



PROCESSO Nº: 33910.013199/2020-84

NOTA TÉCNICA Nº 11/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO

Interessado: DIOPE e DIPRO

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

1. INTRODUÇÃO

A presente Nota Técnica tem por finalidade atualizar o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar, objeto da Nota Técnica 10/2020/DIOPE e DIPRO, elaborado a partir da coleta de dados junto ao setor referentes ao mês de maio 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 qualificadas 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 para resposta até 10/06/2020. A amostra de operadoras 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, 69 operadoras, inicialmente classificadas como verticalizadas^[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 de valores das informações assistenciais e econômico-financeiras considerando datas-bases mais recentes, referentes à amostra. Ademais, esta versão do Relatório COVID-19 será acrescida de uma seção sobre as demandas de consumidor do agregado das operadoras que chegam aos canais de atendimento da ANS, com dados extraídos do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF); e outra seção apresentando um resumo das reuniões realizadas ao longo do mês de maio/2020, especialmente com operadoras de pequeno e médio portes das cinco regiões do Brasil. Ademais, foram promovidos pequenos ajustes nos dados constantes na Nota Técnica 10, após recebimento de dados referentes às primeiras RIs (abril/2020) que foram enviados ou retificados por algumas operadoras posteriormente à divulgação do documento.

As tabelas abaixo detalham, respectivamente, a distribuição da amostra 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 1a – Operadoras e Beneficiários da Amostra por Modalidade de Operadora

Modalidade	Operadoras	Operadoras Respondentes	%	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Medicina de Grupo	245	37	15%	18.337.059	14.032.320	77%
Cooperativa Médica	279	54	19%	17.301.126	12.225.263	71%
Seguradora	9	5	56%	6.172.463	6.127.981	99%
Autogestão	157	9	6%	4.281.381	1.974.428	46%
Filantropia	32	2	6%	904.521	293.104	32%

Fonte: SIB/ANS, de abril de 2020.

Tabela 1b – Beneficiário por Época^[5] e Tipo de Contratação

Época de Contratação	Tipo de Contratação	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Novo	Coletivo empresarial	30.439.142	23.827.403	78%
Novo	Individual ou familiar	7.986.812	5.269.086	66%
Novo	Coletivo por adesão	5.068.582	3.425.604	68%
Novo	ND	2.296	915	40%
Novo	Total	43.496.832	32.523.008	75%
Antigo	Coletivo empresarial	1.307.178	900.650	69%
Antigo	Coletivo por adesão	1.100.887	470.644	43%
Antigo	Individual ou familiar	983.427	737.269	75%
Antigo	ND	108.226	21.525	20%
Antigo	Total	3.499.718	2.130.088	61%
Total		46.996.550	34.653.096	74%

Fonte: SIB/ANS, CADOP/ANS e RPS/ANS - SIB - abril de 2020.

Tabela 1c – Proporção de idosos da Amostra

Faixa etária	Beneficiários	Distribuição %	Beneficiários das Respondentes	Distribuição %
Não-idoso	40.341.670	86%	30.050.984	87%
Idoso	6.654.349	14%	4.601.989	13%
ND	531	0%	123	0%

Fonte: SIB/ANS, CADOP/ANS e RPS/ANS - abril de 2020.

Dessa forma, ressalta-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 operadoras respondentes, que em conjunto representam cerca de 74% dos beneficiários dos planos médico-hospitalares, salvo indicação em contrário.

Importante esclarecer, também, que na metodologia utilizada para a classificação das demandas relacionadas à pandemia do novo Coronavírus utilizou-se marcadores específicos relativos ao COVID 19^[6], 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.

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 verticalizadas da amostra selecionada para o presente estudo. Os quadros a seguir reúnem informações das 50 operadoras que responderam à ANS até a data da elaboração deste relatório.

Os indicadores ora apresentados foram colhidos no intuito de apontar as principais tendências em relação à utilização de serviços de saúde hospitalares frente ao atual contexto extraordinário que 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. A amostra das informações colhidas por RI representa aproximadamente 10,8% do total de leitos disponíveis na rede assistencial de planos privados, considerando a quantidade de leitos mapeada no levantamento do Ministério da Saúde^[7].

Ressalta-se, adicionalmente, que para o presente relatório, foram solicitadas informações sobre autorizações emitidas pelas operadoras 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. Importante destacar que as despesas com internações representavam 32,69% dos valores informados de despesas assistenciais no ano de 2019, contra 67,31% de despesas ambulatoriais, de acordo com as informações colhidas no Sistema de Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS)^[8].

Conforme já mencionado, há alterações nos dados da presente nota em comparação àqueles constantes na Nota Técnica 10, devido à incorporação das informações referentes às RIs de maio de 2020 de operadoras que enviaram ou retificaram seus dados posteriormente à divulgação do documento. Nenhuma das alterações teve impacto relevante sobre as análises e conclusões que acompanharam o relatório de maio.

Para análise de 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.

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^[9], que vem apresentando queda desde o início da pandemia. Em maio, observou-se variação positiva desse indicador comparado a abril de 2020 (Figura 1). Esta variação ainda não representa uma retomada ao nível de consultas em pronto-socorro que se observava em fevereiro ou março (antes da crise), porém denota mudança de tendência.

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



Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de junho de 2020.

Cabe destacar que se observou uma grande variação entre a mediana e a média das informações referentes ao mês de maio na maioria dos indicadores. Por exemplo, no caso de “atendimentos em pronto-socorro que não geraram internação”, dois (2) valores informados referentes a maio apresentaram-se extremamente distantes do restante das demais operadoras do grupo. Assim, essas observações poderiam exercer uma influência desproporcional na amostra, tornando a média de maio pouco representativa do grupo de observações. Optou-se, portanto, por utilizar a mediana como medida central representativa do conjunto de dados em todos os indicadores assistenciais.

Ainda com o intuito de analisar o impacto em despesas não relacionadas diretamente ao Coronavírus, foram coletadas informações sobre a quantidade de autorizações emitidas para realização de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)^[10] nos meses de fevereiro a maio, 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. A retomada de autorizações SADT em maio mostrou-se mais robusta que a retomada dos atendimentos em pronto-socorro no mesmo mês, mas ambos ainda abaixo dos números de fevereiro.

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

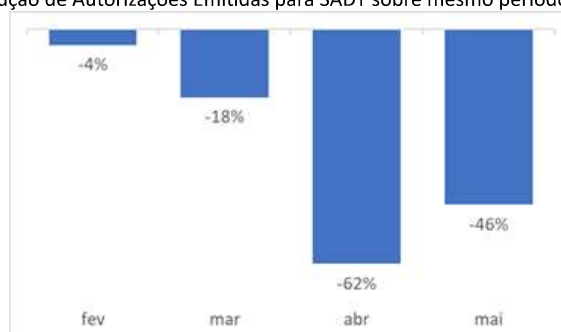


Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de junho 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 apresentou-se mais acentuada no mês de abril. Em maio de 2020, embora tenha havido uma retomada em relação a abril (Figura 3), ainda se observa uma redução significativa da demanda por SADTs em relação ao mesmo mês do ano anterior (-46%).

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

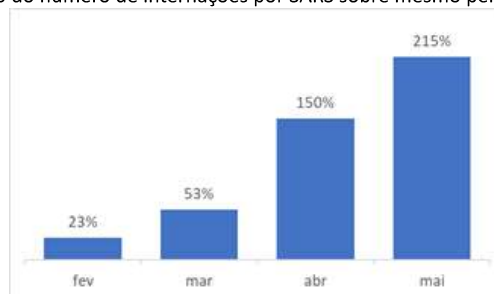


Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de junho 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)^[11], que mostra que a tendência significativa de aumento de casos em 2020 em comparação ao ano anterior se mantém no mês de maio. (Figura 4)

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

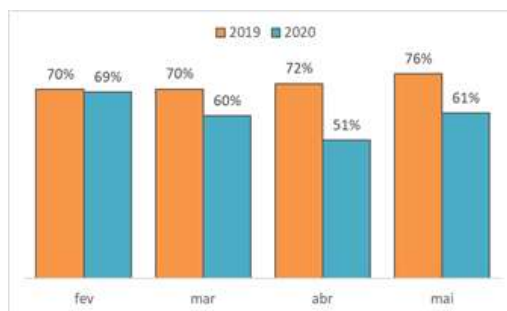


Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de junho de 2020.

O impacto da pandemia em despesas de internação pode ser observado a partir da análise dos dados hospitalares. Na comparação entre maio e abril observou-se aumento na taxa de ocupação geral de leitos^[12] (com e sem UTI). Entretanto, destaca-se que a taxa de ocupação geral de leitos de maio de 2020 manteve-se abaixo da taxa de ocupação do ano passado, como havia sido verificado no relatório anterior (Figura 5a). Importante lembrar que essa informação considera a ocupação de leitos tanto para o atendimento à COVID-19, quanto para demais procedimentos não relacionados à doença.

Figura 5a – Evolução da taxa de ocupação de leitos (geral - comum e UTI)

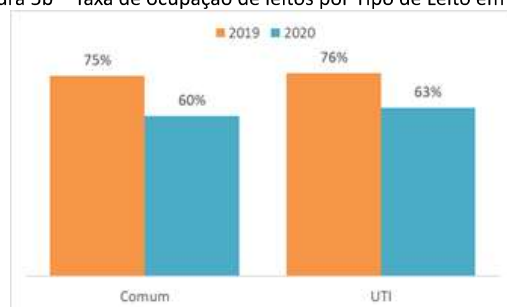


Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

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.

Neste levantamento foram solicitadas às operadoras da amostra, adicionalmente, informações sobre a ocupação de leitos de UTI e leitos comuns. Apurou-se que no mês de maio os leitos de UTI representavam 21% do total de leitos da amostra em 2019 e 27% em maio de 2020. Na Figura 5b observa-se a redução na taxa de ocupação por tipo de leito (Com UTI ou Sem UTI) em maio de 2020 em relação a 2019.

Figura 5b – Taxa de ocupação de leitos por Tipo de Leito em maio

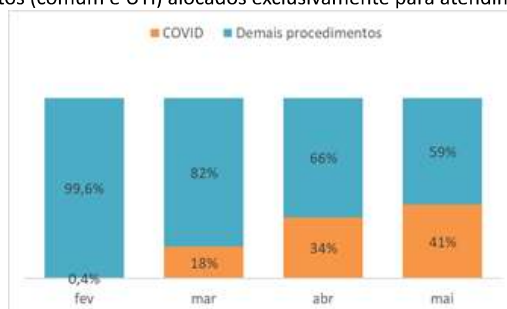


Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

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 6a). Em maio ainda se observou um aumento da proporção de leitos alocados exclusivamente para COVID-19 comparado aos meses anteriores.

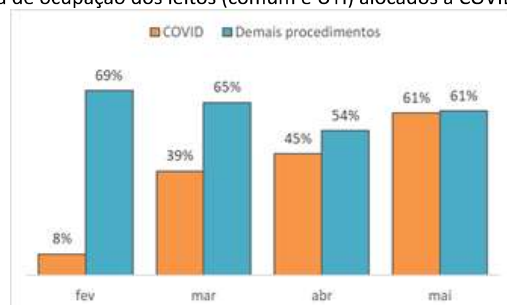
Figura 6a – Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos



Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

Da mesma forma, a ocupação destes leitos exclusivamente alocados para COVID-19 continua a apresentar aumento em maio comparado ao mês anterior (Figura 6b). Importante observar que as internações referentes a demais procedimentos apresentaram um aumento em maio comparado a abril. No entanto, conforme já destacado na Figura 5a, a taxa de ocupação geral de leitos (61%) ainda se manteve abaixo dos patamares do mesmo período no ano anterior (75%).

Figura 6b – Evolução da taxa de ocupação dos leitos (comum e UTI) alocados a COVID-19 e demais procedimentos

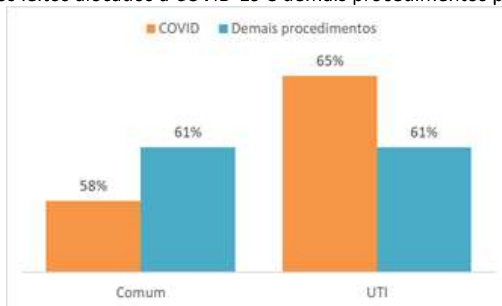


Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

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 6c é possível verificar que a taxa de ocupação de leitos com UTI para COVID-19 é superior à dos leitos comuns, o que não ocorre nas internações para demais procedimentos.

Figura 6c – Taxa de ocupação dos leitos alocados a COVID-19 e demais procedimentos por tipo de leito em maio de 2020



Fonte: ANS/RI, junho 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 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 em junho indicam que o custo por diária de internação (Tabela 2a) para pacientes COVID-19 apresentou aumento em maio em relação ao mês anterior significativamente superior ao de internações clínicas e cirúrgicas. 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 2a – Custo (R\$) por Diária por Tipo de Internação

		Abril	Maio	var
Sem UTI	Cirúrgica	2.582	2.574	-0,3%
	Clínica	1.457	1.454	-0,2%
	COVID-19	1.611	1.808	12,2%
Com UTI	Cirúrgica	3.804	3.903	2,6%
	Clínica	3.167	3.333	5,3%
	COVID-19	3.714	4.013	8,1%

Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de junho de 2020.

A duração de uma internação por COVID-19 (Tabela 2b) permanece mais longa que os outros tipos de internação, elevando assim o custo por internação de um paciente COVID-19 (Tabela 2c).

Tabela 2b – Tempo de Internação em Dias por Tipo de Internação

		Abril	Maio	var
Sem UTI	Cirúrgica	2,0	2,2	10,0%
	Clínica	4,4	4,0	-9,1%
	COVID-19	5,1	5,8	13,9%
Com UTI	Cirúrgica	6,1	7,2	18,2%
	Clínica	7,0	7,3	4,3%
	COVID-19	10,9	12,0	10,1%

Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de junho de 2020.

Tabela 2c – Custo (R\$) de Internação por Tipo de Internação

		Abril	Maio	var
Sem UTI	Cirúrgica	5.164	5.663	9,7%
	Clínica	6.411	5.816	-9,3%
	COVID-19	8.133	10.393	27,8%
Com UTI	Cirúrgica	23.011	27.903	21,3%
	Clínica	22.166	24.331	9,8%
	COVID-19	40.477	48.150	19,0%

Fonte: ANS/RI, junho de 2020.

Nota: Custo de internação calculado a partir do custo por diária e tempo médio de internação.

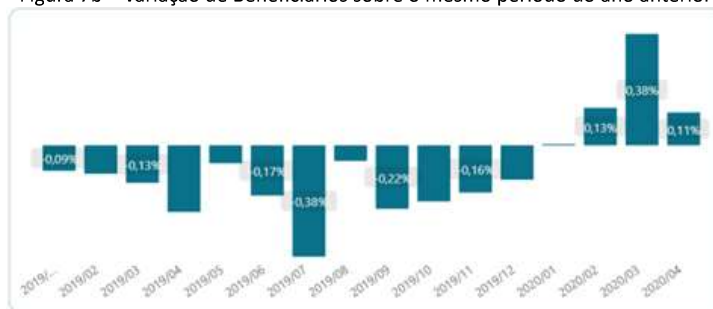
Outra informação relevante a ser monitorada, que impacta tanto em despesas assistenciais quanto na receita das operadoras, é a evolução dos vínculos ativos de beneficiários que reflete o movimento de adesões e cancelamentos de vínculos diante da pandemia. Até o término do mês de abril, observava-se pouco impacto no total de vínculos, com ligeira queda em relação ao mês anterior.

Figura 7a - Evolução Mensal de Vínculos de Beneficiários Médico-Hospitares



Fonte: SIB/ANS, abril de 2020.

Figura 7b – Variação de Beneficiários sobre o mesmo período do ano anterior



Fonte: SIB/ANS, abril de 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, independente de seu efetivo pagamento.

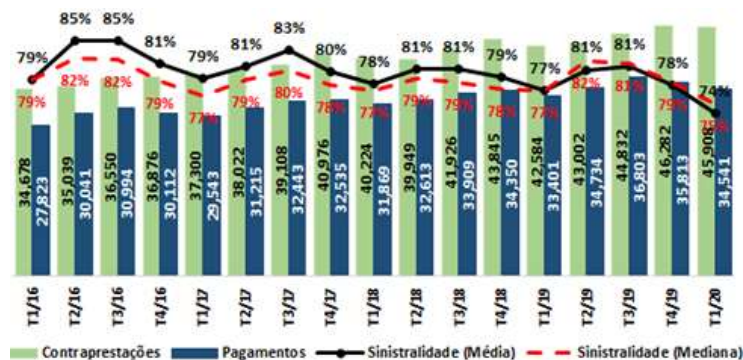
Por essa característica, necessitam de um maior trabalho de análise documental e de maior tempo para serem conciliadas na montagem das informações de balancetes contábeis. Também não existe a cultura, no mercado de saúde suplementar, de seu envio em curtos períodos: o Documento de Informações Periódicas 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 maio de 2020 (menor periodicidade solicitada nos Requerimentos de Informação).

Para a amostra^[13], totalizaram-se os valores dos principais fluxos de caixa operacionais^[14] (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^[15].

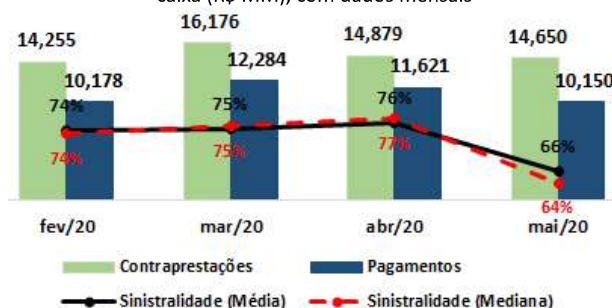
Figura 8 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados trimestrais históricos



Fonte: Dados da amostra de 101 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, até 1º Trimestre de 2020.

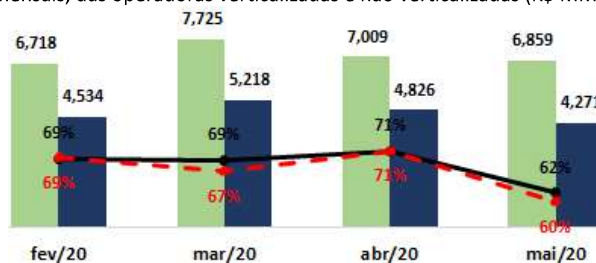
Abaixo são apresentados os mesmos valores mensais de 2020, durante os meses de início da pandemia de COVID-19. Considerando a diferença de operação e o possível impacto diferenciado, os valores das operadoras verticalizadas (com despesas concentradas em rede de hospitais própria)^[16] e não verticalizadas (sem concentração de despesas em rede de hospitais própria) foram separados nos gráficos subsequentes^[17].

Figura 9 – Recebimentos de pagamentos de beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais



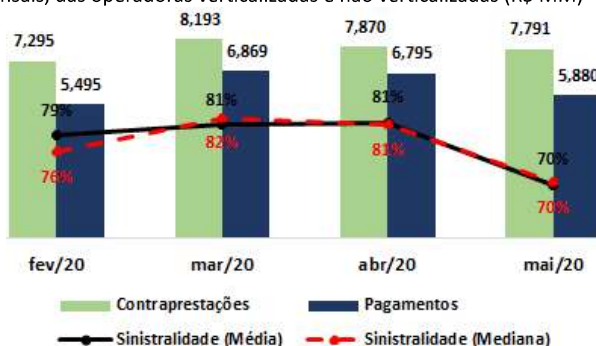
Fonte: Amostra de 101 operadoras respondentes de RI, junho de 2020.

Figura 10a – 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



Fonte: Amostra de 101 operadoras respondentes de RI, junho de 2020.

Figura 10b – 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



Fonte: Amostra de 101 operadoras respondentes de RI, junho de 2020.

Um primeiro comentário que cabe ser feito é que, embora por maior detalhamento foram apresentados nas figuras acima o histórico do índice médio e mediano da sinistralidade, não há diferenças significativas entre ambos, o que indica não há fortes efeitos de outliers na série histórica. Contudo, entende-se que o uso da mediana é mais adequado em virtude da heterogeneidade do setor.

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 em maio de 2020, abaixo dos registros históricos anteriores.

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^[18]; hospitais, por sua vez, segundo dados da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP^[19], 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.

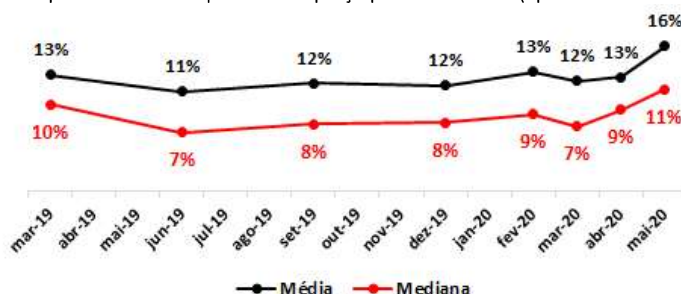
Por este motivo, a queda dos atendimentos em pronto socorro, SADT e a redução nas taxas de ocupação dos leitos, conforme detalhado na seção de informações assistenciais deste relatório, só é diretamente observada meses depois no índice de sinistralidade de caixa. No presente estudo, os efeitos da baixa demanda por procedimentos eletivos e atendimentos de urgência refletiram-se apenas em maio, e podem 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^[20]: 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.

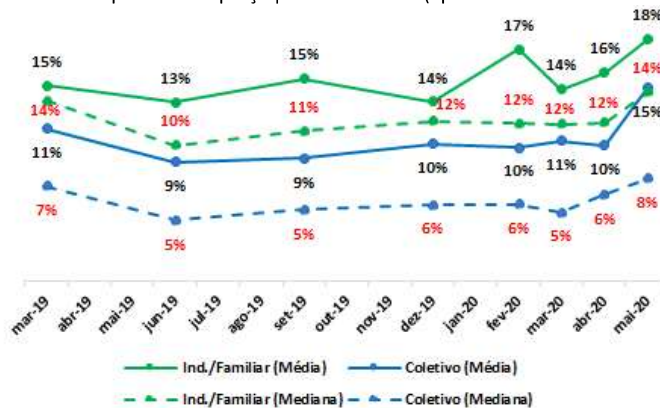
Primeiramente, a figura abaixo traz a evolução histórica do percentual médio e mediano^[21] do saldo vencido ao final do mês das contraprestações dos planos em pré-pagamento com período de cobertura durante os meses indicados:

Figura 11a – Inadimplência média de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura^[22])



Fonte: Dados da amostra de 102 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril e maio de 2020.

Figura 11b – Inadimplência média de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura^[23]) – Por tipo de plano



Fonte: Dados da amostra de 102 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril e maio de 2020.

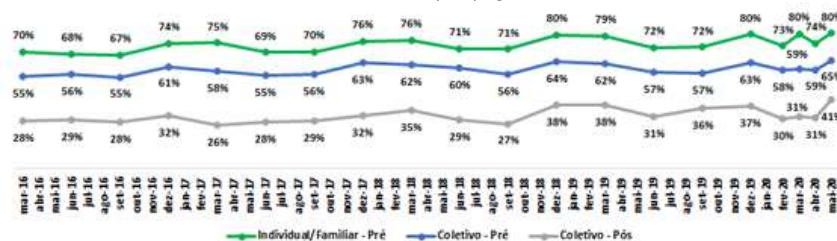
Na figura acima, para cada real de valor emitido de contraprestação para o mês indicado, uma parcela considera-se recebida, outra, ainda a vencer, e o restante, vencido (não pago) ao final do mês da cobertura. Ou seja, o saldo pode representar contraprestações vencidas em um dia ou até 30 dias.

Destaca-se que foram identificadas operadoras com variações discrepantes de inadimplência que em alguns casos não foram refletidas nos valores de receitas com contraprestações apresentadas para o mesmo período. Os dados foram mantidos, mas as operadoras foram questionadas a prestar esclarecimentos que serão analisados pela ANS. Pela teoria estatística é sabido que outliers influenciam mais intensamente os dados médios.

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 médios e medianos^[24] 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).

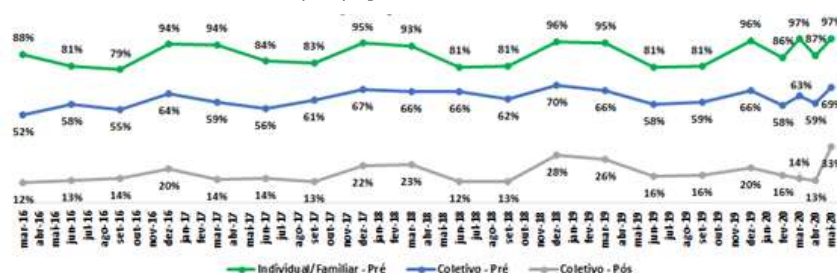
Primeiramente, destaca-se que a maior parte do faturamento do mercado é proveniente de planos com preços preestabelecidos (representando 83% do total de contraprestações emitidas em 2019). Os percentuais históricos e as variações observadas diferem significativamente entre os tipos de planos. Isso ocorre decorrente de diferentes práticas comerciais inerentes a cada tipo de comercialização [25]:

Figura 12a – Representatividade média 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 102 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS até o fim de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril e maio de 2020.

Figura 12b – 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 102 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS até o fim de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril e maio 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.

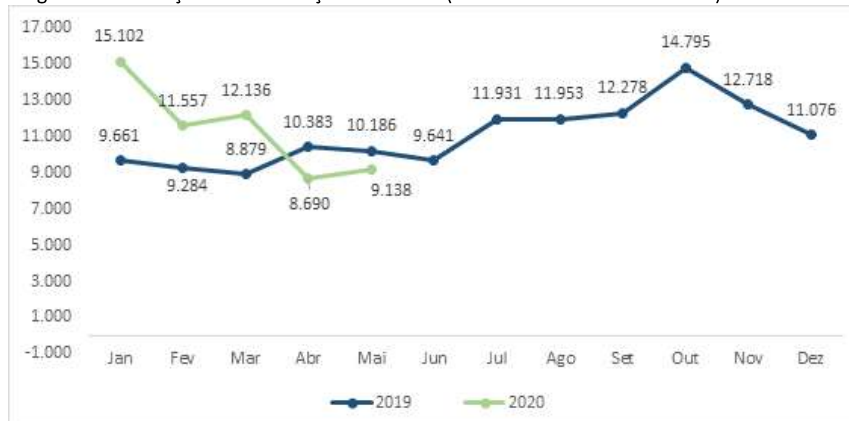
Por fim, esclarece-se que os indicadores de inadimplência acima têm o objetivo de mostrar o comportamento de inadimplência do setor de forma uniforme (mesmo período considerado e metodologia) e comparável para todo o mercado.

4. INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DE CONSUMIDOR

As demandas de consumidor, cadastradas na ANS, através dos Canais de Relacionamento (Disque ANS, site, atendimento presencial, entre outros), representam um valioso instrumento, tanto para a fiscalização, quanto para acompanhamento da dinâmica do mercado regulado por esta Agência, sob a ótica/percepção daqueles para os quais os serviços de saúde suplementar, em última instância, se destinam.

Neste sentido, uma das ações regularmente realizadas é o acompanhamento dos registros de demandas de reclamação e informação, em uma série histórica, mês a mês, como apresentado no gráfico abaixo.

Figura 13 – Evolução de Reclamações em Geral (assistencial e não assistencial) - 2019 e 2020



Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta - Extração dos dados: jun/2020

Observa-se uma queda de 28,4% no quantitativo de demandas entrantes entre os meses de março e abril/2020, e apesar de um acréscimo de 5,2% no mês de maio, esse número continua menor quando comparado ao mesmo período do ano anterior.

Especificamente sobre alguns aspectos da utilização de serviços de saúde no setor, uma análise relevante refere-se ao número de reclamações de natureza assistencial recebidas contra as Operadoras de Planos de Saúde, partindo-se do pressuposto que as reclamações têm relação direta com a procura dos beneficiários por atendimento e as possíveis dificuldades encontradas. As reclamações de natureza assistencial representam 69% e 65% do total geral de demandas em 2019 e 2020, respectivamente.

Figura 14 – Evolução de Reclamações Assistenciais em 2019 e 2020



Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta - Extração dos dados: jun/2020

Observando-se o gráfico, verifica-se uma redução expressiva no número de reclamações assistenciais, com destaque para a queda a partir das medidas de isolamento social, em função da pandemia do novo Coronavírus. Esse dado corrobora o relato de algumas operadoras de pequeno e médio porte, em encontros virtuais realizados por essa Agência, entre os dias 20 e 28 de maio, sobre a percepção que tiveram acerca da redução do número de solicitações de internações e demais autorizações não relacionadas ao Covid-19, nesse período.

Outra ação importante de se destacar é que desde a inclusão do exame de detecção do novo Coronavírus (Covid-19) - SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT-PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) - no Rol de Procedimentos obrigatórios para beneficiários de planos de saúde, em 13 de março de 2020, por meio da Resolução Normativa nº 453, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por intermédio e iniciativa da Diretoria de Fiscalização, vem fazendo monitoramento diário dos dados relacionados aos casos da doença no Brasil e das demandas registradas nos canais de atendimento da Agência para pedidos de informação e registro de reclamações.

Para esse acompanhamento e análise de informações, foi desenvolvida uma ferramenta com recursos de business intelligence (Power BI) com interface simples e de fácil compreensão para o usuário final. Entre outras consultas, é possível comparar os números de casos confirmados no Brasil com os registros de demandas nos canais de atendimento da ANS no mesmo período; identificar os percentuais e os tipos de reclamações mais frequentes; verificar a quantidade de registros por Unidade da Federação (UF); e visualizar, em mapas, a incidência de casos confirmados e os números de reclamações registradas nos mesmos Estados. A ferramenta permite ainda a comparação entre as demandas relacionadas ao novo Coronavírus com os registros sobre outros assuntos feitos nos canais de atendimento da ANS. É possível fazer filtros de acordo com o interesse e o objetivo da pesquisa. As fontes das informações são o Ministério da Saúde e o Sistema de Fiscalização da ANS^[26]. Ressalte-se que tal acompanhamento pode ser visualizado facilmente através do link <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiTmZlYjNmZDQ0ODczOC00ZTFmLWJhbnZlU2NjdlM2FkMjZjMGJmliwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiI9>.

Como já citado, destaca-se que na metodologia utilizada para a classificação das demandas relacionadas à pandemia do novo Coronavírus utilizou-se marcadores específicos relativos ao 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 15 – Demandas relacionadas ao novo Coronavírus



Fonte: SIF-Consulta - Extração dos dados: jun/2020

Período de cadastro das demandas 01/03/2020 a 15/06/2020

abaixo.

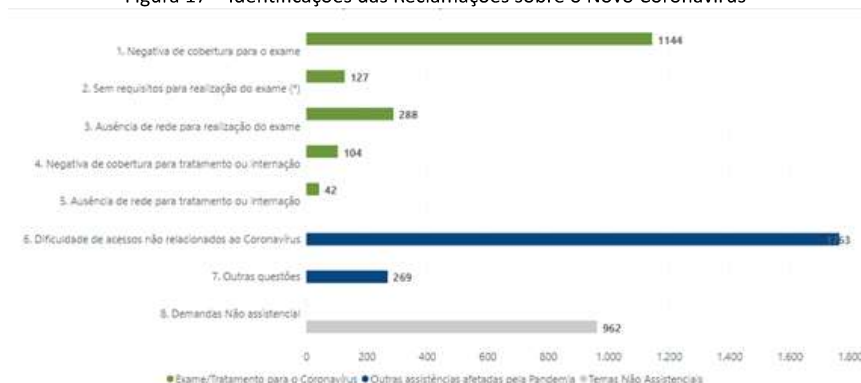
Figura 16 – Demandas de Reclamação relacionadas ao Novo Coronavírus



Fonte: SIF-Consulta - Extração dos dados: jun/2020

Período de cadastro das demandas 01/03/2020 a 15/06/2020

Figura 17 – Identificações das Reclamações sobre o Novo Coronavírus



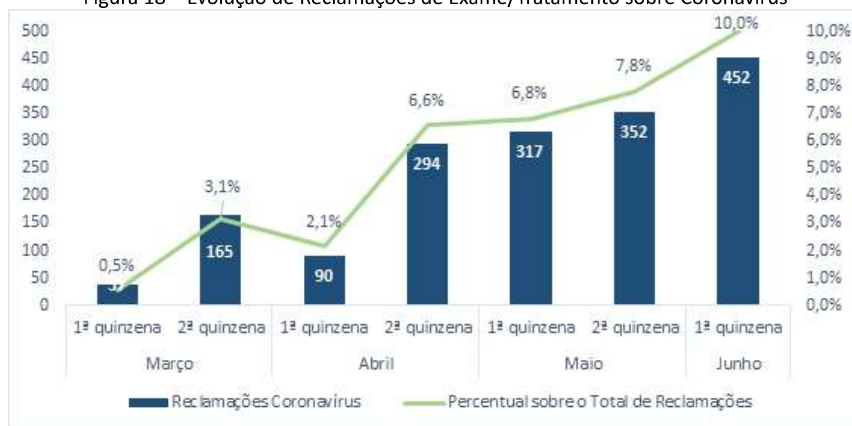
Fonte: SIF-Consulta - Extração dos dados: jun/2020

Período de cadastro das demandas 01/03/2020 a 15/06/2020

Da leitura das figuras acima, é possível observar que as reclamações sobre cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionada ao Covid-19, mas que de alguma forma foram impactadas pela pandemia, representam o maior volume no período de análise (demandas de reclamação cadastradas entre 01/03 a jun/2020). Em relação ao domínio Exame/Tratamento para o Covid-19, as demandas que relatavam negativa de cobertura para o procedimento SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa por RT – PCR (com diretriz de utilização) foram as que mais se destacaram.

Na figura a seguir, destaca-se a evolução das demandas de reclamação para Exame/Tratamento sobre Coronavírus. Observa-se um crescente aumento no decorrer das quinzenas, sendo o pico da curva na 1ª quinzena de junho, representando 10% do total de demandas cadastradas na ANS no período.

Figura 18 – Evolução de Reclamações de Exame/Tratamento sobre Coronavírus

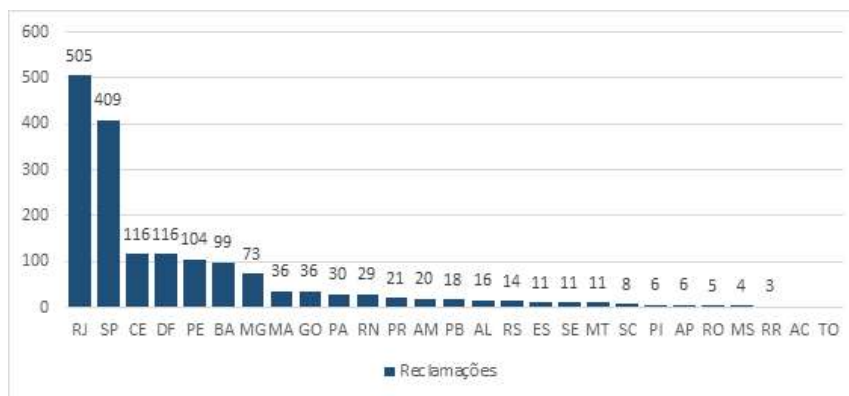


Fonte: SIF-Consulta - Extração dos dados: jun/2020

Período de cadastro das demandas 01/03/2020 a 15/06/2020

A figura 19, mostra o valor absoluto das demandas de reclamação dos Exames/Tratamento sobre o Novo Coronavírus por UF, neste gráfico observa-se que os estados do Rio de Janeiro e São Paulo são os destaques em quantidade de reclamações, seguindo o crescente aumento no número de casos também registrados nesses estados.

Figura 19 – Reclamações de Exame/Tratamento sobre Coronavírus, por UF



Fonte: SIF-Consulta - Extração dos dados: jun/2020

Período de cadastro das demandas 01/03/2020 a 15/06/2020

Em todo o território brasileiro há uma grande diferença tanto no quantitativo populacional quanto no número de beneficiários por UF. Assim, foi criado o Índice Covid, onde será ponderado o total de reclamações sobre o Novo Coronavírus em relação ao total de beneficiários em sua respectiva Unidade Federativa. Também foi relativizado o tempo para 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.

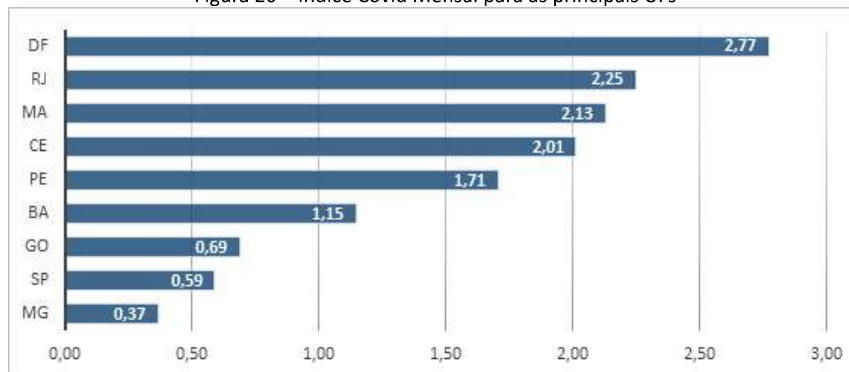
O Índice_{Covid} é demonstrado pela fórmula a seguir:

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

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

Sobre os resultados encontrados, tem-se em números relativos, ponderados pelo quantitativo de beneficiários por UF, o Distrito Federal aparece em primeiro lugar com 2,77 demandas ao mês, seguido por Rio de Janeiro, com 2,25 e Maranhão com 2,13, conforme mostrado na Figura 20.

Figura 20 – Índice Covid Mensal para as principais UF's



Fonte: SIF-Consulta - Extração dos dados: jun/2020

Período de cadastro das demandas 01/03/2020 a 15/06/2020

5. REUNIÕES REALIZADAS COM OPERADORAS DE PEQUENO E MÉDIO PORTES

Entre os dias 20 e 28 de maio, a ANS promoveu encontros 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 qualificadas 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). Além disso, foi dada oportunidade de fala a todas as operadoras presentes, sendo que 82 contribuíram apresentando informações sobre os impactos da pandemia na sua operação. [29]

Tabela 3 – Número de operadoras convidadas por região e de participantes externos à ANS

Região	Data	OPS de Pequeno e Médio Porte	OPS que apresentaram informações	Participantes externos à ANS
Norte e Centro-Oeste	20/05/2020	25 do Norte	9	10
		50 do Centro-Oeste		
Nordeste	22/05/2020	73	8	17
Sul	25/05/2020	120	18	67

Sudeste 1	27/05/2020	196	25	43
Sudeste 2	28/05/2020	196	22	41

Fonte: Elaboração interna.

De modo geral, entre meados de março e maio, as operadoras observaram uma queda na realização de consultas, procedimentos eletivos e de exames ambulatoriais. Por exemplo, das operadoras que abordaram claramente a questão da utilização da rede, 80% afirmaram ter observado uma redução no número de internações e demais autorizações.^[30] Tal fato resultou em uma queda nas taxas de sinistralidade, segundo 69% das operadoras^[31], principalmente nos municípios pouco impactados pelo Covid-19. Já nas cidades com um maior número de casos, operadoras relataram que houve um aumento de procura por exames laboratoriais (teste de COVID-19 e TC de Tórax) e internações, embora tenha havido diminuição das despesas com os demais procedimentos eletivos, o que refletiu em uma sinistralidade estável no período (para 28% das operadoras). Apenas 2 operadoras (3%) relataram piora no indicador de sinistralidade. Muitas operadoras relataram que, em maio, já observaram um aumento da demanda, que, no entanto, continua abaixo da média histórica. Além disso, temem um salto na sinistralidade com a retomada dos procedimentos eletivos acumulados nesses meses de isolamento social e agravamento da saúde dos pacientes crônicos, que pela questão da pandemia de alguma forma podem não estar fazendo o tratamento da forma adequada.

Dentre os meses de março a maio, a maioria das operadoras (71%) relatou não observar alteração na taxa de inadimplência, enquanto 28% afirmou que houve piora nesse indicador.^[32] De um modo geral, o perfil da carteira de beneficiários e as atividades econômicas principais da região influenciam o impacto da pandemia na inadimplência. Foram menos afetadas as operadoras com maior número de beneficiários empregados em atividades menos sensíveis ao isolamento social, como servidores públicos, bancários, etc. Já as operadoras com beneficiários pertencentes a pequenas e médias empresas com dificuldade de caixa, ou em municípios cuja principal atividade econômica é comércio ou indústria, relataram maiores dificuldades. Grande parte das operadoras afirmaram ter negociado com os contratantes de planos de saúde, recorrendo a prorrogação de pagamento, parcelamentos e postergação de reajuste, e temem piora nesse indicador, principalmente se o isolamento social perdurar por mais meses ou a crise econômica se agravar. Muitas operadoras, mesmo dentre as que não sofreram particularmente com aumento da inadimplência, relataram necessidade de fortes negociações para retenção de clientes, aumento dos cancelamentos e paralização no ingresso de novos beneficiários. Algumas operadoras afirmaram ter observado aumento da demanda por novos contratos de planos de saúde. Vale destaque o relato de uma operadora que realocou sua força de trabalho do setor de autorizações, que estava mais ocioso, para auxiliar na manutenção dos clientes e negociação de atrasos.

Ainda em relação aos custos assistenciais, as operadoras relataram estar negociando com os prestadores se haverá viabilidade de realização de pagamentos adicionais à rede, relativos ao aumento de custos com EPI. Alguns observaram também uma maior celeridade na apresentação das contas de procedimentos já realizados por parte dos prestadores. Algumas operadoras relataram a realização de acordos com a rede e os cooperados para manter a cobrança pela média histórica, como forma de preservar a liquidez dos prestadores, frente à queda dos eletivos e dos atendimentos. Houve, ainda, exemplos de operadoras que investiram na ampliação do número de leitos para tratamento do COVID-19.

Interessante notar que 30% das 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. Muitas relataram experiências positivas com atendimentos de psicologia e psiquiatria, voltadas para a linha de cuidado de saúde mental durante o período da pandemia. Algumas criaram canais específicos para telessaúde direcionados ao COVID-19. Algumas operadoras – em sua maioria autogestões, embora tenha havido relatos de cooperativas médicas e medicina de grupo nesse sentido – informaram que vêm realizando uma busca ativa para acompanhamento dos beneficiários, fazendo assim a gestão de pacientes crônicos, idosos e seus familiares. Por fim, algumas investiram em plataformas específicas para isso e outras criaram canais de atendimento, via 0800, telefone e *whatsapp*.

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, 69 operadoras foram mapeadas como verticalizadas, considerando informações registradas pelas próprias no Sistema Registro de Planos de Saúde (RPS), indicando possuir hospital próprio em sua rede. Das 69 operadoras, 14 alegaram que os dados do RPS estavam desatualizados e que não possuem hospital próprio. Ao final, foram considerados dados de 50 operadoras que responderam à RI DIPRO – maio 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] 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)

[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] Sistema de Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) – Tabelas 2019, Hospitalar e ambulatorial Detalhadas, Valor Total Informado.

[9] 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 geraram internação, seja COVID-19 ou não COVID-19.

[10] 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.

[11] 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.

[12] 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.

[13] Das 109 operadoras, 101 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 8 operadoras desconsideradas.

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

[15] 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 média e mediana dos índices de cada operadora individualmente (não por dados agregados), visando eliminar o viés da amostra pelos maiores valores.

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

[17] 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.

[18] Segundo dados da publicação Prisma/ANS.

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

[20] Das 109 operadoras selecionadas na amostra, 102 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 7 operadoras desconsideradas.

[21] Os índices médios indicados foram calculados através da média e 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 média de toda a amostra de forma uniforme.

[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] 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.

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

[25] 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).

[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/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5566-ans-debate-impactos-da-covid-19-com-pequenas-e-medias-operadoras>

[29] Estiveram presentes mais de 170 participantes externos à ANS. Contudo, não é possível precisar o número de operadoras participantes, pois alguns deles não identificaram a operadora a qual representava.

[30] 82 operadoras se manifestaram durante a reunião, das quais 46 não abordaram o tema na sua colocação e 16 foram imprecisas.

[31] 82 operadoras se manifestaram durante a reunião. Destas, 14 não abordaram o tema na sua colocação e 10 foram imprecisas, tendo sido desconsideradas para cálculo do percentual.

[32] 82 operadoras se manifestaram durante a reunião. Destas, 11 não abordaram o tema na sua colocação e 6 foram imprecisas, tendo sido desconsideradas para cálculo do percentual.

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 18/06/2020, às 22:40, 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 18/06/2020, às 22:49, 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 19/06/2020, às 01:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana de Campos Aranovich, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 19/06/2020, às 06:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Taina Leandro, Assessor(a)**, em 19/06/2020, às 08:37, 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 19/06/2020, às 09:37, 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 19/06/2020, às 09:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA DE CASTRO SOUZA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 19/06/2020, às 09:48, 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 19/06/2020, às 10:02, 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 19/06/2020, às 10:41, 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 19/06/2020, às 11:08, 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 (substituto)**, em 19/06/2020, às 11:33, 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 19/06/2020, às 11:45, 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 19/06/2020, às 12:20, 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 19/06/2020, às 12:20, 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 19/06/2020, às 12:21, 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 19/06/2020, às 15:54, 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 **17168604** e o código CRC **FF7228C5**.