



**PROCESSO Nº: 33910.013199/2020-84**

**NOTA TÉCNICA Nº 1/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO**

**Interessados:** DIOPE, DIPRO, DIFIS, DIDES

**Assunto:** Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar: Informações Assistenciais, Financeiras e de Demandas de Consumidor das Operadoras de Planos de Saúde – Janeiro de 2021

## 1. INTRODUÇÃO

A presente Nota Técnica tem por finalidade atualizar o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar, objeto da Nota Técnica nº 19/2020/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO, elaborado a partir da coleta de dados junto ao setor referentes ao mês de novembro de 2020. O objetivo do Relatório é monitorar a evolução de indicadores das operadoras de planos de saúde durante a pandemia, visando subsidiar a análise qualificada da Agência Reguladora, bem como prestar informações relevantes à sociedade.

O Relatório enfoca amostra de 106 operadoras[1], com dados extraídos do DIOPS[2] e de recentes Requisições de Informação (RIs) da DIOPE/ANS e DIPRO/ANS com prazo de resposta até 11/01/2021, bem como as demandas de reclamação e de informação cadastradas por consumidores na ANS, através dos canais de atendimento, dando destaque para as demandas relacionadas à pandemia do novo coronavírus.

Quanto à amostra de operadoras cabe esclarecer que foi selecionada por: (i) sua relevância estatística, abrangendo 80% dos beneficiários dos planos de saúde[3]; e (ii) constituírem operadoras de grande porte, com estrutura operacional para fornecer valores com a rapidez necessária. Entre as 106 operadoras que foram alvo das Requisições de Informações, 51 operadoras, classificadas como operadoras com rede própria[4] por possuírem hospital próprio informado ao Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS), foram instadas a oferecer informações complementares sobre sua operação assistencial.

Este é um relatório dinâmico que conta com a atualização das informações assistenciais e econômico-financeiras mais recentes, referentes à amostra, além das informações das demandas de consumidores. As informações detalhadas de beneficiários são uma prévia da competência de dezembro de 2020. Foram promovidos pequenos ajustes nos dados constantes na Nota Técnica nº 19/2020/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 19155265), mediante recebimento de dados referentes às RIs de dezembro de 2020 que foram enviados ou retificados por algumas operadoras após a divulgação do documento.

As tabelas abaixo detalham, respectivamente, a distribuição da amostra de operadoras respondentes por: modalidade da operadora e total de beneficiários de planos médico-hospitalares; época de contratação (novo ou antigo); tipo de contratação (individual ou coletivo); e população idosa, com base na prévia da competência de dezembro de 2020 do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) para os dados referentes ao mês de dezembro de 2020. Destacam-se os totais do setor considerando as operadoras que responderam às RIs na data de elaboração deste relatório:

Tabela 1 – Operadoras e Beneficiários da Amostra por Modalidade de Operadora

Modalidade	Operadoras	Operadoras Respondentes	%	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Medicina de Grupo	263	35	13%	18,907,745	14,418,703	76%
Cooperativa Médica	278	53	19%	17,395,206	12,329,169	71%
Seguradora	9	5	56%	6,102,217	6,054,127	99%
Autogestão	157	9	6%	4,230,691	1,934,894	46%
Filantropia	34	2	6%	928,504	314,727	34%
<b>Total</b>	<b>741</b>	<b>104</b>	<b>14%</b>	<b>47,564,363</b>	<b>35,051,620</b>	<b>74%</b>

Fonte: SIB/ANS, prévia de dezembro de 2020 e ANS/RI, janeiro de 2021.

Tabela 2 – Beneficiário por Época[5] e Tipo de Contratação

Época de contratação	Tipo de Contratação	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
<b>Novo</b>	Coletivo empresarial	30,925,070	24,237,421	78%
	Individual ou familiar	8,073,135	5,497,483	68%
	Coletivo por adesão	5,233,946	3,516,981	67%
	ND	665	218	33%
<b>Novo Total</b>		<b>44,232,816</b>	<b>33,252,103</b>	<b>75%</b>
<b>Antigo</b>	Coletivo empresarial	1,223,664	853,708	70%
	Individual ou familiar	959,477	730,763	76%
	Coletivo por adesão	1,071,280	197,367	18%
	ND	77,126	17,679	23%
<b>Antigo Total</b>		<b>3,331,547</b>	<b>1,799,517</b>	<b>54%</b>
<b>Total</b>		<b>47,564,363</b>	<b>35,051,620</b>	<b>74%</b>

Fonte: SIB/ANS, prévia de dezembro de 2020 e ANS/RI, janeiro de 2021.

Tabela 3 – Proporção de idosos da Amostra

Faixa etária	Beneficiários	Distribuição %	Beneficiários das Respondentes	Distribuição %
Não-idoso	40,772,730	86%	30,351,405	87%
Idoso	6,791,281	14%	4,700,134	13%
ND	352	0%	81	0%
<b>Total</b>	<b>47,564,363</b>	<b>100%</b>	<b>35,051,620</b>	<b>100%</b>

Fonte: SIB/ANS, prévia de dezembro de 2020 e ANS/RI, janeiro de 2021.

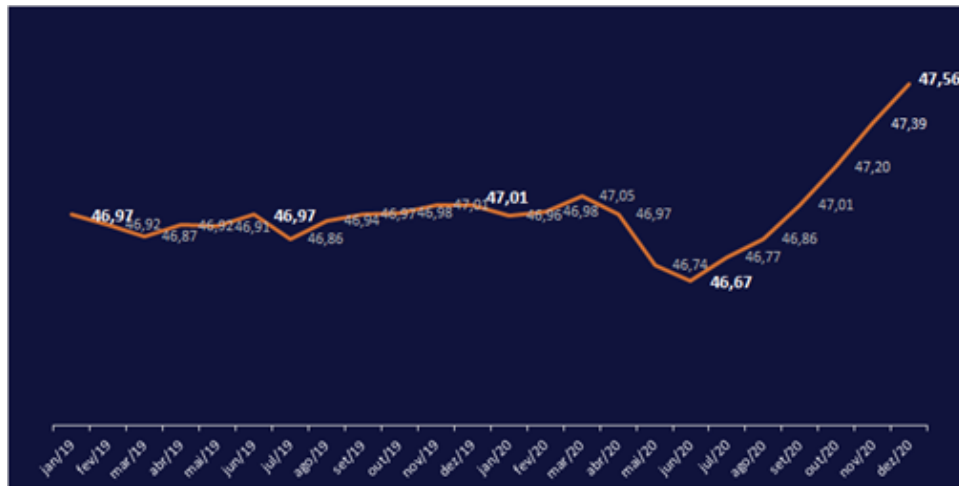
Dessa forma, ressalte-se que este Relatório não traz dados gerais de todo o setor em todas as suas seções. As figuras e tabelas apresentam informações relativas às 104 operadoras respondentes, que em conjunto representam cerca de 74% dos beneficiários dos planos médico-hospitalares, salvo indicação em contrário.

## 2. INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS

Uma informação relevante a ser monitorada, que impacta tanto em despesas assistenciais quanto na receita das operadoras, é a evolução dos beneficiários no setor, que reflete o movimento de adesões e cancelamentos de vínculos diante da pandemia. Os dados aqui apresentados referem-se ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e trata-se de uma prévia dos números da competência de dezembro/2020. Importante destacar que a publicação final do mês de dezembro, a qual é divulgada na sala de situação da ANS com mais detalhes acerca dos vínculos, ocorrerá em 05 de fevereiro, conforme calendário do SIB. A taxa de

crescimento de beneficiários de assistência médica teve um aumento de 0,4% na prévia de dezembro/2020 em comparação com mês anterior, consolidando o crescimento iniciado no mês de julho.

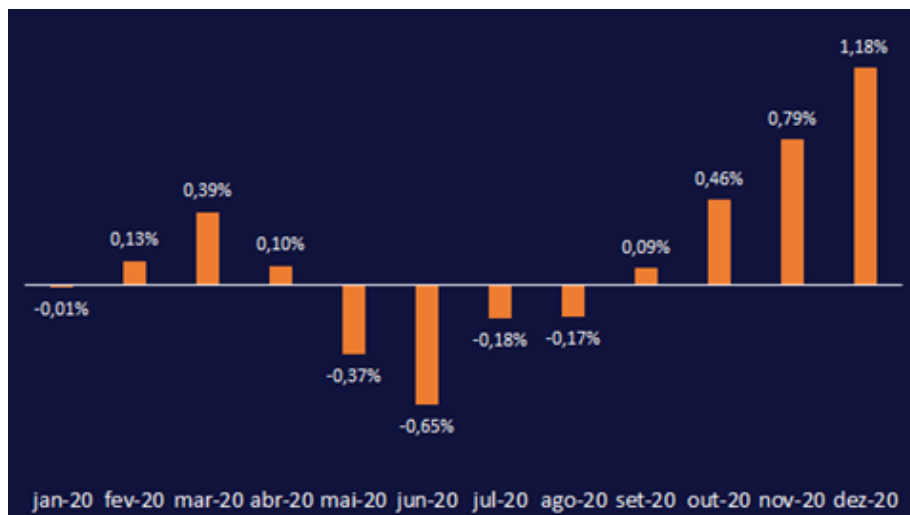
Figura 1 – Evolução mensal do vínculo de beneficiários em planos médico-hospitalares



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de dezembro/2020.

Na comparação com 2019, a taxa de crescimento continua positiva em dezembro (1,18%), conforme a Figura 2.

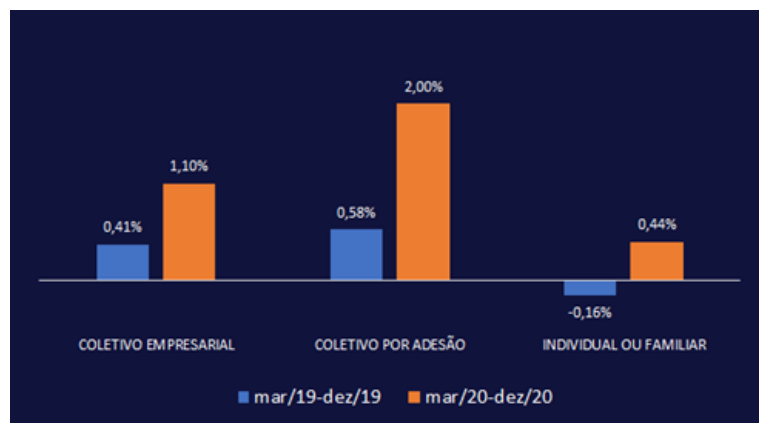
Figura 2 - Variação Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de dezembro/2020.

Analisando a variação de vínculos de beneficiários em planos médico-hospitalares segundo o tipo de contratação do plano, observa-se que, no período de março a dezembro/2020 todos os planos apresentaram crescimento positivo. Ressalta-se que, pelo segundo mês seguido, ocorre uma variação positiva no número de beneficiários em planos de contratação Individual ou familiar (0,44%). Destaca-se também o crescimento dos planos coletivos por adesão com uma taxa de 2,00%, ainda maior do que a taxa do mês anterior (1,69%).

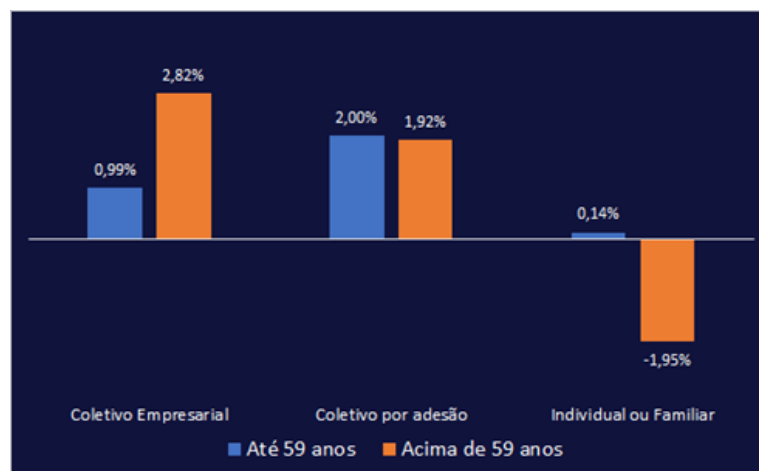
Figura 3 – Taxa de variação no número de beneficiários em planos médico-hospitalares, por tipo de contratação do plano, de dezembro em relação março para os anos de 2019 e 2020.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de dezembro/2020.

Acrescentando o componente da faixa etária do beneficiário na variação dos vínculos ativos, observa-se na Figura 4 que, no período de março a dezembro/20, a variação do número de beneficiários idosos (acima de 59 anos) se mantém positiva nos planos coletivos e, pela primeira vez desde julho, é negativa nos planos de contratação individual e familiar. Já no caso dos beneficiários da faixa etária até 59 anos ocorreu o inverso, sendo observada a primeira variação positiva nos planos individuais, desde julho.

Figura 4 – Taxa de variação no número de beneficiários em planos médico-hospitalares, por faixa etária e tipo de contratação do plano, de dezembro em relação março de 2020.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de dezembro/2020.

### 3. INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS

Para análise da utilização de serviços de saúde no setor, foram coletadas informações sobre o impacto da pandemia no atendimento assistencial junto às operadoras com rede própria hospitalar da amostra selecionada para o presente estudo. Os quadros a seguir reúnem informações das 50 operadoras que responderam à ANS até a data da elaboração deste relatório. Nesta seção, também são apresentados dados de exames realizados extraídos da base de eventos do Padrão TISS, que, neste caso, representam todo o setor.

Os indicadores ora apresentados foram colhidos no intuito de apontar as principais tendências em relação à utilização de serviços de saúde frente ao contexto extraordinário que ora se apresenta, e suas implicações diretas no setor de saúde suplementar, em termos de despesas assistenciais. Cabe ressaltar que os dados refletem a realidade reportada por uma pequena amostra da totalidade de prestadores hospitalares da rede assistencial de planos privados de saúde e, portanto, devem ser interpretados com a devida cautela. As 50 operadoras respondentes em janeiro de 2021 totalizavam 15.063 leitos (comum e UTI) que representavam

aproximadamente 10,6% do total de leitos disponíveis na rede assistencial de planos privados, considerando o levantamento da ANS sobre os dados do Ministério da Saúde[6].

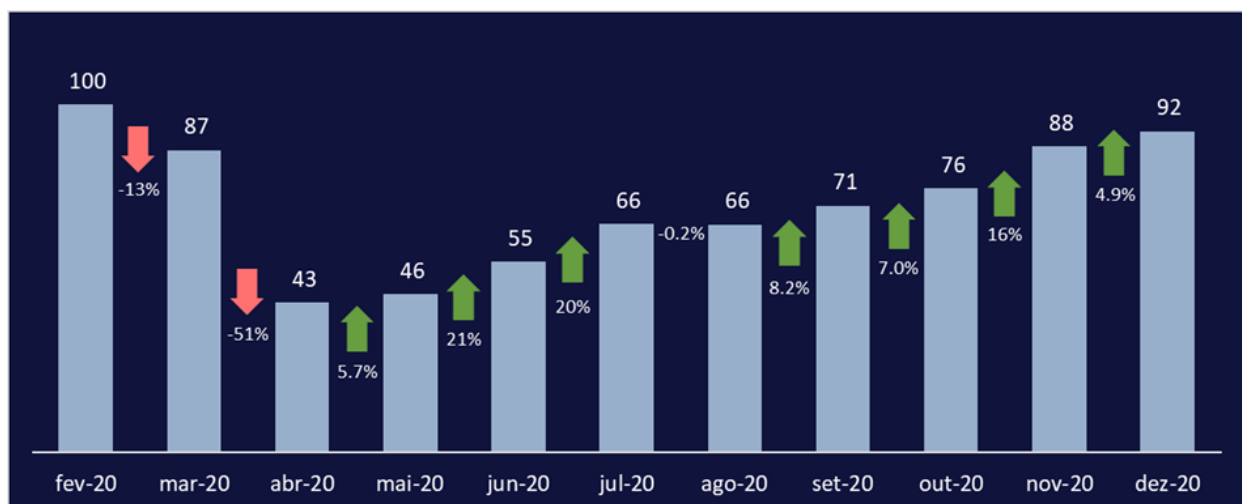
Ressalte-se, adicionalmente, que a partir de maio de 2020, a ANS passou a solicitar informações sobre autorizações emitidas pelas operadoras com rede própria da amostra para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) em toda sua rede credenciada a fim de apresentar indicações de tendências sobre a utilização desses serviços antes e depois da pandemia. Não foram colhidos dados sobre consultas médicas ambulatoriais.

Conforme já mencionado, pode haver pequenas alterações nos dados da presente nota em comparação àqueles constantes na Nota Técnica nº 19 (SEI nº 19155265), devido à incorporação das informações referentes às RIs de dezembro de 2020 (dados de novembro de 2020) de operadoras que enviaram ou retificaram seus dados posteriormente à divulgação do documento. Ademais, optou-se por manter a utilização da mediana como medida central representativa do conjunto de dados nos indicadores assistenciais para evitar a influência desproporcional de valores extremos ou atípicos.

A análise das tendências sobre as despesas assistenciais diante do cenário da COVID-19 apresentada a seguir busca observar tanto o impacto da pandemia sobre as despesas relacionadas a atendimentos não-COVID-19, como o impacto com despesas associadas ao atendimento da COVID-19 em si.

Um dos indicadores utilizados para analisar o impacto sobre as despesas não necessariamente relacionadas aos atendimentos à COVID-19 é a evolução da quantidade de consultas em pronto-socorro que não geram internações[7]. Desde o início da pandemia, o indicador apresentou redução na procura dos beneficiários por atendimento em pronto socorro, com queda mais acentuada em abril/2020. Em dezembro/2020, não se observou mudança na tendência de retomada lenta e gradual desse tipo de atendimento, com aumento de 4,9% em relação ao mês anterior (Figura 5). Mesmo assim, a procura por atendimentos em pronto socorro ainda não retornou ao patamar observado antes do início da pandemia.

Figura 5 – Índice de Variação Mensal dos Atendimentos em Pronto-Socorro que não geraram internação (fev-20 = 100)



Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

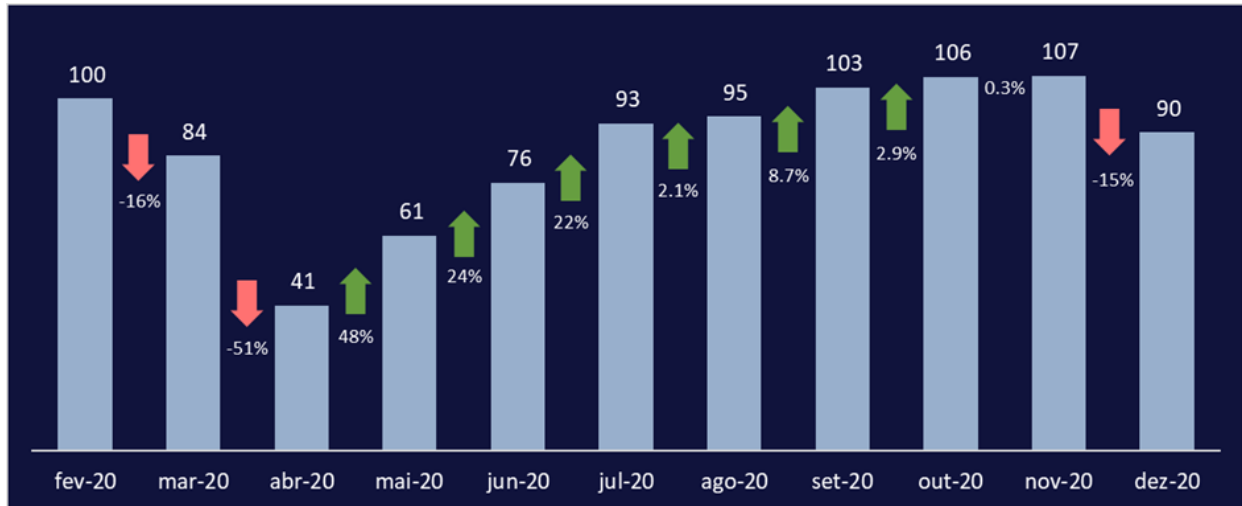
Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de janeiro de 2021.

Ainda com o intuito de analisar o impacto em despesas assistenciais não relacionadas diretamente ao novo coronavírus, foram coletadas informações sobre a quantidade de autorizações emitidas para procedimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)[8] nos meses de fevereiro a dezembro, em 2019 e 2020, permitindo uma análise de tendência quanto à utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar. A emissão de autorizações pelas operadoras a SADTs vem sendo utilizada em nossas análises como *proxy* para uma medida de utilização destes serviços de saúde.

No acompanhamento de autorizações emitidas para SADTs em 2020 pelas operadoras da amostra (Figura 6), observou-se um padrão de queda nos meses de março e abril e uma retomada gradual a partir de maio. No período de setembro a novembro, verificou-se que a procura por exames e terapias eletivas (SADT) pelos beneficiários retornou ao patamar observado antes do início da pandemia no Brasil (fevereiro de

2020). Já em dezembro, o volume de autorizações para SADT apresentou queda de 15% em relação ao mês anterior. Vale destacar que dezembro, historicamente, é um mês de baixa sazonalidade quanto ao volume de procedimentos SADT realizados na saúde suplementar.

Figura 6 – Índice de Variação Mensal de Autorizações Emitidas para SADT (fev-20 = 100)

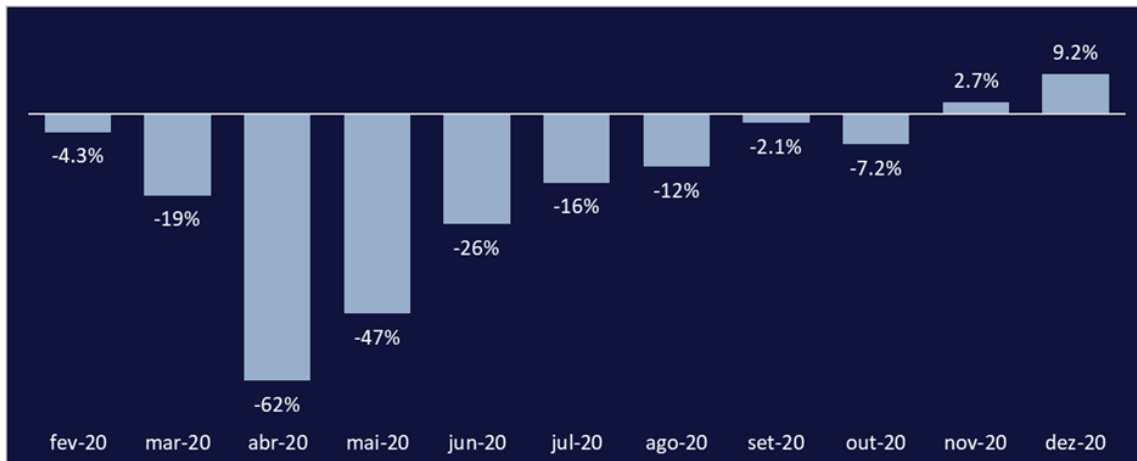


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de janeiro de 2021.

No entanto, as autorizações para SADTs sofreram um aumento de 9,2% em dezembro de 2020, na comparação com o mesmo mês do ano anterior (Figura 7). No cômputo geral, o ano de 2020 apresentou uma redução significativa na busca por esse tipo de atendimento desde o início da pandemia, tendo superado o observado em 2019 apenas nos dois últimos meses do ano.

Figura 7 – Evolução de Autorizações Emitidas para SADT sobre mesmo período do ano anterior

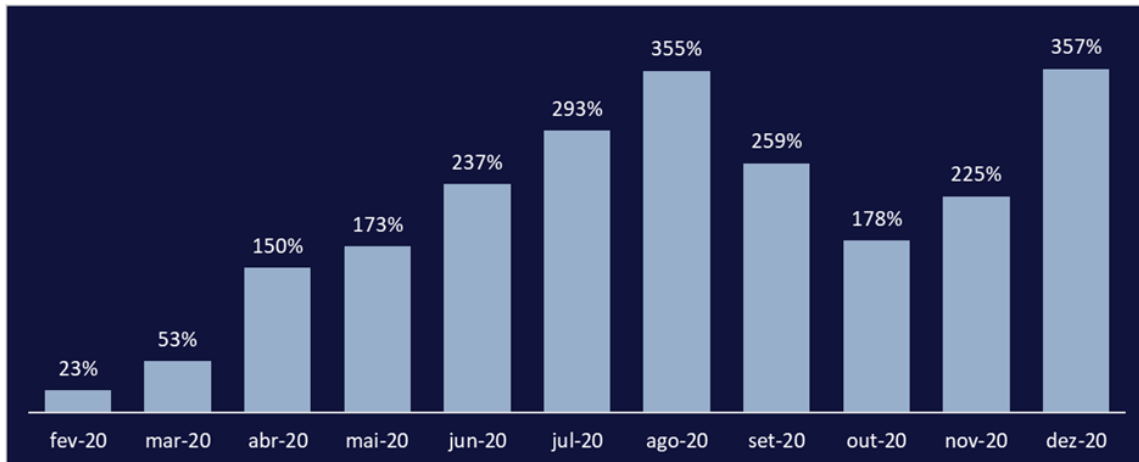


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de janeiro de 2021.

O indicador de hospitalizações por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRGA)<sup>[9]</sup> busca acompanhar a evolução do número de casos de hospitalizações por causas respiratórias em 2020 em comparação ao ano anterior, diante do cenário de pandemia do novo coronavírus. Em setembro de 2020, havíamos observado uma queda nas internações pela primeira vez desde o início da crise sanitária, que se acentuou no mês de outubro. Contudo, a partir de novembro, o indicador apontou nova retomada de internações por SARS, resultado compatível com o aumento de casos confirmados de Covid-19 em todo o país, tendo esse aumento sido o mais expressivo desde o início da pandemia no Brasil no mês de dezembro, quando atingiu 357% de aumento sobre o número de internações observadas em dezembro de 2019 (Figura 8).

Figura 8 – Evolução do número de internações por SARS sobre mesmo período do ano anterior

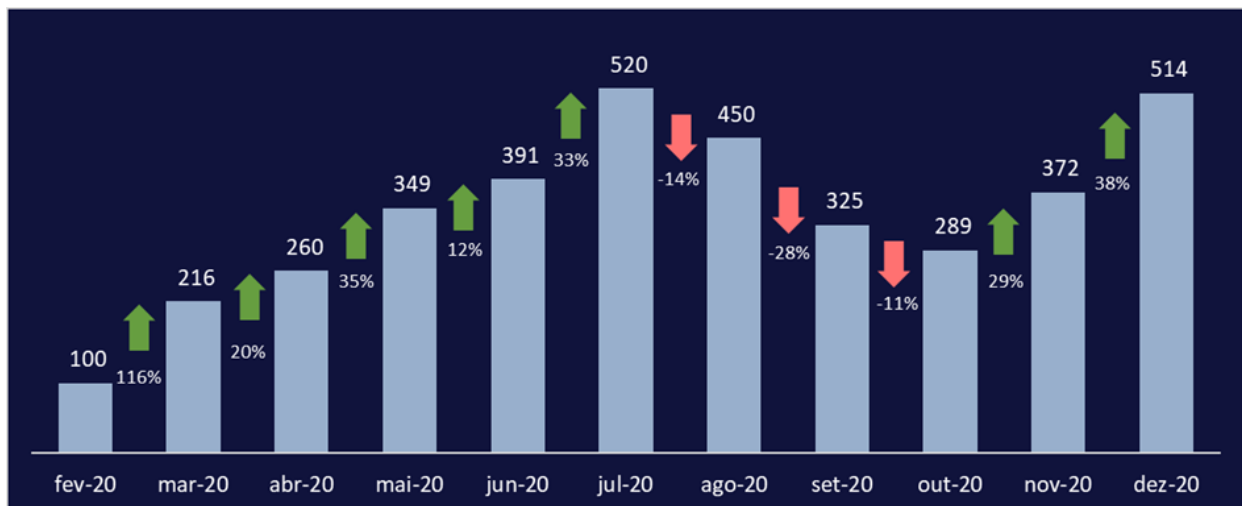


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de janeiro de 2021.

Paralelamente, convém apontar que o aumento de internações por SARS em dezembro coloca o volume deste tipo de internação no mesmo patamar observado em julho de 2020, contrariando a sazonalidade esperada para hospitalizações por doenças respiratórias no verão, conforme ilustrado na Figura 9 a seguir.

Figura 9 – Índice de Variação Mensal de Internações por SARS (fev 20 = 100)

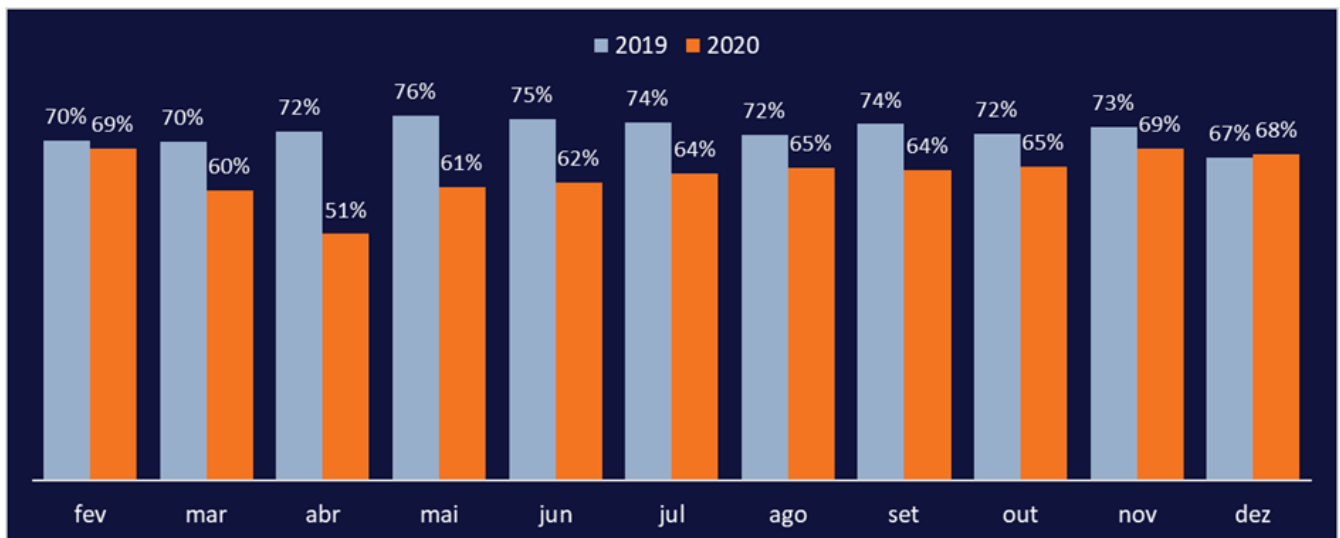


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de janeiro de 2021.

O impacto da pandemia no volume de internações pode ser observado a partir da análise dos dados hospitalares. No mês de dezembro, a taxa de ocupação geral de leitos (com e sem UTI)<sup>[10]</sup> nos hospitais da amostra (68%) manteve-se praticamente em linha com o observado no mês anterior e, pela primeira vez em 2020, apresentou-se acima do observado para o mesmo mês em 2019 (67%). Essa informação considera a ocupação geral de leitos, ou seja, tanto para o atendimento à COVID-19, quanto para demais procedimentos não relacionados à doença (Figura 10).

Figura 10 – Evolução da taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI)



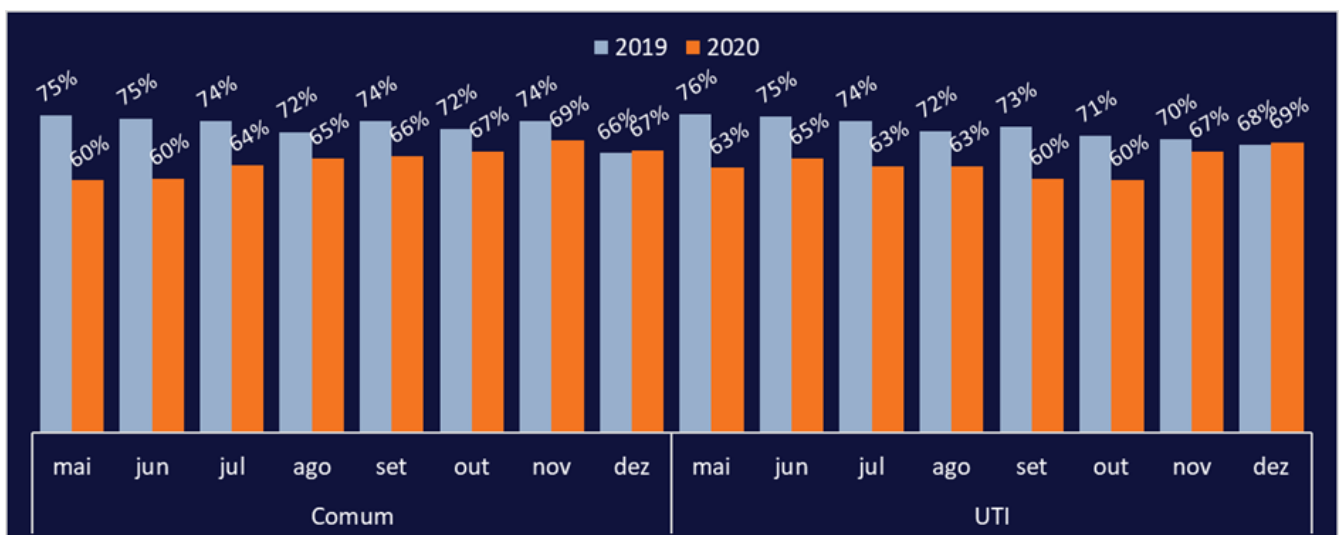
Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

Desde maio de 2020, passaram a ser solicitadas às operadoras da amostra informações sobre a ocupação por tipo de leito (UTI e comum). Em dezembro de 2020, os leitos de UTI representavam 25,1% do total de leitos da amostra. Na Figura 11, observa-se que em dezembro de 2020 as taxas de ocupação para ambos os tipos de leito, tanto comum como com UTI, ficaram no mesmo patamar do mesmo período no ano anterior.

Em 2019, a taxa de ocupação de leitos de UTI mantinha-se praticamente em linha com a taxa de ocupação de leitos comuns. Observando-se a evolução do indicador em 2020, é possível verificar que nos meses de maio e junho houve ligeiro aumento da taxa de ocupação de leitos de UTI em comparação aos leitos comuns; em julho e agosto, as taxas de ocupação dos dois tipos de leito ficaram próximas; em setembro e outubro, a ocupação dos leitos comuns superou a de leitos de UTI; e em novembro e dezembro, a ocupação de leitos de UTI voltou a ficar em linha com a taxa de ocupação dos leitos comuns.

Figura 11 – Taxa de ocupação de leitos por Tipo de Leito



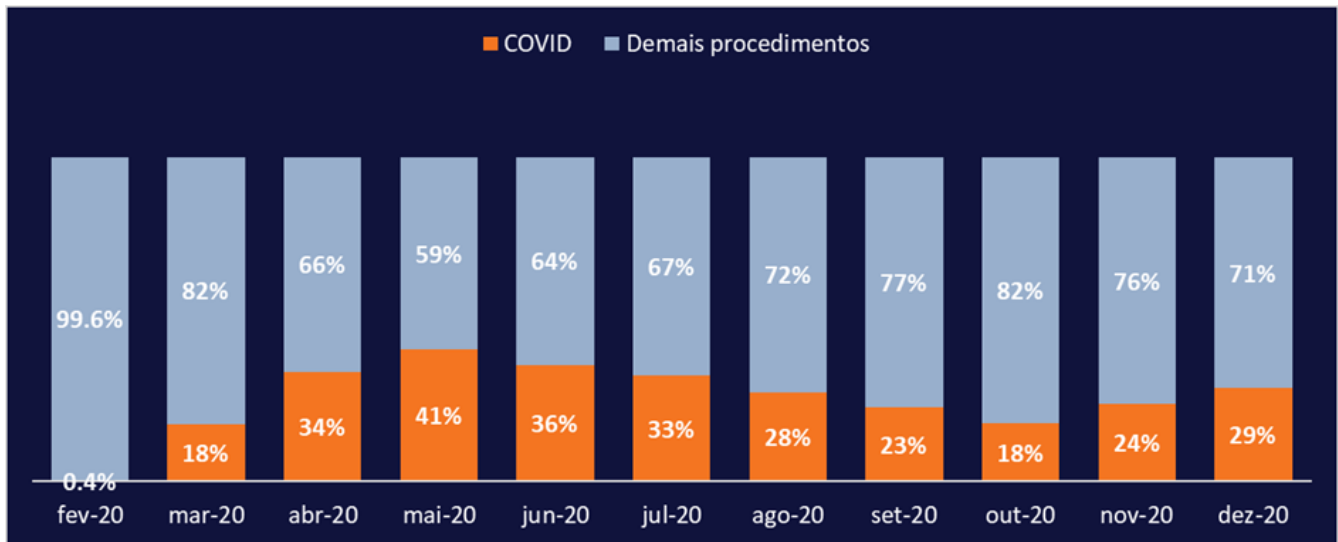
Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

O impacto direto da pandemia pode ser observado na proporção de leitos alocados exclusivamente para COVID-19 nos hospitais da amostra e nas taxas de ocupação destes leitos comparada a outros tipos de internações (Figura 12). Desde maio de 2020, o indicador vinha apontando tendência de queda

na proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19, mas a partir de novembro, observou-se aumento no indicador, tendo essa tendência de crescimento se confirmado em dezembro, com 29% dos leitos dos hospitais da amostra alocados para atendimento à COVID-19.

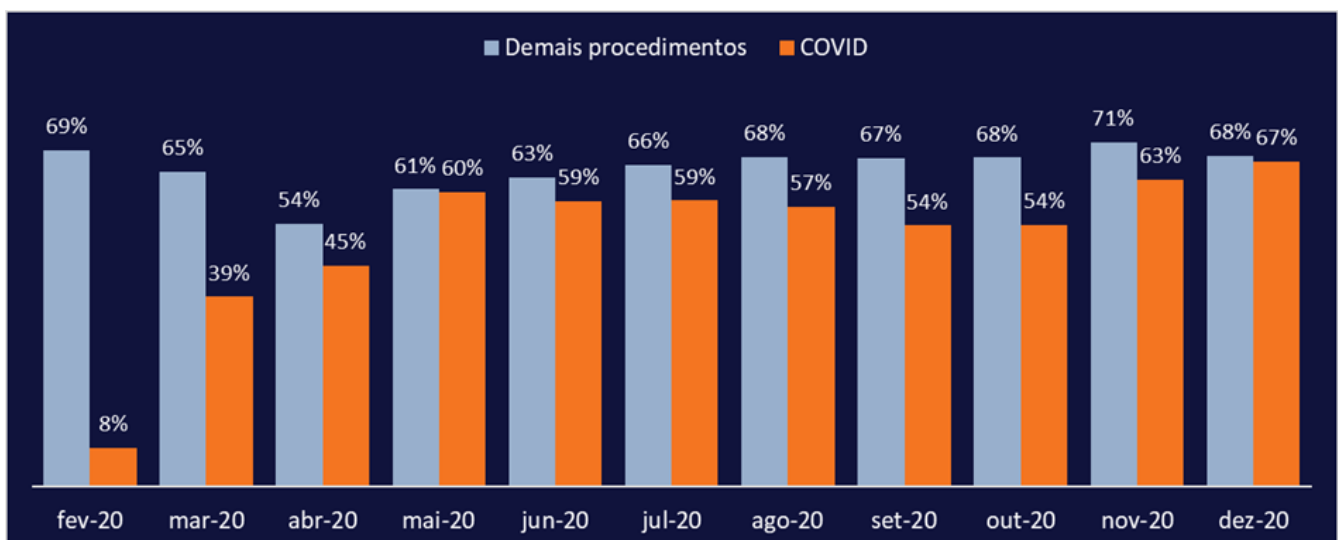
Figura 12 – Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos



Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Além do aumento da alocação de leitos para atendimento à COVID-19, se observou um aumento da taxa de ocupação destes leitos em dezembro (67%) em relação ao mês anterior (63%). Já a taxa de ocupação de leitos para demais procedimentos sofreu leve queda, passando de 71% em novembro para 68% em dezembro (Figura 12).

Figura 13 – Evolução da taxa de ocupação dos leitos (comum e UTI) alocados a COVID-19 e demais procedimentos



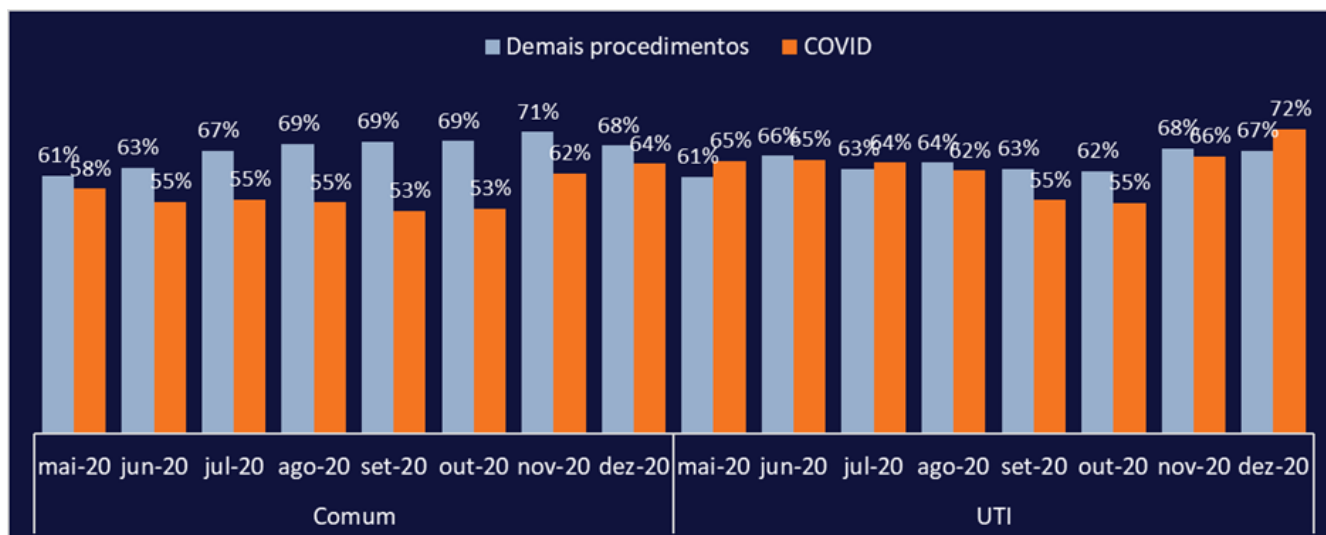
Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

Na Figura 14, é possível verificar que, em dezembro, a demanda por leitos de UTI para atendimento à COVID-19 (72%) apresentou o índice mais alto desde maio de 2020, quando iniciou-se a coleta do dado pela ANS. Houve aumento nas taxas de ocupação dos leitos alocados para COVID-19 de dezembro em relação ao mês anterior tanto nos leitos comuns (de 62% em novembro para 64% em dezembro), como dos

leitos com UTI (de 66% para 72%). Para as internações relacionadas a outros procedimentos na comparação entre novembro e dezembro, houve redução da ocupação dos leitos comuns (de 71% para 68%) e com UTI (de 68% para 67%).

Figura 14 – Taxa de ocupação dos leitos alocados a COVID-19 e demais procedimentos por tipo de leito

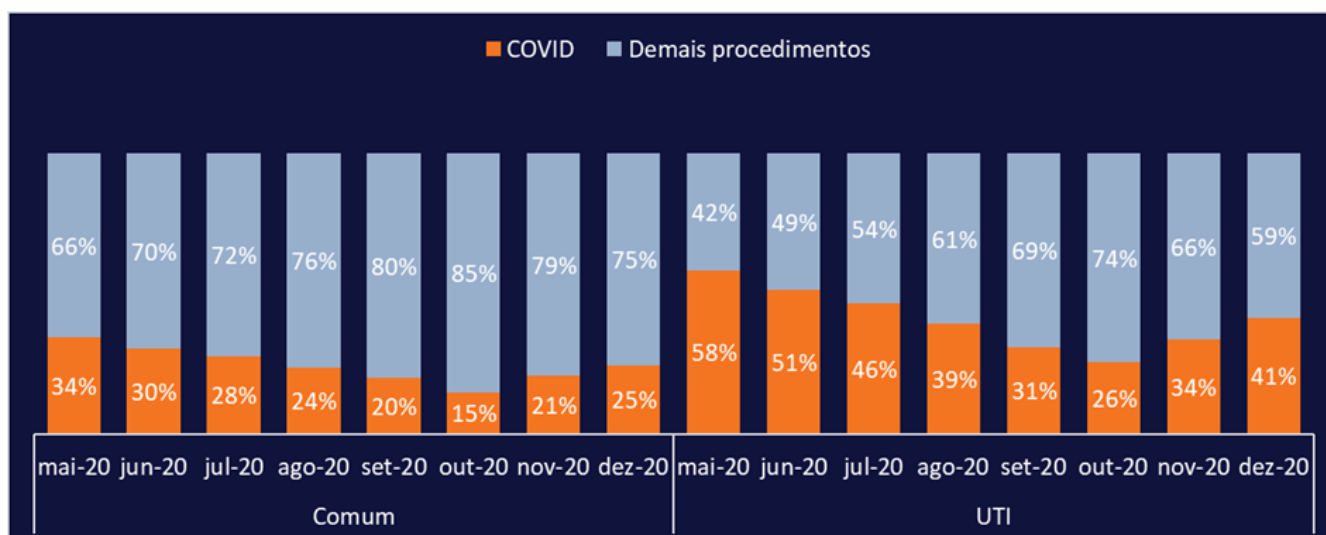


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

A análise das taxas de ocupação de leitos para COVID-19 apresentadas na Figura 13 deve considerar, necessariamente, a proporção de leitos exclusivamente alocados para esse atendimento (Figura 15). A proporção de leitos comuns alocados exclusivamente para COVID-19 que vinha sofrendo redução a cada mês, desde maio de 2020, voltou a sofrer aumento desde novembro, tendo atingido 25% em dezembro. A proporção de leitos de UTI para atendimento à doença também passou de 34% em novembro para 41% em dezembro de 2020.

Figura 15 – Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos por Tipo de Leito



Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

A análise conjunta dos indicadores assistenciais contidos na presente Nota aponta para um aumento no número de casos de infecções pelo novo coronavírus, com conseqüente agravamento da necessidade de internações por COVID-19 no mês de dezembro, sendo um importante alerta para o planejamento das ações de saúde no setor de saúde suplementar para o ano de 2021.

O impacto nos custos de internações pode ser verificado pela comparação entre internações por COVID-19 e outras internações (clínicas e cirúrgicas) considerando, além dos custos assistenciais por dia de internação, a duração média das internações para cada tipo.

Os dados coletados indicam que o custo por diária em internações sem UTI, para tratamento da COVID-19, manteve-se relativamente estável em 2020 (Tabela 4). Em dezembro, o custo por diária da internação COVID-19 foi superior ao custo por diária da internação clínica e cirúrgica, para internações com UTI.

Tabela 4 – Custo (R\$) por Diária por Tipo de Internação

		Custo por Diária								Variação								
		abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Sem UTI	Cirúrgica	2,582	2,574	2,586	2,491	2,684	2,640	2,491	2,479	2,344	-0.3%	0.5%	-3.7%	7.8%	-1.6%	-5.6%	-0.5%	-5.4%
	Clínica	1,457	1,392	1,376	1,437	1,633	1,574	1,355	1,398	1,401	-4.4%	-1.2%	4.4%	13.7%	-3.6%	-13.9%	3.2%	0.2%
	COVID-19	1,611	1,805	1,768	1,748	1,728	1,921	1,708	1,818	1,839	12.1%	-2.1%	-1.1%	-1.2%	11.2%	-11.1%	6.4%	1.1%
Com UTI	Cirúrgica	3,804	3,830	3,923	3,920	3,379	3,527	3,801	3,923	3,325	0.7%	2.4%	-0.1%	-13.8%	4.4%	7.8%	3.2%	-15.3%
	Clínica	3,166	3,244	3,217	3,250	3,133	3,000	3,029	3,151	2,964	2.5%	-0.8%	1.0%	-3.6%	-4.3%	1.0%	4.0%	-6.0%
	COVID-19	3,713	3,830	3,786	3,955	3,684	3,879	3,659	3,743	3,890	3.1%	-1.1%	4.5%	-6.9%	5.3%	-5.7%	2.3%	3.9%

Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de janeiro de 2021.

A duração de uma internação por COVID-19 (Tabela 5) permanece mais longa que os outros tipos de internação (Tabela 6).

Tabela 5 – Tempo de Internação em Dias por Tipo de Internação

		Tempo de Internação								Variação								
		abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Sem UTI	Cirúrgica	2.0	2.2	2.1	2.4	2.1	1.9	2.0	1.9	2.0	11.0%	-5.3%	12.6%	-10.1%	-12.1%	6.8%	-6.0%	6.0%
	Clínica	4.4	4.0	4.1	4.3	4.3	4.4	4.7	4.1	4.2	-7.3%	1.7%	4.1%	0.2%	1.8%	6.9%	-12.7%	2.8%
	COVID-19	5.0	5.7	5.5	5.6	5.1	5.0	5.0	5.0	5.5	13.4%	-4.0%	1.5%	-9.3%	-1.2%	0.0%	0.0%	9.0%
Com UTI	Cirúrgica	6.0	7.4	6.0	6.7	6.1	6.4	6.0	5.7	6.8	22.7%	-19.0%	11.5%	-8.4%	4.7%	-6.5%	-4.3%	18.5%
	Clínica	7.0	7.3	7.6	7.2	7.2	8.0	7.3	7.4	7.8	4.3%	4.5%	-5.4%	-0.2%	11.5%	-8.9%	1.0%	4.9%
	COVID-19	10.9	12.0	11.9	10.9	12.7	12.0	13.0	11.3	11.6	10.3%	-1.2%	-8.3%	16.6%	-5.3%	8.3%	-12.8%	2.7%

Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de janeiro de 2021.

O custo total de internação, por tipo, manteve-se estável.

Tabela 6 – Custo (R\$) de Internação por Tipo de Internação

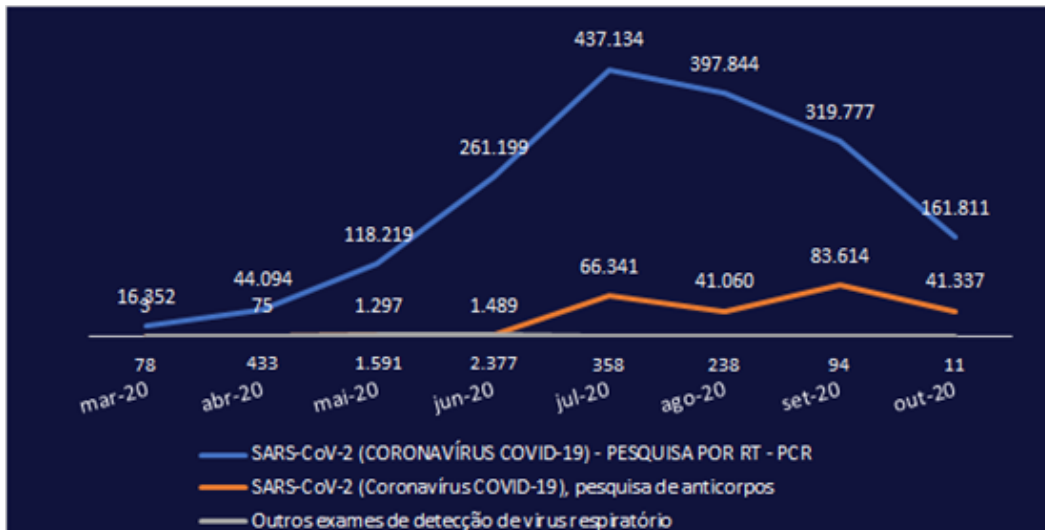
		Custo de Internação								Variação								
		abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Sem UTI	Cirúrgica	5,163	5,715	5,439	5,900	5,718	4,942	4,982	4,658	4,669	10.7%	-4.8%	8.5%	-3.1%	-13.6%	0.8%	-6.5%	0.2%
	Clínica	6,336	5,614	5,641	6,130	6,985	6,855	6,308	5,680	5,853	-11.4%	0.5%	8.7%	13.9%	-1.9%	-8.0%	-10.0%	3.0%
	COVID-19	8,126	10,324	9,708	9,747	8,743	9,604	8,542	9,090	10,021	27.1%	-6.0%	0.4%	-10.3%	9.8%	-11.1%	6.4%	10.2%
Com UTI	Cirúrgica	22,954	28,364	23,540	26,225	20,697	22,626	22,806	22,520	22,608	23.6%	-17.0%	11.4%	-21.1%	9.3%	0.8%	-1.3%	0.4%
	Clínica	22,164	23,685	24,533	23,430	22,543	24,073	22,140	23,271	22,969	6.9%	3.6%	-4.5%	-3.8%	6.8%	-8.0%	5.1%	-1.3%
	COVID-19	40,417	45,954	44,888	42,991	46,695	46,551	47,573	42,426	45,260	13.7%	-2.3%	-4.2%	8.6%	-0.3%	2.2%	-10.8%	6.7%

Fonte: ANS/RI, janeiro de 2021.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de janeiro de 2021.

A partir de 13/03/2020, foi incluído no Rol de procedimentos e eventos em saúde, de cobertura obrigatória no setor, o exame para detecção do COVID-19, “SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa por RT – PCR” (com diretriz de utilização). No mesmo mês, foi publicada uma versão do Padrão TISS incorporando o exame à Tabela de procedimentos e eventos do Padrão TISS. Já a sorologia, realizada com a pesquisa de anticorpos, foi incorporada ao Rol de procedimentos e eventos em saúde no período de 29/06/2020 e 17/07/2020, e, definitivamente, a partir de 14/08/2020. No caso dos exames de RT-PCR observa-se que no mês de outubro se mantém a queda do número de exames iniciada em agosto, compatível com uma pequena melhora nos números da pandemia observados no período. No caso dos exames de sorologia, observa-se um movimento diferente, visto que o número de exames realizados em outubro já é superior ao mês de agosto e, de acordo com o modo de operação do setor, parte dos eventos realizados naquela competência serão cobrados nos meses posteriores.

Figura 16 - Evolução do número de exames para detecção da COVID-19 realizados no período de março a outubro de 2020.

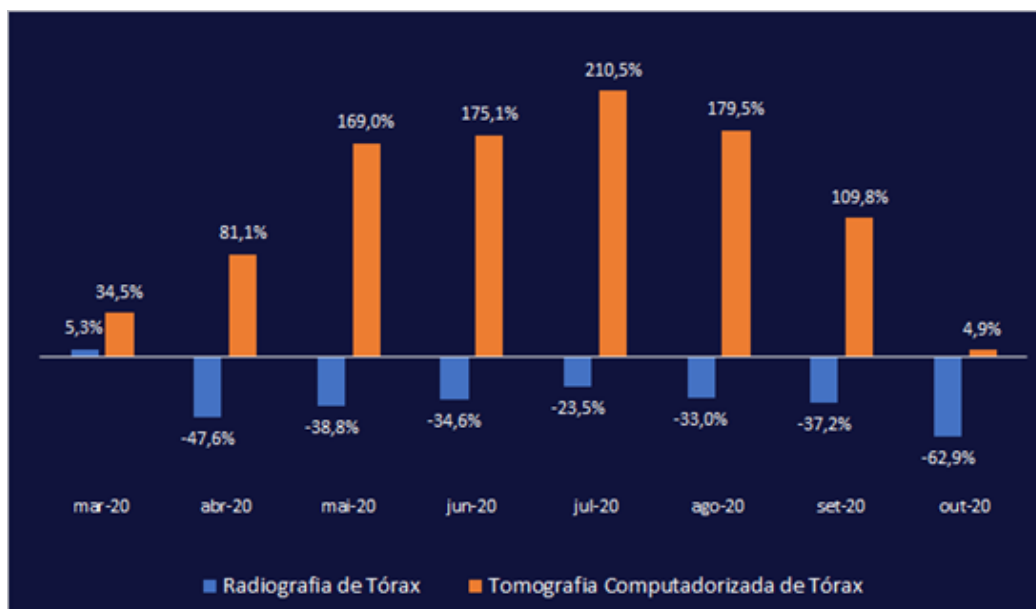


Fonte: Dados do Padrão TISS (ANS), 14/01/2021.

Nota: No exame SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19), pesquisa de anticorpos estão considerados os códigos TUSS 40324770, 40324788 e 40324796.

No tocante aos exames de imagem do tórax, observa-se a alta nos exames de tomografia computadorizada, bastante utilizado no auxílio ao diagnóstico da COVID-19, a partir do mês de maio, atingindo o maior percentual no mês de julho. Nos meses de agosto e setembro observa-se uma redução da variação, novamente acompanhando um período de pequena melhora nos números da pandemia (Figura 17). Importante destacar que foram considerados somente os exames de tórax que são enviados à ANS de forma individualizada, conforme estabelece o Padrão TISS. Novamente cabe esclarecer que a variação do mês de outubro deverá ser alterada com o fechamento do envio das competências seguintes.

Figura 17 - Variação mensal do número de exames de imagem de tórax em relação ao mês de fevereiro/2020.



Fonte: Dados do Padrão TISS (ANS), 14/01/2021.

Nota: 1- Foram selecionados exames de imagem do tórax que são de envio individualizado à ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS.

#### 4. INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

#### 4.1. Análise do Fluxo de Caixa

Preliminarmente, cabe esclarecer a motivação pela escolha de dados de fluxos de caixa em preferência aos dados de balancetes contábeis para a elaboração deste relatório.

Com o advento da pandemia e a necessidade urgente por informações que pudessem melhor ilustrar o real cenário econômico-financeiro do setor e em menor tempo pudessem ser informadas à ANS, poucas opções se mostravam disponíveis.

As informações de fluxos de caixa normalmente são fechadas em rotinas diárias, não necessitando de maiores conciliações documentais por parte das empresas. Sinalizam o efetivo ingresso ou saída de recursos das contas (caixa) das operadoras e podem ser preparadas rapidamente.

As informações contábeis partem de registros efetuados pelo regime de competência, no qual o efetivo ingresso ou saída de recursos não é considerado, mas sim o fato gerador de uma receita ou despesa. No caso de um plano de saúde, a receita de contraprestação é registrada assim que é iniciada a vigência de cobertura de uma determinada mensalidade, independente do seu recebimento; a despesa assistencial ou evento, assim que a operadora tem conhecimento da chegada de uma conta médica, independentemente de seu efetivo pagamento.

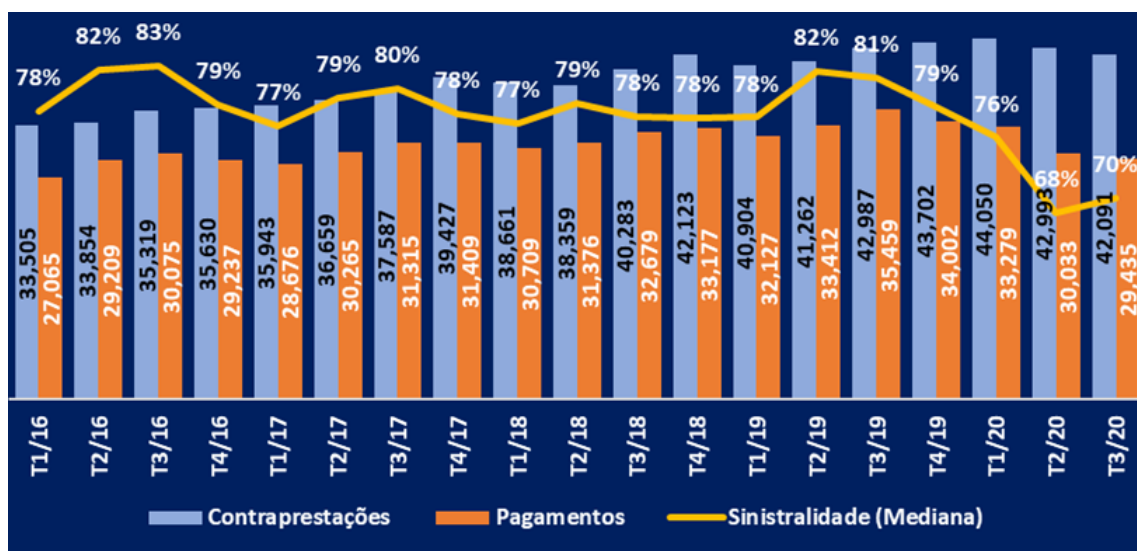
Por essa característica, necessitam de um maior trabalho de análise documental e de maior tempo para serem conciliadas na montagem das informações de balancetes contábeis. Também não existe a cultura, no mercado de saúde suplementar, de seu envio em curtos períodos: o Documento de Informações Periódicas das Operadoras (DIOPS) tem periodicidade trimestral, com envio até os dias 15/05 (1º tri), 15/08 (2º tri), 15/11 (3º tri) e 31/03 (do exercício seguinte - 4º tri).

A pandemia possui característica de rápida evolução e rápidos efeitos sobre a população e a economia. Assim, a melhor informação em termos de disponibilidade para subsidiar a análise setorial e as tomadas de decisão da ANS mostrou ser a informação de fluxos de caixa.

Seu período será trimestral para dados até março de 2020 (formato padrão do DIOPS), e mensal para valores de fevereiro a dezembro de 2020 (menor periodicidade solicitada nos Requerimentos de Informação).

Para a amostra[11], totalizaram-se os valores dos principais fluxos de caixa operacionais[12] (contraprestações recebidas e pagamentos a fornecedores e prestadores de serviço de saúde), apresentando-se também a evolução histórica do índice de sinistralidade mediana de caixa[13].

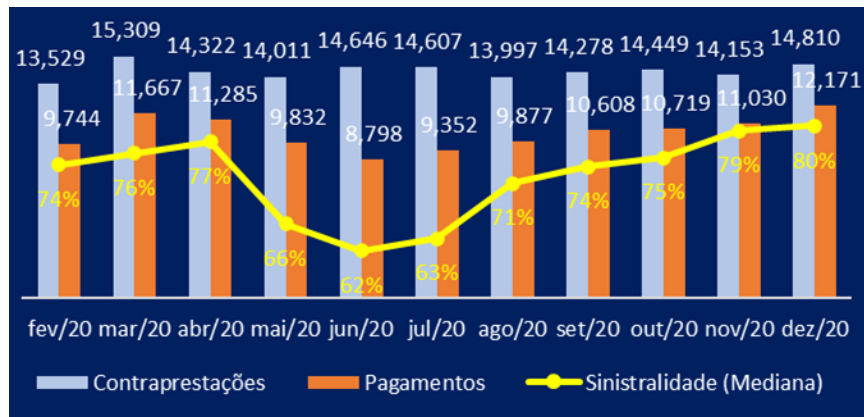
Figura 18 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados trimestrais históricos



Fonte: Dados da amostra de 97 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, até 3º Trimestre de 2020.

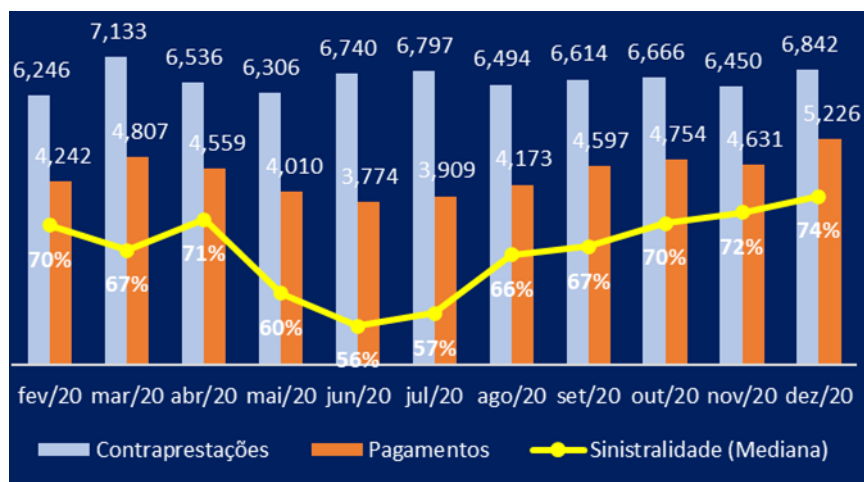
Abaixo são apresentados os mesmos valores mensais de 2020, durante os meses de início e desenvolvimento da pandemia de COVID-19. Considerando a diferença de operação e o possível impacto diferenciado, os valores das operadoras verticalizadas (com despesas concentradas em rede de hospitais própria)[14] e não verticalizadas (sem concentração de despesas em rede de hospitais própria) foram separados nos gráficos subsequentes[15]:

Figura 19 – Recebimentos de pagamentos de beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais



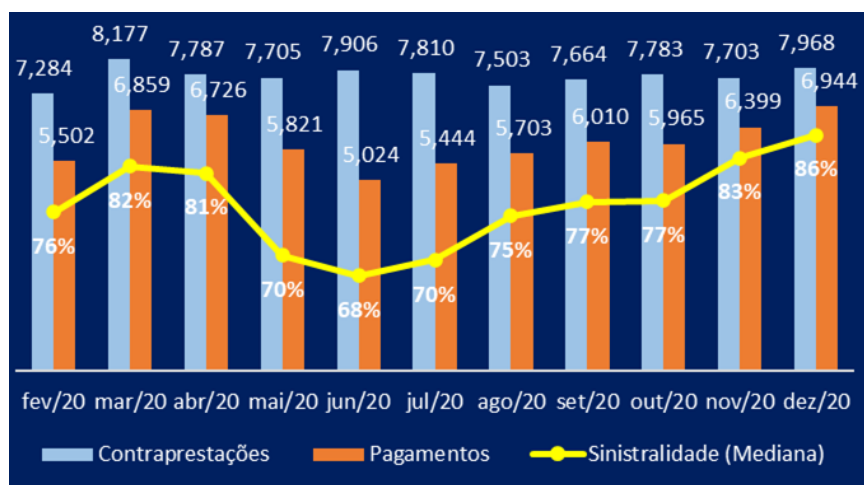
Fonte: Amostra de 97 operadoras respondentes de RI, dezembro de 2020.

Figura 20 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais, das operadoras verticalizadas e não verticalizadas (R\$ MM) – Operadoras Verticalizadas (com rede própria)



Fonte: Amostra de 97 operadoras respondentes de RI, dezembro de 2020.

Figura 21 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais, das operadoras verticalizadas e não verticalizadas (R\$ MM) – Operadoras Não Verticalizadas (sem rede própria)



Fonte: Amostra de 97 operadoras respondentes de RI, dezembro de 2020.

Dos dados de 2020 (com pandemia), observa-se inicialmente baixa variação do índice de sinistralidade de caixa e aquém do observado no último trimestre de 2019. Contudo, houve uma redução significativa do índice de sinistralidade de caixa em maio de 2020, abaixo dos registros históricos anteriores, mantendo-se nesse novo patamar até julho. Em agosto se observou uma elevação do indicador ao se comparar com o mês anterior. A tendência de elevação gradual da sinistralidade se manteve nos demais meses até os últimos meses do ano de 2020, quando atingiu patamar compatível com o observado no quarto trimestre 2019. A elevação ocorreu devido ao aumento das despesas assistenciais, contudo, também se observou incremento das contraprestações pagas pelos beneficiários, o que reduziu um potencial maior impacto na sinistralidade.

Dos dados anteriores à pandemia, percebe-se nitidamente a variação sazonal característica desse indicador, relacionada a períodos de menor temperatura e de maiores ocorrências relacionadas a doenças respiratórias. Outra componente que influencia a sazonalidade são os períodos de férias dos beneficiários.

Cabe destacar que o ciclo financeiro do setor possui comportamento no qual prestadores de serviços médicos em geral recebem em aproximadamente 30 a 40 dias após o conhecimento da conta pelas operadoras, segundo dados do DIOPS[16]; hospitais, por sua vez, segundo dados da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP[17], recebem em aproximadamente 70 dias. Dessa forma, contas pagas até dezembro podem corresponder a eventos médicos relativos aos meses setembro, outubro e novembro deste ano.

Se considerarmos que há também lapso temporal entre a ocorrência do evento médico e o envio da conta pelos próprios hospitais, as contas pagas podem ser referentes a meses ainda mais pretéritos.

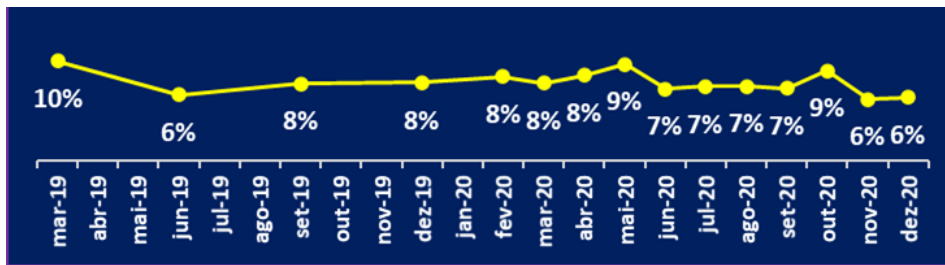
Por este motivo, a queda dos atendimentos em pronto socorro, SADT e a redução nas taxas de ocupação dos leitos, conforme detalhado na seção de informações assistenciais deste relatório, só puderam ser observadas meses depois no índice de sinistralidade de caixa, como ocorrido de maio até julho. O mesmo *delay* se observa na recuperação, a elevação gradual dos indicadores assistenciais a partir de maio e junho pôde ser observada no indicador de sinistralidade em julho, que se elevou novamente de agosto até dezembro, retornando gradualmente para os níveis históricos e até mesmo superando em alguns indicadores.

#### 4.2. Análise de Inadimplência

A inadimplência é o não pagamento de obrigações no prazo estabelecido. Para análise do seu comportamento no setor foram utilizados os seguintes dados da amostra[18]: distribuição dos saldos de contraprestações por período de cobertura (emissão do último mês) e composição dos saldos a receber (estoque), segregando-se os saldos em recebido, vencido ou a vencer.

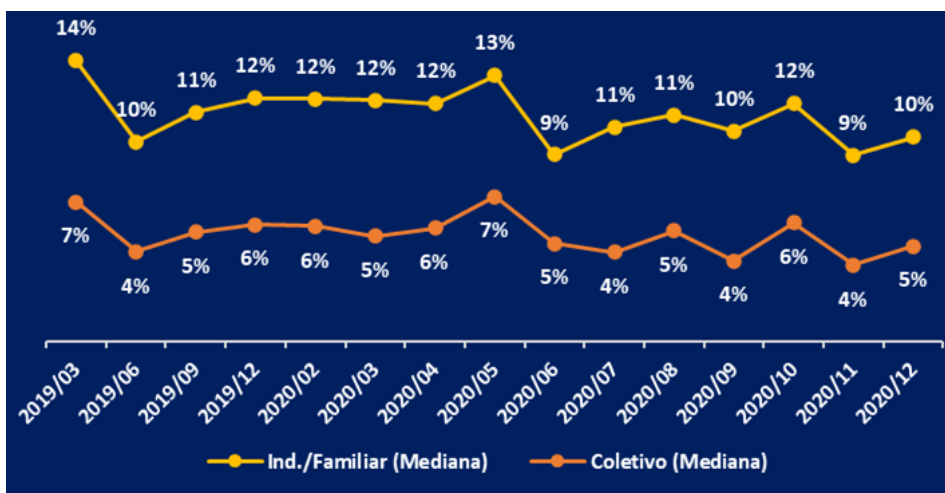
Primeiramente, a figura abaixo traz a evolução histórica do percentual mediano[19] do saldo vencido ao final do mês das contraprestações dos planos em pré-pagamento com período de cobertura durante os meses indicados:

Figura 22 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido

(apurada no mês de cobertura<sup>[20]</sup>)

Fonte: Dados da amostra de 96 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019, março, junho e setembro de 2020, e RIs, demais meses de 2020.

Figura 23 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura<sup>[21]</sup>) – Por tipo de plano



Fonte: Dados da amostra de 96 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019, março, junho e setembro de 2020, e RIs, demais meses de 2020.

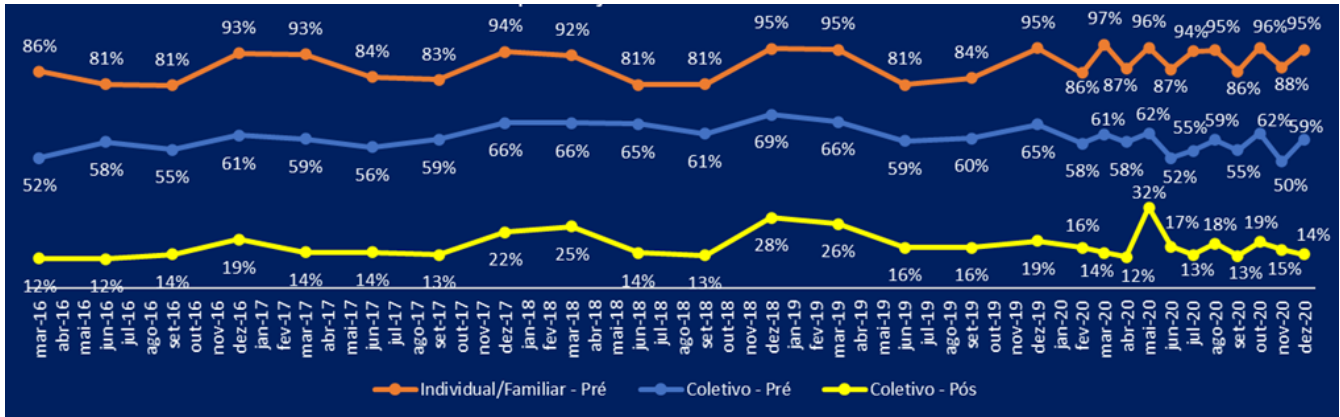
Na figura acima, para cada real de valor emitido de contraprestação para o mês indicado, uma parcela considera-se recebida, outra, ainda a vencer, e o restante, vencido (não pago) ao final do mês da cobertura. Ou seja, o saldo pode representar contraprestações vencidas em um dia ou até 30 dias. Nota-se que o percentual de inadimplência geral continua no mesmo patamar do mês anterior (6%), no limite inferior da série histórica observada. Os percentuais de inadimplência tanto para planos individuais/familiares, quanto para coletivos, também se mantêm próximos do nível histórico, porém, ainda um pouco abaixo da média.

Destaca-se que em outubro, assim como em maio, foram identificados valores mais elevados de inadimplência, contudo, não impactando os valores de receitas com contraprestações apresentadas para o mesmo período. Logo, cabe o registro de que provavelmente uma quantidade maior de pagamentos ficou em aberto pelo fato de o dia 31/10/20 ser não útil (sábado), sendo feitos pagamentos no primeiro dia útil seguinte (02/11/20). Tal ponderação se confirma ao se observar o retorno do indicador nos meses de novembro e dezembro de 2020.

Os gráficos anteriores mostraram qual é o percentual de inadimplência medido a cada mês de cobertura. O gráfico a seguir busca analisar o estoque total de contas ainda não recebidas (contraprestações a receber), independente do mês a que se referem: ou seja, agrupam todas as contas vencidas, desde as vencidas há poucos dias às vencidas há muitos meses. Por isso, nos gráficos abaixo são apresentados os percentuais medianos<sup>[22]</sup> de valores vencidos da amostra, segregados por modalidade de financiamento dos planos de saúde (classificados como “preestabelecidos” ou “pós-estabelecidos”) e por tipo de contratação do plano (individual ou coletivo).

Primeiramente, destaca-se que a maior parte do faturamento do mercado é proveniente de planos com preços preestabelecidos (representando 83% do total de contraprestações emitidas em 2019). Os percentuais históricos e as variações observadas diferem significativamente entre os tipos de planos. Isso decorre de diferentes práticas comerciais inerentes a cada tipo de comercialização<sup>[23]</sup>:

Figura 24 – Representatividade mediana dos saldos vencidos nas contas a receber de pagamentos de beneficiários (contraprestações) de planos individuais ou familiares em pré-pagamento



Fonte: Dados da amostra de 96 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS até o fim de 2019, março, junho e setembro de 2020, e RIs, demais meses de 2020.

Destaca-se que, embora os históricos acima apresentem um dado relevante, que é a distribuição do tipo de saldo a receber do setor, tais devem ser avaliados com a devida cautela, pois os valores históricos apresentados têm limitações pela ausência de clara base de incidência dos seus percentuais. Por exemplo, a figura acima ilustra, para cada R\$ 1,00 de contraprestações ainda a receber no final do mês, qual é o montante vencido, sem definir em que mês houve a emissão das parcelas vencidas.

Dito isto, destaca-se que não houve uma variação expressiva desse saldo ao se analisar a média histórica dos planos com precificação preestabelecida, ao passo que no histórico de planos em pós-pagamento houve uma variação mais expressiva em maio, contudo, retornou ao patamar histórico médio em junho e se manteve próximo ao nível histórico.

Por fim, esclarece-se que os indicadores de inadimplência acima têm o objetivo de mostrar o comportamento de inadimplência do setor de forma uniforme (mesmo período considerado e metodologia) e comparável para todo o mercado.

## 5. INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DE CONSUMIDOR

Nessa Nota Técnica, os dados sobre as reclamações cadastradas na ANS foram atualizados até o mês de dezembro de 2020, com destaque para as informações sobre o monitoramento diário de demandas relacionadas com o novo coronavírus.

Figura 25 - Evolução de Reclamações em Geral (assistencial e não assistencial) - 2019 e 2020

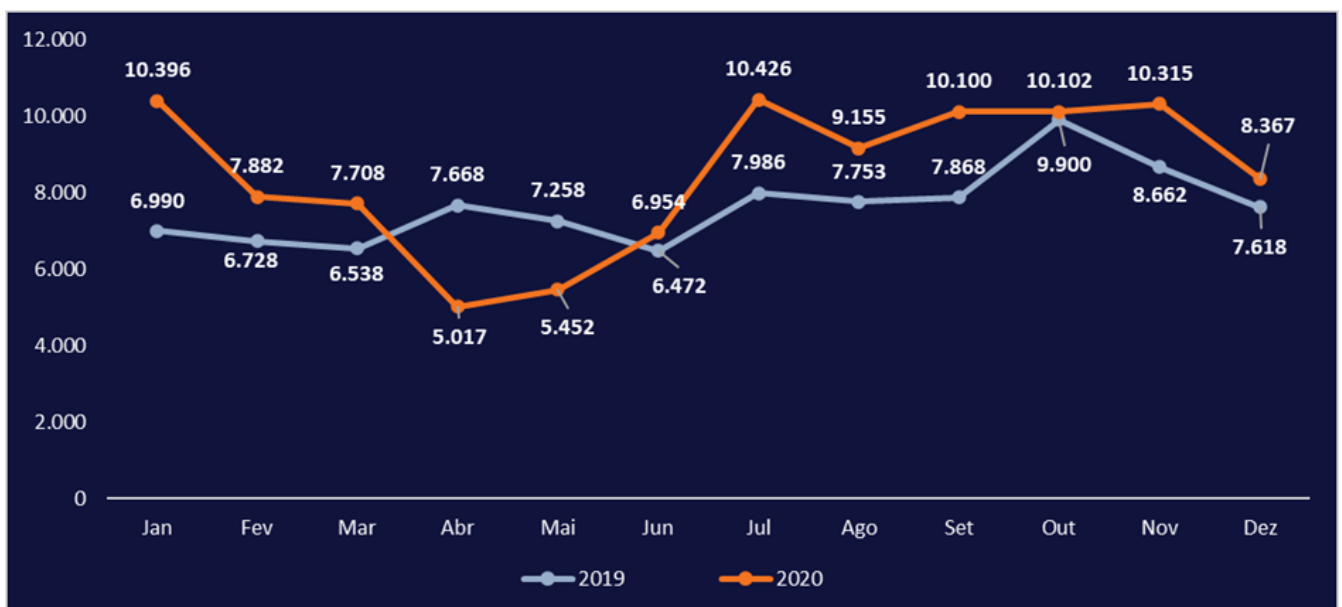


Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a dezembro de 2020.

Considerando o total de demandas de reclamação (assistencial e não assistencial), observa-se que no mês de dezembro de 2020, houve uma redução de 15,2%, aproximadamente, em comparação ao mês anterior, e um pequeno aumento de 2,3% em comparação a dezembro de 2019.

Especificamente sobre as reclamações de natureza assistencial, verifica-se uma redução dos registros em comparação com os meses anteriores e um aumento de 9,8% em comparação a dezembro de 2019. As demandas assistenciais representam 69% e 68% do total geral de demandas em 2019 e 2020, respectivamente.

Figura 26 - Evolução de Reclamações Assistenciais em 2019 e 2020



Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a dezembro de 2020.

Como apontado nas Notas Técnicas anteriores, uma *proxy* relevante para estimar o comportamento da utilização de serviços de saúde no setor é o número de reclamações assistenciais recepcionadas contra as operadoras pelos Canais de Relacionamento da ANS, partindo-se do pressuposto de que reclamações dessa natureza têm relação direta com a procura dos beneficiários por atendimento.

Nessa direção, ao observarmos os dados apresentados na Figura 25 verificamos que esses vêm ao encontro das informações detalhadas na seção Informações Assistenciais, sobretudo em relação às

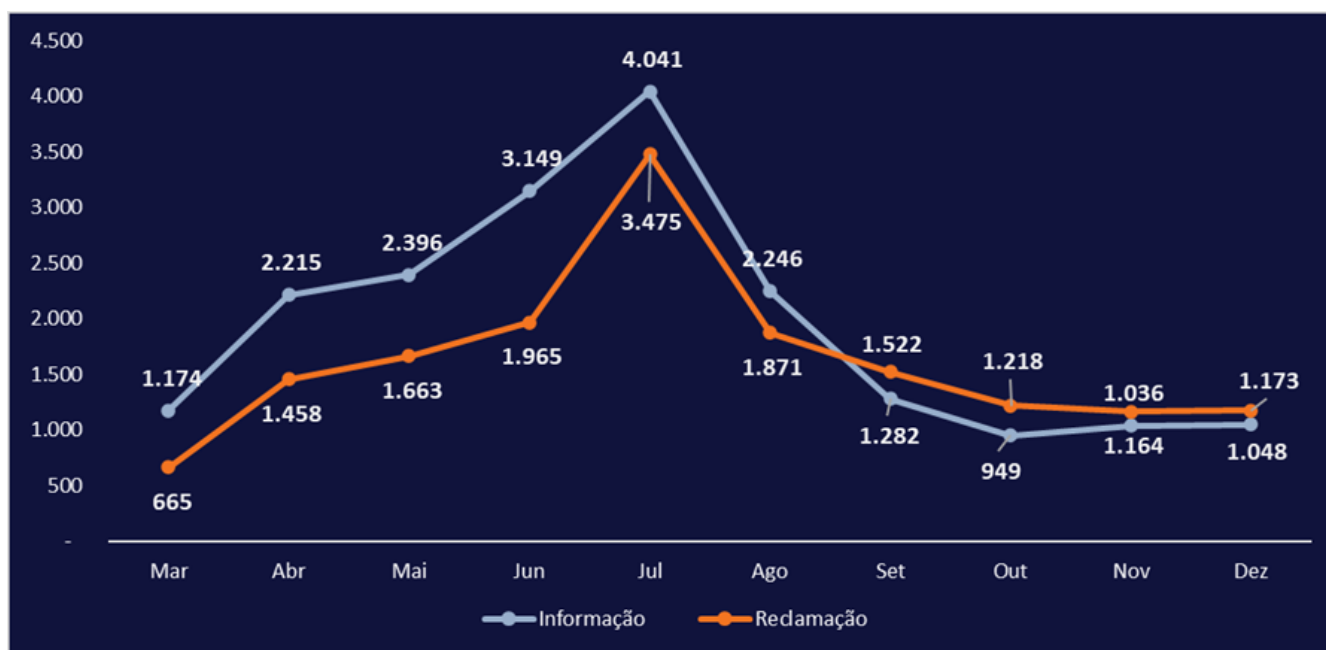
solicitações de internações e demais autorizações não relacionadas com a COVID-19. A partir de maio de 2020, após ter sido verificada uma redução acentuada no início da pandemia (com pico em abril de 2020), bem como em relação à evolução do número de exames para a detecção da COVID-19, realizados no período de março a setembro de 2020, destacada também na referida seção. Essa última informação pode ser relacionada de forma mais direta com as reclamações cadastradas sobre o tema nesta Agência, apresentados nas Figura 27 a 30, a seguir.

E, ainda, os dados sobre o cadastro de demandas assistenciais guardam relações também com as informações sobre sinistralidade do período, abordada na seção Informações Econômico-Financeiras. A partir de julho de 2020, de acordo com os dados das operadoras que responderam os requerimentos de informação (RIs), observou-se um aumento no índice de sinistralidade de caixa, mas abaixo do patamar histórico até outubro, após ter sido observado queda significativa em maio de 2020. Em dezembro de 2020, a sinistralidade apresentou patamar compatível com o observado no quatro trimestre 2019, relacionado com o aumento das despesas assistenciais e, também, com a redução das contraprestações pagas pelos beneficiários.

Especificamente sobre as demandas de reclamação e informação relacionadas com o novo coronavírus, cadastradas na ANS, verifica-se, que no período de março a dezembro de 2020 a ANS recebeu 16.174 reclamações e 19.536 solicitações de informação sobre o tema, como pode ser acompanhado pelo monitoramento diário dos dados relacionados com os casos da doença no Brasil e das demandas registradas nos canais de atendimento da Agência.[\[24\]](#)

Com destaque para o mês de julho, quando a Agência recebeu 4.041 contatos para a obtenção de informações e 3.477 registros de reclamações (vide Figura 27). Nesse mês vigorou a Resolução Normativa nº 458/2020 (29/06 a 16/07/2020), que regulamentava a cobertura obrigatória e a utilização dos exames sorológicos - pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM (com Diretriz de Utilização) - para COVID-19, em atendimento à decisão judicial relativa à Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300. Registra-se que de agosto a novembro de 2020, o cadastro de demandas relacionadas com o novo coronavírus vêm apresentando redução. No mês de dezembro de 2020 os registros de reclamações permaneceram estacionários em relação ao mês anterior.

Figura 27 - Demandas relacionadas com o novo coronavírus

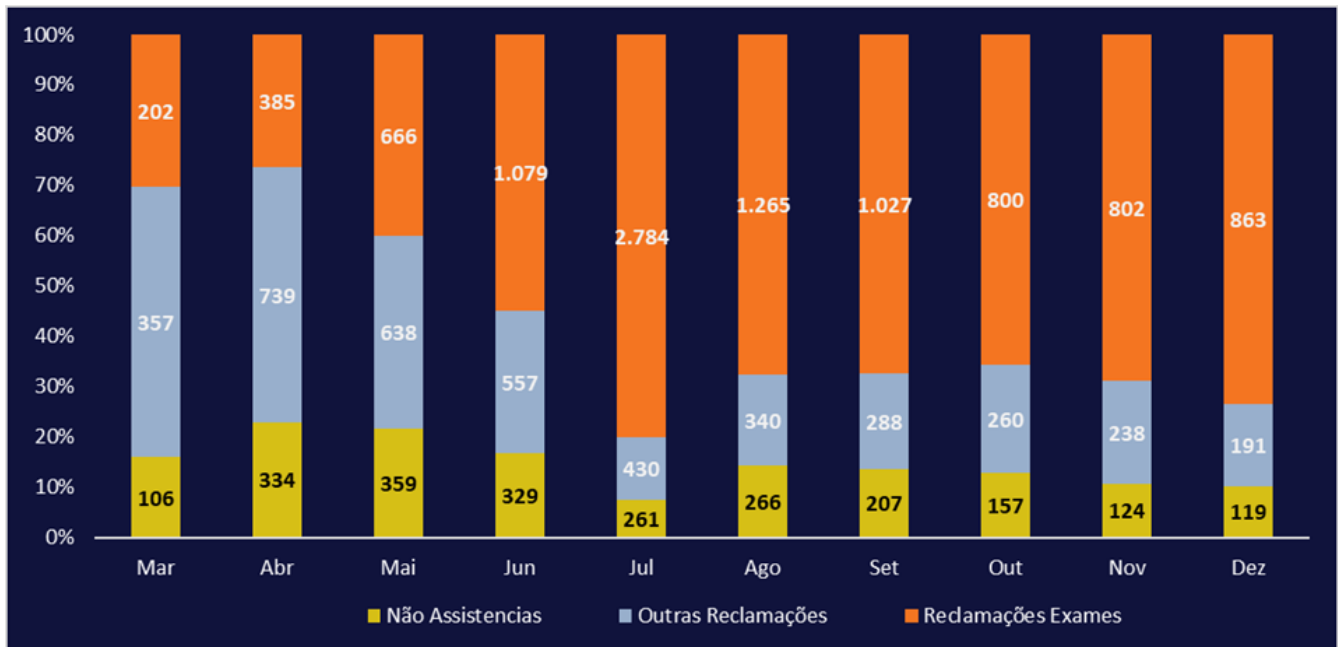


Fonte: SIF-Consulta, de março a dezembro de 2020

Ainda como parte do monitoramento que a ANS vem fazendo durante a pandemia, é realizada a classificação das demandas de reclamação dos consumidores relacionadas com a COVID-19, utilizando marcadores específicos relativos à pandemia[\[25\]](#). A classificação proposta está dividida em oito categorias, dentro de três domínios, para melhor compreensão dos impactos diretos e indiretos da pandemia no setor, através da percepção dos usuários dos planos de saúde. Ela tem como base os relatos dos mesmos, ao cadastrar suas demandas na ANS, e não possuem análise de mérito sobre eventual infração da operadora de

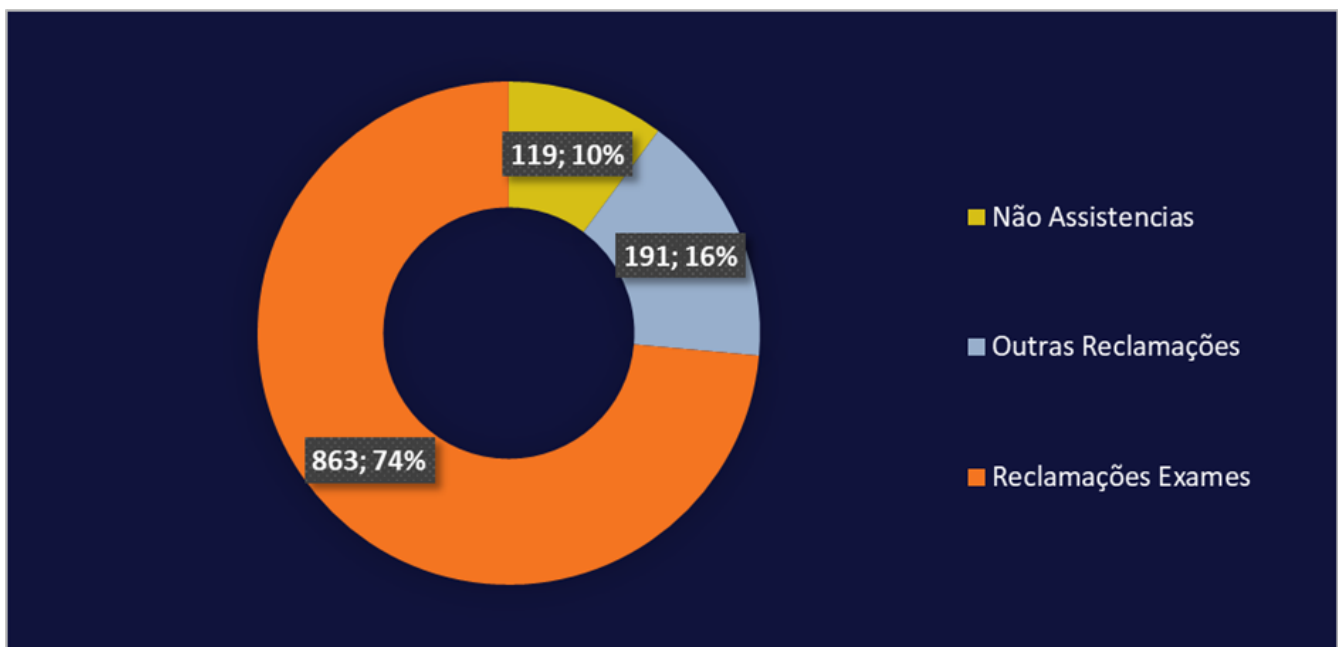
planos de saúde ou das administradoras de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos e/ou aos termos contratuais.

Figura 28 - Demandas de Reclamação relacionadas com o novo coronavírus



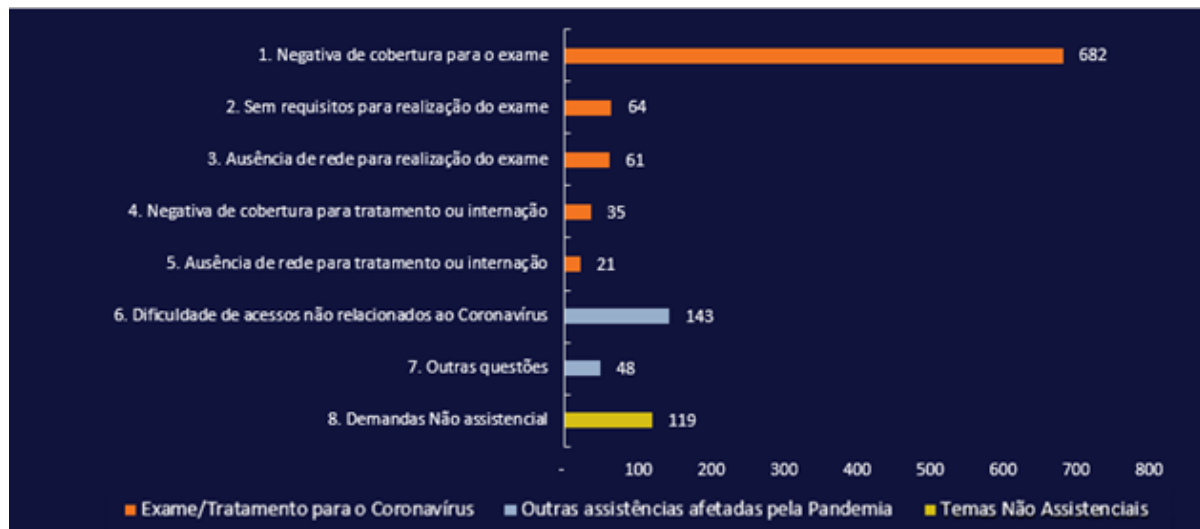
Fonte: SIF-Consulta, de março a dezembro de 2020

Figura 29 - Demandas de Reclamação relacionadas com o novo coronavírus em dezembro de 2020



Fonte: SIF-Consulta, dezembro de 2020

Figura 30 - Identificações das Reclamações sobre o novo Coronavírus em dezembro de 2020



Fonte: SIF-Consulta, dezembro de 2020

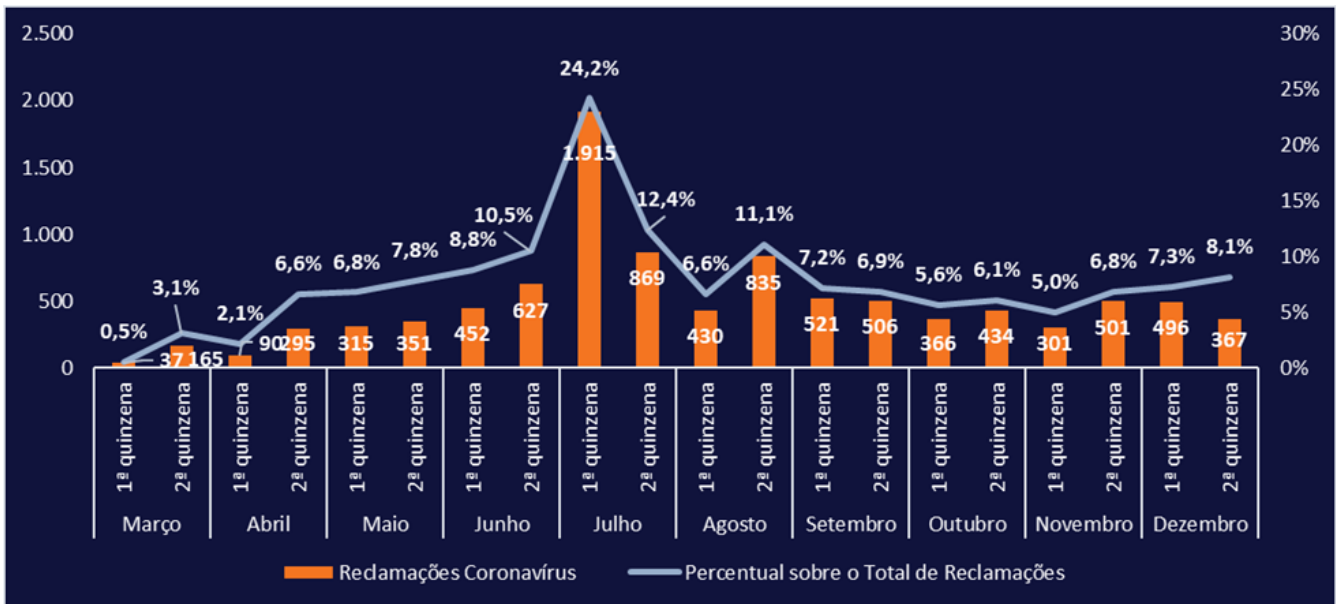
Da leitura das figuras acima, é possível observar que as reclamações de negativas de cobertura para o Exame/Tratamento da COVID-19, representaram o maior volume no mês de análise, seguida das reclamações sobre cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionada com a COVID-19, mas que de alguma forma foram impactadas pela pandemia. Em relação ao mês anterior, as reclamações relacionadas à cobertura para o Exame/Tratamento da COVID-19 mantiveram-se estáveis considerando todo o mês de análise.

Mesmo com as reclamações sobre a negativa de cobertura para os exames representarem a maior parte das reclamações relacionadas ao novo coronavírus, não é correto concluir que os beneficiários não tiveram acesso aos exames requisitados. Através da NIP foi possível obter uma resolutividade de 92,3% para os exames de RT-PCR, 91,9% para os exames sorológicos e 91,8% nas reclamações onde os beneficiários não descreveram o exame que lhe foi negado inicialmente.

Na figura a seguir, destaca-se a evolução das reclamações relacionadas com os Exames/Tratamentos para a COVID-19 por quinzena. Observa-se uma redução nas duas quinzenas de dezembro de 2020, porém em um patamar inferior a reclamações não relacionadas ao novo Coronavírus. Contudo, os picos da curva permanecem nos dias imediatamente posteriores à publicação e divulgação das Resoluções Normativas (RN) nº 458 e nº 460, de 2020, regulamentando a cobertura obrigatória dos exames sorológicos para COVID-19.

Esclarece-se que a RN nº 458 atendeu a decisão judicial contida na Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300, vigendo no período de 29/06 a 16/07/2020, bem como que a RN nº 460, publicada em 14/08/2020, está vigente.

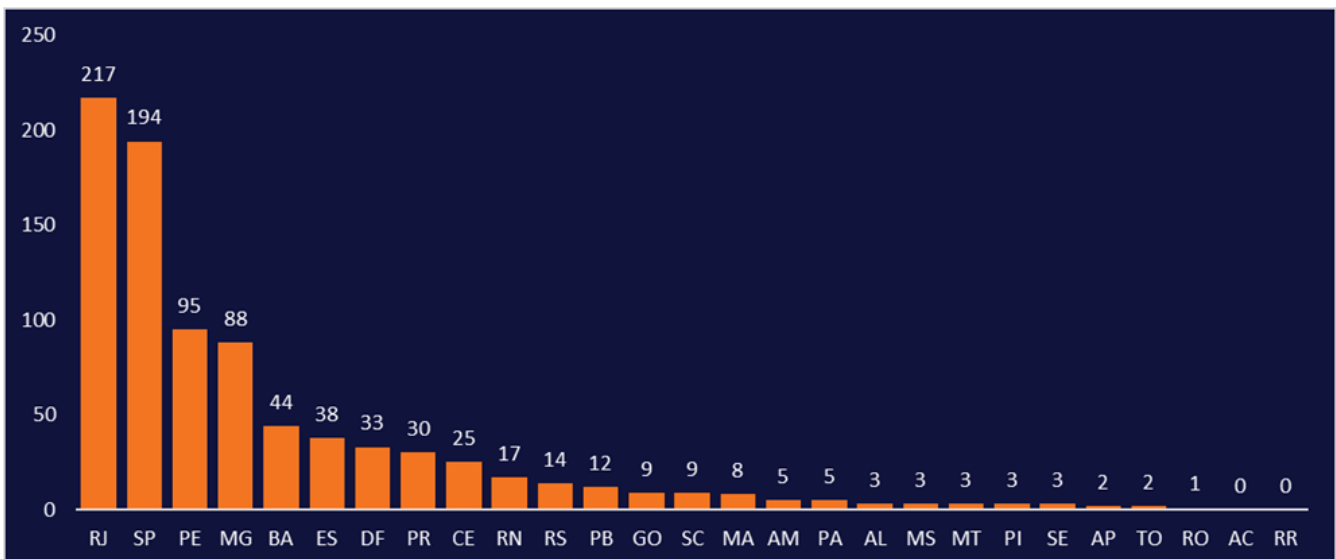
Figura 31 - Evolução de Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus



Fonte: SIF-Consulta, de março a dezembro de 2020

A Figura 32 mostra o valor absoluto das demandas de reclamação dos Exames/Tratamento sobre o novo Coronavírus por Unidade Federativa (UF). Neste gráfico observa-se que os Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo são os destaques em quantidade de reclamações. Contudo, também são os maiores em concentração de beneficiários da Saúde Suplementar. Destaca-se que, nesse mês, o Estado do Rio de Janeiro permanece a frente de São Paulo em números absolutos de reclamações relacionadas ao tema.

Figura 32 - Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus, por UF



Fonte: SIF-Consulta, dezembro de 2020

Assim, considerando que no território brasileiro há uma grande diferença tanto no quantitativo populacional, quanto no número de beneficiários por UF, foi criado o Índice COVID. Esse índice pondera o total de reclamações sobre o novo Coronavírus em relação ao total de beneficiários em sua respectiva Unidade Federativa. O período considerado foi o mensal, facilitando a leitura do Índice. Como exemplo, se o Índice<sub>Covid</sub> = 3, significa que no mês de análise ocorreram 3 reclamações para cada 100.000 beneficiários de uma determinada UF.

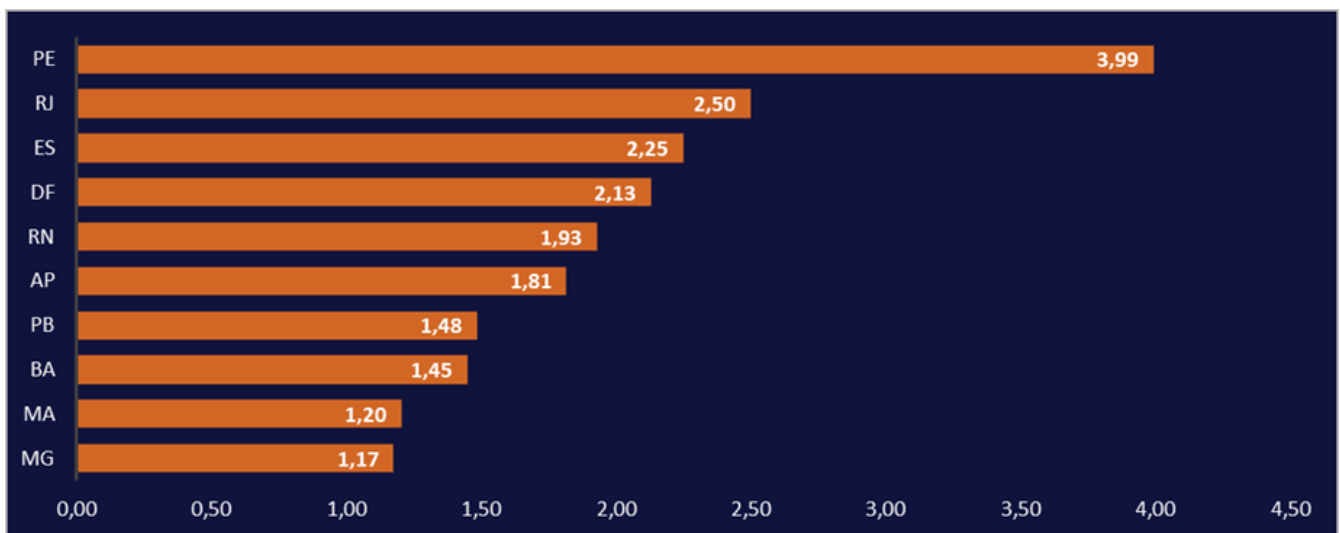
O Índice<sub>Covid</sub> é demonstrado pela fórmula a seguir:

Índice Mensal sobre Novo Coronavírus ( $I_{Covid}$ ), por UF:

$$I_{Covid} = \frac{\text{Quantidade de Reclamações sobre Coronavírus no mês de análise}}{\text{Quantidade de Beneficiários}} \times 100.000$$

Sobre os resultados encontrados, tem-se em números relativos, ponderados pelo quantitativo de beneficiários por UF, Pernambuco aparece em primeiro lugar com índice de 3,99 (com 95 demandas no mês), seguido por Rio de Janeiro (217 demandas no mês), com 2,50, e Espírito Santo (38 demandas no mês) com 2,25, conforme mostrado na Figura 33. Ressalta-se que a informação a seguir deve ser analisada em conjunto com a Figura 30 que apresenta os valores absolutos de reclamações sobre o tema.

Figura 33 - Índice Covid Mensal para as principais UF

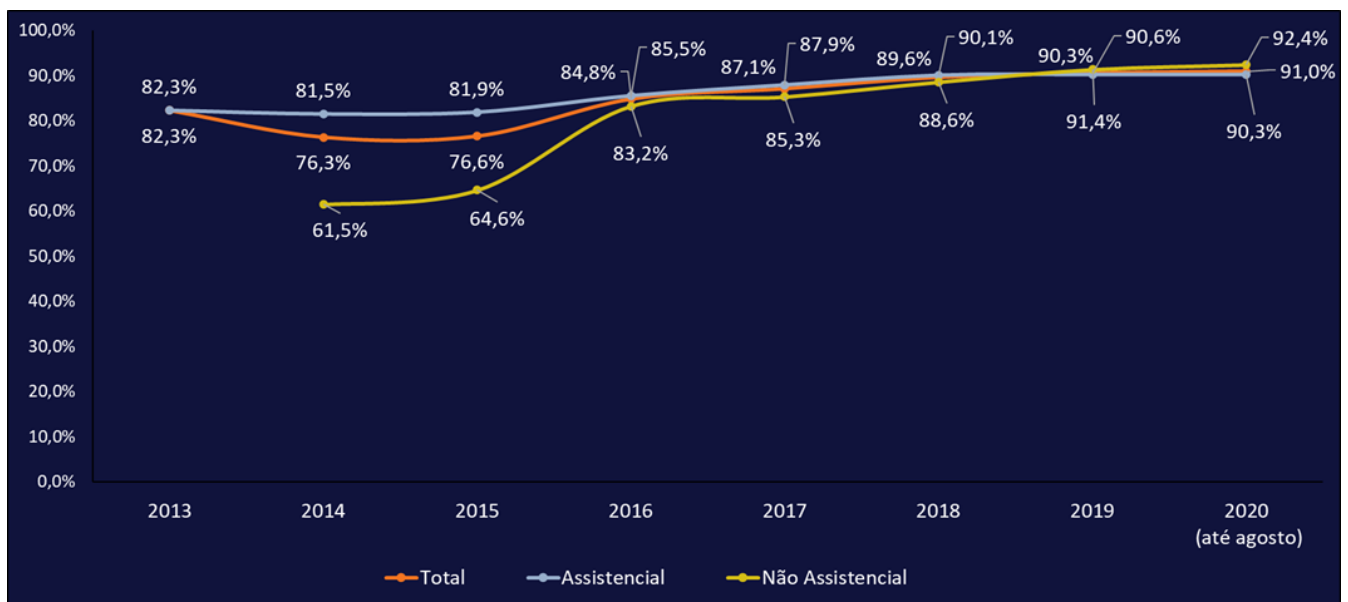


Fonte: SIF-Consulta, dezembro de 2020

Por fim, cabe destacar que as demandas relacionadas à COVID-19, selecionadas para compor a amostra desse monitoramento, são passíveis de mediação de conflitos, através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), de acordo com a RN nº 388/2015. A mediação na ANS possibilita que as operadoras de planos privados de assistência à saúde, inclusive as administradoras de benefícios, reparem sua conduta irregular, evitando-se, assim, a abertura de processo administrativo e judicial, com a resolução das reclamações. Ela visa à solução de conflitos entre beneficiários e operadoras, constituindo-se em uma fase pré-processual.

Ressalta-se que desde a sua concepção, a NIP vem demonstrando grande potencial indutor de solução dos conflitos, possibilitando ações combinadas de mediação e de fiscalização indutora. Para a avaliação de sua efetividade, a ANS calcula a resolutividade NIP, que, em síntese, é a medida do total de reclamações de beneficiários que são finalizadas no âmbito da mediação sem necessidade de abertura de processo administrativo sancionador.

Figura 34 - Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais)



Fonte: SIF-Consulta, de janeiro de 2013 a agosto de 2020

Entre os meses de março a outubro de 2020, de acordo com o cálculo realizado em 13/01/2021, a NIP alcançou 93,3% de resolutividade, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período, que foram passíveis de mediação, bem como 91,0% de resolutividade quando consideramos somente as demandas relacionadas com a COVID-19. Esse dado informa que a maioria das reclamações apresentadas foram solucionadas no âmbito da mediação de conflitos, demonstrando a eficiência do instrumento empregado pela ANS.

E como já citado anteriormente, a taxa de resolução para os testes para a COVID-19 foi de 92,3% para os exames de RT-PCR, 91,9% para os exames sorológicos e 91,8% nas reclamações onde os beneficiários não especificaram o exame.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se, por fim, que os dados e indicadores analisados até o momento não apontam para uma conjuntura de desequilíbrios de ordem assistencial ou econômico-financeira no setor, recomendando-se, assim, a manutenção do monitoramento contínuo durante todo o desenvolvimento da pandemia.

À consideração superior.

[1] Excluíram-se da amostra as operadoras classificadas como autogestões por Departamento de Recursos Humanos, pelas limitações de sua obrigação de envio de informações financeiros à ANS. Inicialmente eram 109 operadoras, mas devido a processos de incorporação / transferência de carteiras o número passou a ser 106.

[2] Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, por meio do qual as operadoras enviam informações financeiras trimestralmente à ANS.

[3] Incluindo beneficiários de planos odontológicos e médico-hospitalares.

[4] Do total de 109 operadoras selecionadas na amostra, 3 operadoras foram incorporadas ou transferiram suas carteiras restando 106 operadoras. Deste total, 51 operadoras foram mapeadas como "operadoras com rede própria", considerando informações registradas no Sistema Registro de Planos de Saúde (RPS), indicando possuir hospital próprio em sua rede. Foram considerados dados de 50 operadoras que responderam à RI DIPRO (dados de dezembro de 2020), até a data de elaboração da presente Nota.

[5] Época de contratação: são considerados "novos" os planos regulamentados pela Lei 9656/98, enquanto os "antigos" se referem aos firmados antes da vigência da Lei 9.656/98, e não adaptados.

[6] Fonte: Levantamento GEPIN/DIDES/ANS. Os critérios para identificação dos estabelecimentos que atendem à Saúde Suplementar privada na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/MS foram:

- Prestadores ativos, não públicos e que não estejam conveniados exclusivamente com o SUS. Nos casos de prestadores cancelados na base do CNES/MS por falta de atualização (cancelamento automático), foram mantidos aqueles que apresentaram movimento na base do TISS em 2019;
- Prestadores cadastrados como Hospital Geral, Hospital Especializado, Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Especializado e Unidade Mista;
- Prestadores que oferecem Assistência Hospitalar cadastrados no sistema RPS/ANS, vinculados a produtos ativos com cobertura hospitalar.

[7] Para o item da RI DIPRO "Média de consultas em pronto socorro/dia que não geram internação", as operadoras foram orientadas a informar a média de consultas/dia no mês de todos os atendimentos em pronto-socorro que não evoluíram para internação, seja relacionado ou não à COVID-19.

[8] Para o item da RI DIPRO "Evolução de Autorizações Emitidas para SADT" as operadoras foram orientadas a informar o total de autorizações emitidas por mês, independente da efetiva realização do procedimento, em toda a sua rede credenciada, para todo e qualquer exame ligado ou não à COVID-19.

[9] Para o item do formulário de RI DIPRO "Número de internação por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave) no mesmo período do ano anterior", as operadoras foram orientadas a considerar o nº de internações pelos códigos da CID 10: J09 a J18; U04 e U04.9. Em 2020 também foram incluídos os códigos B34.2 e B97.2, específicos para Infecção por Coronavírus.

[10] Para esse item, foi solicitado que as operadoras prestassem informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

[11] Das 108 operadoras, 97 informaram à ANS, até o momento de elaboração do Relatório, os valores de fluxo de caixa via DIOPS e Requisição de Informação, sendo as demais 11 operadoras desconsideradas.

[12] Os valores históricos do DIOPS foram deflacionados pelo IPCA para data-base mar/2020.

[13] O índice de sinistralidade de caixa leva em conta os dados de fluxo de caixa. Não deve ser confundido com o índice de sinistralidade contábil mensurado sob o regime de competência, que segue metodologia própria. Os índices de sinistralidade de caixa foram calculados pela mediana dos índices de cada operadora individualmente (não por dados agregados), visando eliminar o viés da amostra pelos maiores valores.

[14] Vide critério de definição de operadora verticalizada na seção 1 deste Relatório.

[15] Cabe o destaque que a operadora pode ter rede própria e não ser verticalizada. O fato relevante é o quanto ela concentra suas despesas na rede própria.

[16] Segundo dados da publicação Prisma/ANS.

[17] Vide Publicação Anual – Observatório 2020 da ANAHP.

[18] Das 108 operadoras selecionadas na amostra, 96 informaram à ANS, até o momento de elaboração deste Relatório, os valores de idade de saldos e contraprestações por período de cobertura via DIOPS e Ris, sendo as demais 12 operadoras desconsideradas.

[19] Os índices medianos indicados foram calculados através da mediana dos índices de cada operadora individualmente e não utilizando os totais agregados. Empregou-se a metodologia para evitar que os valores apresentados possuíssem maior representatividade para as maiores empresas, pois o objetivo era apresentar a mediana de toda a amostra de forma uniforme.

[20] Foram desconsiderados diversos registros mapeados como preenchimento inadequado. Consideraram-se como preenchimento inadequado os registros onde o total de prêmio emitido não coincidia (considerando uma margem de tolerância de 5%) com a soma dos valores recebidos, a vencer ou vencido. Considerando ser um quadro novo, ainda se observa um número relevante de preenchimentos inadequados que estão sendo tratados pelo setor de acompanhamento financeiro das operadoras.

[21] Foram desconsiderados diversos registros mapeados como preenchimento inadequado. Consideraram-se como preenchimento inadequado os registros onde o total de prêmio emitido não coincidia (considerando uma margem de tolerância de 5%) com a soma dos valores recebidos, a vencer ou vencido. Considerando ser um quadro novo, ainda se observa um número relevante de preenchimentos inadequados que estão sendo tratados pelo setor de acompanhamento financeiro das operadoras.

[22] Os índices medianos foram calculados pela mediana dos índices de cada operadora individualmente (não por dados agregados), visando eliminar o viés da amostra pelos maiores valores.

[23] Dados trimestrais até final de 2019 e março de 2020 (formato padrão do DIOPS), e mensais a partir de março 2020 (maior granularidade solicitada nas RIs).

[24] <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5503-ans-disponibiliza-informacoes-sobre-demandas-de-beneficiarios-relacionadas-a-covid-19>

[25] A pesquisa é feita por palavra-chave, através do resumo das reclamações de beneficiários. As palavras-chave utilizadas foram Covid, Coronavírus, pandemia (e suas variações)



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 15/01/2021, às 18:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **FLAVIA HARUMI RAMOS TANAKA, Gerente de Monitoramento Assistencial**, em 15/01/2021, às 19:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Fernandes Ferreira, Analista Administrativo**, em 15/01/2021, às 19:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Thiago Barata Duarte, Assessor(a)**, em 15/01/2021, às 19:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES**, em 15/01/2021, às 19:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Joao Carlos Alves da Silva Junior, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE (substituto)**, em 15/01/2021, às 19:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana de Campos Aranovich, Assessor(a)**, em 15/01/2021, às 19:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO (substituto)**, em 15/01/2021, às 19:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Celina Maria Ferro De Oliveira, Gerente de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação**, em 15/01/2021, às 20:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Maurício Nunes da Silva, Diretor(a) de Fiscalização (Substituto)**, em 15/01/2021, às 20:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Andre Luis Fortes Unes, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIFIS**, em 15/01/2021, às 20:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

Documento assinado eletronicamente por **Marcio Nunes de Paula, Assessor de Informação da DIFIS**, em 15/01/2021, às 23:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº



8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Scarabel Barbosa, Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos**, em 18/01/2021, às 12:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **19543633** e o código CRC **59C1DB8B**.

Referência: Processo nº 33910.013199/2020-84

SEI nº 19543633