353.011
Rio Grande do Norte	509.004	549.006	335.207	388.623

Rio Grande do Sul	2.508.766	2.550.649	775.042	838.529
Rondônia	149.783	153.035	109.524	118.804
Roraima	29.870	30.057	11.021	11.784
Santa Catarina	1.447.706	1.508.786	539.827	659.481
São Paulo	17.012.254	17.507.608	9.087.126	10.235.091
Sergipe	315.058	316.039	199.539	203.045
Tocantins	112.924	115.909	112.190	155.574

APÓS TER SUSPENDIDO IPO, ATHENA SAÚDE DESISTE DE IR À BOLSA

Suno – 05/08/2021

Após suspender por 60 dias sua abertura de capital (IPO, em inglês), nesta quarta-feira (4) a Athena Saúde Brasil desistiu do processo.

A Athena Saúde pediu à Comissão de Valores Mobiliários (CVM) a desistência do pedido de registro de oferta pública de distribuição primária e secundária de ações, alegando que a deterioração das condições do mercado brasileiro e internacional “impactou diretamente os termos e condições da oferta” que pretendia fazer.

Considerando o ponto médio da faixa indicativa, que ia de R\$ 18,35 a R\$ 23,12, e o número de ações da oferta base, 120.551.640, a operadora de planos de saúde pretendia levantar cerca de R\$ 2,5 bilhões com a oferta pública inicial de ações.

De acordo com a empresa, os recursos líquidos provenientes da oferta primária seriam utilizados para realizar aquisições.

Algumas delas já estavam em andamento e deveriam consumir 70% destes. O restante seria destinado a novas compras.

Bank of America, XP, Bradesco BBI, BTG Pactual, Itaú BBA, Santander e ABC Brasil seriam os coordenadores do processo.

Athena Saúde já havia suspenso processo de IPO por 60 dias

Vale lembrar que em meados de maio, a operadora de planos de saúde já havia pedido a suspensão do seu IPO por 60 dias.

De acordo com o documento enviado ao mercado, a Athena solicitou à [Comissão de Valores Mobiliários \(CVM\)](#) a interrupção do pedido de registro do IPO “devido à volatilidade no [mercado de capitais](#)”.

A Athena foi criada em 2017 pelo fundo Brazilian Private Equity V, gerido pelo Pátria. Segundo o prospecto, tem cinco operadoras, 24 clínicas, sete pronto-atendimentos e nove hospitais, em locais como os Estados do Paraná, Espírito Santo e Rio Grande do Norte. Ao final de 2020, tinha 708,4 mil beneficiários de planos de saúde ou odontológicos.

A Athena Saúde se soma a outras que desistiram de fazer oferta de ações nas últimas semanas, por conta do mercado mais desafiador. Entre outras que adiaram os planos de um IPO estão a CSN Cimentos e a Intercement.

AS TENDÊNCIAS INEVITÁVEIS PARA A TELESSAÚDE E A TELEMEDICINA

Saúde Business - 05/08/2021

A atual circunstância mundial, oriunda da pandemia da COVID-19, tem provocado uma série de adaptações, com grandes impactos no mercado, na gestão e na assistência em saúde. Nesse contexto, uma série de pesquisas recentes têm demonstrado que algumas tendências são inevitáveis, dentre elas, a Telessaúde e a Telemedicina.

No Brasil, com o objetivo de propor uma alternativa de acesso a serviços de saúde, foram intensificadas ações de atendimento, prevenção e monitoramento. Em recente Painel publicado pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação, cerca de 1/5 dos usuários de internet com 16 anos ou mais utilizaram serviços de telessaúde, com predominância pelos usuários do SUS (63%), os quais representam aproximadamente 74% do total de pessoas que utilizam serviços de saúde no país.

Os termos Telemedicina ou Telessaúde apresentaram um exponencial crescimento na última década. Um levantamento da Associação Brasileira de Planos de Saúde, revelou que, com a pandemia, mais de 2,5 milhões de pessoas buscaram o serviço de teleconsultas entre março de 2020 e abril deste ano.

Nesse sentido, uma série de desafios se apresentam e merecem especial atenção da ciência e do mercado, tais como a garantia de que esses serviços sejam prestados com qualidade, a expansão do acesso à saúde em um país com relevantes índices de exclusão digital e a humanização do atendimento por meio desses canais online.

Outros questionamentos que devemos nos fazer sob o ponto de vista da gestão são sobre como estruturar soluções integradas de sistemas, de forma que possamos desenvolver modelos preditivos de saúde:

- Como remunerar de forma adequada os profissionais, a partir da prática dessa modalidade de atendimento?

- Como assegurar que as decisões acerca desse tipo de tecnologia, sejam pensadas a partir de boas práticas de governança, que considerem princípios de ESG (Environmental, Social, Governance)?

- Como assegurar que os cursos de graduação, mestrados, doutorados e programas de residência estejam provocando os novos profissionais a encarar esse futuro inevitável?

Isso sem mencionar os usuários, lembrando que as práticas mais atuais de mercado nos apontam uma necessidade de traçar objetivos e criar produtos centrados na experiência dos clientes. Dessa maneira, será preciso prever a entrega de serviços remotos, que sejam acessíveis, seguros e que garantam a saúde preventiva. Um desafio constante será também o de preservar o aspecto humano dos atendimentos, mesmo com profissionais e pacientes separados por telas.

Essas são apenas algumas das muitas questões a serem discutidas e refletidas a partir da integração da tecnologia com a saúde humana. Essas questões devem ser fortemente provocadas, por meio da prática da boa ciência e da aplicação criativa da capacidade humana de se adaptar ao denominado novo normal e a suas implicações ainda não conhecidas.

Afinal, nossas experiências recentes nos levam a crer de forma mais intensa no ambiente BANI, que em português significa Fragilidade, Ansiedade, Não linearidade e Incompreensibilidade. A prática da inovação focada em necessidades humanas deve ser pauta constante de empresas e pessoas, que visem responder não apenas os anseios atuais de nossa sociedade, mas prever e responder o que ainda está por vir.

90% DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS MÉDICOS TÊM INTENÇÃO DE MANTER O BENEFÍCIO

IESS – 04/08/2021

A intenção de continuar com o plano de saúde médico-hospitalar atingiu seu maior índice desde 2015. O dado consta na pesquisa realizada pelo Vox Populi a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e mostra

que 90% dos beneficiários desejam continuar com o benefício. A pergunta foi inserida na pesquisa a partir de 2015.

O índice de intenção em manter o plano médico tem crescido a cada nova pesquisa. Avançando de 86% em 2015 para 87% em 2017, 88% em 2019 e, agora, em 2021, atingiu 90%. A taxa de recomendação por parte dos beneficiários também cresceu de 79% em 2015 para 86% em 2021 entre aqueles que responderam que recomendariam para amigos e familiares plano de saúde atual. O maior percentual foi encontrado em Manaus, 92%, e o menor em São Paulo, com 83%.

Em abril deste ano, o Vox Populi 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 da pesquisa é de 2 pontos percentuais (p.p.) para mais ou para menos e o nível de confiança é de 95%.

Para acessar a pesquisa na íntegra, clique [AQUI](#).

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