



PROCESSO Nº: 33910.013199/2020-84

NOTA TÉCNICA Nº 19/2020/DIOPE

Interessado: DIDES; DIOPE; DIPRO; DIFIS

Assunto: Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar: Informações Assistenciais, Financeiras e de Demandas de Consumidor das Operadoras de Planos de Saúde – Dezembro de 2020

1. INTRODUÇÃO

A presente Nota Técnica tem por finalidade atualizar o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar, objeto da Nota Técnica nº 18/2020/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO, elaborado a partir da coleta de dados junto ao setor referentes ao mês de outubro 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 108 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 10/12/2020, 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 108 operadoras que foram alvo das Requisições de Informações, 52 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 novembro/20. Foram promovidos pequenos ajustes nos dados constantes na Nota Técnica nº 18/2020/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI 18679260), mediante recebimento de dados referentes às RIs de novembro 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 nos dados da sala de situação referentes a outubro 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	37	14,1%	18.793.738	14.685.794	78%
Cooperativa Médica	278	53	19,1%	17.345.913	12.297.169	71%
Seguradora	9	5	55,6%	6.047.246	5.996.939	99%
Autogestão	157	9	5,7%	4.249.489	1.941.649	46%
Filantropia	34	2	5,9%	924.435	311.408	34%
Total	741	106	14,3%	47.360.821	35.232.959	74%

Fonte: SIB/ANS, de novembro de 2020 e ANS/RI, dezembro de 2020.

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

Época de contratação	Tipo de Contratação	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Novo	Coletivo Empresarial	30.739.720	24.161.337	79%
	Individual ou familiar	8.049.215	5.497.262	68%
	Coletivo por adesão	5.207.506	3.509.837	67%
	ND	671	219	33%
Novo Total		43.997.112	33.168.655	75%
Antigo	Coletivo Empresarial	1.245.243	855.863	69%
	Individual ou familiar	1.074.560	456.262	42%
	Coletivo por adesão	963.658	734.126	76%
	ND	80.248	18.053	22%
Antigo Total		3.363.709	2.064.304	61%
Total		47.360.821	35.232.959	74%

Fonte: SIB/ANS, de novembro de 2020 e ANS/RI, dezembro de 2020.

Tabela 3 – Proporção de idosos da Amostra

Faixa Etária	Beneficiários	Distribuição %	Beneficiários das Respondentes	Distribuição %
Não-idoso	40.579.530	86%	30.432.849	86%
Idoso	6.780.812	14%	4.800.000	14%
ND	479	0%	110	0%
Total	47.360.821	100%	35.232.959	100%

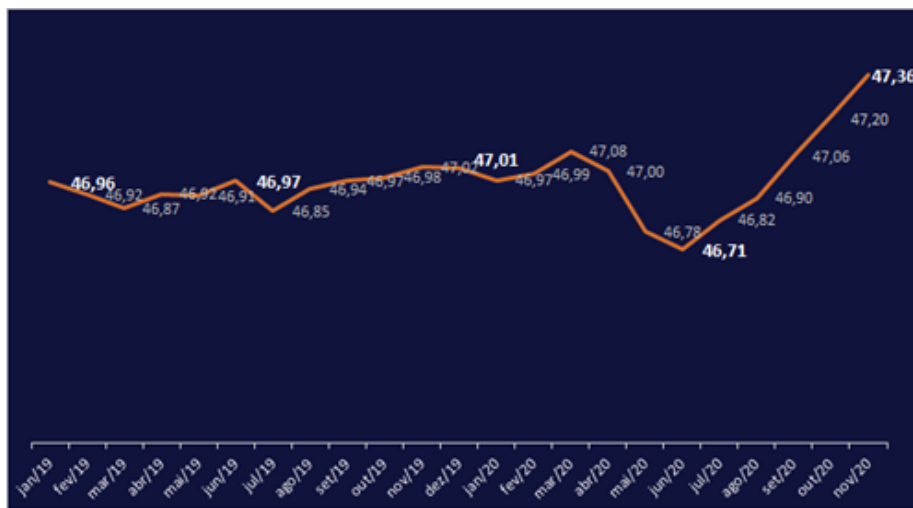
Fonte: SIB/ANS, novembro de 2020 e ANS/RI, dezembro de 2020.

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 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 novembro/2020. Importante destacar que a publicação final do mês de novembro, a qual é divulgada na sala de situação da ANS com mais detalhes acerca dos vínculos, ocorrerá em 05 de janeiro, conforme calendário do SIB. A taxa de crescimento de beneficiários de assistência médica teve um aumento de 0,3% na prévia de novembro/2020 em comparação com mês anterior, consolidando o crescimento iniciado no mês de julho.

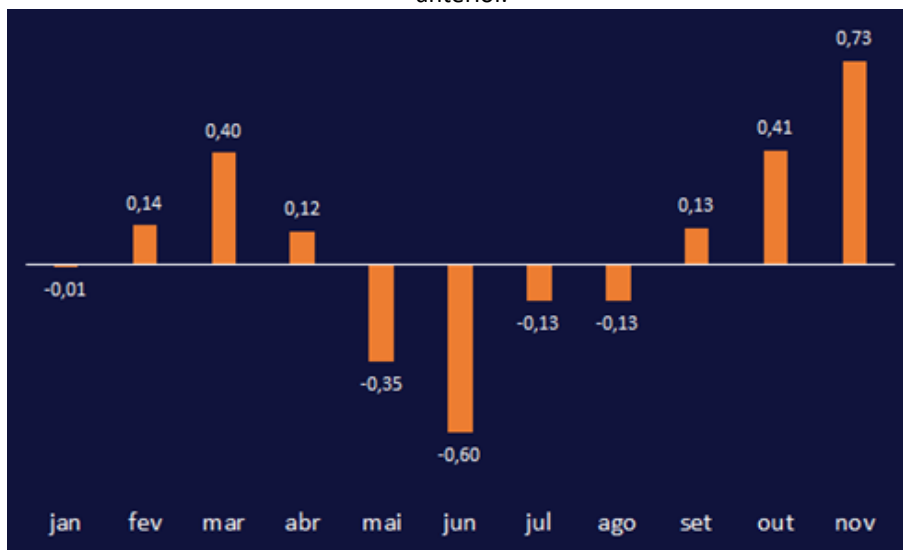
Figura 1 – Evolução mensal do vínculo de beneficiários em planos médico-hospitalares



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

Na comparação com 2019, a taxa de crescimento continua positiva em novembro (0,73%), conforme a Figura 2.

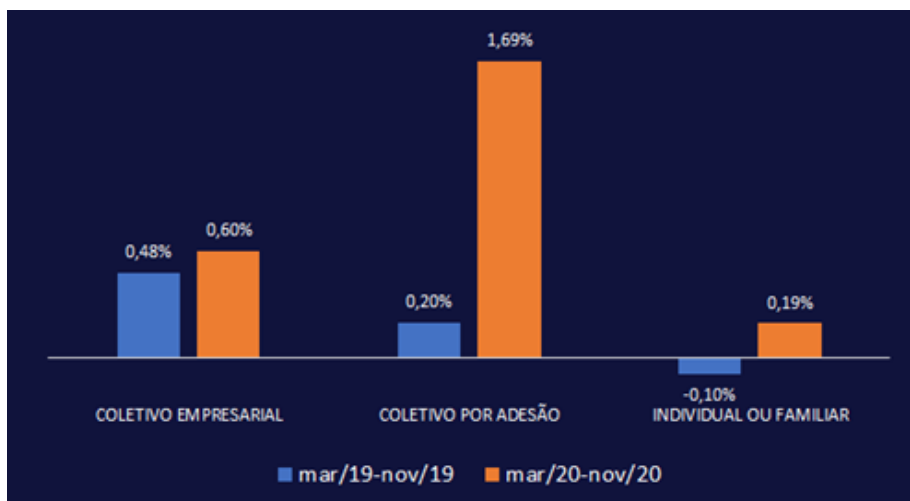
Figura 2 - Variação Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior.



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

Analisando a taxa de crescimento de vínculos de beneficiários em planos médico-hospitalares segundo o tipo de contratação do plano, observa-se que, no período de março a novembro/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. Destaca-se também o crescimento dos planos coletivos por adesão com uma taxa de 1,69%, ainda maior do que a taxa do mês passado (1,40%).

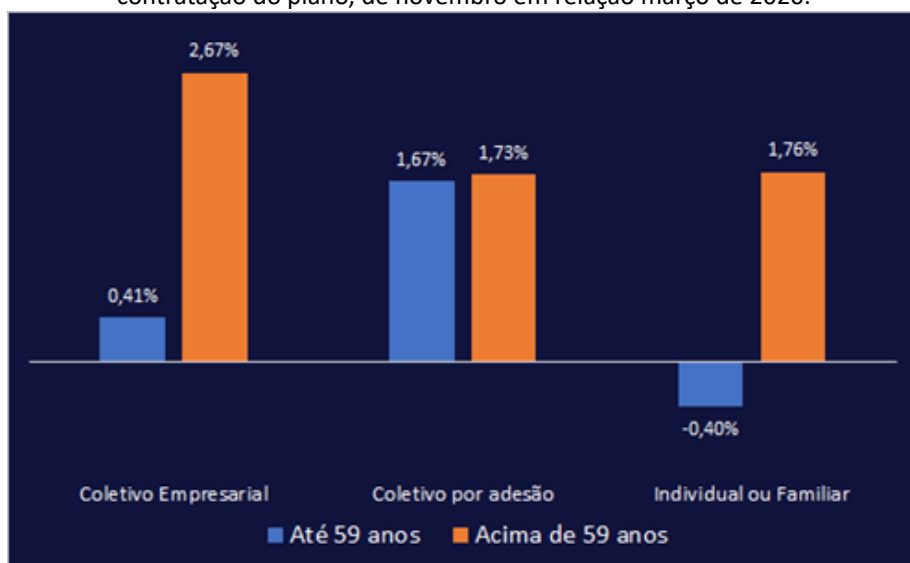
Figura 3 – Taxa de crescimento no número de beneficiários em planos médico-hospitalares, por tipo de contratação do plano, de novembro em relação março para os anos de 2019 e 2020.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de novembro/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 novembro/20, a taxa de crescimento do número de beneficiários idosos (acima de 59 anos) se mantém positiva em todos os tipos de contratações, sendo ainda maior do que as taxas observadas em outubro. Já no caso dos beneficiários da faixa etária até 59 anos, a taxa de crescimento foi negativa somente nos planos de contratação individual ou familiar (-0,40%). Esse resultado é condizente com a conjuntura de pandemia, na qual a população mais vulnerável se esforça para preservar ou ampliar a cobertura assistencial, bem como de crise econômica e desemprego, que prejudica mais a população em idade ativa do que os aposentados.

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



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de novembro/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 da amostra selecionada para o presente estudo. Os quadros a seguir reúnem informações das 52 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 52 operadoras respondentes em dezembro totalizavam 15.092 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].

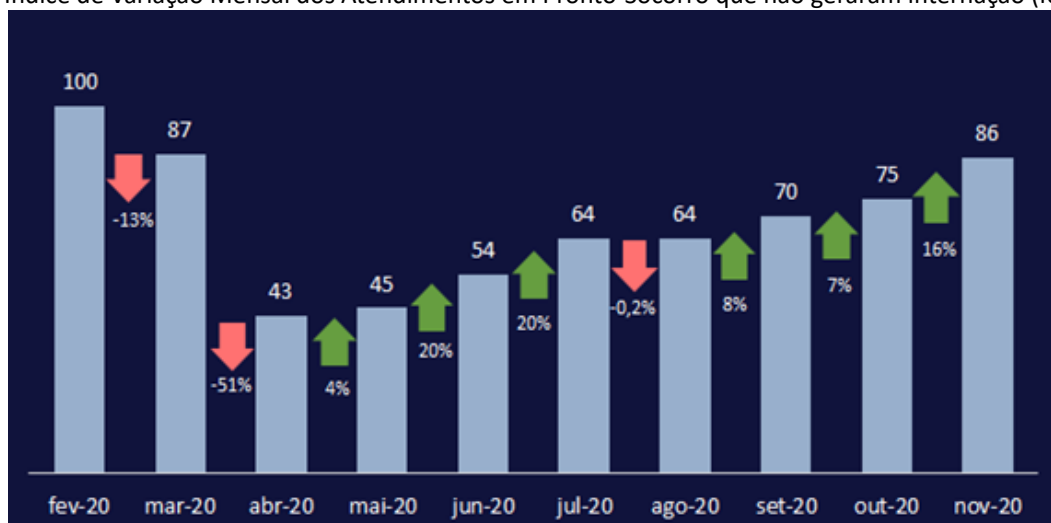
Ressalte-se, adicionalmente, que a partir de maio de 2020, a ANS passou a solicitar informações sobre autorizações emitidas pelas operadoras com rede própria da amostra para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) em toda sua rede credenciada a fim de apresentar indicações de tendências sobre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

Conforme já mencionado, pode haver pequenas alterações nos dados da presente nota em comparação àqueles constantes na Nota Técnica nº 18 (SEI nº18679260), devido à incorporação das informações referentes às RIs de novembro de 2020 (dados de outubro 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 pico da queda em abril/2020. A partir de maio/2020, o indicador vem apresentando retomada lenta e gradual, tendo apresentado em novembro/2020 um aumento de 16% em relação ao mês anterior (Figura 5). Mesmo assim, observa-se que a procura por atendimentos em pronto socorro não retornou ao patamar observado antes do início da pandemia, o que pode apontar para uma possível mudança de comportamento dos beneficiários de planos de saúde, ou da organização das operadoras, durante a pandemia, no que diz respeito à forma de acesso aos serviços de saúde para condições sensíveis à atenção primária. Outro fator que pode estar diretamente ligado à redução desse tipo de atendimento é a utilização da telessaúde na saúde suplementar, facilitando o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde.

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



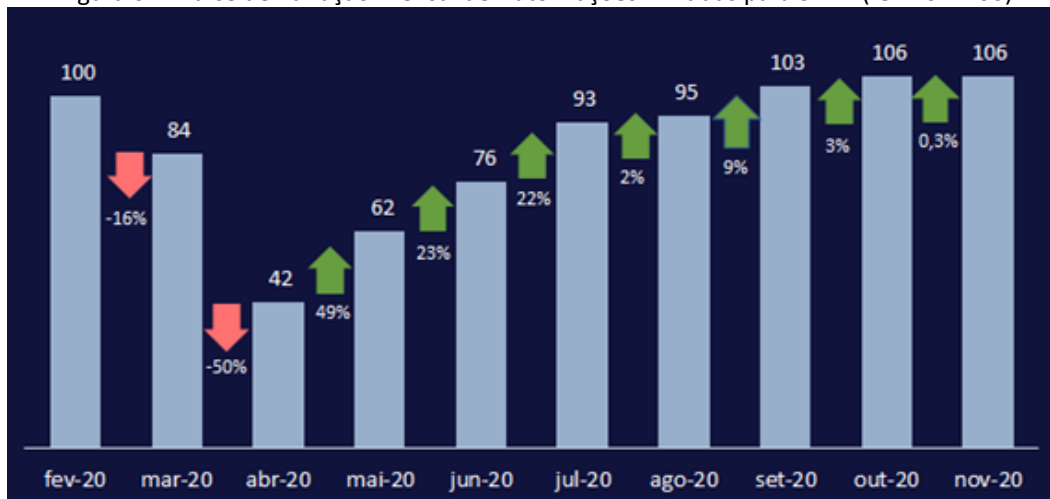
Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 52 operadoras que responderam à RI de dezembro de 2020.

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 novembro, em 2019 e 2020, permitindo uma análise de tendência quanto à utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar.

No acompanhamento de autorizações para SADT emitidas em 2020 pelas operadoras da amostra (Figura 6), observou-se um padrão de queda nos meses de março e abril semelhante ao comportamento de atendimentos em pronto-socorro que não geram internações, e uma retomada gradual a partir de maio. Em novembro, o volume de autorizações para SADT manteve-se estável em relação ao mês anterior. Desde setembro, verificou-se que a procura por exames e terapias eletivas (SADT) pelos beneficiários retornou ao observado antes do início da pandemia no Brasil (fevereiro de 2020).

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

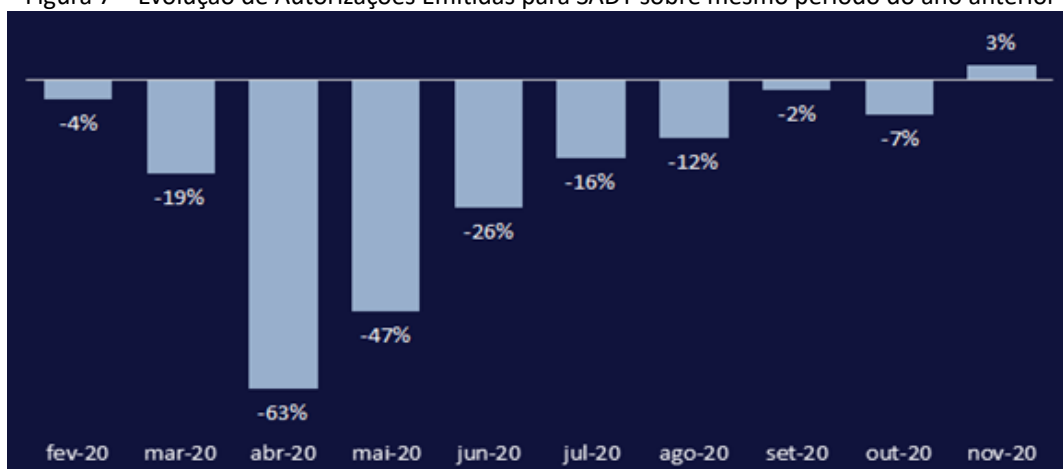


Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 52 operadoras que responderam à RI de dezembro de 2020.

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. Observamos que, na comparação com o ano anterior, houve uma redução significativa na busca por esse tipo de atendimento em 2020, desde o início da pandemia. Essa queda se apresentou mais acentuada no mês de abril e vem diminuindo gradativamente desde maio, conforme já mencionado. Em novembro, os dados apontam para um aumento de 3% da demanda por SADTs em relação ao mesmo mês do ano anterior (Figura 7). Dessa forma, pela primeira vez desde o início da pandemia, observou-se que esse tipo de atendimento alcançou os patamares observados no ano de 2019.

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

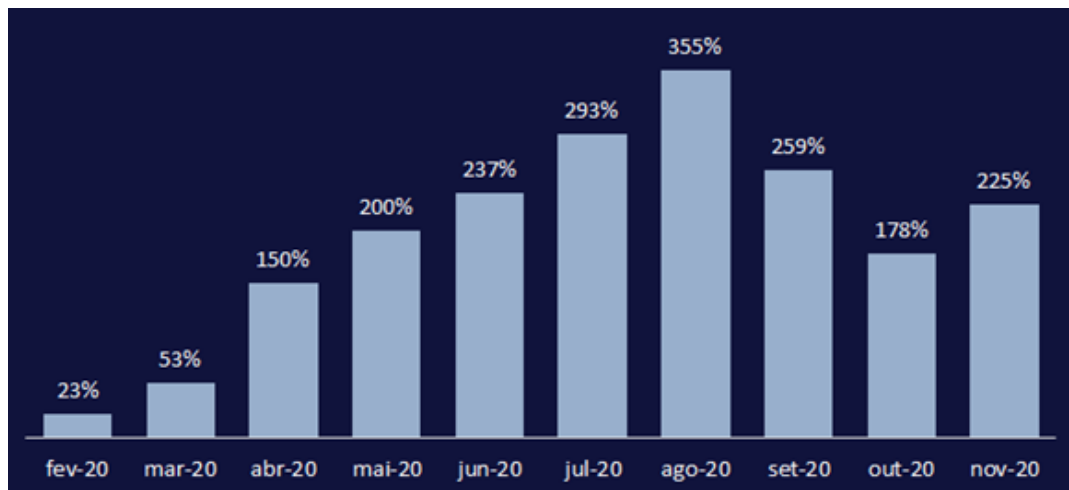


Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 52 operadoras que responderam à RI de dezembro 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)[9], que mostra que o número de casos em 2020 sofreu um aumento significativo em comparação ao ano anterior. Em setembro de 2020, pela primeira vez desde o início da crise sanitária, o indicador apresentou queda, que se acentuou no mês de outubro. No entanto, em 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. (Figura 8)

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

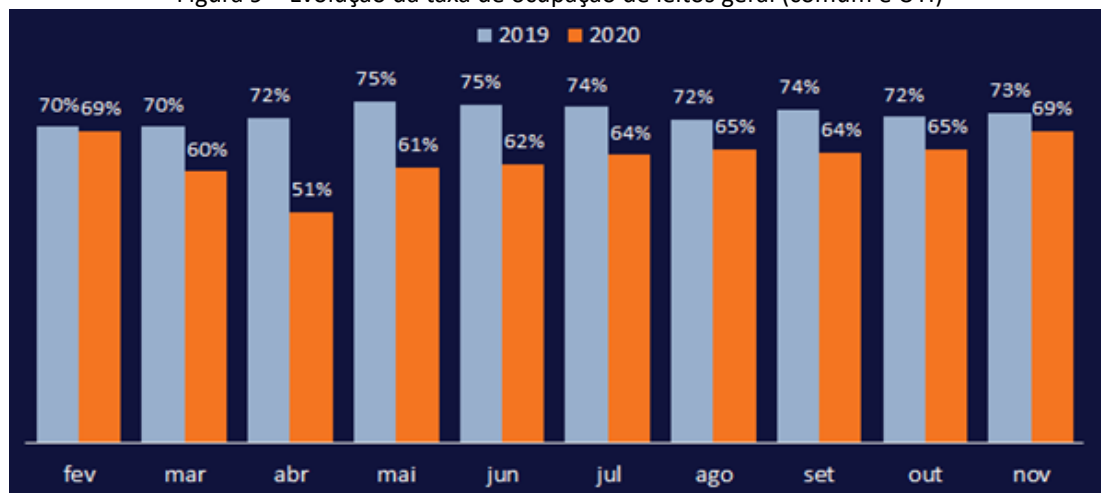


Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 52 operadoras que responderam à RI de dezembro de 2020.

O impacto da pandemia no volume de internações pode ser observado a partir da análise dos dados hospitalares. No mês de novembro, a taxa de ocupação geral de leitos (com e sem UTI)^[10] nos hospitais da amostra sofreu leve aumento em relação ao mês anterior (69%), porém continua abaixo do reportado em 2019 (73%), mantendo o padrão que tem se verificado desde março (Figura 9). 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 9 – Evolução da taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI)



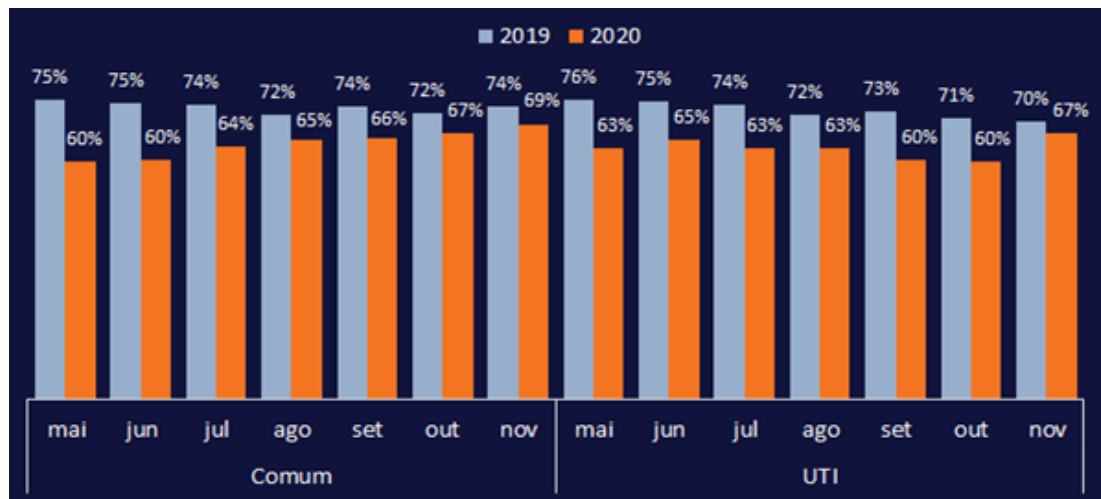
Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

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 maio de 2020, passaram a ser solicitadas às operadoras da amostra informações sobre a ocupação por tipo de leito (UTI e comum). Em novembro de 2020, os leitos de UTI representavam 24,5% do total de leitos da amostra. Na Figura 10, observa-se que em novembro de 2020 as taxas de ocupação para ambos os tipos de leito, tanto comum como com UTI, continuaram abaixo do observado no mesmo mês do 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. Já em 2020, nos meses de maio e junho observou-se 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; e em setembro e outubro, a ocupação dos leitos comuns superou a de leitos de UTI em 6 e 7 pontos percentuais, respectivamente; e em novembro, a ocupação de leitos de UTI (67%) voltou a se aproximar da taxa de ocupação dos leitos comuns (69%).

Figura 10 – Taxa de ocupação de leitos por Tipo de Leito

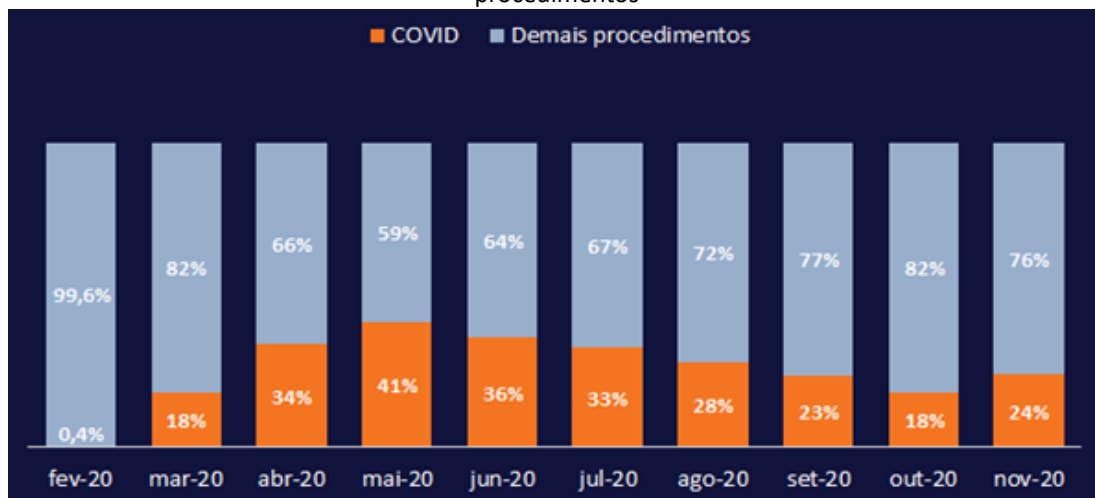


Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

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 11). Desde maio de 2020, o indicador vinha apontando tendência de queda na proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19, , em novembro, observou-se um aumento da proporção de alocação desses leitos em comparação ao mês anterior (24%).

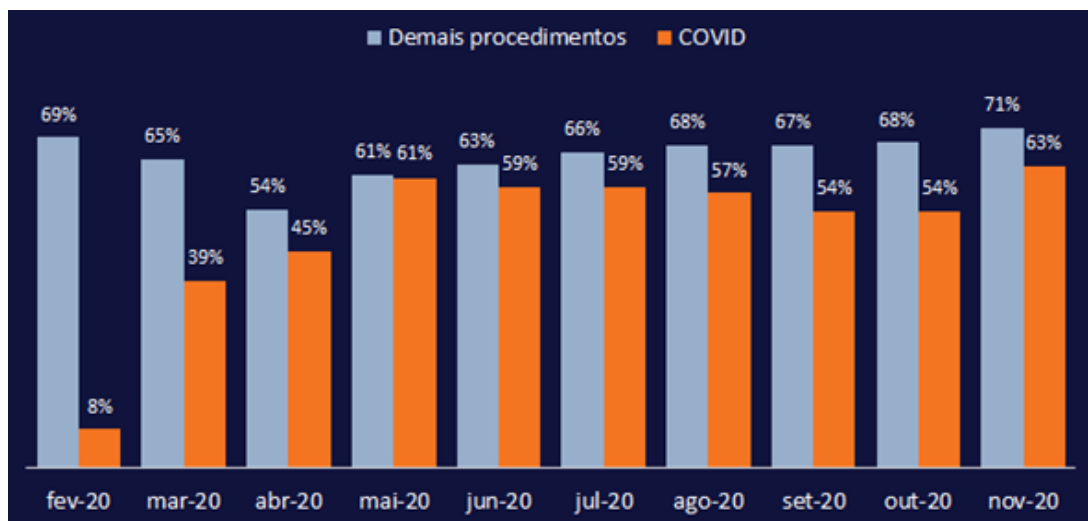
Figura 11 – Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos



Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

Da mesma forma, a taxa de ocupação destes leitos exclusivamente alocados para COVID-19 (Figura 12) apresentou um aumento de 9 p.p. em novembro (63%) em relação a outubro (54%). Já a taxa de ocupação de leitos para demais procedimentos também sofreu um aumento, porém mais leve, passando de 68% em outubro para 71% em novembro. Importante lembrar que mesmo com o aumento de ocupação de leitos tanto para atendimento à Covid-19 como para demais procedimentos, a taxa de ocupação geral de leitos (69%) ainda se manteve abaixo dos patamares de 2019 (73%), conforme já destacado na Figura 9.

Figura 12 – Evolução da taxa de ocupação dos leitos (comum e UTI) alocados a COVID-19 e demais procedimentos

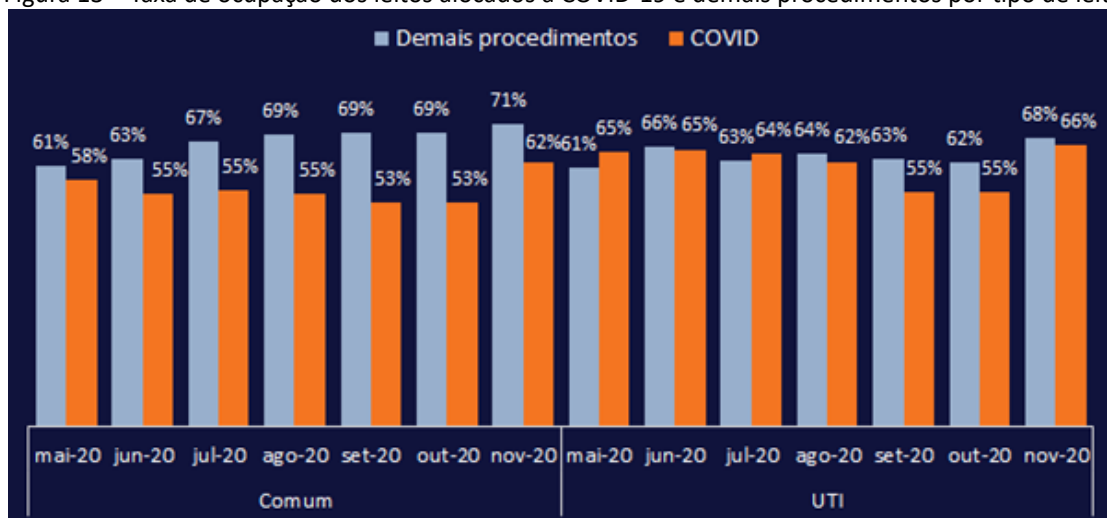


Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

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 13, é possível verificar que, em novembro, as taxas de ocupação dos leitos alocados para COVID-19 comuns (62%) e com UTI (66%) sofreram aumento significativo em relação ao mês anterior (53% e 55%, respectivamente). Para as internações relacionadas a outros procedimentos, esse aumento foi mais acentuado para os leitos de UTI (68%), embora também tenha havido aumento na ocupação de leitos comuns para outros procedimentos (71%) em relação a outubro (62% e 69%, respectivamente).

Figura 13 – Taxa de ocupação dos leitos alocados a COVID-19 e demais procedimentos por tipo de leito

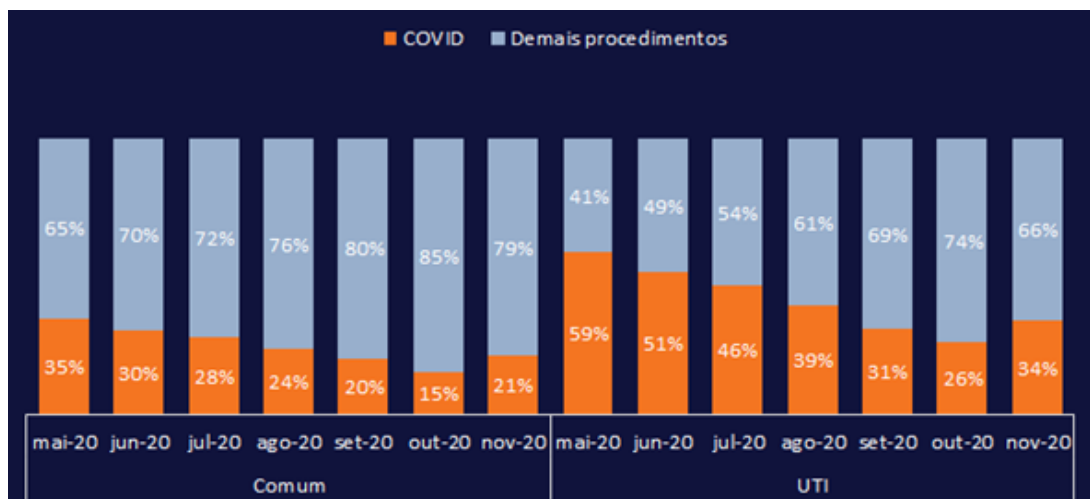


Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

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 análise das taxas de ocupação de leitos para COVID-19 demonstradas na Figura 13 deve considerar, necessariamente, a proporção de leitos exclusivamente alocados para esse atendimento, apresentadas na Figura 14. A proporção de leitos comuns alocados exclusivamente para COVID-19 que vinha sofrendo redução a cada mês, desde maio de 2020, sofreu aumento em novembro (21%). A proporção de leitos de UTI para atendimento à doença também aumentou, passando de 26% para 34% em novembro.

Figura 14 – 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, dezembro 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 sem UTI, para tratamento da COVID-19, manteve-se relativamente estável (Tabela 4). Em novembro, o valor do custo por diária da internação COVID-19 se posiciona entre o custo por diária da internação clínica e cirúrgica, para internações com e sem UTI.

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

		Custo por Diária								Variação						
		Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Sem UTI	Cirúrgica	2.582	2.492	2.586	2.491	2.684	2.640	2.491	2.479	-3,5%	3,8%	-3,7%	7,8%	-1,6%	-5,6%	-0,5%
	Clínica	1.457	1.387	1.376	1.437	1.633	1.574	1.355	1.398	-4,7%	-0,8%	4,4%	13,7%	-3,6%	-13,9%	3,2%
	COVID-19	1.611	1.802	1.768	1.748	1.728	1.921	1.708	1.818	11,9%	-1,9%	-1,1%	-1,2%	11,2%	-11,1%	6,4%
Com UTI	Cirúrgica	3.804	3.779	3.923	3.920	3.379	3.527	3.801	3.923	-0,7%	3,8%	-0,1%	-13,8%	4,4%	7,8%	3,2%
	Clínica	3.166	3.222	3.217	3.250	3.133	3.000	3.029	3.151	1,8%	-0,1%	1,0%	-3,6%	-4,3%	1,0%	4,0%
	COVID-19	3.713	3.807	3.786	3.955	3.684	3.879	3.659	3.743	2,5%	-0,5%	4,5%	-6,9%	5,3%	-5,7%	2,3%

Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 52 operadoras que responderam à RI de dezembro de 2020.

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	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Sem UTI	Cirúrgica	2,0	2,2	2,1	2,4	2,1	1,9	2,0	1,9	11,0%	-5,3%	12,6%	-10,1%	-12,1%	6,8%	-6,0%
	Clínica	4,4	4,0	4,1	4,3	4,3	4,4	4,7	4,1	-7,7%	2,1%	4,1%	0,2%	1,8%	6,9%	-12,7%
	COVID-19	5,0	5,7	5,5	5,6	5,1	5,0	5,0	5,0	13,2%	-3,8%	1,5%	-9,3%	-1,2%	0,0%	0,0%
Com UTI	Cirúrgica	6,0	7,2	6,0	6,7	6,1	6,4	6,0	5,7	19,5%	-16,8%	11,5%	-8,4%	4,7%	-6,5%	-4,3%
	Clínica	7,0	7,3	7,6	7,2	7,2	8,0	7,3	7,4	4,3%	4,5%	-5,4%	-0,2%	11,5%	-8,9%	1,0%
	COVID-19	10,9	12,0	11,9	10,9	12,7	12,0	13,0	11,3	10,3%	-1,2%	-8,3%	16,6%	-5,3%	8,3%	-12,8%

Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 52 operadoras que responderam à RI de dezembro de 2020.

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

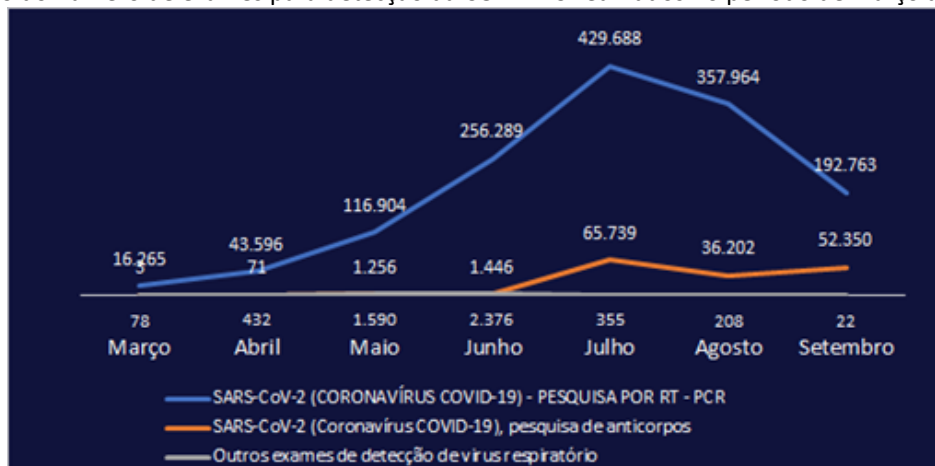
		Custo de Internação								Variação						
		Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Sem UTI	Cirúrgica	5.163	5.532	5.439	5.900	5.718	4.942	4.982	4.658	7,1%	-1,7%	8,5%	-3,1%	-13,6%	0,8%	-6,5%
	Clínica	6.336	5.572	5.641	6.130	6.985	6.855	6.308	5.680	-12,1%	1,2%	8,7%	13,9%	-1,9%	-8,0%	-10,0%
	COVID-19	8.126	10.290	9.708	9.747	8.743	9.604	8.542	9.090	26,6%	-5,7%	0,4%	-10,3%	9,8%	-11,1%	6,4%
Com UTI	Cirúrgica	22.954	27.243	23.540	26.225	20.697	22.626	22.806	22.520	18,7%	-13,6%	11,4%	-21,1%	9,3%	0,8%	-1,3%
	Clínica	22.164	23.522	24.533	23.430	22.543	24.073	22.140	23.271	6,1%	4,3%	-4,5%	-3,8%	6,8%	-8,0%	5,1%
	COVID-19	40.417	45.681	44.888	42.991	46.695	46.551	47.573	42.426	13,0%	-1,7%	-4,2%	8,6%	-0,3%	2,2%	-10,8%

Fonte: ANS/RI, dezembro de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 52 operadoras que responderam à RI de dezembro de 2020.

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. Observa-se um aumento contínuo no número de exames de RT-PCR até o mês de julho. Em agosto houve uma redução de 16,7% em relação ao mês anterior, compatível com uma pequena melhora nos números da pandemia observados naquele mês. No caso dos exames de sorologia, observa-se um aumento expressivo no mês de julho, refletindo o impacto da incorporação no Rol de cobertura obrigatória, seguido de uma redução em agosto e um novo aumento no mês de setembro. Cabe destacar que os números do mês de setembro ainda sofrerão alteração à medida que as cobranças forem encaminhadas dos prestadores de serviços às operadoras e, posteriormente, para a ANS.

Figura 15- Evolução do número de exames para detecção da COVID-19 realizados no período de março a setembro de 2020.

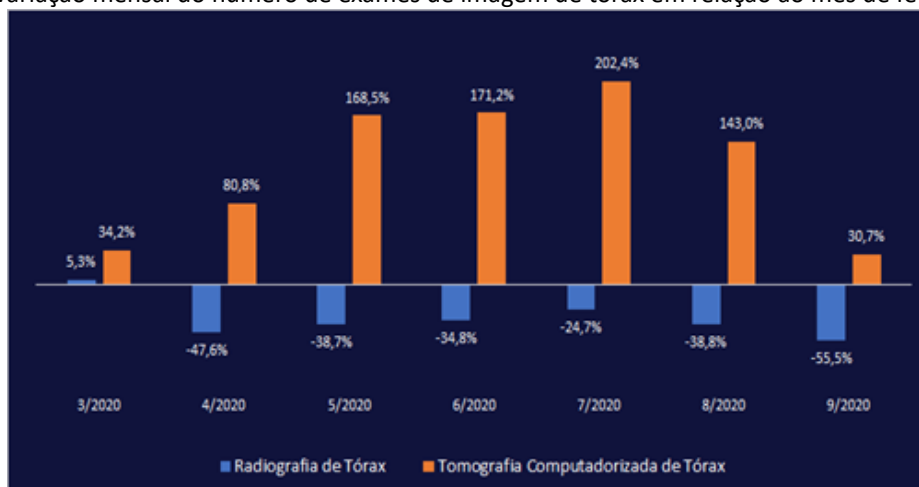


Fonte: Dados do Padrão TISS (ANS), 11/12/2020.

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, mantendo o mesmo patamar nos meses de junho e julho (Figura 16). 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 setembro deverá ser alterada com o fechamento do envio das competências seguintes.

Figura 16 - Variação mensal do número de exames de imagem de tórax em relação ao mês de fevereiro/2020.



Fonte: Dados do Padrão TISS (ANS), 11/12/2020.

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.

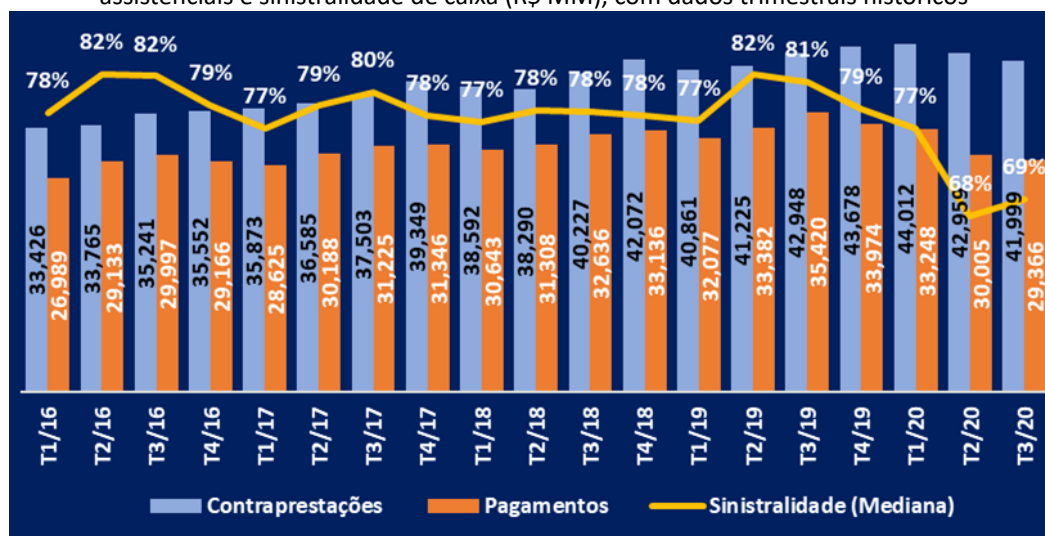
Por essa característica, necessitam de um maior trabalho de análise documental e de maior tempo para serem conciliadas na montagem das informações de balancetes contábeis. Também não existe a cultura, no mercado de saúde suplementar, de seu envio em curtos períodos: o Documento de Informações Periódicas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

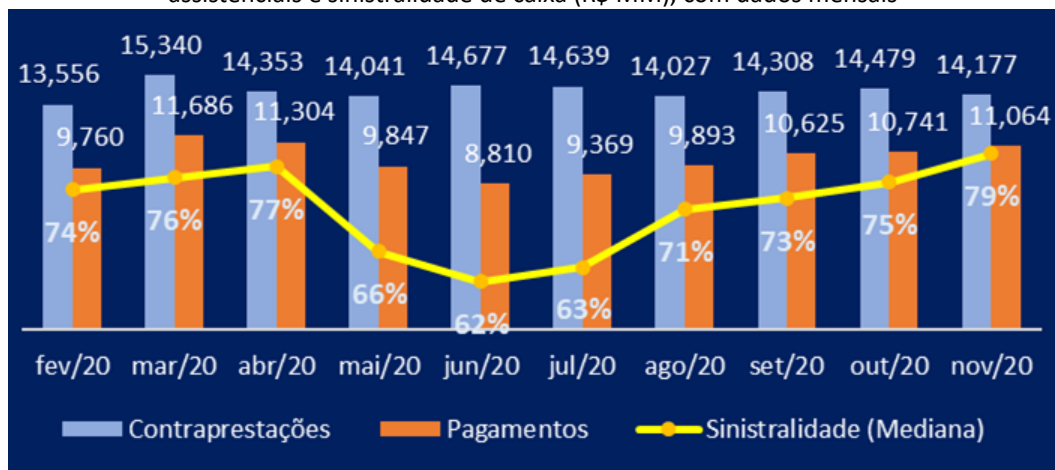
Figura 17 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados trimestrais históricos



Fonte: Dados da amostra de 99 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, até 3º Trimestre de 2020.

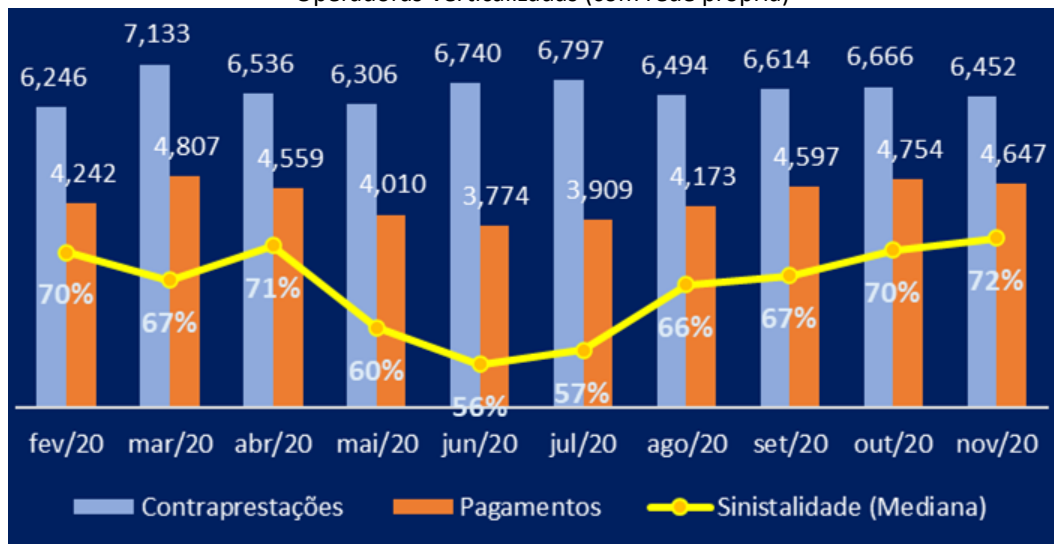
Abaixo são apresentados os mesmos valores mensais de 2020, durante os meses de início e desenvolvimento da pandemia de COVID-19. Considerando a diferença de operação e o possível impacto diferenciado, os valores das operadoras verticalizadas (com despesas concentradas em rede de hospitais própria) [14]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

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



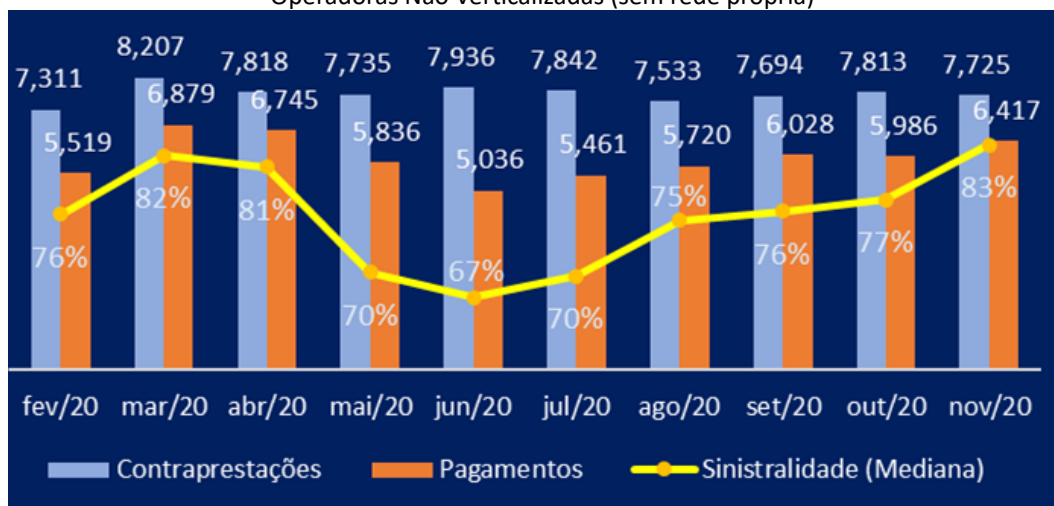
Fonte: Amostra de 99 operadoras respondentes de RI, dezembro de 2020.

Figura 19 – 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 99 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 Não Verticalizadas (sem rede própria)



Fonte: Amostra de 99 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 e a tendência de elevação gradual da sinistralidade se manteve nos demais meses até novembro, quando atingiu patamar compatível com o observado no quarto trimestre 2019. A elevação do último mês ocorreu devido ao aumento das despesas assistenciais e também da redução das contraprestações pagas pelos beneficiários.

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 novembro podem corresponder a eventos médicos relativos aos meses agosto, setembro e outubro 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.

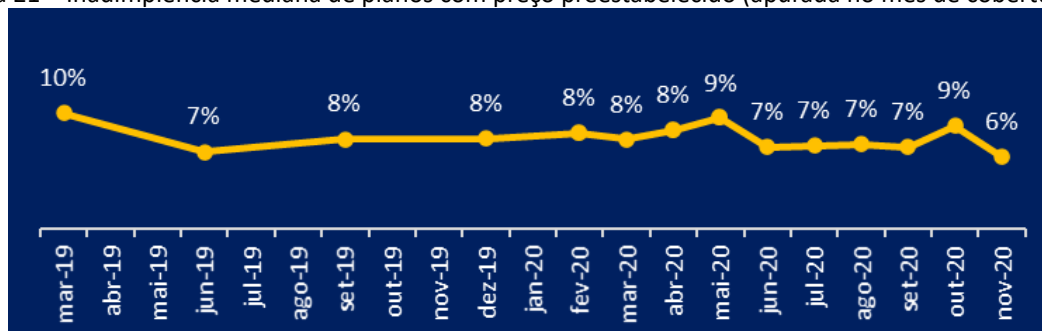
Por este motivo, a queda dos atendimentos em pronto socorro, SADT e a redução nas taxas de ocupação dos leitos, conforme detalhado na seção de informações assistenciais deste relatório, só puderam ser observadas meses depois no índice de sinistralidade de caixa, como ocorrido de maio até julho. O mesmo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

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.

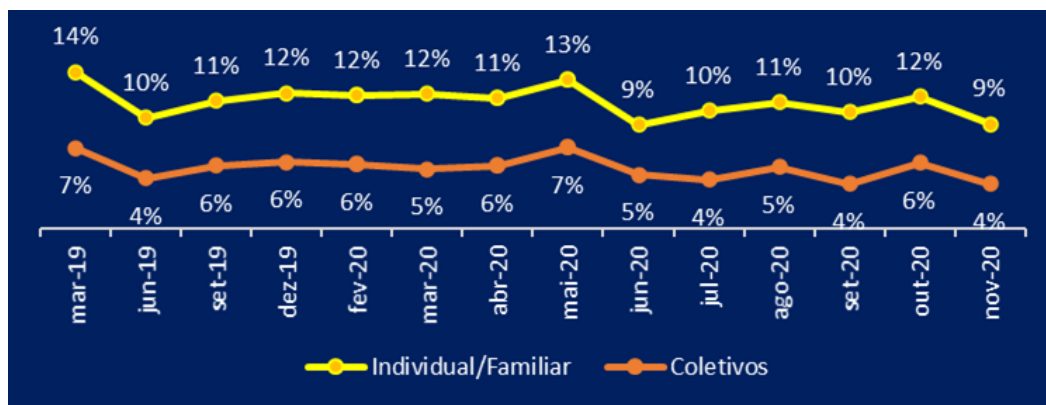
Primeiramente, a figura abaixo traz a evolução histórica do percentual mediano[19] do saldo vencido ao final do mês das contraprestações dos planos em pré-pagamento com período de cobertura durante os meses indicados:

Figura 21 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[20])



Fonte: Dados da amostra de 98 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019, março, junho e setembro de 2020, e RIs, demais meses de 2020.

Figura 22 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[21]) – Por tipo de plano



Fonte: Dados da amostra de 98 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019, março, junho e setembro de 2020, e RIs, demais meses de 2020.

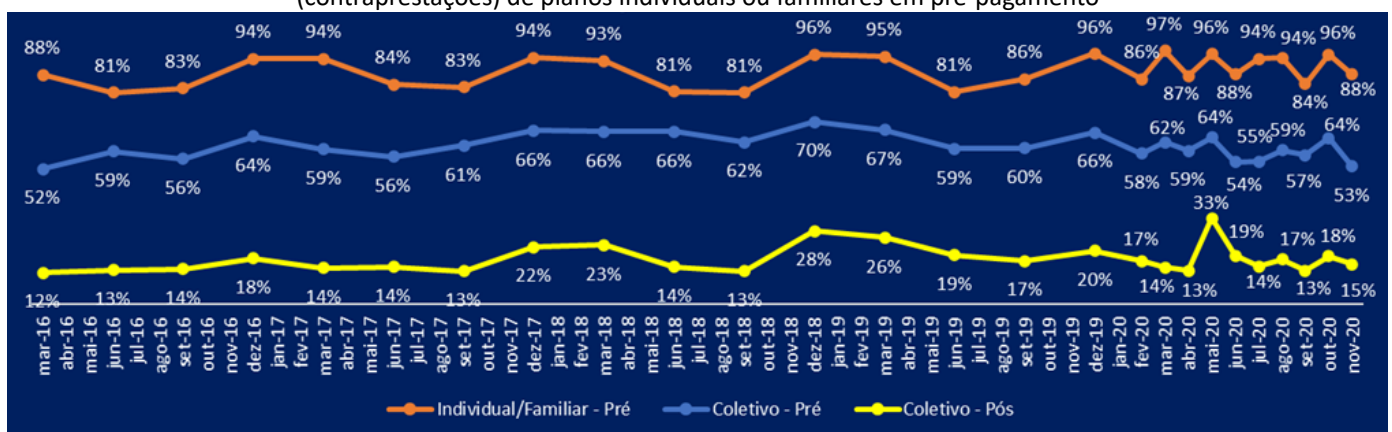
Na figura acima, para cada real de valor emitido de contraprestação para o mês indicado, uma parcela considera-se recebida, outra, ainda a vencer, e o restante, vencido (não pago) ao final do mês da cobertura. Ou seja, o saldo pode representar contraprestações vencidas em um dia ou até 30 dias. Nota-se, que os percentuais de inadimplência tanto para planos individuais/familiares, quanto para coletivos, se apresentaram no limite inferior das observações históricas recentes e a inadimplência geral apresentou o menor valor da série observada.

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 que provavelmente uma quantidade maior de pagamentos ficou em aberto pelo fato de o dia 31/10 ser não útil (sábado), sendo feitos pagamentos no primeiro dia útil seguinte (02/11). Tal ponderação se confirma ao se observar o retorno do indicador no mês de novembro.

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[22] 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[23]:

Figura 23 – 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 98 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 novembro de 2020, com destaque para as informações sobre o monitoramento diário de demandas relacionadas com o novo coronavírus.

Figura 24 - Evolução de Reclamações em Geral (assistencial e não assistencial) - 2019 e 2020



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

Considerando o total de demandas de reclamação (assistencial e não assistencial), observa-se que no mês de novembro de 2020, houve uma pequena redução de 2%, aproximadamente, em comparação ao mês anterior, e um aumento de 5% em comparação a novembro de 2019.

Especificamente sobre as reclamações de natureza assistencial, verifica-se que os registros se mantiveram em um mesmo patamar nos meses de setembro a novembro de 2020 e um aumento de 19% em comparação a novembro de 2019. As demandas assistenciais representam 69% e 68% do total geral de demandas em 2019 e 2020, respectivamente.

Figura 25 - Evolução de Reclamações Assistenciais em 2019 e 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.

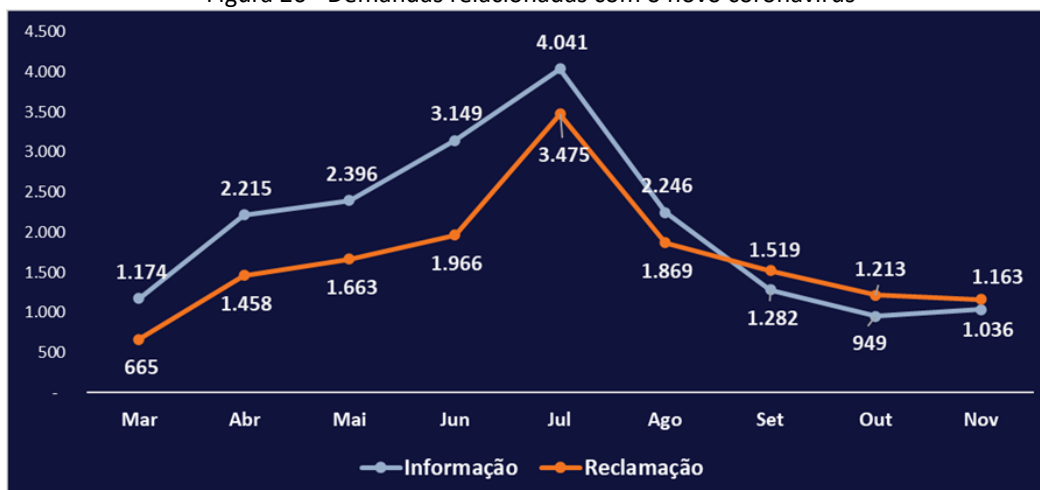
Nessa direção, ao observarmos os dados apresentados na figura 25 verificamos que esses vêm ao encontro das informações detalhadas na seção Informações Assistenciais, sobretudo em relação àquelas que indicam o aumento gradual do número de solicitações de internações e demais autorizações não relacionadas 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 figuras 26 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 novembro de 2020, a sinistralidade apresentou patamar compatível com o observado no quarto 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 novembro de 2020 a ANS recepcionou 14.991 reclamações e 18.488 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 recepcionou 4.041 contatos para a obtenção de informações e 3.477 registros de reclamações (vide figura 26). 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, com ênfase nos meses de outubro e novembro, quando os dados ficaram abaixo do observado no mês de abril de 2020.

Figura 26 - Demandas relacionadas com o novo coronavírus

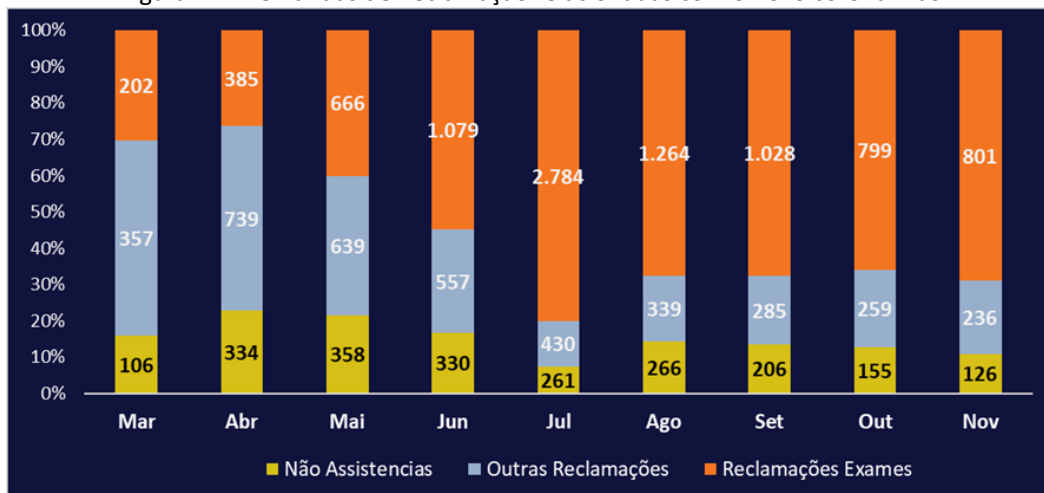


Fonte: SIF-Consulta, de março a novembro de 2020

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,

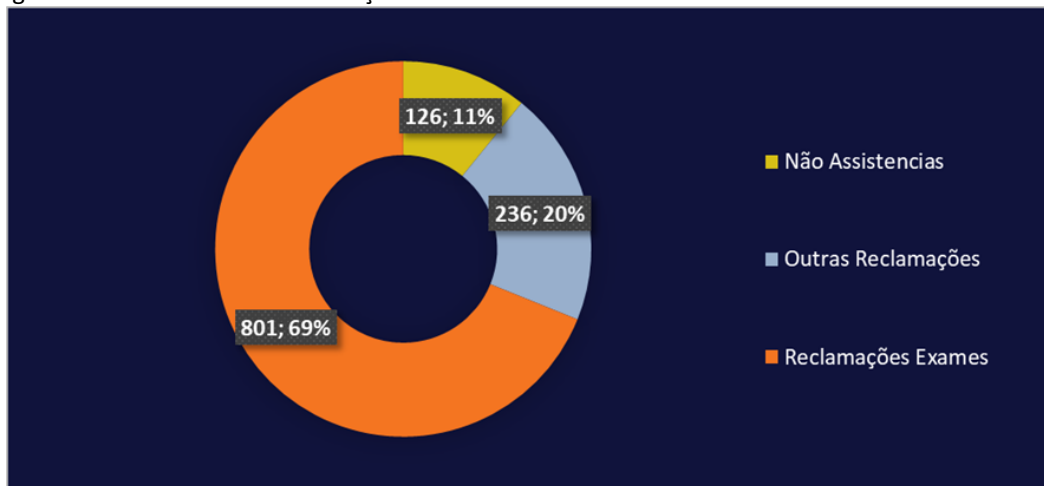
e não possuem análise de mérito sobre eventual infração da operadora de planos de saúde ou das administradoras de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos e/ou aos termos contratuais.

Figura 27 - Demandas de Reclamação relacionadas com o novo coronavírus



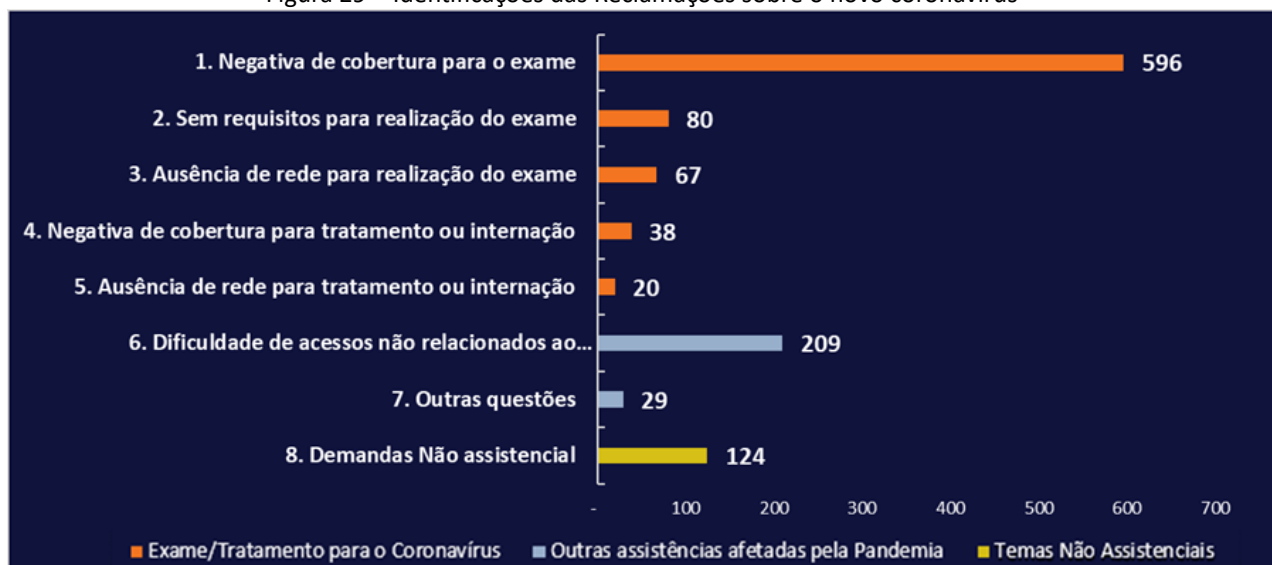
Fonte: SIF-Consulta, de março a novembro de 2020

Figura 28 - Demandas de Reclamação relacionadas com o novo coronavírus em novembro de 2020



Fonte: SIF-Consulta, novembro de 2020

Figura 29 - Identificações das Reclamações sobre o novo coronavírus



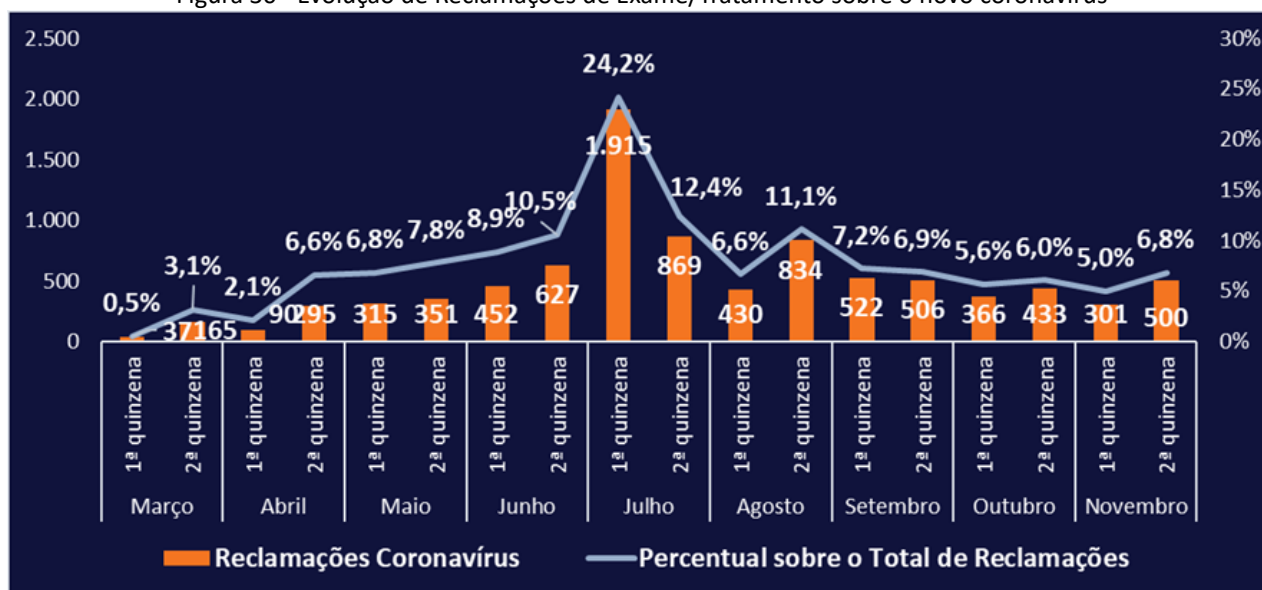
Fonte: SIF-Consulta, novembro de 2020

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.

Na figura a seguir, destaca-se a evolução das reclamações relacionadas com os Exames/Tratamentos para a COVID-19 por quinzena. Observa-se um aumento na segunda quinzena de novembro de 2020, possivelmente relacionado ao aumento da incidência da doença em nosso país nas últimas semanas. 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.

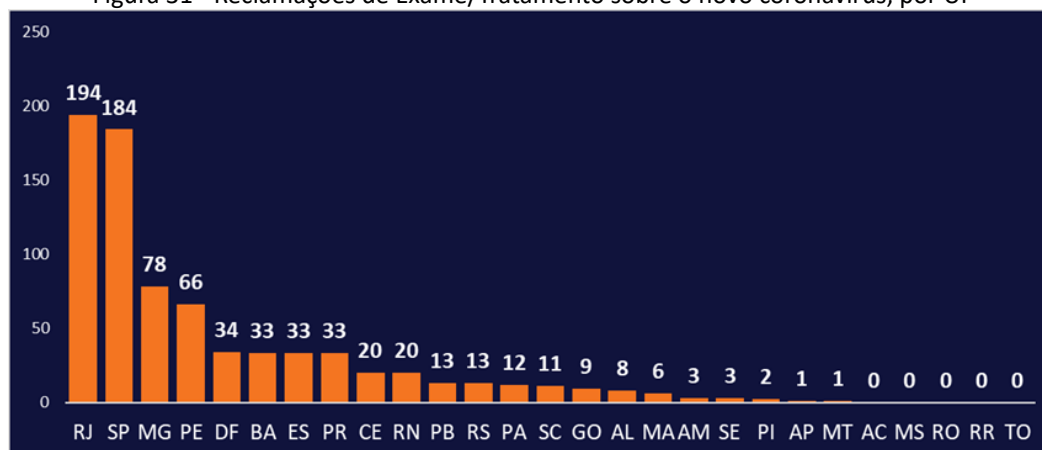
Figura 30 - Evolução de Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus



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

A Figura 31 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 ultrapassou o de São Paulo em números absolutos de reclamações relacionadas ao tema.

Figura 31 - Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus, por UF



Fonte: SIF-Consulta, novembro 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 no mês de análise ocorreram 3 reclamações para cada 100.000 beneficiários de uma determinada UF.

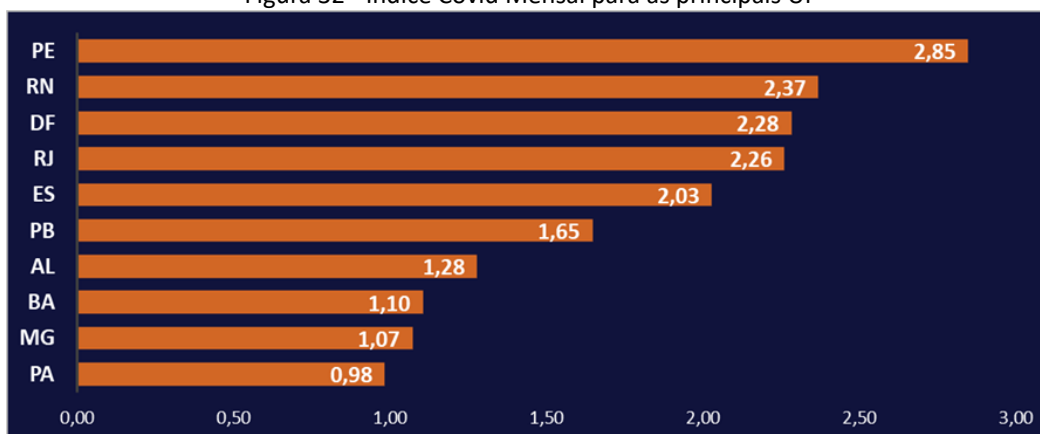
O Índice_{Covid} é demonstrado pela fórmula a seguir:

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

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

Sobre os resultados encontrados, tem-se em números relativos, ponderados pelo quantitativo de beneficiários por UF, Pernambuco aparece em primeiro lugar com índice de 2,85 (com 66 demandas no mês), seguido por Rio Grande do Norte (20 demandas no mês), com 2,37, e Distrito Federal (34 demandas no mês) com 2,28, conforme mostrado na Figura 32. 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 32 - Índice Covid Mensal para as principais UF

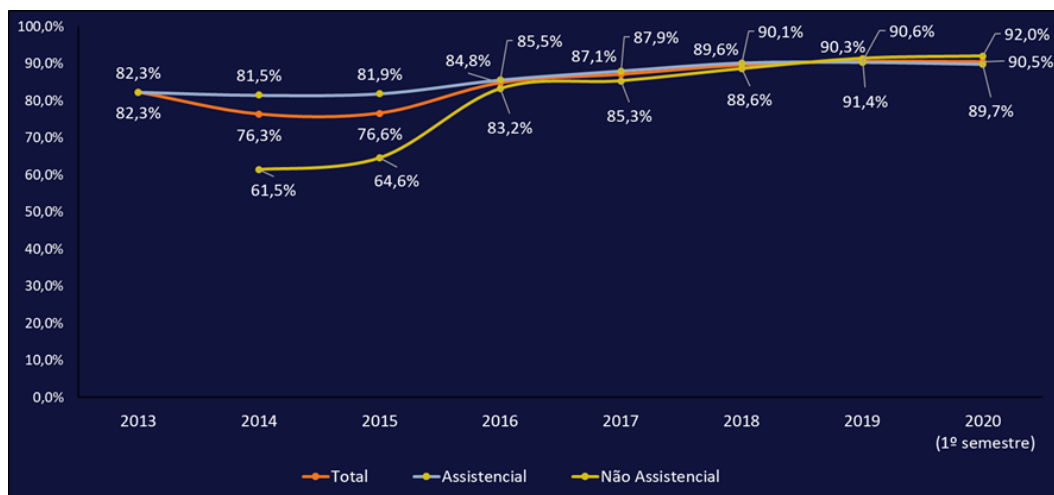


Fonte: SIF-Consulta, novembro de 2020

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 33 - Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais)



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

Entre os meses de março a setembro de 2020, de acordo com o cálculo realizado em 08/12/2020, a NIP alcançou 92,9% de resolutividade, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período, que foram passíveis de mediação, bem como 90,9% 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.

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 uma incorporação o número passou a ser 108.

[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, 52 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 52 operadoras que responderam à RI DIPRO (dados de novembro 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. Para o ano de 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, 99 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.

[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, 98 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 10 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 possuísem 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)

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 17/12/2020, às 17:36, 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 17/12/2020, às 17:37, 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 17/12/2020, às 17:40, 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 17/12/2020, às 17:41, 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 17/12/2020, às 17:42, 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 17/12/2020, às 17:42, 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 17/12/2020, às 17:50, 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 17/12/2020, às 18:13, 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 17/12/2020, às 18:14, 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 17/12/2020, às 18:27, 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 17/12/2020, às 18:30, 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 17/12/2020, às 18:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

Documento assinado eletronicamente por **LUIZ RICARDO TRINDADE BACELLAR, Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos (Interino)**, em 17/12/2020, às 18:53, 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 17/12/2020, às 20:13, 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) de Desenvolvimento Setorial (Substituto)**, em 17/12/2020, às 20:15, 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 17/12/2020, às 21:38, 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 **19155265** e o código CRC **6713EDA8**.