



PROCESSO Nº: 33910.013199/2020-84

NOTA TÉCNICA Nº 13/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO

Interessado: DIFIS, DIOPE, DIPRO

ASSUNTO: Relatório COVID-19 - Saúde Suplementar: Informações Assistenciais, Financeiras e de Demandas de Consumidor das Operadoras de Planos de Saúde - Julho de 2020

1. INTRODUÇÃO

A presente Nota Técnica tem por finalidade atualizar o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar, objeto da Nota Técnica nº 12/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO, elaborado a partir da coleta de dados junto ao setor referentes ao mês de julho 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 109 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 10/08/2020, 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 109 operadoras que foram alvo das Requisições de Informações, 53 operadoras, inicialmente 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. Essa versão inclui seção apresentando um resumo das reuniões realizadas ao longo do mês de agosto/2020, especialmente com operadoras de pequeno e médio portes das cinco regiões do Brasil. Foram promovidos pequenos ajustes nos dados constantes na Nota Técnica nº 12, mediante recebimento de dados referentes às RIs de julho 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. 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			Beneficiários das		
	Operadoras	Respondentes	%	Beneficiários	Respondentes	%
Medicina de Grupo	256	37	14%	18,214,059	13,901,756	76%
Cooperativa Médica	282	54	19%	17,276,990	12,234,580	71%
Seguradora	9	5	56%	6,149,158	6,104,251	99%
Autogestão	158	8	5%	4,288,732	1,833,680	43%
Filantropia	35	2	6%	900,825	293,047	33%
Total	740	106	14%	46,829,764	34,367,314	73%

Fonte: SIB/ANS, de maio[5] de 2020 e ANS/RI, agosto de 2020.

Tabela 2 – Beneficiário por Época[6] e Tipo de Contratação

Época de contratação	Tipo de Contratação	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Novo	Coletivo empresarial	30,294,152	23,555,689	78%
	Individual ou familiar	7,965,883	5,252,754	66%
	Coletivo por adesão	5,079,799	3,436,079	68%
	ND	2,292	914	40%
Novo Total		43,342,126	32,245,436	74%
Antigo	Coletivo empresarial	1,304,803	899,772	69%
	Individual ou familiar	979,586	466,148	48%
	Coletivo por adesão	1,095,832	734,706	67%
	ND	107,417	21,252	20%
Antigo Total		3,487,638	2,121,878	61%
Total		46,829,764	34,367,314	73%

Fonte: SIB/ANS, de maio[5] de 2020 e ANS/RI, agosto de 2020.

Tabela 3 – Proporção de idosos da Amostra

Faixa etária	Beneficiários	Distribuição %	Beneficiários das Respondentes	Distribuição %
Não-idoso	40,164,044	86%	29,792,575	87%
Idoso	6,665,203	14%	4,574,619	13%
ND	517	0%	120	0%

Fonte: SIB/ANS, de maio[5] de 2020 e ANS/RI, agosto de 2020.

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 106 operadoras respondentes, que em conjunto representam cerca de 73% dos beneficiários dos planos médico-hospitalares, salvo indicação em contrário.

2. 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 da amostra selecionada para o presente estudo. Os quadros a seguir reúnem informações das 51 operadoras que responderam à ANS até a data da elaboração deste relatório.

Os indicadores ora apresentados foram colhidos no intuito de apontar as principais tendências em relação à utilização de serviços de saúde hospitalares 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 51 operadoras respondentes em julho totalizavam 15.065 leitos (comum e UTI) que representavam aproximadamente 10,7% do total de leitos disponíveis

na rede assistencial de planos privados, considerando o levantamento da ANS sobre os dados do Ministério da Saúde[7].

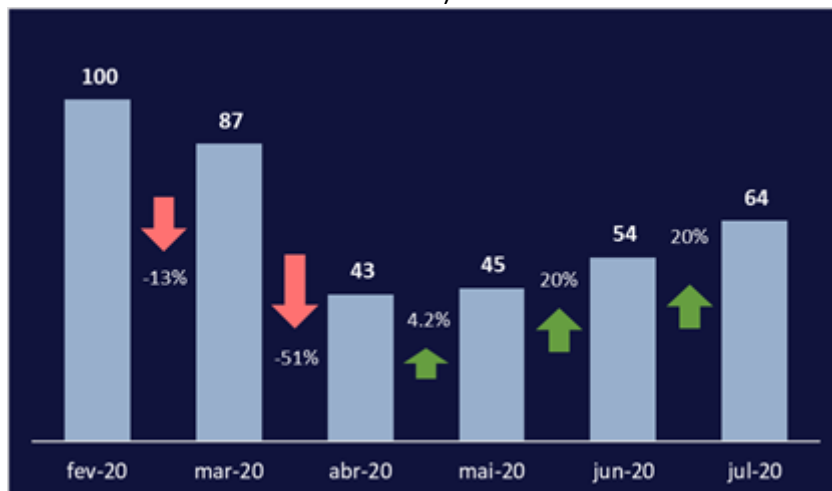
Ressalte-se, adicionalmente, que a partir de maio de 2020, a ANS passou a solicitar informações sobre autorizações emitidas pelas operadoras com rede própria da amostra para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) em toda sua rede credenciada a fim de apresentar indicações de tendências sobre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

Conforme já mencionado, há pequenas alterações nos dados da presente nota em comparação àqueles constantes na Nota Técnica nº 12, devido à incorporação das informações referentes às RIs de julho de 2020 (dados de junho de 2020) de operadoras que enviaram ou retificaram seus dados posteriormente à divulgação do documento. No entanto, nenhuma das alterações teve impacto sobre as análises e conclusões que acompanharam o relatório do mês anterior.

Em uma análise das tendências sobre as despesas assistenciais diante do cenário da COVID-19, é necessário observar dois aspectos importantes: o impacto da pandemia sobre as despesas relacionadas a atendimentos não-COVID-19 e o impacto com despesas associadas ao atendimento da COVID-19 em si.

O impacto sobre as despesas não necessariamente relacionadas aos atendimentos à COVID-19 pode ser verificado a partir da análise da quantidade de consultas em pronto-socorro que não geram internações[8], que apresentou queda desde o início da pandemia. Em julho, observou-se variação positiva desse indicador comparado a junho de 2020 (Figura 1). Essa variação ainda não representa uma retomada ao nível de consultas em pronto-socorro que se observava em fevereiro, antes do início da pandemia, porém mantém a tendência de recuperação gradativa desse tipo de atendimento desde maio.

Figura 1 – Índice de Variação Mensal dos Atendimentos em Pronto-Socorro que não geraram internação (fev-20 = 100)



Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de agosto de 2020.

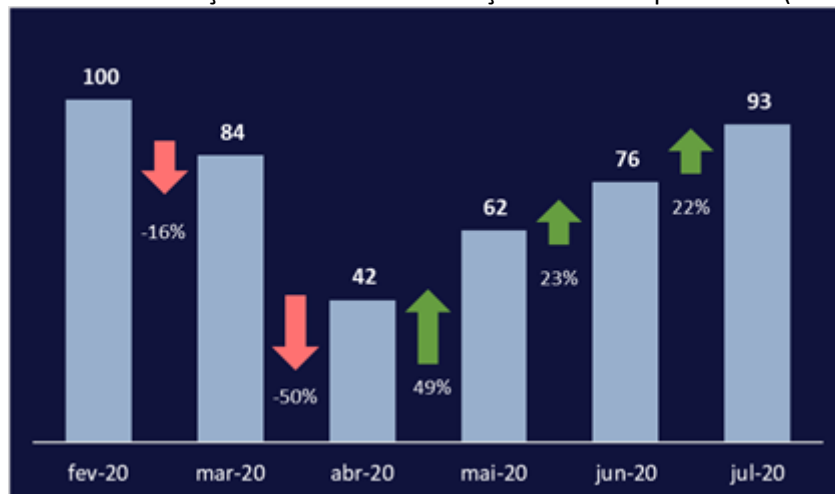
Optou-se por manter a utilização da mediana como medida central representativa do conjunto de dados nos indicadores assistenciais para evitar a influência desproporcional de valores extremos ou atípicos.

Ainda com o intuito de analisar o impacto em despesas não relacionadas diretamente ao novo Coronavírus, foram coletadas informações sobre a quantidade de autorizações emitidas para realização de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)[9] nos meses de fevereiro a julho, em 2019 e 2020, permitindo uma análise de tendência quanto à utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar.

Na comparação de autorizações emitidas em 2020 em relação ao mês anterior (Figura 2), observou-se um padrão de queda nos meses de março e abril semelhante ao comportamento de

atendimentos em pronto-socorro que não geram internações. Assim como para as consultas em pronto-socorro, observa-se uma retomada gradual de autorizações para SADT a partir de maio, com aumento em julho de 22% em relação ao mês anterior. Entretanto, o volume de autorizações SADT ainda se encontra abaixo do observado antes do início da pandemia no Brasil.

Figura 2 – Índice de Variação Mensal de Autorizações Emitidas para SADT (fev-20 = 100)

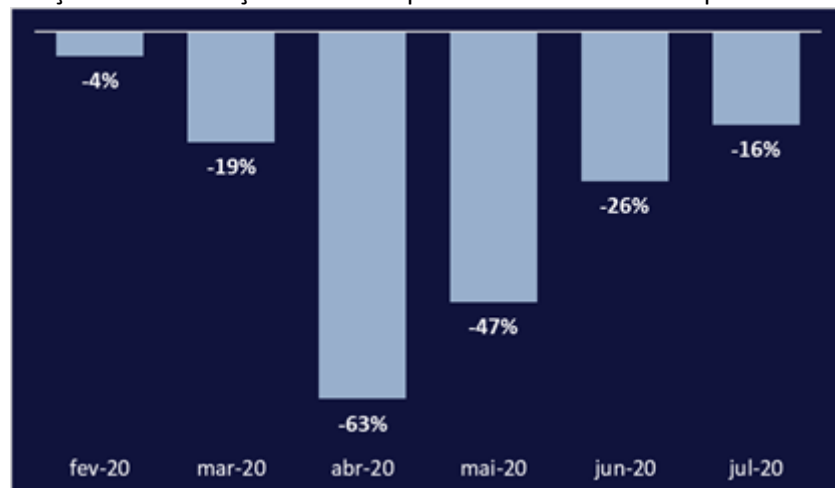


Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de agosto de 2020.

Se utilizarmos a emissão de autorizações pelas operadoras a SADTs como *proxy* para uma medida de utilização destes serviços de saúde, observamos que na comparação de autorizações emitidas em 2020 sobre o mesmo período do ano anterior, houve uma redução significativa na busca por esse tipo de atendimento. Essa queda se apresentou mais acentuada no mês de abril e vem diminuindo gradativamente desde maio. No mês de julho a redução da demanda por SADTs, em relação ao mesmo mês do ano anterior, foi de 16% (Figura 3). Cabe destacar que o comportamento da emissão de autorizações a SADTs, a partir de maio, aponta para uma retomada gradual dos serviços ambulatoriais, apesar da queda brusca observada com o início da pandemia.

Figura 3 – Evolução de Autorizações Emitidas para SADT sobre mesmo período do ano anterior

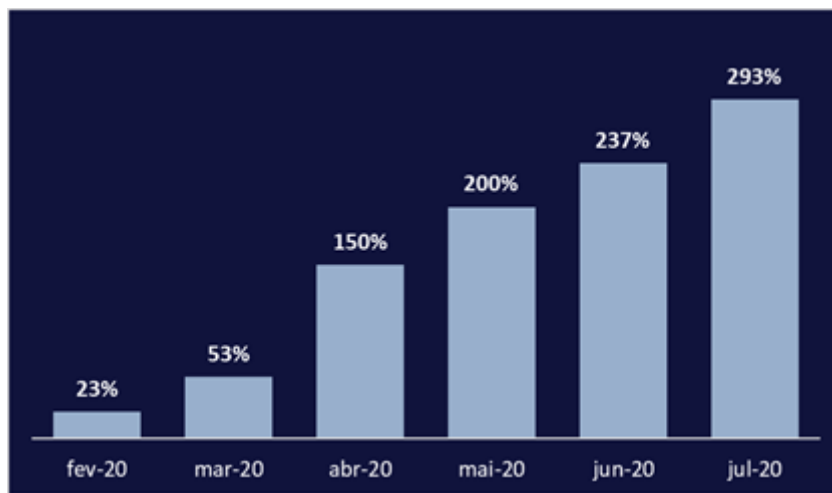


Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de agosto de 2020.

Quanto ao impacto específico da COVID-19 no setor, este pode ser observado, inicialmente, pelo indicador de hospitalizações por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRGA) [10], que mostra que a tendência de aumento significativo de casos em 2020 mantém uma tendência de crescimento em comparação ao ano anterior. (Figura 4)

Figura 4 – Evolução do número de internações por SARS sobre mesmo período do ano anterior

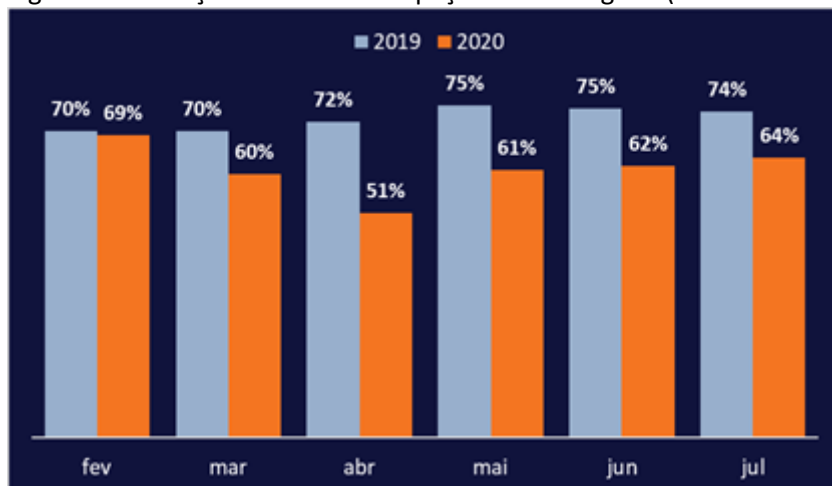


Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de agosto de 2020.

O impacto da pandemia no volume de internação pode ser observado a partir da análise dos dados hospitalares. No mês de julho, a taxa de ocupação geral de leitos (com e sem UTI)^[11] manteve-se semelhante ao mês anterior. Entretanto, destaca-se que a taxa de ocupação geral de leitos de julho de 2020 (64%) ficou abaixo da taxa de ocupação de 2019 (74%), mantendo o padrão que tem se verificado desde março (Figura 5). 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 5 – Evolução da taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI)



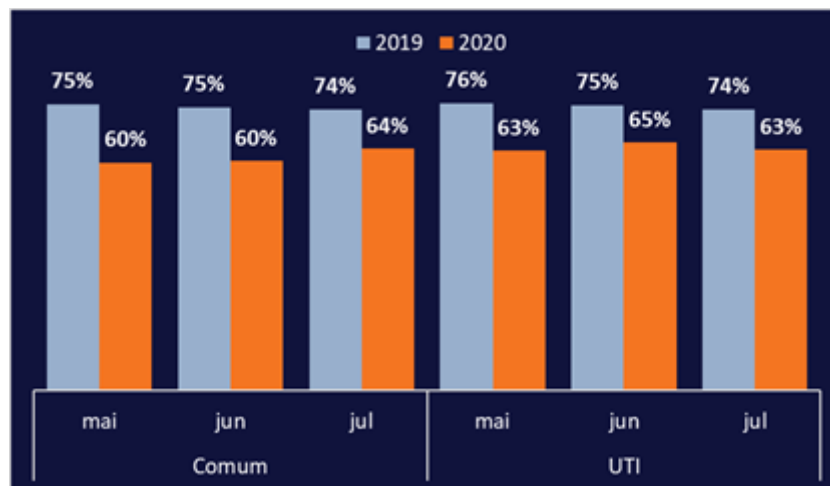
Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

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 julho de 2020, passaram a ser solicitadas às operadoras da amostra informações sobre a ocupação por tipo de leito (UTI e comum). Apurou-se que os leitos de UTI representavam 21% do total de leitos da amostra em julho de 2019 e 26% em junho de 2020. Na Figura 6 observa-se a redução na taxa de ocupação por tipo de leito (UTI ou Comum) em julho de 2020 em relação a 2019.

A taxa de ocupação de leitos de UTI em 2019 mantinha-se em linha com a taxa de ocupação de leitos comuns. Já em 2020, observou-se ligeiro aumento da taxa de ocupação de leitos de UTI em comparação aos leitos comuns nos meses de maio e junho. No entanto, em julho, houve um aumento na ocupação de leitos comuns (64%) em relação a junho de 2020, o que fez com que esse percentual voltasse a se aproximar da taxa de ocupação de leitos de UTI.

Figura 6 – Taxa de ocupação de leitos por Tipo de Leito

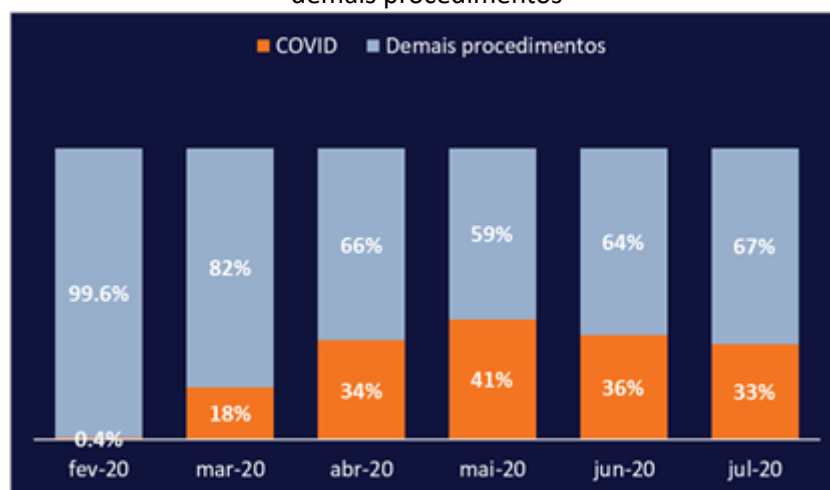


Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

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 7). Em julho, observou-se novamente uma discreta redução da proporção de leitos alocados exclusivamente para COVID-19, em comparação ao mês anterior.

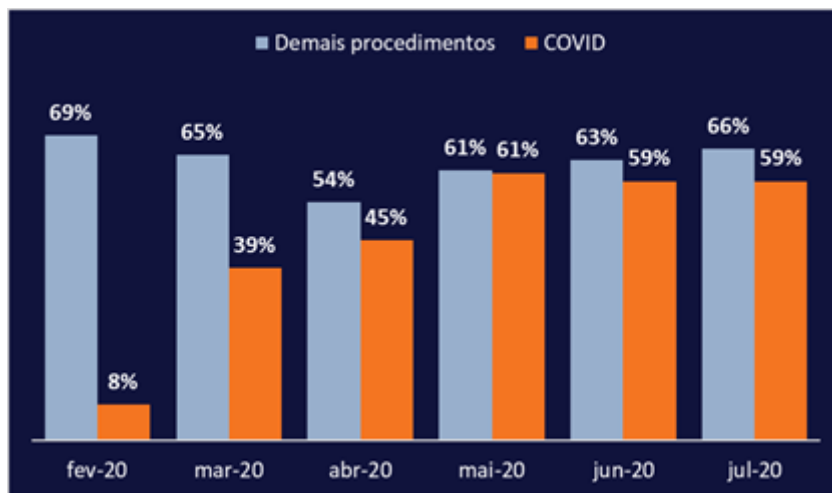
Figura 7 – Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos



Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

A ocupação destes leitos exclusivamente alocados para COVID-19 também apresentou, em julho, uma redução em relação a junho (Figura 8). A taxa de ocupação referente a demais procedimentos apresentou ligeiro aumento em julho em relação a junho, apontando para a retomada gradativa de internações não associadas à COVID-19. No entanto, conforme já destacado na Figura 5, a taxa de ocupação geral de leitos (64%) ainda se manteve abaixo dos patamares do mesmo período no ano anterior (74%).

Figura 8 – Evolução da taxa de ocupação dos leitos (comum e UTI) alocados a COVID-19 e demais procedimentos

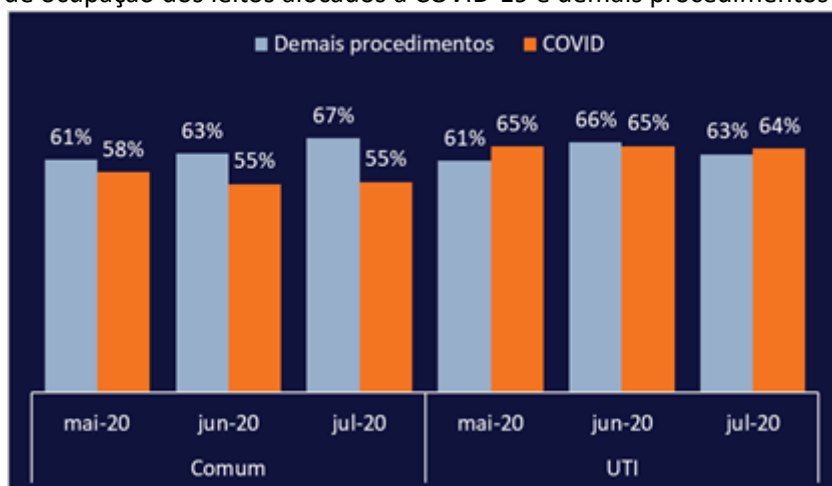


Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

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 9, é possível verificar que a taxa de ocupação dos leitos comuns alocados para COVID-19 se manteve em 55% em julho, enquanto a taxa de ocupação dos leitos de UTI para COVID-19 foi de 64%. Já nas internações relacionadas a outros procedimentos, observou-se aumento da taxa de ocupação de leitos comuns (67%) em comparação ao mês anterior (63%).

Figura 9 – Taxa de ocupação dos leitos alocados a COVID-19 e demais procedimentos por tipo de leito

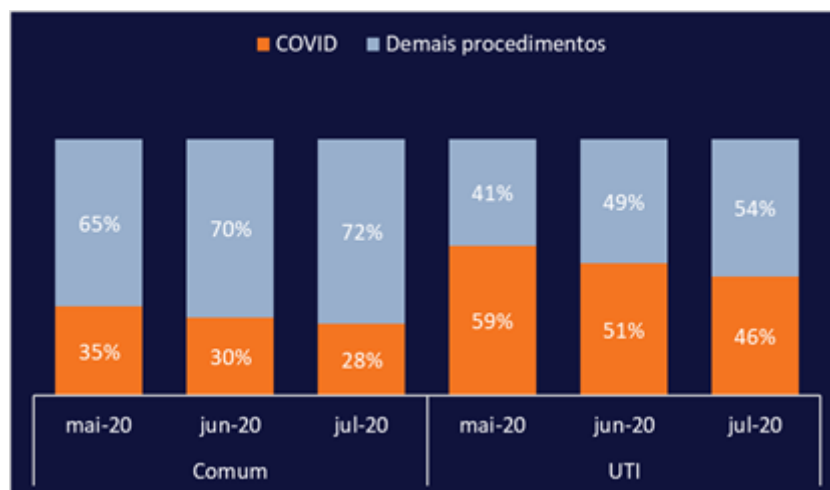


Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

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.

Importante destacar que a taxa de ocupação dos leitos de UTI para COVID-19, demonstrada na Figura 9, deve considerar, necessariamente, que a proporção de leitos de UTI exclusivamente alocados para COVID-19 sofreu redução de 51% para 46% em julho, conforme apontado na Figura 10.

Figura 10 – 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, agosto de 2020.

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 com ou sem UTI, para tratamento da COVID-19, manteve-se estável em julho em comparação com o mês anterior (Tabela 4). O valor do custo por diária da internação COVID-19 com UTI se mantém próximo ao custo de internação cirúrgica com UTI, enquanto o custo da internação COVID-19 sem UTI se posiciona entre o custo por diária da internação clínica e cirúrgica.

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

		Custo por Diária				Variação		
		Abr	Mai	Jun	Jul	Mai	Jun	Jul
Sem UTI	Cirúrgica	2,582	2,574	2,586	2,491	-0.3%	0.5%	-3.7%
	Clínica	1,457	1,392	1,376	1,437	-4.4%	-1.2%	4.4%
	COVID-19	1,611	1,802	1,768	1,748	11.9%	-1.9%	-1.1%
Com UTI	Cirúrgica	3,804	3,830	3,923	3,920	0.7%	2.4%	-0.1%
	Clínica	3,166	3,244	3,217	3,250	2.5%	-0.8%	1.0%
	COVID-19	3,713	3,830	3,786	3,955	3.1%	-1.1%	4.5%

Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de agosto de 2020.

A duração de uma internação por COVID-19 (Tabela 5) permanece mais longa que os outros tipos de internação, elevando assim o custo por internação de um paciente COVID-19 (Tabela 6).

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

		Tempo de Internação				Variação		
		Abr	Mai	Jun	Jul	Mai	Jun	Jul
Sem UTI	Cirúrgica	2.0	2.2	2.1	2.4	11.0%	-5.3%	12.6%
	Clínica	4.4	4.0	4.1	4.3	-7.3%	1.7%	4.1%
	COVID-19	5.0	5.7	5.5	5.6	13.2%	-3.8%	1.5%
Com UTI	Cirúrgica	6.0	7.2	6.0	6.7	18.8%	-16.3%	11.5%
	Clínica	7.0	7.3	7.6	7.2	4.3%	4.5%	-5.4%
	COVID-19	10.9	11.5	11.9	10.9	5.7%	3.1%	-8.3%

Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de agosto de 2020.

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

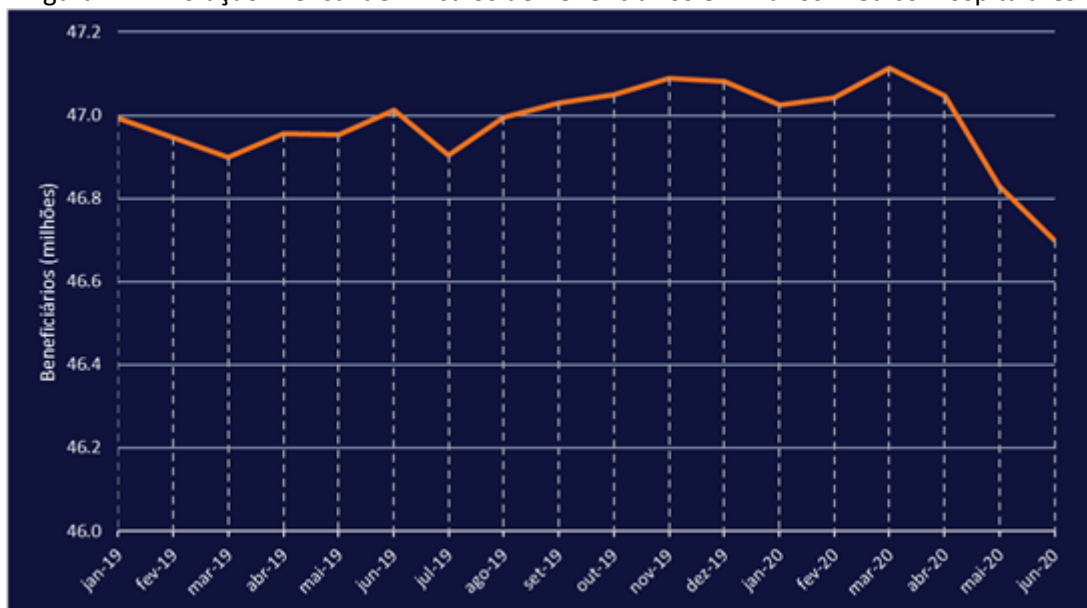
		Custo de Internação				Variação		
		Abr	Mai	Jun	Jul	Mai	Jun	Jul
Sem UTI	Cirúrgica	5,163	5,715	5,439	5,900	10.7%	-4.8%	8.5%
	Clínica	6,336	5,614	5,641	6,130	-11.4%	0.5%	8.7%
	COVID-19	8,126	10,290	9,708	9,747	26.6%	-5.7%	0.4%
Com UTI	Cirúrgica	22,954	27,464	23,540	26,225	19.6%	-14.3%	11.4%
	Clínica	22,164	23,685	24,533	23,430	6.9%	3.6%	-4.5%
	COVID-19	40,417	44,040	44,888	42,991	9.0%	1.9%	-4.2%

Fonte: ANS/RI, agosto de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de agosto de 2020.

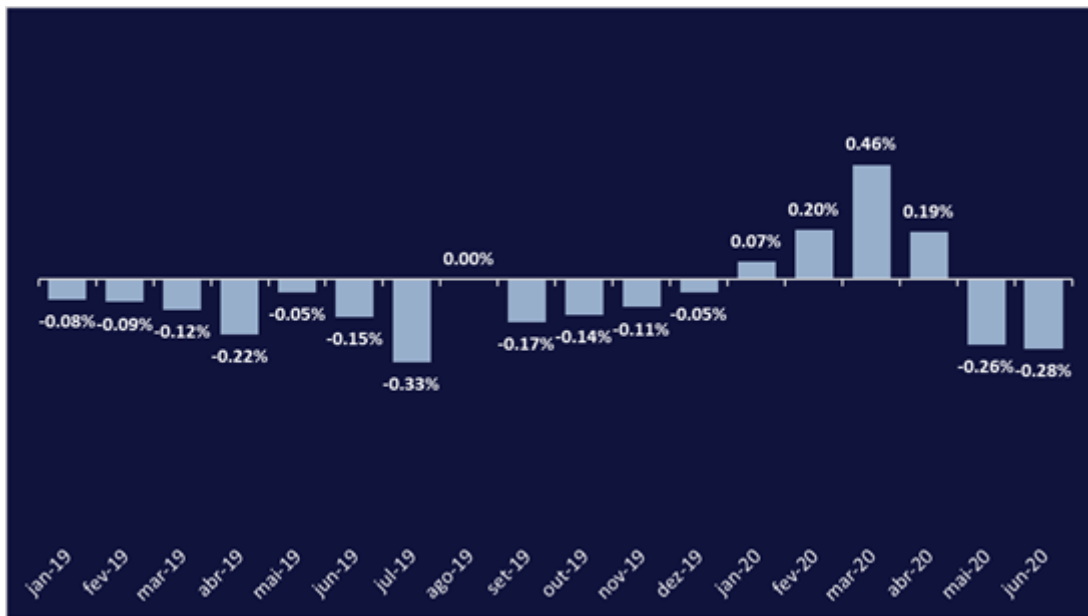
Outra informação relevante a ser monitorada, que impacta tanto em despesas assistenciais quanto na receita das operadoras, é a evolução dos vínculos ativos de beneficiários que reflete o movimento de adesões e cancelamentos de vínculos diante da pandemia. Conforme notícia divulgada no portal da ANS em 12/08/2020, houve um problema técnico em relação aos dados de beneficiários do setor referentes à competência de junho/2020. Desta forma, foi calculado, de forma manual, apenas o número total de beneficiários no mês de junho: 46.700.210 em planos de assistência médica, demonstrado na figura 11. Para as informações passadas foi mantido o histórico considerando a data-base de maio/2020. Cabe notar que os dados podem sofrer modificações retroativas por conta das revisões efetuadas pelas operadoras.

Figura 11 - Evolução Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares



Fonte: SIB/ANS, maio de 2020 e Portal ANS (<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5811-dados-do-setor-referentes-a-junho-2020>).

Figura 12 – Variação de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior



Fonte: SIB/ANS, maio de 2020 e Portal ANS (<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5811-dados-do-setor-referentes-a-junho-2020>).

3. INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

3.1. 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.

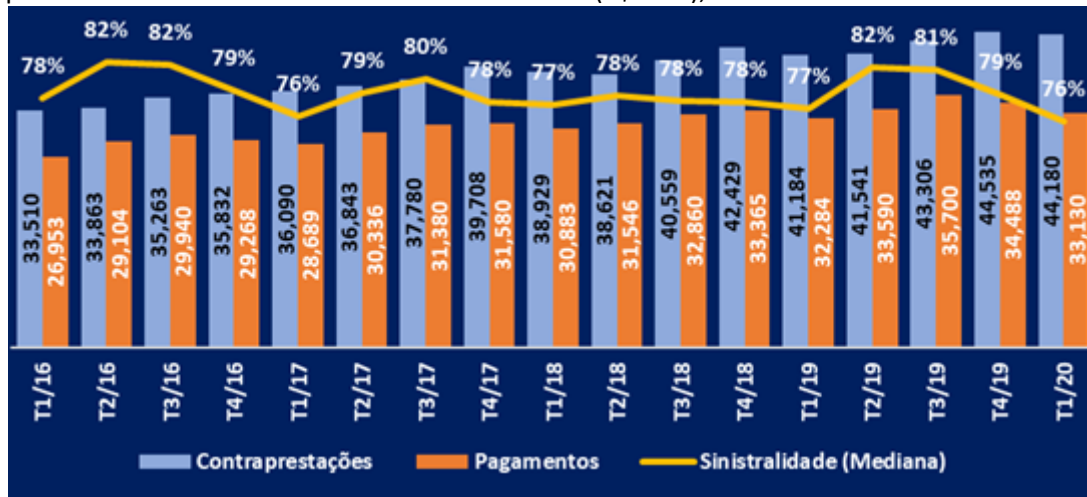
Por essa característica, necessitam de um maior trabalho de análise documental e de maior tempo para serem conciliadas na montagem das informações de balancetes contábeis. Também não existe a cultura, no mercado de saúde suplementar, de seu envio em curtos períodos: o Documento de Informações Periódicas das Operadoras (DIOPS) tem periodicidade trimestral, com envio até o 45º dia do mês subsequente ao encerramento do trimestre.

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 julho de 2020 (menor periodicidade solicitada nos Requerimentos de Informação).

Para a amostra^[12], totalizaram-se os valores dos principais fluxos de caixa operacionais^[13] (contraprestações recebidas e pagamentos a fornecedores e prestadores de serviço de saúde), apresentando-se também a evolução histórica do índice de sinistralidade média *de caixa*^[14].

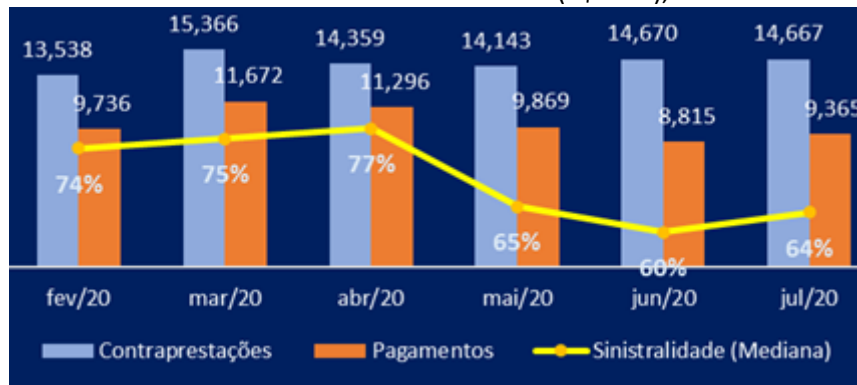
Figura 13 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados trimestrais históricos



Fonte: Dados da amostra de 100 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, até 1º Trimestre de 2020.

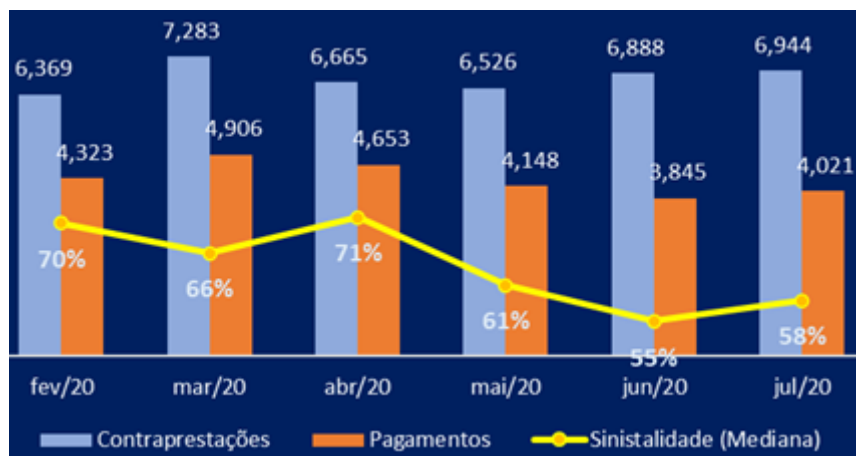
Abaixo são apresentados os mesmos valores mensais de 2020, durante os meses de início da pandemia de COVID-19. Considerando a diferença de operação e o possível impacto diferenciado, os valores das operadoras verticalizadas (com despesas concentradas em rede de hospitais própria)[15] e não verticalizadas (sem concentração de despesas em rede de hospitais própria) foram separados nos gráficos subsequentes[16]:

Figura 14 – Recebimentos de pagamentos de beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais



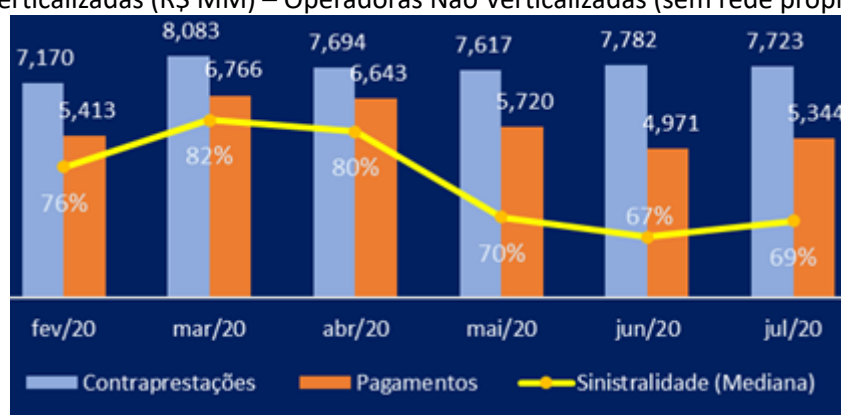
Fonte: Amostra de 100 operadoras respondentes de RI, agosto de 2020.

Figura 15 – 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 100 operadoras respondentes de RI, agosto de 2020.

Figura 16 – 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 100 operadoras respondentes de RI, agosto 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.

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 respiratória. 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[17]; hospitais, por sua vez, segundo dados da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP[18], recebem em aproximadamente 70 dias. Dessa forma, contas pagas até maio podem corresponder a eventos médicos relativos aos meses de fevereiro, março e abril 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 observados meses depois no índice de sinistralidade de caixa, como ocorrido em maio até julho. No presente estudo, os efeitos da baixa demanda por procedimentos eletivos e atendimentos de

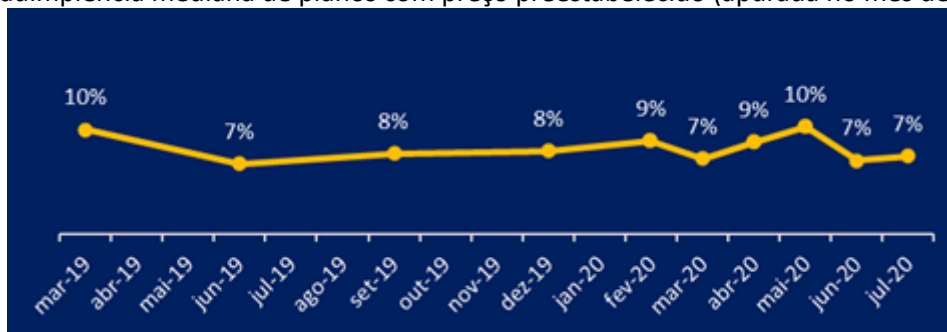
urgência refletiram-se somente em maio e a tendência de queda se manteve para junho e em julho houve uma elevação, mas ainda em patamares menores do que maio e da série histórica, este cenário pode voltar a se repetir nos fluxos de caixa dos próximos meses, caso o cenário seja mantido.

3.2. 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[19]: 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.

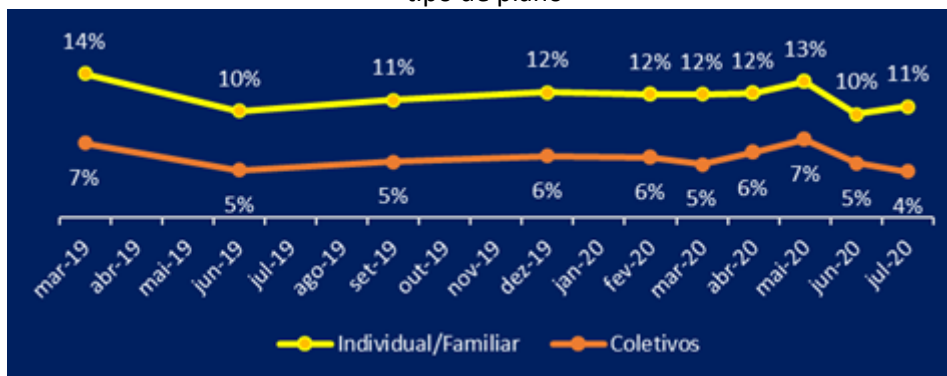
Primeiramente, a figura abaixo traz a evolução histórica do percentual mediano[20] do saldo vencido ao final do mês das contraprestações dos planos em pré-pagamento com período de cobertura durante os meses indicados:

Figura 17 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[21])



Fonte: Dados da amostra de 101 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril até julho de 2020.

Figura 18 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[22]) – Por tipo de plano



Fonte: Dados da amostra de 101 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril até julho de 2020.

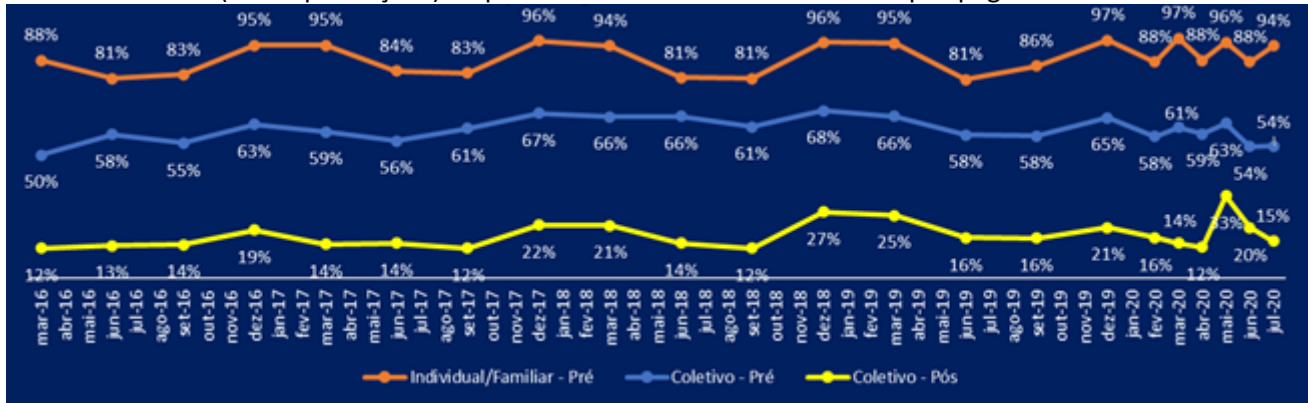
Na figura acima, para cada real de valor emitido de contraprestação para o mês indicado, uma parcela considera-se recebida, outra, ainda a vencer, e o restante, vencido (não pago) ao final do mês da cobertura. Ou seja, o saldo pode representar contraprestações vencidas em um dia ou até 30 dias.

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[23] de valores vencidos da amostra, segregados por modalidade de financiamento dos planos de saúde (classificados como “pré-estabelecidos” 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 ocorre decorrente de diferentes práticas comerciais inerentes a cada tipo de comercialização[24]:

Figura 19 – 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 101 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS até o fim de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril até julho 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 no último mês, contudo, retornou ao patamar histórico médio em junho e se manteve próximo ao nível histórico em julho.

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.

4. INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DE CONSUMIDOR

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

Figura 20 - Evolução de Reclamações em Geral (assistencial e não assistencial) - 2019 e 2020



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

Observa-se que no mês de julho de 2020, houve um acréscimo de 34,6%, em comparação ao mês anterior, e de 25,1%, em comparação a julho de 2019, quando consideramos o total de demandas de reclamação (assistencial e não assistencial).

Especificamente sobre as reclamações de natureza assistencial, observamos que o aumento no mês de julho de 2020 representou 49%, aproximadamente, em comparação ao mês anterior, e de 31,6%, em comparação a julho de 2019. As demandas assistenciais representam 69% e 65% do total geral de demandas em 2019 e 2020, respectivamente.

Figura 21 - Evolução de Reclamações Assistenciais em 2019 e 2020



Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a julho 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 que reclamações dessa natureza têm relação direta com a procura dos beneficiários por atendimento.

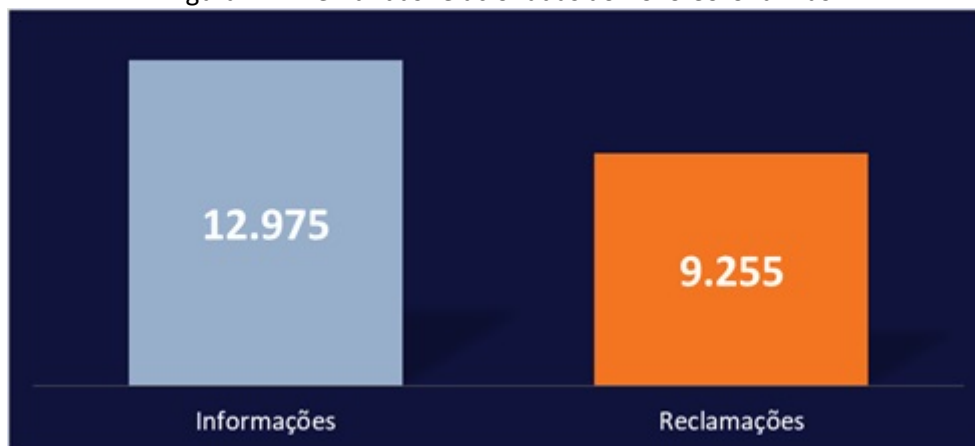
Nesse mês de julho, assim como no mês de junho, o aumento no número de reclamações assistenciais cadastradas na ANS está alicerçado em muitos fatores. Dentre estes, destacam-se a retomada gradual no número de solicitações de internações e demais autorizações não relacionadas à COVID-19, como detalhado nessa Nota Técnica, na seção de Informações Assistenciais, bem como as solicitações dos exames de diagnóstico da Covid-19, sobretudo após a inclusão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde do procedimento SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM (com diretriz de utilização), em 29/06/2020.

Sobre o primeiro destaque, devemos mencionar novamente o restabelecimento dos prazos máximos de atendimento previstos na Resolução Normativa nº 259, a partir do dia 10/06/2020, aliado à necessidade dos beneficiários de dar continuidade aos tratamentos de saúde não urgentes, além de realizar exames e consultas de rotina que, de certa forma, foram adiados nos primeiros meses da pandemia.

Em relação ao exame diagnóstico SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM (com diretriz de utilização), é importante esclarecer que ele foi incluído no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no penúltimo dia de junho, atendendo a decisão judicial relativa à Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300. Contudo, embora a Agência tenha cumprido a decisão, recorreu com base no risco que uma incorporação sem a devida análise criteriosa poderia causar para os consumidores. Com a decisão proferida pelo Tribunal Regional Federal da 5ª Região, reconhecendo os argumentos da ANS, a Agência suspendeu, em 17/07/2020, os efeitos da Resolução Normativa - RN nº 458/2020, a qual regulamentava a cobertura obrigatória e a utilização do referido exame e deu continuidade as análises sobre o tema. Em 24/07/2020, a ANS realizou a Audiência Pública nº 16, promovendo o debate aberto a toda a sociedade acerca da necessidade de inclusão dos testes sorológicos que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo, após exposição ao Coronavírus, ampliando assim a discussão e recebendo contribuições. Em 13/08/2020, a ANS, após concluir a análise técnica sobre a matéria, decidiu incorporar de forma extraordinária o procedimento SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19) - Pesquisa de anticorpos IgG ou anticorpos totais (com Diretriz de Utilização), através da publicação da Resolução normativa nº 460, no Diário Oficial da União, em 14/08/2020.[\[25\]](#)

No período de março a julho de 2020, a ANS recebeu 9.255 reclamações relacionadas ao novo Coronavírus e 12.975 solicitações de informação também relacionada a esse tema, como pode ser acompanhado pelo monitoramento diário dos dados relacionados aos casos da doença no Brasil e das demandas registradas nos canais de atendimento da Agência.[\[26\]](#)

Figura 22 - Demandas relacionadas ao novo Coronavírus

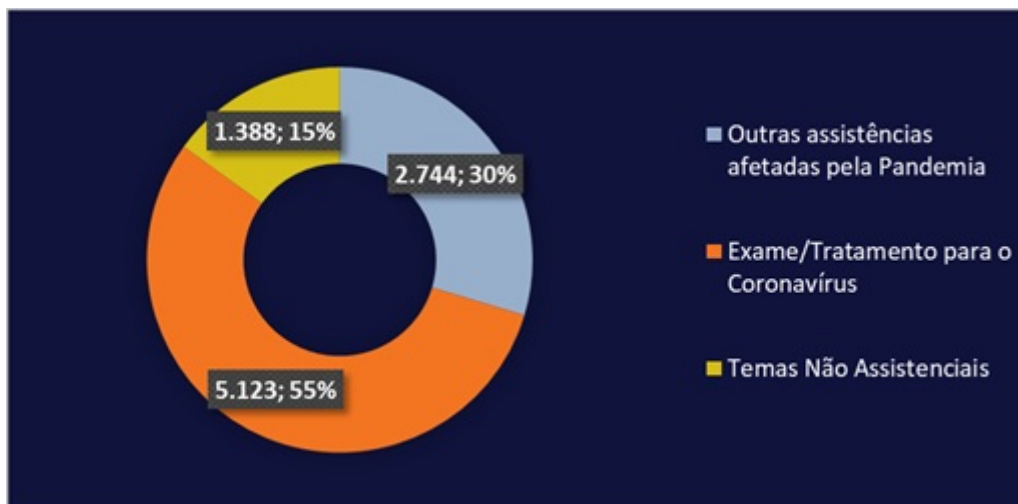


Fonte: SIF-Consulta, de março a julho de 2020

Uma das análises realizadas para o monitoramento envolve a classificação das demandas de reclamação dos consumidores relacionadas à COVID-19 em oito categorias, divididas em três domínios, para melhor compreensão dos questionamentos apresentados.

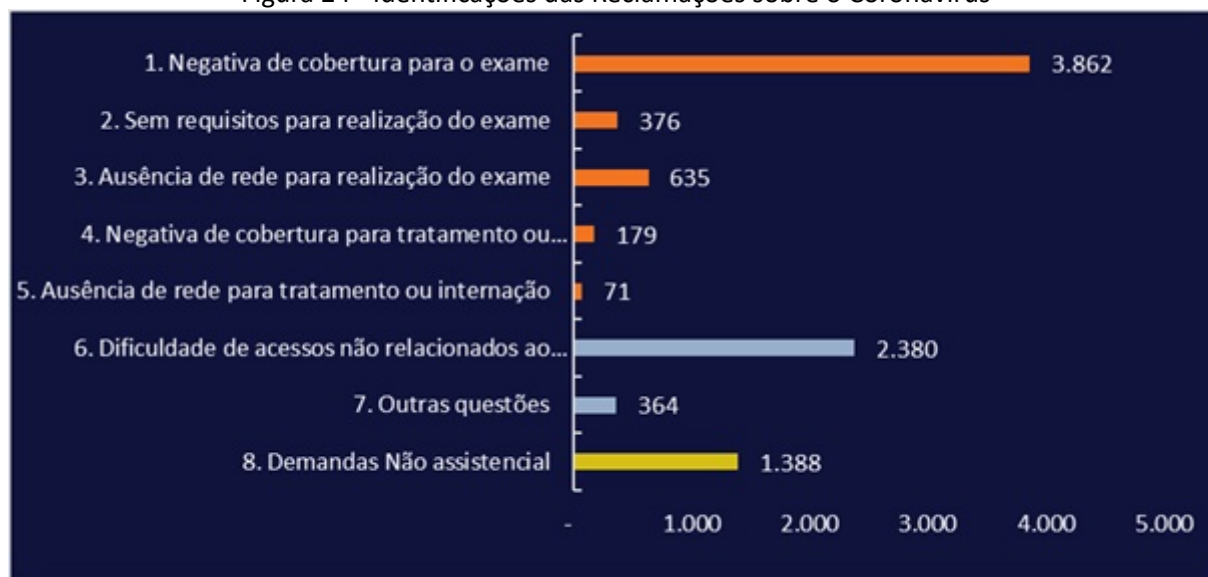
Importante esclarecer, como já citado nas Notas Técnicas anteriores, a metodologia utilizada para a classificação das demandas relacionadas à pandemia do novo Coronavírus utilizou-se marcadores específicos relativos à COVID-19[\[27\]](#), tendo como base os relatos dos consumidores; ao cadastrar suas demandas na ANS, e não possuem qualquer análise de mérito sobre eventual infração da Operadora de Planos de Saúde ou da Administradora de Benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos e/ou aos termos contratuais.

Figura 23 - Demandas de Reclamação relacionadas ao novo Coronavírus



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

Figura 24 - Identificações das Reclamações sobre o Coronavírus



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

Da leitura das figuras acima, é possível observar que as reclamações de cobertura sobre Exame/Tratamento para a COVID-19, representaram o maior volume no período de análise (demandas de reclamação relacionadas à pandemia do novo Coronavírus, cadastradas entre 05/03 e 31/07/2020), seguida das reclamações sobre cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionada à COVID-19, mas que de alguma forma foram impactadas pela pandemia.

Ressalta-se que as reclamações relacionadas aos exames para a detecção do COVID-19 representaram 6,7% no mês de maio, 9,2% no mês de junho e 18,2% no mês de julho de 2020, do total de reclamações (assistenciais e não assistenciais) nesses meses.

Na figura a seguir, destaca-se a evolução das demandas de reclamação para Exame/Tratamento sobre o novo Coronavírus. Observa-se um crescente aumento no decorrer das quinzenas, sendo o *pico* da curva na 1ª quinzena de julho, período o qual vigorou a RN 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.

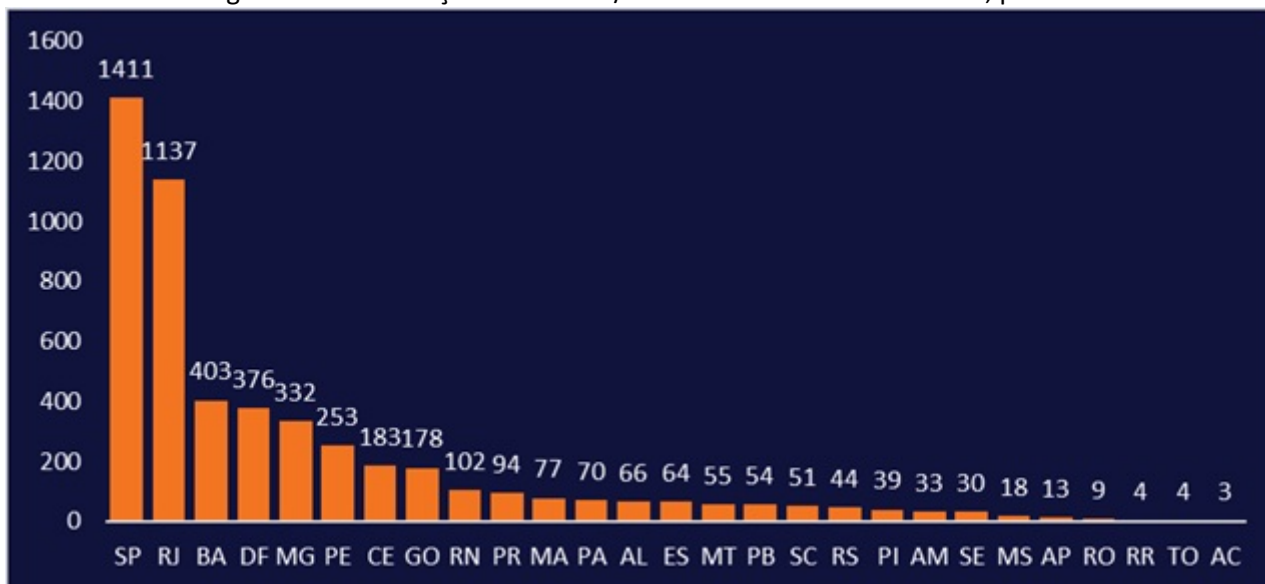
Figura 25 - Evolução de Reclamações de Exame/Tratamento sobre Coronavírus



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

A figura 26 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 de São Paulo e do Rio de Janeiro são os destaques em quantidade de reclamações e são os maiores em números de beneficiários da Saúde Suplementar. Contudo, também são os maiores em concentração de beneficiários da Saúde Suplementar.

Figura 26 - Reclamações de Exame/Tratamento sobre Coronavírus, por UF



Fonte: SIF-Consulta, de março a julho 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_{Covid} = 3, significa que em um mês ocorreram 3 reclamações para cada 100.000 beneficiários de uma determinada UF.

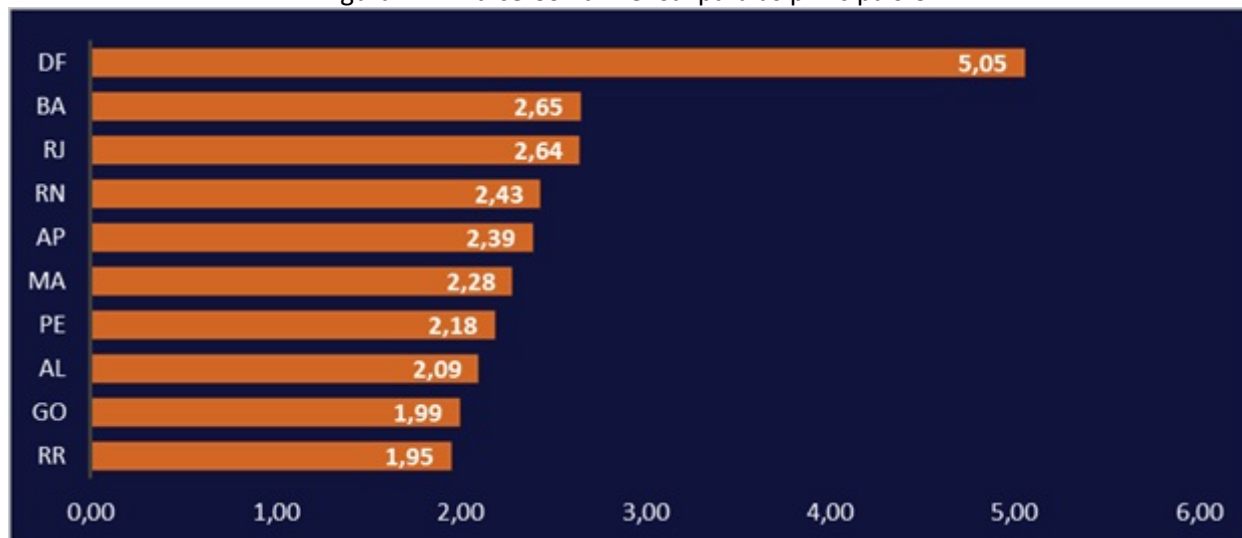
O Índice_{Covid} é demonstrado pela fórmula a seguir:

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

$$I_{Covid} = \frac{\text{Quantidade de Reclamações sobre Coronavírus}}{\text{Média de Beneficiários no Período} \times \text{Quant. de meses no Período}} \times 100.000$$

Sobre os resultados encontrados, tem-se em números relativos, ponderados pelo quantitativo de beneficiários por UF, o Distrito Federal aparece em primeiro lugar com 5,05 demandas ao mês, seguido por Bahia, com 2,65, e Rio de Janeiro com 2,64, conforme mostrado na Figura 27.

Figura 27 - Índice Covid Mensal para as principais UF



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

5. REUNIÕES REALIZADAS COM OPERADORAS DE PEQUENO E MÉDIO PORTES

Entre os dias 10 e 14 de agosto, a ANS promoveu a 2ª edição dos encontros regionais com operadoras de planos de saúde de pequeno e médio porte[28]. A iniciativa faz parte do monitoramento que a Agência vem fazendo junto ao setor durante a pandemia de Covid-19, visando subsidiar a análise qualificada da Agência Reguladora, bem como prestar informações relevantes à sociedade. Todas as operadoras de pequeno e médio porte foram convidadas a participar das reuniões, sendo divididas por região de atuação. Durante as reuniões, a ANS questionou as operadoras sobre os aspectos econômico-financeiros (inadimplência, sinistralidade, fluxo de caixa) e os aspectos assistenciais (dados de utilização, autorizações, hospitalização, telemedicina e ações de coordenação do cuidado). Além disso, foi dada oportunidade de fala a todas as operadoras presentes, sendo que 72 contribuíram apresentando informações sobre os impactos da pandemia na sua operação.

Tabela 7 – Número de operadoras convidadas, de operadoras que apresentaram informações e de participantes externos à ANS, por região

Região	Data	OPS de Pequeno e Médio Porte	OPS que apresentaram informações	Participantes externos à ANS
Norte, Nordeste e Centro-Oeste	10/08/2020	25 do Norte, 50 do Centro-Oeste e 73 do Nordeste	14	34
Sul	11/08/2020	120	17	41
Sudeste 1	12/08/2020	196	24	62
Sudeste 2	14/08/2020	196	17	44

Fonte: Elaboração interna.

De modo geral, as operadoras relataram ter observado queda na realização de consultas, procedimentos eletivos e de exames ambulatoriais a partir do início da pandemia. Por exemplo, das

operadoras que abordaram claramente a questão, todas afirmaram ter observado essa redução de procedimentos eletivos na utilização dos serviços de saúde em geral em algum período durante a pandemia. Algumas operadoras referiram legislações regionais que proibiram a realização de procedimentos eletivos, como em Porto Velho e no Paraná. Tal fato também contribuiu para a queda nas taxas de sinistralidade ao longo do mesmo período, relatado por 93% das operadoras que se manifestaram nas reuniões sobre o tema[29]. Algumas operadoras mencionaram aumento de procura por exames laboratoriais e internações relacionadas ao Covid-19, embora tenha havido diminuição das despesas com os demais procedimentos eletivos. Muitas operadoras reportaram que já observaram recentemente retorno gradual da demanda, que, no entanto, continua abaixo da média histórica e do observado no período anterior ao início da pandemia.

Como resultado da queda da demanda por procedimentos eletivos e redução da sinistralidade, 62% das operadoras mencionaram o fluxo de caixa em situação melhor que nos níveis pré-pandemia, e, o restante, situação de fluxo de caixa inalterado[30].

Uma parcela das operadoras relatou temer salto na sinistralidade com a retomada dos procedimentos eletivos acumulados nesses meses de isolamento social. Nesse sentido, destaca-se que algumas operadoras também ressaltaram a importância de aproveitar a sinistralidade em queda e o fluxo de caixa em situação favorável para reter recursos para suportar qualquer eventual demanda reprimida. Certas operadoras também relataram ter aproveitado o período de baixa demanda assistencial para reorganização interna de processos.

A maioria das operadoras (65%) relatou não observar alteração na taxa de inadimplência, enquanto 19% afirmou que houve piora nesse indicador.[31] De um modo geral, o perfil da carteira de beneficiários e as atividades econômicas principais da região influenciam o impacto da pandemia na inadimplência. Algumas operadoras citaram perfis diferenciados nos índices de inadimplência para contratos com pessoas físicas ou com pessoas jurídicas. Grande parte das operadoras afirmou ter negociado com os contratantes de planos de saúde, recorrendo a prorrogação de pagamento, parcelamentos, suspensão de reajuste e aceitação de pagamentos via cartão de crédito, tudo visando a retenção de clientes. Porém, certas operadoras ressaltaram ainda ter observado não só não ter perdido clientes, como também claro aumento da demanda por novos contratos de planos de saúde, em cenário de busca pelas melhores condições de cuidados para familiares e empregados das empresas.

Ainda em relação aos custos assistenciais, algumas operadoras observaram também uma maior celeridade na apresentação das contas de procedimentos já realizados por parte dos prestadores. Houve, ainda, exemplos de operadoras que investiram na ampliação do número de leitos para tratamento do Covid-19.

No total, 54% das operadoras reportaram ações de coordenação de cuidado tomadas. Interessante notar que a maioria dessas operadoras manifestou oferecer aos seus beneficiários em isolamento social, como alternativa às consultas presenciais, o uso da telemedicina para ao menos algumas das especialidades cobertas. Em geral, a percepção foi de avanço acelerado na adoção dessa modalidade de atendimento no setor, em consequência da pandemia.

Observou-se um destaque para a atenção à saúde mental durante a pandemia por diversas operadoras, que relataram experiências bastante exitosas com atendimentos de psicologia e psiquiatria, uma vez que houve aumento significativo na procura por esse tipo de atendimento em decorrência do atual cenário. Algumas criaram canais específicos para telessaúde direcionados ao Covid-19, enquanto outras informaram que vêm realizando uma busca ativa para acompanhamento dos beneficiários, fazendo assim a gestão de pacientes crônicos, idosos e seus familiares, também integrando a linha de cuidado da saúde mental. Outras operadoras relataram que beneficiários que solicitam autorização para exames de detecção do Covid-19 recebem acompanhamento especial, com equipe fazendo contato para monitoramento da situação clínica. Por fim, algumas investiram em plataformas específicas para isso, e outras criaram canais de atendimento.

Logo, a estratégia de ouvir as operadoras para as quais não foram enviados as Requisições de Informação (RI) fortaleceu o acesso às informações durante a pandemia de forma célere, ouvindo a pluralidade de agentes envolvidos em todo o território nacional. Ademais, a ANS entendeu ser necessário manter o acompanhamento de perto do impacto da Covid-19 em operadoras localizadas no interior do

País ou demais regiões onde a curva de contaminação ainda se encontra ascendente. Além da conhecida heterogeneidade de portes, modalidades, tipo societário e modelo de negócios das operadoras, os relatos também possibilitaram auscultar acerca das distintas realidades do Covid-19 em diferentes regiões geográficas.

Por fim, com as reuniões, pode-se perceber que a mesma tendência verificada por dados de operadoras de grande porte via RIs se repetiu, em grande parte, na demais operadoras ouvidas pela 2a edição do encontro. Por exemplo, relatos de queda da sinistralidade, melhoria do fluxo de caixa e taxas relativamente controladas de inadimplência foram frequentes, bem como de uma retomada gradual nos últimos meses aos valores pré-pandemia, porém ainda aquém do patamar histórico.

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.

[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, 1 operadora foi incorporada restando 108 operadoras. Deste total, 53 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 51 operadoras que responderam à RI DIPRO agosto de 2020 (dados de junho de 2020), até a data de elaboração da presente Nota.

[5] Foram utilizadas as informações do sistema SIB/ANS referente à data-base de maio de 2020 devido à indisponibilidade dos números atualizados (vide <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5811-dados-do-setor-referentes-a-junho-2020>).

[6] 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.

[7] 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.

[8] 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.

[9] 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.

[10] 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. Para o ano de 2020, também foram incluídos os códigos B34.2 e B97.2, específicos para Infecção por Coronavírus.

[11] 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.

[12] Das 109 operadoras, 100 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 9 operadoras desconsideradas.

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

[14] 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.

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

[16] 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.

[17] Segundo dados da publicação Prisma/ANS.

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

[19] Das 109 operadoras selecionadas na amostra, 101 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 8 operadoras desconsideradas.

[20] 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.

[21] Foram desconsiderados diversos registros mapeados como preenchimento inadequado. Considerou-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] Foram desconsiderados diversos registros mapeados como preenchimento inadequado. Considerou-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.

[23] 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.

[24] Dados trimestral até final de 2019 e março de 2020 (formato padrão do DIOPS), e mensais para fevereiro, abril e maio de 2020 (maior granularidade solicitada nas RIs).

[25] <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sociedade/5726-audiencia-publica-debate-inclusao-dos-testes-sorologicos-no-rol-de-coberturas-dos-planos-de-saude>

[26] <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>

[27] 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)

[28] Acesse os vídeos das reuniões no link: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/5753-ans-realiza-a-2-edicao-dos-encontros-regionais-com-pequenas-e-medias-operadoras-sobre-os-impactos-da-covid-19>

[29] 72 operadoras se manifestaram durante a reunião. Destas, 9 não abordaram o tema na sua colocação e 7 foram imprecisas, tendo sido desconsideradas para cálculo do percentual.

[30] 72 operadoras se manifestaram durante a reunião. Destas, 38 não abordaram o tema na sua colocação, tendo sido desconsideradas para cálculo do percentual.

[31] 72 operadoras se manifestaram durante a reunião. Destas, 15 não abordaram o tema na sua colocação e 5 foi imprecisa, tendo sido desconsideradas para cálculo do percentual.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Nota Técnica nº 10/2020/DIOPE E DIPRO (SEI nº 16982478) - Relatório COVID-19 de maio de 2020

Nota Técnica nº 11/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 17168604) - Relatório COVID-19 de junho de 2020

Nota Técnica nº 12/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 17469545) - Relatório COVID-19 de julho de 2020

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Thiago Barata Duarte, Assessor(a)**, em 17/08/2020, às 16:09, 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 17/08/2020, às 16:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/08/2020, às 16:28, 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 17/08/2020, às 16:28, 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 17/08/2020, às 16:31, 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 17/08/2020, às 16:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/08/2020, às 16:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **WILSON MARQUES VIEIRA JUNIOR, Gerente de Direção Técnica**, em 17/08/2020, às 16:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **SANYA FRANCO RUELA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/08/2020, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Mauricio Nunes da Silva, Diretor(a) de Fiscalização (Substituto)**, em 17/08/2020, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Gislaine Afonso de Souza, Coordenador(a) de Plano de Recuperação Assistencial**, em 17/08/2020, às 16:49, 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 17/08/2020, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 17/08/2020, às 17:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 17/08/2020, às 18:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/08/2020, às 19:26, 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 18/08/2020, às 11:14, 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 18/08/2020, às 11:48, 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 **17711979** e o código CRC **E9928A6D**.



Referência: Processo nº 33910.013199/2020-84

SEI nº 17711979