
ÍNDICE INTERATIVO

[ANS atualiza dados do Painel de Precificação](#) - Fonte: ANS

[Ocupação de leitos de operadoras de saúde para covid-19 bate recorde](#) - Fonte: Agência Brasil

[Com 'home office', gasto com convênio médico cai](#) - Fonte: Valor Econômico

[Athena Saúde define faixa de preço e IPO pode movimentar R\\$ 2,5 bi](#) - Fonte: Valor Econômico

[Número de beneficiários de planos de saúde é o maior em cinco anos](#) - Fonte: Estado de Minas

[Impactos da regulamentação da Telessaúde](#) - Fonte: IESS

[Hapvida levanta mais R\\$ 2,7 bi na Bolsa para competir na 'guerra' entre empresas de saúde](#) - Fonte: O Globo

ANS ATUALIZA DADOS DO PAINEL DE PRECIFICAÇÃO

ANS – 26/04/2021

Publicação informa valores considerados pelas operadoras para formação inicial de preço de plano de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou uma nova edição do Painel de Precificação de Planos de Saúde, estudo que informa dados sobre os valores médios de comercialização pelo mercado de saúde suplementar. A publicação contempla informações compiladas nos últimos cinco anos até dezembro de 2020 e está disponível para consulta no portal da ANS.

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

O Painel é dividido em quatro seções: operadoras, planos ativos e notas técnicas; valor comercial da mensalidade; reajuste por faixa etária; e carregamentos. Assim, a publicação apresenta ao setor um panorama segmentado da formação inicial dos preços dos planos de saúde, conforme o valor comercial informado nas Notas Técnicas de Registro de Produto (NTRPs) vigentes para os planos em comercialização no mercado brasileiro. As informações são disponibilizadas por região e Unidade Federativa e segundo a segmentação assistencial e o tipo de contratação do plano (individual ou coletivo).

O painel também analisa as médias das variações de mensalidade por mudança de faixa etária e as despesas não assistenciais - como custos administrativos e comerciais das operadoras - adicionadas na composição do preço de venda (carregamentos), além de suas evoluções.

As bases de dados utilizadas na elaboração do Painel de Precificação também estão disponíveis no Portal de Dados Abertos da ANS. [Confira aqui.](#)

O Painel de Precificação é uma ferramenta importante para intensificar ações de redução da assimetria de informações no setor. Busca-se, assim, o aprimoramento da coleta, tratamento e disponibilização de dados estruturantes, de forma a permitir o aperfeiçoamento da regulação e maior transparência à sociedade das informações relevantes da saúde suplementar. A publicação é apresentada no formato Power BI (ferramenta de Business Intelligence), que amplia a variedade de consultas disponíveis e oferece aos usuários diversos filtros interativos.

OCUPAÇÃO DE LEITOS DE OPERADORAS DE SAÚDE PARA COVID-19 BATE RECORDE

Agência Brasil – 23/04/2021

Em março 80% das vagas estavam ocupadas.

A taxa de ocupação de leitos para covid-19 em hospitais de operadoras de planos de saúde com rede própria atingiu em março o maior percentual desde o início da pandemia, com 80% das vagas ocupadas. O dado faz parte do Boletim Covid-19 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), divulgado ontem (22) com dados do mês passado.

O recorde de ocupação registrado em março foi o terceiro seguido, já que as maiores taxas anteriores eram de fevereiro (73%) e janeiro (66%). A ANS observa que o aumento da ocupação foi mais intenso nas UTIs e que a alta acompanha o aumento de casos e o surgimento de novas variantes do coronavírus no Brasil.

Com a taxa de 80% registrada em março, a ocupação dos leitos de covid-19 superou a ocupação dos leitos para os demais procedimentos (73%) pela primeira vez desde o início da pandemia. Em maio e dezembro de 2020, as duas taxas ficaram bem próximas, porém a dos demais procedimentos ainda foi um ponto percentual maior.

Com dados que vão do início da pandemia até janeiro de 2021, o boletim mostra que o maior número de exames RT-PCR para a detecção da covid-19 foi registrado em dezembro de 2020, quando 690.330 exames foram realizados na saúde suplementar.

Reclamações

A ANS informou também que recebeu 15.236 reclamações de beneficiários no mês passado, o que representa um aumento de 26,1% em relação a fevereiro.

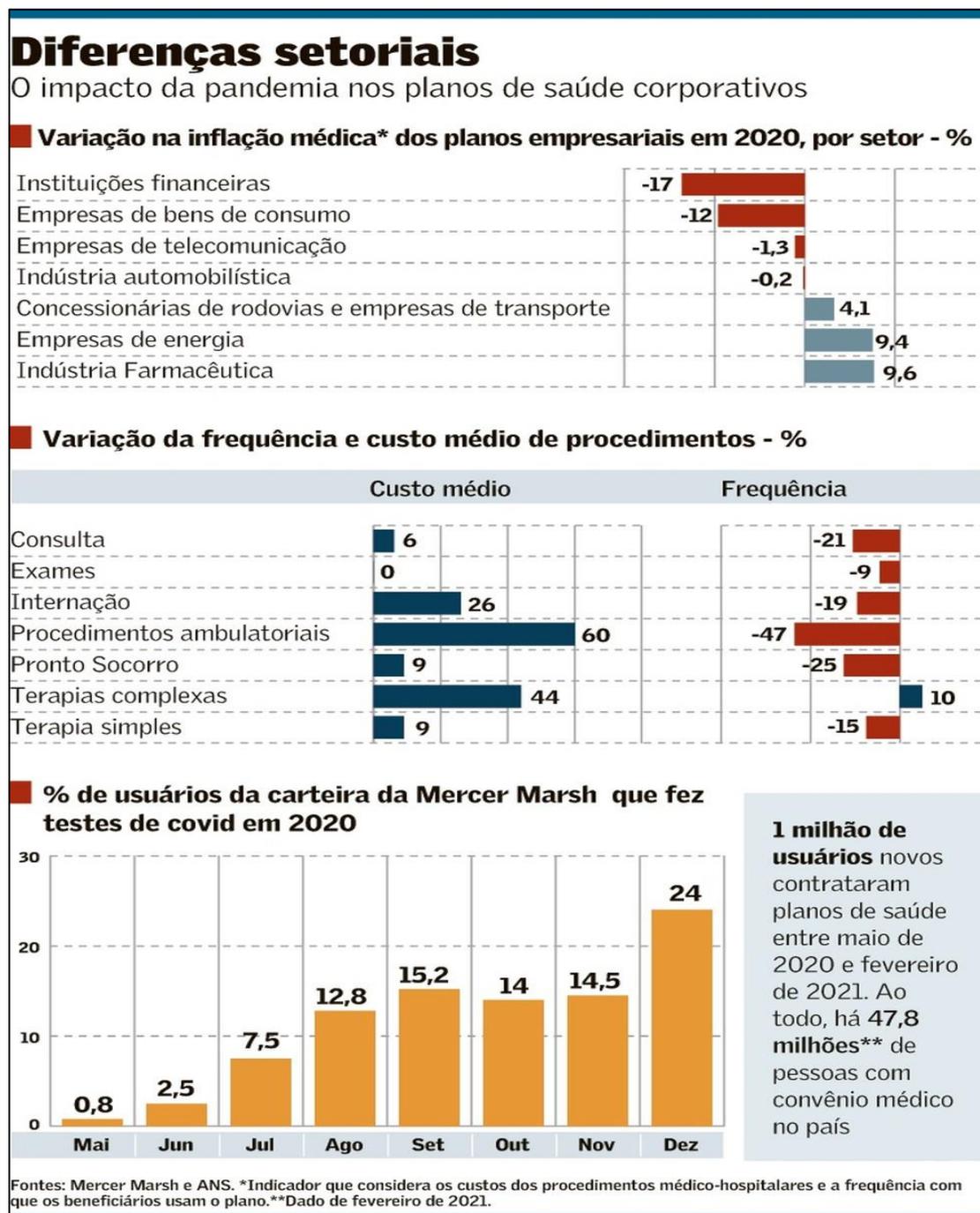
Entre as queixas registradas, 1.525 tinham relação com o novo coronavírus. Pouco mais da metade (51%) dessas reclamações eram a respeito de dificuldades de realizar exames e tratamentos para covid-19, enquanto 34% se referiam a outras assistências afetadas pela pandemia.

O balanço mostra que o número de beneficiários de planos de saúde chegou em março de 2021 ao maior patamar desde setembro de 2016, com 48.037.472 pessoas cobertas. O número apresenta tendência de crescimento desde julho do ano passado, e supera o registrado em fevereiro em 0,42%.

COM 'HOME OFFICE', GASTO COM CONVÊNIO MÉDICO CAI

Valor Econômico – 23/04/2021

Número de usuários atinge 48 milhões, maior volume desde 2016.



As empresas de setores que adotaram o “home office” no ano passado tiveram menos gastos com planos de saúde quando comparadas às companhias que precisaram continuar suas atividades presencialmente, uma vez que seus funcionários ficaram menos expostos aos riscos da covid-19.

Entre aquelas que não puderam interromper o trabalho presencial, houve um aumento de 15% em internações de casos complexos, sendo que deste volume cerca de 80%

estão relacionados à covid-19. Os dados são da consultoria Mercer Marsh, que analisou 700 empresas, que juntas possuem 2 milhões de usuários de planos de saúde.

No mercado financeiro, em que a maioria dos funcionários migrou para o teletrabalho, houve uma queda de 17% na inflação médica (indicador que mede custo e a frequência de uso do plano de saúde). Nas empresas de bens de consumo não duráveis, a redução foi de 12% mesmo com o pessoal

das fábricas trabalhando normalmente nesta pandemia. Isso é explicado em parte porque a área administrativa dessas companhias foi para o “home office” e várias empresas desse setor oferecem transporte fretado para a equipe da fábrica.

“Além disso, vale destacar que, no ano passado, muitas pessoas deixaram de ir ao pronto-socorro, realizar consultas e exames com medo de contaminação, o que reduziu drasticamente os gastos de saúde”, disse Antonietta Medeiros, diretora de gestão de saúde e qualidade de vida da Mercer Marsh Benefícios.

Na carteira pesquisada pela consultoria, as internações tiveram uma redução de 19% e os atendimentos no pronto-socorro caíram 25%. “Foram 270 mil idas a menos ao PS no ano passado”, enumerou Antonietta, explicando que boa parte dos atendimentos migrou para telemedicina, que tem um custo 78% menor. As internações e pronto-socorro representam mais da metade do custo total de um plano de saúde.

A queda na frequência foi tão relevante que compensou o aumento nos custos dos procedimentos médicos. O valor das internações, por exemplo, subiu 26% devido à alta do dólar, escassez mundial de materiais médicos e aumento de utilização desses itens com a pandemia.

Com isso, o setor registrou, no ano passado, pela primeira vez, uma deflação médica e, conseqüentemente, o reajuste dos planos de saúde neste ano será muito menor do que em períodos anteriores. “No caso dos planos de saúde individual, acho muito difícil a ANS dar um reajuste acima de zero. Já em relação aos coletivos empresariais, é sempre preciso considerar o contexto específico de cada operadora ou até mesmo cada contrato, mas todos os macro indicadores dizem que não é possível fugir muito de um índice bem baixo. São o que os números estão dizendo”, disse Luiz Feitoza, sócio da consultoria Arquitetos da Saúde.

Até o terceiro trimestre de 2020, a taxa de sinistralidade (indicador que mede a diferença entre receita e gastos médicos das operadoras) estava em 73,7%, o equivalente a 10 pontos percentuais abaixo do mesmo período de 2019. Mesmo considerando o aumento de procedimentos no último trimestre, não há como reverter a deflação médica, segundo Feitoza.

Além dessa melhora na rentabilidade, a inadimplência está nos mesmos patamares do período anterior à pandemia. Além de um menor volume de cancelamentos, o setor vem registrando aumento de novos contratos desde meados do

ano passado. Em março, o setor atingiu 48 milhões de usuários, o maior volume desde setembro de 2016. Nos últimos 12 meses, encerrado em março, houve um incremento de 1 milhão de vidas. “O aumento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, sendo que o maior percentual foi verificado nos coletivos empresariais que teve alta de 2,48% a mais em relação a março de 2020”, segundo a ANS.

Uma explicação para essa alta nas vendas de plano de saúde empresarial, o que vai na contramão do aumento nos índices de desemprego, são os convênios médicos na modalidade PME que passaram a ser mais ofertados pelas operadoras a fim de atender o público que perdeu o benefício. “Hoje, há muitas operadoras que oferecem plano de saúde para uma ou duas vidas para PME”, disse o sócio da Arquitetos da Saúde.

Feitoza também destaca que é a primeira vez que o mercado de planos de saúde se descola dos índices de empregabilidade. Na história do setor, o volume de usuários sempre cresceu na mesma curva que o emprego, uma vez que cerca de 65% dos planos de saúde são empresariais, benefício concedido aos funcionários.

Diante desse cenário, a Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senacon/MJSP), está pleiteando uma nova suspensão do reajustes dos planos de saúde devido ao agravamento da pandemia como ocorreu no ano passado. Em 2020, a ANS estabeleceu um reajuste de 8,14% para os planos individuais, sendo que algumas operadoras tiveram aumentos distintos: Amil (8,56%), Bradesco, SulAmérica e Itaúseg (9,26%). Em agosto, a agência adiou a cobrança dos reajustes de todas as modalidades de planos de saúde entre os meses de setembro e dezembro. Esse montante foi parcelado em 12 meses que estão sendo cobrados a partir deste ano.

“Defendemos o menor reajuste, ao menos, que não ultrapasse a casa de um dígito. Não há clima para mais do que isso porque a situação das pessoas agora está ainda pior”, disse Alessandro Acayaba, presidente da Anab, associação das administradoras de planos de saúde por adesão.

Entidades representativas das operadoras, Abramge e Fenasaúde, argumentam que no último trimestre de 2020 e começo deste ano houve retomada de procedimentos e ao mesmo tempo é preciso conciliar essa demanda com o aumento de casos de covid.

ATHENA SAÚDE DEFINE FAIXA DE PREÇO E IPO PODE MOVIMENTAR R\$ 2,5 BI

Valor Econômico – 22/04/2021

Indicativo de oferta vai de R\$ 18,35 a R\$ 23,12.

A **Athena Saúde** definiu a faixa de preço na sua oferta pública inicial de ações (IPO, na sigla em inglês) entre R\$ 18,35 e R\$ 23,12. Com a oferta base de 120.551.640 ações e considerando o meio da faixa, de R\$ 20,74, a transação pode movimentar R\$ 2,500 bilhões.

A oferta será primária (48.220.656 ações), quando os recursos vão para o caixa da empresa, e secundária (72.330.984 ações), quando acionistas atuais vendem parte de suas fatias. Há ainda a possibilidade de lotes adicional (24.110.328 ações) e suplementar (18.082.746 ações).

A precificação deve ocorrer no dia 11 de maio. A ação será negociada no Novo Mercado da B3 sob o ticker 'ATEA3'.

O Grupo Athena foi constituído em 2017, como uma nova tese de investimento do fundo de investimento Brazilian Private Equity V, gerido pelo Pátria. O propósito era organizar um modelo de saúde suplementar inovador e diferenciado no Brasil. As operações da Athena estão distribuídas nos Estados do Piauí, Maranhão, Rio Grande do Norte, Espírito

Santo e Paraná. A carteira de beneficiários de saúde da companhia no fim do ano passado era de 671 mil pessoas.

No ano passado, o lucro líquido da empresa foi de R\$ 14,451 milhões, enquanto a receita líquida somou R\$ 1,359 bilhão e o lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês) foi de R\$ 128,5 milhões.

Os recursos da oferta primária serão utilizados para aquisições com contratos firmados (85%) e aquisições futuras (15%). Entre as já firmadas estão as do Grupo São Bernardo, do Espírito Santo, e do Grupo Promédica, da Bahia.

Os principais acionistas são o fundo do Pátria, que tem uma fatia de 88,4% e pode cair para até 56,6% se forem exercidos os lotes adicional e suplementar; Cafpar Consultoria, que tem 0,2% e pode cair para 0,1%; e Hiran Alencar Mora Castilho, que tem 7,0% e pode cair para 4,5%.

A operação é coordenada por Bank of America, XP Investimentos, Bradesco BBI, BTG Pactual, Itaú BBA, Santander e ABC Brasil.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE É O MAIOR EM CINCO ANOS

Estado de Minas - 22/04/2021

Em um ano, assistência médica privada chegou a 48 milhões de adesões; pessoas acima de 59 anos fazem parte do público que mais assinou contrato.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou nesta quinta-feira (22/4) o balanço com dados atualizados do monitoramento feito no setor de planos de saúde durante a pandemia de COVID-19.

Para analisar os indicadores assistenciais, a ANS coletou informações de 50 operadoras que possuem rede hospitalar própria. Já os dados econômico-financeiros foram avaliados com 96 operadoras. Ao todo, os dados coletados nas 146 operadoras correspondem a 74% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares do país.

Desde o início da pandemia, a agência monitora indicadores relevantes do setor. Um dos principais destaques analisados é o crescimento no número de beneficiários, que registrou cerca de 48 milhões em março, maior número desde setembro de 2016.

Em um ano, todas as modalidades de contratação tiveram aumento, sendo o maior percentual registrado nos planos

coletivos empresariais, com 2,48% a mais em relação a março de 2020. Quem mais assinou convênios médicos foram pessoas acima de 59 anos.

A taxa de ocupação nos leitos para COVID-19 e outros procedimentos apresentou aumento em março, chegando à 76%. Segundo a ANS, essa informação considera os leitos comuns e de UTI dos hospitais próprios das operadoras levantadas, que representam 12,2% do total de leitos disponíveis na rede assistencial de planos privados.

Assim como os dados dos boletins epidemiológicos municipais e estaduais, a taxa dos leitos específicos para COVID-19 bateu recorde em março, atingindo 80%. Enquanto a taxa mensal dos leitos para outras doenças e procedimentos demonstrou leve queda, passando para 73%. A busca por atendimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), que avalia a tendência quanto a utilização de procedimentos eletivos fora dos hospitais, ficou acima do registrado em março de 2020, com aumento de 37,1%. A agência destaca que, no ano passado, já se observava queda na procura por exames e tratamentos eletivos por causa do início da pandemia.

O exame mais confiável para detecção da COVID-19, o RT-PCR, chegou a 690.330 testes só em dezembro de 2020, aumento de 12,9% em relação ao mês anterior. Os dados foram coletados até janeiro deste ano, mês que registrou 364.624 exames PCR e 77.456 testes do tipo sorológico.

A ANS reforça que os números são maiores e sofrerão reajustes à medida que as cobranças forem encaminhadas dos prestadores de serviços às operadoras e, posteriormente, para a agência.

O mês de março foi marcado pelo aumento nas despesas assistenciais e percentuais menores na inadimplência. O índice de sinistralidade de caixa registrado ficou em 72%, queda de sete pontos percentuais em relação a janeiro (79%). Quanto ao pagamento das mensalidades de março, a agência reguladora afirma que o índice geral manteve

estabilidade em 7% e a diminuição da inadimplência se deve ao fato de a parcela ter vencido em um dia útil, ao contrário dos meses anteriores.

Outro indicador analisado são as reclamações dos consumidores, que registraram 15.236 demandas pelos canais de atendimento da ANS, aumento de aproximadamente 26,1% em comparação ao mês anterior e de 26,9%, em comparação a março de 2020.

Dessas, 1.525 foram relacionadas à COVID-19, sendo que 51% dizem respeito a dificuldades para realizar exames e tratamentos. Outras 34% foram sobre outras assistências afetadas pela pandemia e 15% são reclamações de temas não assistenciais, como termos de contrato.

IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO DA TELESSAÚDE

IESS – 21/04/2021

Como falamos recentemente, em 2020 mais de 1,6 milhão de teleconsultas foram realizadas pelas 15 operadoras associadas à Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Em 90% delas, o paciente teve seu caso resolvido pelo atendimento virtual, evitando que muitas pessoas saíssem de suas casas à procura de cuidados médicos, lotando ainda mais as instituições de saúde.

No cenário atual de pandemia pelo novo coronavírus, muitos profissionais e pacientes que antes nunca haviam tido contato com a telemedicina passaram a priorizar esse tipo de atendimento, evitando idas desnecessárias aos hospitais. O que chama a atenção para uma demanda antiga: da regulamentação definitiva da telemedicina, para além do período de pandemia.

Por saber dessa necessidade, a entidade lançou a campanha “Telessaúde: Mais Saúde para o Brasil”, iniciativa que conta com uma série de ações. O projeto visa ampliar a discussão sobre a importância da telessaúde e garantir que essa modalidade tenha uma regulamentação definitiva, diminuindo a desigualdade no acesso à saúde.

Em linha com a iniciativa, o artigo de Jamil Cade no Portal Hospitais Brasil também aponta para essa importante questão. Para ele, com a regulamentação da prática, os atendimentos remotos poderão acontecer de forma padronizada e ainda mais segura, com as plataformas corretamente adequadas aos critérios do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

“Dessa forma, é possível estimar que cada vez mais profissionais de saúde irão aderir à prática, o que contribui para a diminuição de filas de espera em hospitais e centros médicos, além de proporcionar um atendimento humanizado e acessível para pacientes em qualquer lugar do país e até mesmo fora dele”, aponta o especialista. Apesar das barreiras, sobretudo tecnológicas, que precisam ser quebradas, as teleconsultas hoje conseguem alcançar um grau de resolutividade superior a 80%.

Nunca se falou tanto em Telessaúde como no último ano. Até mesmo quem nunca tinha ouvido falar do termo foi impactado de algum modo. E não é por menos. Trazer cada vez mais informações sobre o potencial da tecnologia na medicina é um assunto urgente, que ganha ainda mais relevância em meio à maior crise sanitária da nossa geração.

De nossa parte, temos, constantemente, abordado o tema em diferentes áreas. Você pode acessar aqui o artigo “Telemedicina do presente para o Ecosistema de Saúde Conectada 5.0”, de Chao Lung Wen, professor líder do grupo de pesquisa USP em Telemedicina, Tecnologias Educacionais e eHealth no CNPq/MCTI e um dos maiores especialistas do País no tema.

Ou ainda o nosso Texto para Discussão que mostra a experiência internacional com o uso do recurso em sete países além do Brasil (Albânia, Austrália, Bangladesh, China, Estados Unidos, México e Noruega).

HAPVIDA LEVANTA MAIS R\$ 2,7 BI NA BOLSA PARA COMPETIR NA ‘GUERRA’ ENTRE EMPRESAS DE SAÚDE

O Globo – 20/04/2021

A Hapvida, grupo de planos de saúde com hospitais próprios, levantou R\$ 2,7 bilhões em uma oferta subsequente de ações (follow-on) nesta terça-feira, disseram duas fontes a par da transação. Com o dinheiro, a companhia vai fortalecer o caixa enquanto se prepara para a fusão com a concorrente NotreDame Intermédica, além de robustecer sua estratégia de aquisições em um mercado de saúde cada vez mais disputado.

A companhia vendeu suas ações por R\$ 15, desconto de apenas 1,8% em relação ao preço de fechamento dos papéis no pregão desta terça-feira na Bolsa. A esse valor, a oferta movimentou R\$ 2 bilhões. Mas a companhia vai conseguir exercer o lote adicional de 35% previsto na oferta, de acordo com as fontes, elevando o total para R\$ 2,7 bilhões.

Desse volume, cerca de R\$ 2 bilhões irão direto para o caixa da companhia, enquanto o restante irá para o bolso dos atuais sócios.

Depois de Dasa e Mater Dei

A transação da Hapvida ocorre duas semanas depois de o grupo Dasa, que reúne laboratórios e hospitais, ter levantado cerca de R\$ 3,8 bilhões em um “re-IPO” na Bolsa, e de o mineiro Mater Dei, de hospitais, fazer um IPO de R\$ 1,4 bilhão.

Embora essas duas transações tenham saído abaixo do preço inicialmente previsto, o caso de Hapvida já é conhecido dos investidores desde 2018, quando ela estreou na Bolsa, e atesta que o apetite do mercado pelo setor de saúde continua aceso. Afinal, foi nele que se deu, no fim do ano passado, o segundo maior IPO da história, o da Rede D’Or, que levantou R\$ 11,4 bilhões e vale hoje quase R\$ 137 bilhões na B3.

Desde que estreou na Bolsa, a cearense Hapvida se tornou uma das queridinhas dos investidores com uma estratégia “verticalizada” — isto é, atendendo os pacientes em hospitais próprios — que lhe garantiu mais de um terço do mercado de planos de saúde no Norte e Nordeste.

Fusão

Após chegar à B3, a companhia iniciou uma expansão pelo restante do Brasil e, mais recentemente, anunciou fusão com NotreDame Intermédica, em uma transação que resultaria em um player com quase um quinto de todos os clientes de plano de saúde no Brasil.

O follow-on — como são conhecidas as ofertas de ações promovidas por empresas que já estão na Bolsa — da Hapvida foi feito com “esforços restritos”, o que significa que um número limitado de investidores institucionais conseguiu comprar papéis na ocasião. Coordenaram a oferta o BTG Pactual, Bank of America, Itaú BBA, XP Investimentos, Credit Suisse e o Citi.

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