



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E
CONTABILIDADE – FEAAC
PROGRAMA DE ECONOMIA PROFISSIONAL – PEP

RENATA DE SOUSA LESSA

O IMPACTO DA CRISE DA COVID-19 NA RELAÇÃO ENTRE OS CUSTOS
ASSISTENCIAIS E A PROVISÃO PARA RESSARCIMENTO AO SUS DA
OPERADORA DE SAÚDE COM O MAIOR NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DO
BRASIL

FORTALEZA
2021

RENATA DE SOUSA LESSA

O IMPACTO DA CRISE DA COVID-19 NA RELAÇÃO ENTRE OS CUSTOS ASSISTENCIAIS E A PROVISÃO PARA RESSARCIMENTO AO SUS DA OPERADORA DE SAÚDE COM O MAIOR NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DO BRASIL

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Economia Profissional – PEP, da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Economia. Área de Concentração: Economia de Empresas.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Aquino de Souza

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Gildemir Ferreira da Silva

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L632i Lessa, Renata de Sousa.
O impacto da crise da covid-19 na relação entre os custos assistenciais e a provisão para ressarcimento ao SUS da operadora de saúde com o maior número de beneficiários do Brasil / Renata de Sousa Lessa. – 2021.
45 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Mestrado Profissional em Economia de Empresas, Fortaleza, 2021.
Orientação: Prof. Dr. Sérgio Aquino de Souza.
Coorientação: Prof. Dr. Francisco Gildemir Ferreira da Silva.
1. Saúde suplementar. 2. Custos assistenciais. 3. Covid-19. 4. Operadoras de saúde. 5. Análise financeira. I. Título.

RENATA DE SOUSA LESSA

O IMPACTO DA CRISE DA COVID-19 NA RELAÇÃO ENTRE OS CUSTOS ASSISTENCIAIS E A PROVISÃO PARA RESSARCIMENTO AO SUS DA OPERADORA DE SAÚDE COM O MAIOR NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DO BRASIL

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Economia Profissional – PEP, da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Economia. Área de Concentração: Economia de Empresas.

Aprovada em: **24 de maio de 2021**.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Aquino de Souza (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Gildemir Ferreira da Silva (Coorientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Isabela Braga da Matta
Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir estar onde estou.

Ao Geir, por me amar acima de tudo, por me encorajar e por me fazer acreditar em mim mesma.

Aos meus pais, Heloísa e Nelson, que me amaram, lutaram e trabalharam incansavelmente para que eu vencesse.

Ao meu irmão, Bruno Lessa, por me incentivar, me apoiar e não soltar a minha mão em nenhum momento desta jornada.

Aos meus avós e aos que ficaram ao longo desta caminhada.

À Maria, parte fundamental no meu coração.

À Ana Clara, que me incentivou com seu humor e amor.

Ao querido Edmundo e a minha querida Mariana, por me carregarem diariamente quando minha mente e meu corpo já estavam cansados.

Às amigas Cecília e Jéssica, porque nunca perderam a fé em mim.

Ao Prof. Dr. Francisco Gildemir Ferreira da Silva, pelo apoio, pelo suporte e por não me deixar desistir deste título, apesar dos tempos difíceis.

RESUMO

Desde janeiro de 2020 até o presente momento (março de 2021), o Brasil vive um quase-colapso do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como uma redução drástica das atividades econômicas, em virtude da pandemia do novo Corona Vírus (SARS-CoV-2). Conforme publicado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), devido à falta de pesquisas, remédios e vacinas e às estatísticas, a Covid-19 é um dos grandes desafios para o sistema de saúde. Através do método de estudo de caso único, este trabalho se propõe a analisar a variação dos custos assistenciais entre os períodos pré e pós pandemia, em relação à alteração do custo da provisão de ressarcimento ao SUS, segundo a descrição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), analisando o impacto financeiro para a operadora de saúde de capital aberto com o maior número de beneficiários do Brasil, neste período. Para tanto, no primeiro momento apresenta-se uma revisão da literatura do setor de saúde suplementar, da regulação do mercado e o comportamento das medidas relacionadas ao segmento durante a pandemia atual. No segundo momento, expõe-se análises qualitativas das questões discutidas, através da verificação das bases de dados públicos da ANS e da Comissão de Valores Mobiliários (CVM). A análise de dados foi executada utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, bem como feita por meio da inspeção visual dos dados sobre as séries temporais acerca da variável custo, que permitiram relacionar a data de início da Covid-19 ao aumento ou redução dos custos assistenciais. As conclusões evidenciaram um aumento de custo assistencial com impacto no caixa relacionado à pandemia. Os resultados estimados neste estudo não observaram evidências que demonstraram a relação entre os custos assistenciais (caixa) da maior operadora de saúde do Brasil e a variação da provisão do valor do ressarcimento ao SUS.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Custos assistenciais. Covid-19. Operadoras de saúde. Análise financeira.

ABSTRACT

Since January 2020 to the present moment (March 2021), Brazil is experiencing an almost collapse of the Unified Health System (SUS), as well as a drastic reduction in activities to improve, due to the pandemic of the new Corona Virus (SARS- CoV-2). As published by the Institute for Supplementary Health Studies (IESS), due to the lack of research, medicines and vaccines and statistics, Covid-19 is one of the major challenges for the health system. Using the single case study method, this paper aims to analyze the variation in health care costs between the pre and post-pandemic periods, in relation to the change in the cost of the provision of reimbursement to SUS, according to the description of the National Health Agency. Supplementary Health (ANS), analyzing the financial impact for the publicly traded health operator with the largest number of beneficiaries in Brazil, in this period. Therefore, in the first moment, a review of the literature on the supplementary health sector, market regulation and the behavior of measures related to the segment during a current pandemic is presented. In the second step, the qualitative analyzes of the issues discussed are exposed, by checking the public databases of ANS and the Securities and Exchange Commission (CVM). Data analysis was performed using Laurence Bardin's Content Analysis technique, as well as through visual information about the time series data on the cost variable, which allowed the Covid-19 start date to be related to the increase or reduction of assistance costs. Affiliations showed an increase in health care costs with an impact on the cash flow related to the pandemic. The results estimated in this study did not observe evidence that demonstrated the relationship between the health care costs (cash) of the largest health operator in Brazil and the variation in the provision of the reimbursement amount to SUS.

Keywords: Supplementary health. Assistance costs. Covid-19. Health operators. Financial analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação.....	12
Figura 2 – Casos acumulados de covid-19 por data de notificação em 01/04/2020.....	14
Figura 3 – Óbitos de covid-19 por data de notificação em 01/04/2020.....	15

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Variação do ticket médio da maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiário em 2019 e 2020.....	32
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – PIB das Unidades da Federação Brasileira.....	13
Tabela 2 – Variação do ticket médio da maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiário em 2019 e 2020.....	31
Tabela 3 – Leitos hospitalares totais vs Leitos hospitalares dos infectados entre o último trimestre de 2019 e o mesmo período em 2020.....	32
Tabela 4 – <i>Market share</i> da maior operadora do Brasil, com dados extraídos do <i>Press Release</i>	34
Tabela 5 – Número de óbitos por casos de Covid-19 por estado até o segundo trimestre de 2020.....	35
Tabela 6 – Número de óbitos por casos de Covid-19 por estado no segundo e terceiro trimestre de 2020.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde
B3	Brasil, Bolsa e Balcão
CVM	Comissão de Valores Mobiliários
DICOL	Diretoria Colegiada da ANS
DIOPS	Documentos de Informações Periódicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Institutos de Estudo de Saúde Suplementar
IPO	<i>Initial Public Offering</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEONA	Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados
PIB	Produto Interno Bruto
RN	Resolução Normativa Federal do Brasil
SIB/ANS	Sistemas de Informações de Beneficiários
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	DESCRIÇÃO DOS ASPECTOS SETORIAIS.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Tipologia da pesquisa.....	26
4.2	Etapas da pesquisa.....	27
4.3	Procedimentos para análise de dados.....	28
5	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	30
6	ANÁLISE.....	33
7	RESULTADOS.....	40
8	CONCLUSÕES.....	42
	REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 assegurou o direito à saúde de forma universal e igualitária e atribuiu esta responsabilidade ao Estado, estabelecendo as bases de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/90, nº8.142/90 e nº 141/12. No Capítulo II, que trata das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde, descrevem-se as obrigações a serem executadas pelo Estado, a saber:

Art. 2º - Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - Sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 1990, n.p.).

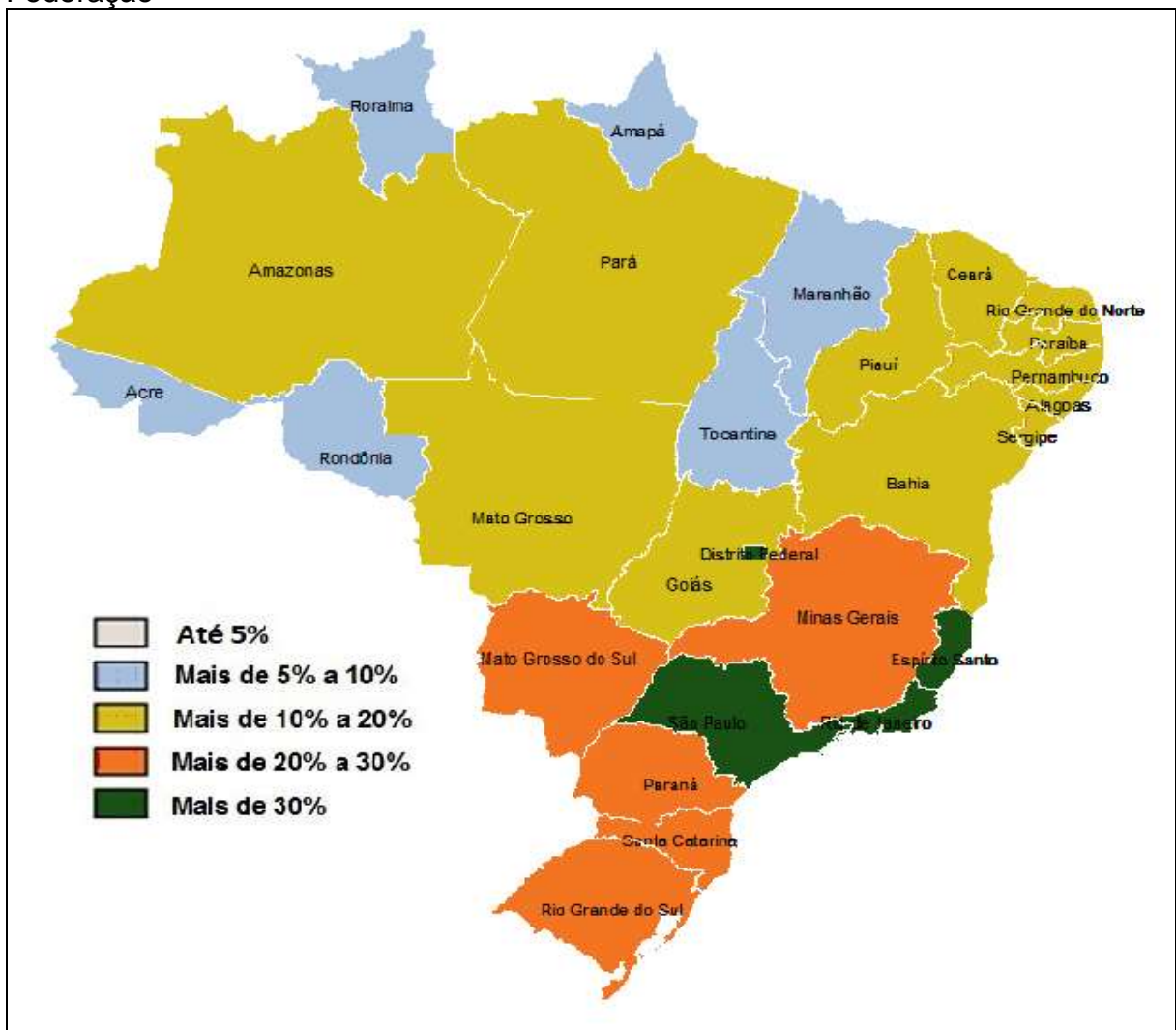
Em paralelo ao SUS ocorreu a criação do subsistema privado de saúde, que se divide em dois segmentos: o segmento liberal clássico e o segmento de saúde suplementar. O primeiro é composto por serviços privados, que são captados de formas autônoma, sendo os profissionais os responsáveis pelo estabelecimento da forma de pagamento; já o segundo funciona através de financiamento do seguro saúde, planos de saúde ou cooperativas médicas (PIETROBON, 2008).

O termo “saúde suplementar” é denominado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como a atividade que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência médica. Este segmento de negócio teve início no Brasil há aproximadamente 60 anos, impulsionado pelo crescimento do trabalho formal, no qual as empresas privadas ofereciam assistência de saúde aos seus funcionários. Em 2000, para regular as operadoras de saúde, a ANS foi criada pela Lei nº 9.961/00, vinculada ao Ministério da Saúde. Conforme o Art. 3º, a ANS tem por finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores (pessoa física), contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (BRASIL, 2021).

Segundo Pietrobon (2008), o subfinanciamento do setor privado ocorreu através da saúde suplementar, suportada pelas operadoras de saúde. Neste esquema de negócio, os prestadores credenciados aos planos e às cooperativas são pagos pela operadora de saúde para realizar o atendimento dos segurados ou clientes, de acordo com o serviço contratado.

Segundo dados dos Sistemas de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), em dezembro de 2020 existiam 47,6 milhões de beneficiários, o que representa um aumento de 1,2% em relação ao mesmo período de 2019. O total de beneficiários representa 10% da população brasileira, em sua maioria concentrada nos estados com maior Produto Interno Bruto (PIB), como pode ser observado na Figura 1 e na Tabela 1.

Figura 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2021)

Tabela 1 – PIB das Unidades da Federação Brasileira

Unidades da Federação	PIB em 2018 (1.000.000 R\$)	%
São Paulo	2.210.562	32%
Rio de Janeiro	758.859	11%
Minas Gerais	614.876	9%
Rio Grande do Sul	457.294	7%
Paraná	440.029	6%
Santa Catarina	298.227	4%
Outros	2.224.294	32%
TOTAL PIB 2018	7.004.141	100%

Fonte: IBGE (2020)

Conforme Mendes (2001, *apud* OCKÉ-REIS, 2007, p. 1042) reportou, “a existência de uma regulação estatal, com estabelecimento de regras mínimas, determinou modificações qualitativas e quantitativas no mercado”. Segundo Bahia (2001), existem divergências quando se discute qual é o objeto e a intensidade da regulamentação do segmento de saúde suplementar no Brasil, sendo o modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro diferenciado em relação à experiência internacional.

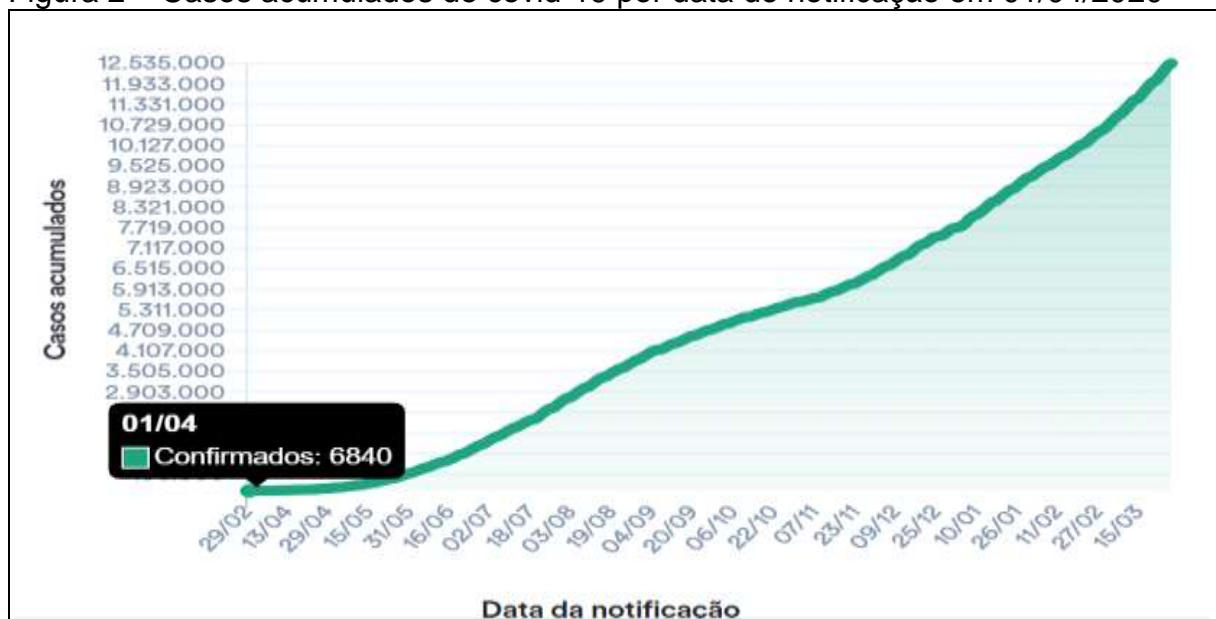
O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, válido para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, contemplando os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656, de 1998. O primeiro Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS foi o definido pela Resolução 10/1998 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), sendo posteriormente atualizado. A Resolução Normativa (RN) nº 439/2018 define os ciclos de atualização do Rol com os atos de deliberação da Diretoria Colegiada (DICOL) da ANS, que define prazos e fixa o cronograma de apresentação das atualizações.

A Resolução Normativa nº 435/2018, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde, relata que são considerados custos assistenciais todos os eventos classificados no Rol de Procedimentos, bem como “as despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora, correspondentes a cobertura de riscos relativos a custos médicos, hospitalares e odontológicos” (ANS, 2018, n.p.).

De acordo com Moraes (2019), o direito fundamental à saúde compreende necessariamente um conjunto de políticas públicas a serem implementadas pelo Estado, no sentido de dispor de prestações positivas em benefício do indivíduo, com o fim específico de atendimento da demanda dos serviços de acesso à saúde. Baseado neste direito e na relação dos beneficiários entre o vínculo com o plano de saúde privado e os atendimentos do SUS, a RN nº 358/2014 da ANS estabelece as normas que regem essas relações entre o sistema público e o sistema privado no que tange a este tipo de serviço. Ainda na mesma RN, são descritas as formas de identificação, registro e pagamento dos valores a serem deferidos pela operadora de saúde à operadora de saúde privada. Através da RN, entende-se que o aumento no volume de atendimentos tem impacto direto no valor da fatura emitida pelo SUS aos planos de saúde.

Em relação à pandemia de SARS-CoV-2, o epicentro do surto ocorreu na China, com casos notificados no país em dezembro de 2019 (MCKIBBIN; FERNANDO, 2020). Em 1º de abril de 2020, dados da Organização Mundial da Saúde (2020) mostraram que o Brasil alcançou a marca de 6.840 contaminados (Figura 2) e 41 óbitos (Figura 3). Nesse ensejo, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) publicou uma nota técnica que alertava sobre o posicionamento dos planos de saúde quanto à omissão ou ao oportunismo, bem como expunha a capacidade de atendimento nos leitos de saúde pública e privada do Brasil.

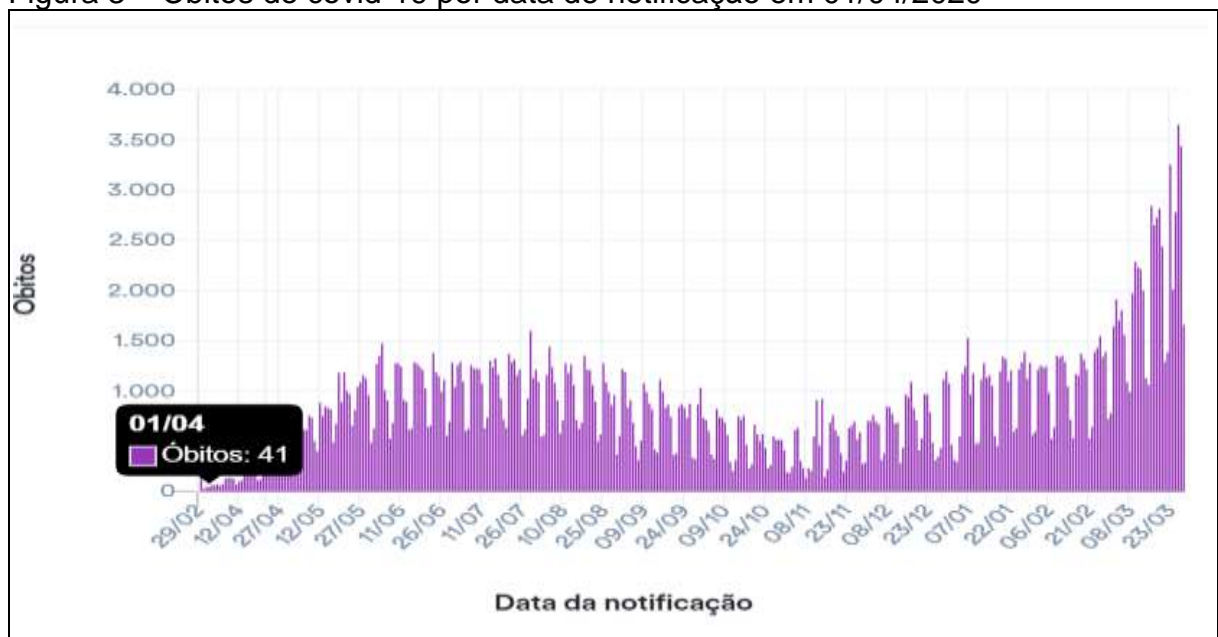
Figura 2 – Casos acumulados de covid-19 por data de notificação em 01/04/2020



Fonte: OMS (2020)

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (ABIM) também divulgou o levantamento sobre o número total de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil. De acordo com o mapeamento de janeiro de 2020, o País tinha naquela data 45.848 leitos de UTI, sendo 22.844 do Sistema Único de Saúde (SUS) e 23.004 do sistema de saúde privado (ABIM, 2020). Segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde (MS), a relação ideal de leitos de UTI é de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes, e o Brasil apresenta a proporção de 2,2 leitos, portanto, satisfatório (OMS, 2020).

Figura 3 – Óbitos de covid-19 por data de notificação em 01/04/2020



Fonte: OMS (2020)

Dentro deste contexto, a ANS passou a reportar o monitoramento da Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre o setor de planos de saúde durante o período pandemia através do Boletim – Covid 19, no qual constam as informações extraídas dos Documentos de Informações Periódicas (DIOPS) reportadas pelas operadoras. Ademais, a ANS atualizou o Rol de Procedimentos através da Instrução Normativa nº 453 de março de 2020, passando a incluir procedimentos e internações relacionados à Covid-19 e concomitantemente excluindo a obrigatoriedade de procedimentos eletivos e procedimentos presenciais.

Considerando as diferentes consequências sociais e econômicas que a pandemia trouxe sobre as diversas instâncias da saúde suplementar, vê-se aqui como fundamental analisar o impacto de tais consequências sobre o desempenho da maior

operadora de saúde – em termos de número de beneficiários – do Brasil. A escolha desta operadora se justifica uma vez que ela assiste mais de 6 milhões de vidas e, pensa-se, foi potencialmente impactada pela pandemia; logo, é imperativo que sua performance seja analisada, pois tal análise traz a possibilidade não apenas de melhorar as respostas de outras empresas para a pandemia, mas também traz lições que podem auxiliar a tomada de decisão de outras organizações do setor e do mercado de ações nos anos subsequentes da análise. Além disso, a análise de questões relativas a desempenho no cenário pandêmico tem o potencial de ajudar no desenho de políticas públicas, práticas profissionais e arcabouços de pesquisas das mais diferentes espécies.

Portanto, este trabalho busca analisar a relação entre a variação dos custos assistenciais e o aumento ou redução dos custos do ressarcimento ao SUS, nos períodos pré (2019) e pós (2020), avaliando os impactos da pandemia do novo Corona Vírus (Sars-CoV-2) no comportamento deste grupo de contas. O pressuposto deste estudo considera que houve uma redução de custos assistenciais que impactaram o caixa no período de janeiro a dezembro de 2020, durante a pandemia, em relação ao período pré-pandemia, influenciando o valor pago pela operadora ao Sistema, através do ressarcimento ao SUS, em virtude do intercâmbio entre pacientes e os sistemas público e privado no período.

Para fins de organização, esta dissertação divide-se em cinco seções. Depois desta introdução, a segunda seção tratará do referencial teórico, que contém a revisão de literatura e a apresentação dos conceitos operacionais que nortearam a análise dos dados e sua discussão. A terceira seção tratará, por sua vez, dos procedimentos metodológicos que permitiram a operacionalização desta pesquisa. Após isso, mostrar-se-á a contextualização da empresa pesquisada. A quinta seção tratará, por seu turno, da análise dos dados sob a luz da pergunta de pesquisa que orientou este estudo, assim como das definições estabelecidas no referencial teórico. Por fim, a última seção apresentará nossas considerações finais sobre os elementos que nortearam este trabalho.

2 DESCRIÇÃO DOS ASPECTOS SETORIAIS

Vários estudos sobre os resultados macroeconômicos da epidemia SARS em 2003 constataram efeitos significativos nas economias por meio de reduções no consumo, aumento dos custos operacionais dos negócios e reconsideração dos riscos dos países. Apesar do número não expressivo de mortes quando comparado ao novo Corona-Vírus, durante o ano de 2003 os custos globais foram significativos e não se limitaram aos países diretamente afetados (MCKIBBIN; FERNANDO, 2020). Para Stiglitz (2015), os modelos de *Dynamic Stochastic General Equilibrium* (DSGE) não percebem a crise chegando. Dessa forma, enquanto a opinião dos formuladores de opinião estiver positiva e a inflação contida, a economia estaria com um desempenho considerado satisfatório.

Apesar do exposto, empresas com correlação direta com o cenário de pandemia, como a maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiários, passaram a ser questionadas tão logo o número de casos crescia¹. Uma das questões constantes dos analistas de mercado sobre a crise sanitária instalada no país, de acordo com os áudios públicos disponibilizados no site da empresa, dizia respeito sobre a gestão dos custos durante o período crítico.

A dúvida geral dos analistas era sobre a expectativa acerca do ano de 2020 no efeito da operadora de saúde, especificamente na relação custos assistenciais e aumento do ressarcimento ao SUS, em virtude do aumento do volume de demanda dos atendimentos. Desta forma, supostamente se entendia a seguinte cronologia:

- **Primeiro trimestre 2020:** ainda sem número expressivo de casos de Covid-19, logo sem impacto do Covid-19 na operadora de Saúde;
- **Segundo e terceiro trimestres de 2020:** primeira onda de Covid-19 no Brasil, portanto, maior impacto na operadora de saúde e na conta de ressarcimento ao SUS a ser paga pela operadora de saúde ao Governo Federal;
- **Quarto trimestre de 2020:** baixa do número de casos, portanto, suposta redução dos custos.

Neste sentido, este trabalho se propõe a analisar a relação entre o

¹ Analistas de mercado questionaram o desempenho da Hapivda Assistência Médica nas apresentações públicas de mercado” – Link: (<https://ri.hapivda.com.br/informacoes-financeiras/central-de-resultados/>) – Acesso em: 10/05/2020

crescimento ou redução dos custos assistenciais com o aumento ou redução dos custos do ressarcimento ao SUS.

De acordo com um dos postulados da teoria da demanda, Gonçalves (2015) aponta que todo consumidor é um ser racional, o qual, tendo em vista as circunstâncias, escolhe, em tese, o melhor para si e seus familiares. Portanto, supõe-se que as quantidades consumidas dos bens ou serviços variam em função de aspectos que definem as circunstâncias do processo de escolha.

Sobre a constituição dos custos para a aquisição de algo, de acordo com Brigham e Ehrhardt (2016), os custos dos produtos vendidos ou serviços prestados incluem mão de obra, matéria prima e outros gastos diretamente relacionados à produção ou à compra dos itens ou dos serviços vendidos no período avaliado. Nessa perspectiva, de acordo com Coutinho (2015), os custos são gastos realizados na produção de bens ou serviços vistos como essenciais nessas atividades.

No segmento de saúde suplementar, a regulamentação sobre os custos ocorre através da ANS. A RN nº 435 e INC nº 8 fazem referência ao Manual de Normas Contábeis aplicáveis a Operadoras e Administradoras de Benefícios. O documento, em seu capítulo nº 4 – Escrituração, cita o seguinte trecho:

A escrituração das operações do mercado de saúde deve obedecer, no que não contrariem os dispositivos dessa Resolução, às normas estabelecidas pela Resolução nº 750/93, do Conselho Federal de Contabilidade – CFC e alterações posteriores, pela Lei 6.404/76 – Lei das Sociedades Anônimas e pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC, exceto o CPC 11 – Contratos de Seguro, o CPC 29 – Ativo Biológico e Produto Agrícola, o CPC 34 – Exploração e Avaliação de Recursos Minerais, o CPC 35 – Demonstrações Separadas, CPC 44 – Demonstrações Combinadas, e o CPC PME – Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas, o CPC 47 – Receitas e o CPC 48 – Instrumentos Financeiros. (ANS, 2018, n.p.).

No Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar, anexo na RN nº 435, descreve os custos das operadoras de saúde como:

2.7 Eventos são todas as despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora, correspondentes a cobertura de riscos relativos a custos médicos, hospitalares e odontológicos.
2.7.1 Também devem ser classificados como eventos as despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras suportadas diretamente pela operadora, em função de operações de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários. (ANS, 2018, n.p.).

Das despesas descritas no plano de contas padrão da ANS, listados a seguir, analisaremos o grupo 41 (Eventos Indenizáveis Líquidos/Sinistros Retidos), visto que nesse grupo estão contidos os eventos ocorridos, ou seja, o custo de

atendimentos dos beneficiários conhecidos ou não pela operadora de saúde, desde que já tenham incorridos efetivamente.

Classe 4 – CONTAS DE DESPESA

Grupo 41 – Eventos Indenizáveis Líquidos/Sinistros Retidos

Grupo 43 – Despesas de Comercialização

Grupo 44 – Outras Despesas Operacionais

Grupo 45 – Despesas Financeiras

Grupo 46 – Despesas Administrativas

Grupo 47 – Despesas Patrimoniais

Ainda de acordo com a RN nº 435, no Capítulo IV do Anexo (Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar), em seu tópico 5, ressalta-se que o registro de eventos/sinistro são:

[...] todas as despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora para cobertura de riscos que possam comprometer a saúde dos beneficiários. Também devem ser classificados como eventos as despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras suportadas diretamente pela operadora, em função de operações de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários. A despesa na contabilidade deve ser registrada quando incorrida, independentemente do pagamento, esse momento é o que se denomina registro contábil pelo regime da competência. Regime de competência contábil prevê o reconhecimento mensal de todas as despesas incorridas no período. A operadora deve estimar mensalmente o valor dos atendimentos ocorridos e ainda não avisados para constituir a Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados, em obediência ao princípio da competência (ANS, 2018, n.p.).

Para a análise do comportamento dos atendimentos na maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiários durante o período de Covid-19, é importante excluir despesas não relacionadas aos sinistros analisados. Tal exclusão é autointuitiva, considerando que são despesas que não estão inclusas no escopo da análise que se pretendeu realizar nesta pesquisa. Dessa forma, serão analisados apenas o grupo 41, de custos assistenciais, sinistralidade e provisões técnicas.

Na empresa analisada, os custos totais assistenciais são subapresentados em quatro linhas, sendo eles: custos assistenciais (caixa); depreciação e amortização; variação da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA); e variação da provisão de ressarcimento aos SUS.

Sobre esse último ponto, o ressarcimento ao SUS foi criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pela RN nº 358 da ANS (2014), sendo o ressarcimento o pagamento pelos beneficiários vinculados ao sistema privado de

saúde que são atendidos pelo SUS. De acordo com o Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar, capítulo IV, a operadora pode utilizar, para prestar essa cobertura rede própria, rede conveniada e/ou outra operadora. Por vezes, seu beneficiário pode ter acesso a uma cobertura contratada na rede do SUS (neste caso, a operadora está sujeita ao ressarcimento ao SUS) (ANS, 2018).

Ainda sobre o grupo de custos assistenciais, a operadora deve registrar a variação da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA). Essa é uma provisão estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela operadora. Assim, para fins desta provisão, o conhecimento do evento passa ser caracterizado a partir do momento que a operadora o registra contabilmente. De acordo com as RN nº 209 e nº 393, o cálculo das provisões técnicas deve ser realizado por um bacharel de Ciências Atuariais, responsável em mensurar e administrar riscos, estabelecendo as diretrizes de segurança na gestão de operações que envolvem o risco (ANS, 2015).

De acordo com o Comitê de Pronunciamento Contábeis nº 27, a depreciação é a alocação sistemática do valor depreciável de um ativo ao longo da sua vida útil. Após o reconhecimento como ativo, um item do ativo imobilizado deve ser apresentado ao custo menos qualquer depreciação e perda por redução ao valor recuperável acumuladas (Pronunciamento Técnico CPC 01 – Redução ao Valor Recuperável de Ativos).

A última linha de análise do grupo 41 do Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar, capítulo IV, é o custo assistencial (caixa), que corresponde aos sinistros/atendimentos realizados pelos beneficiários, descritos no Rol de Procedimentos da Agência.

Levando em conta os objetivos deste trabalho, para a análise dos custos, comparando os períodos de 2019 (pré pandemia) e 2020 (durante pandemia), consideraremos as informações públicas da maior operadora de saúde do Brasil, contidas nos documentos obrigatórios exigidos pela Instrução Normativa nº 480 da CVM (Comissão de Valores Mobiliários) às empresas de capital aberto do país. As peças contábeis de análise serão as demonstrações financeiras intermediárias individuais e consolidadas, publicadas em 31 de março de 2019 e 2020; 30 de junho de 2019 e 2020; 30 de setembro de 2019 e 2020; e 31 de dezembro de 2019 e 2020.

A mirada que este trabalho se sugere a fazer é lastreada pela tentativa de preencher a lacuna de pesquisa natural que se abre pela falta de estudos que

contemplem o período da pandemia. Este desafio abre caminho para iguais oportunidades, uma vez que a pandemia é um processo que ainda ocorre, logo, as análises devem considerar comportamentos e aspectos que não observados antes, uma vez que a pandemia em si é um evento novo na história recente do século XXI.

Neste sentido, de forma a tornar essa lacuna que se pretendeu preencher mais clara e saliente, ressalta-se que Duarte, Oliveira e Santos (2018) percorreram, por exemplo, sobre os custos por gênero, por tipo de gasto médico e por faixa etária de uma operadora de autogestão brasileira no período entre 2007 e 2013. Cota e Silva (2019) avaliaram, por sua vez, o impacto da utilização de mecanismos de coparticipação nos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde através de uma abordagem empírico analítica para uma amostra final que contemplou o período de 2013 a 2017.

Já Moraes (2019) defendeu o estudo do propósito da análise da obrigação legal de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas Operadoras de Planos de Saúde, de acordo com o artigo 32 na Lei n. 9.656/1998, e elucidou os serviços particulares de saúde como uma atividade econômica regulada pelo Estado, que tem o objetivo de obter lucro. Por isso, para o estudo do ressarcimento ao sistema público de saúde brasileiro, são avaliados os limites de intervenção do Estado no domínio econômico, bem como o conteúdo do direito fundamental à saúde, para concluir sobre a constitucionalidade dessa normativa e para um acesso à saúde mais efetivo.

Entretanto, conforme dito anteriormente, esta pesquisa preenche uma lacuna empírica fundamental na contemporaneidade, pois se propõe a afunilar a análise desses autores investigando os custos totais e sua relação com o ressarcimento ao SUS. Porém, o faz dentro do período 2019-2020, que compreende o advento da pandemia do novo Coronavírus. O objetivo central é analisar o impacto deste evento divisor de águas na história recente sobre a possível relação entre aumento ou redução de tais custos com o ressarcimento ao SUS na maior operadora de saúde do Brasil.

Portanto, esta análise exclui as aquisições feitas pela empresa estudada ocorridas e aprovadas pós 2020, visto que o objetivo deste trabalho compreende o isolamento do efeito da pandemia de Covid-19 nos custos da Companhia e, assim, avalia que as novas aquisições podem distorcer os dados e resultados financeiros ou gerenciais utilizados nas análises.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Barros, Silva e Prata (2021), após descoberta na China, em 2019, o SARS-CoV-2 está desafiando os sistemas de saúde pública de vários países do mundo. Ainda segundo tais autores, a Espanha foi um dos países mais afetados pela pandemia de SARS-CoV-2 e, embora a saúde pública espanhola seja reconhecida como um dos melhores sistemas de saúde da Europa, o pico de casos em um curto período foi prejudicial, sendo a avaliação de desempenho do setor fundamental na gestão da crise sanitária do país. Os indicadores para o apoio à decisão a curto e longo prazo foram essenciais para os planejadores durante a crise sanitária do sistema público espanhol. Neste estudo de caso, desenvolvido na Espanha sob a perspectiva da economia de produção, que avalia as variáveis de insumos, trabalho e materiais, recomendou-se a o aumento da aquisição de insumos e a otimização para o enfretamento da pandemia.

Em 13 de março de 2020, os Estados Unidos declararam uma emergência nacional para combater a doença coronavírus 2019 (COVID-19). A preocupação pelo nível de contaminação do vírus foi levantada. Dentre as razões, estava o impacto do custo da pandemia para o sistema financeiro nacional direta e indiretamente. Bartsch (2020), revela que um único caso sintomático de COVID-19 poderia incorrer em um custo médico direto de U\$ 3.045, em média, apenas durante o período da infecção. Se 80% da população dos Estados Unidos fosse infectada, o resultado poderia ser uma mediana de 44,6 milhões de hospitalizações, 10,7 milhões de internações em unidades de terapia intensiva (UTI), 6,55 milhões de pacientes necessitados de ventilador, 249,5 milhões de dias de leito hospitalar e U\$ 654,0 bilhões em custos médicos diretos durante o curso da pandemia. Se 20% da população dos EUA fosse infectada, poderia haver uma mediana de 11,2 milhões de hospitalizações, 2,7 milhões de internações em UTI, 1,6 milhões de pacientes necessitados de ventilador, 62,3 milhões de dias de leito hospitalar e U\$ 163,4 bilhões em custos médicos diretos ao longo do curso da pandemia.

Segundo Macedo (2020), os países da América do Sul apresentam inúmeras fragilidades no combate à Covid-19 devido à vários fatores, dentre eles, o não cumprimento das orientações do WHO. Na Argentina, com uma população estimada de 44.938.712 habitantes (2019), 2.432 infectados e 105 mortes apresentaram-se no início da pandemia. Na data, o presidente Argentino anunciou a

abertura apenas de serviços essenciais para incentivo as distanciamento social. Na Bolívia, para aliviar os efeitos da crise, o governo federal também adotou medidas de restrição de socialização a fim de reduzir o número de casos que até o trigésimo primeiro dia de pandemia contava com 397 infectados e 28 mortes. No Uruguai, um caso isolado da América Latina (TAYLOR, 2020), teve-se maior controle sobre a pandemia. A pequena população de 3,5 milhões facilitou o cumprimento das regras de prevenção, dentre outros fatores de controle da transmissão de Covid-19 que até maio de 2020 registrou 1.527 infecções e 42 mortes. O estudo relata que a ação rápida e forte do governo federal desacelerou a propagação do vírus e deu ao país tempo vital para preparar seus hospitais e sistema de testes.

Há tempos que a comunidade científica do campo das doenças infecciosas alerta que o advento de novas pandemias não são uma questão de “se”, mas de “quando”. O século XXI presenciou várias epidemias que puderam ser contidas em algum nível temporal ou geográfico, como as duas epidemias de coronavírus (pelo SARS-CoV e a síndrome respiratória do Oriente Médio - MERS), as epidemias de Ebola na África e a epidemia de gripe aviária (H5N1). Contabilizando o número total de mortes relacionados a todas as pandemias citadas, o número de morte apenas na pandemia do novo Coronavírus foi superior. A pandemia de influenza H1N1 de 2009, para a qual uma vacina estava disponível, foi devastadora, estimando-se letalidade entre 150 mil e 575 mil pessoas. O número de mortes que serão provocadas por COVID-19 é uma incógnita, mas estimativas até julho de 2020 indicavam um número superior a 2 milhões (WERNECK; CARVALHO, 2020). Até a data de publicação deste trabalho, o número ultrapassa 3,33 milhões de mortes (WHO, 2021).

No Brasil, o vírus de alta transmissibilidade foi negligenciado. Inicialmente as medidas de isolamento social, antissepsia e outras recomendações do WHO foram desencorajadas, mesmo sendo elementos chave para contenção do vírus. A COVID-19 surpreendeu o mundo em razão da velocidade de contaminação (GOMES, 2020) e ausência de uma literatura científica ampla sobre a evolução do vírus, bem como o crescimento acelerado da contaminação no país. Esses fatores originaram uma série de impactos possíveis sobre a velocidade de contaminação (MOURA, 2020). Adicionalmente, as condições para isolamento social e gestão de dados sobre a população contaminada foram limitadas pelo Governo Federal (WERNECK, 2020). O Brasil também descartou inicialmente um sistema de testagem amplo, tanto na saúde pública quanto na saúde privada, o que dificultou a identificação precoce dos

infectados. Apenas em 9 de junho de 2020 a Agência Nacional de Saúde Suplementar incluiu no rol de procedimentos mandatórios para o sistema de saúde privada no país a obrigatoriedade para teste diagnóstico SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa por RT – PCR, conforme comunicado nº 83 (ANS, 2020).

Diferente dos países europeus e asiáticos, o Brasil não possui uma gestão segura e planejada relacionada às catástrofes, pandemias e calamidades. Não há, portanto, uma cultura local de prevenção dessas situações. Ademais, o sistema de saúde público e privado nacional não comporta um rápido aumento do número de casos e a curva de crescimento íngreme em um curto período (GOMES, 2020). O sistema entraria em colapso.

Reis, Brogrin e Bueno (2020) relatam que a COVID-19 é constituída de um complexo conjunto de características epidemiológicas apresentando uma série de desafios para controle. Os sintomas mais comuns são febres, cansaço e tosse seca, dores em alguns casos, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas podem se manifestar de forma leve e começam gradualmente, podendo atingir estágios irreversíveis culminando em óbito. Como a modelagem matemática de doenças infecciosas é antiga e remonta os estudos de Daniel Bernoulli na análise da varíola em 1760 (BAILEY, 1975), modelos epidemiológicos compartimentais tem sido utilizado e proposto para uma compreensão de como o SARS-CoV-2 é transmitido em diferentes ambientes ou categorias disjuntas de densidades de indivíduos. Esses dados são essenciais para orientação de intervenções presentes e futuras, levando em conta isolamento social, quarentena, interações entre as diversas categorias, a importância das infecções não documentadas, o papel da mobilidade na propagação precoce da doença e o potencial de rastreamento de contato como solução. No estudo efetuado por Reis, Brogrin e Bueno (2020), utilizando uma dinâmica SIR para análise epidêmica do COVID-19, mostrou-se que o número de infectados atingiu um pico após aproximadamente 5,5 meses pós o início da pandemia no Brasil, atingindo cerca de 2,5% da população.

Devido à alta transmissibilidade e o impacto na população, a COVID-19 exigiu dos serviços de saúde o uso de quantidades elevadas de recursos, usados na paramentação dos profissionais, bem como a necessidade de aumento do quadro de profissionais especializados. Segundo Storer, Cabral, Neto e Belei (2021), comparando os custos pré e pós pandemia, houve aumento no preço de todos os

materiais utilizados para a precaução de contato: máscara cirúrgica (3.666%), luva de procedimento (235%), touca (137,5%), máscara PFF2/N95 (1.229%), avental de TNT (324%) e avental cirúrgico impermeável (160%). No período anterior à pandemia, e consequentemente o quase colapso do sistema de saúde, o custo da preparação por paciente na enfermaria sem cuidados intensivos era de R\$3,75 por dia; em unidades ou centro de terapia intensiva era de R\$30,38. Após o agravamento da pandemia, o custo médio da paramentação por paciente-dia sem diagnóstico de Covid-19 internado em enfermaria foi de R\$ 100,00; em unidade de terapia intensiva de R\$117,00. Entretanto, para atender os pacientes internados na UTI específica para Covid-19 e em fase de transmissão, o custo foi R\$272,00. Para o paciente internado em cuidados intensivos com Covid-19, após o período de transmissibilidade, o custo foi de R\$108,00 por paciente/dia.

Com base nos trabalhos citados, identificam-se as lacunas de análises sobre o aumento dos custos assistenciais de saúde privada com impacto no caixa e o aumento no valor da provisão para pagamento de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - tema de análise deste estudo.

4 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta os aspectos metodológicos desta pesquisa. Nesse sentido, ele está organizado em três seções: a primeira trata da tipologia que orienta o estudo proposto, a segunda descreve as etapas compreendidas no processo e, por fim, a terceira descreve os procedimentos relativos à análise de dados.

4.1 Tipologia da pesquisa

Este estudo visa analisar a relação entre a variação dos custos assistenciais com o aumento ou redução dos custos do ressarcimento ao SUS, nos períodos pré (2019) e pós (2020), avaliando os impactos da pandemia do novo Corona Vírus (Sars-CoV-2) no comportamento desse grupo de contas. Para tal, trabalhou-se com a hipótese que houve uma diminuição de custos no lugar de um acréscimo, fruto de fatores como: menor procura por hospitais no primeiro ano da pandemia, priorização de atendimentos relacionados ao Covid-19, assim como de atendimento emergenciais voltados à nova doença.

De acordo com Creswell e Poth (2016), três elementos devem ser definidos para realizar pesquisas acadêmicas: a concepção filosófica, a estratégia de investigação e os métodos específicos. Além disso, este estudo está alinhado com a concepção filosófica positivista, já que tem o objetivo de reduzir as ideias expostas e verificar outras fontes, transformando-as em um pequeno conjunto a ser testado considerando a questão da pesquisa.

Quanto à natureza do estudo, ele é caracterizado como exploratório e descritivo. O primeiro se baseia em um problema de pesquisa com nenhum ou poucos estudos anteriores dos quais é possível coletar informações. Esse tipo de pesquisa pretende atingir familiaridade com o campo estudado para que uma investigação mais rigorosa possa ser realizada posteriormente. Nesse quesito, o estudo de caso único (YIN, 1994) empregado no trabalho é uma técnica comumente utilizada. Considerando a natureza descritiva que esta dissertação compreende, pretende-se delinear um comportamento do fenômeno e identificar características de um determinado problema (COLLIS; HUSSEY, 2005).

A pesquisa atual é qualitativa e adota o estudo de caso único como estratégia de investigação. De acordo com Hair Jr. *et al.* (2005), abordagens

qualitativas servem para caracterizar ou refinar problemas de pesquisa, aspectos que podem ajudar a formular ou testar estruturas conceituais normalmente envolvendo o uso de amostras menores ou estudos de caso. Tal abordagem serve aos propósitos deste estudo, uma vez que se investiga o fenômeno contemporâneo que é analisar a relação entre a variação dos custos assistenciais com o aumento ou redução dos custos do ressarcimento ao SUS.

De acordo com o processo proposto por Yin (1994), o estudo de caso único pretende identificar casos que possam prever resultados e, como sugere Eisenhardt (1989), um processo teórico de amostragem segue-se a essa etapa, pois o caso foi selecionado com base em razões teóricas e empíricas. Além disso, os casos foram escolhidos intencionalmente, se concentrando nos que maximizam tanto a qualidade quanto o valor das informações a serem obtidas considerando os objetivos aqui propostos.

A unidade de análise neste estudo é a maior operadora de saúde, em termos de número de beneficiários do Brasil. No microverso das empresas de saúde, a escolha pela empresa se deu em função de seu tamanho e participação no mercado nacional, expressiva na contemporaneidade com mais de 6 milhões beneficiários. Portanto, nesses termos, essa empresa pode ser considerada a maior do Brasil. Logo, sua presente análise se justifica uma vez que ela habilita a compreensão sobre a atuação da própria empresa em tal cenário e dos impactos do advento da pandemia em seu desempenho, permitindo, além disso, o entendimento sobre como a pandemia potencialmente afetou outros *players* do setor.

A operacionalização sugerida para realizar esta pesquisa seguirá os critérios descritos nos parágrafos acima. No entanto, para aumentar o entendimento sobre os procedimentos de habilitação, dividimos o argumento em etapas descritas na seção a seguir.

4.2 Etapas da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em duas etapas. Em um momento inicial, foi feito um estudo exploratório sobre a bibliografia disponível, que também levou em conta o material existente no site das organizações relacionadas. Essa etapa permitiu que a definição inicial do perfil da empresa. Na segunda etapa, foi realizado um estudo exploratório aprofundado com a empresa e organizações relacionadas.

Além disso, dados secundários fornecidos por estas organizações, acessados através de canais disponíveis para o público em geral, também foram utilizados. A escolha de manter em sigilo nomes foi deliberada para maior respeito dos procedimentos éticos.

Portanto, para escolha do caso, da maior operadora de saúde do Brasil foi selecionada primeiramente para se enquadrar nos critérios mencionados acima. Além disso, essa organização mostrou maior abertura ao estudo pois disponibiliza publicamente dados fundamentais na construção do processo de pesquisa. Nessa perspectiva, os processos de coleta de dados, bem como uma análise mais detalhada, são esmiuçados no segmento a seguir.

4.3 Procedimentos para análise de dados

A análise de dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo, método que aplica procedimentos objetivos e sistemáticos para descrever dados a fim de obter indicações que podem ser quantitativas ou não. Essas indicações permitem inferir o conhecimento sobre as condições em que as mensagens foram produzidas e recebidas (BARDIN, 1977). Este estudo escolheu a abordagem qualitativa da análise de conteúdo, dado o caráter exploratório da busca de conexões e suposições teóricas. O emprego da técnica de análise de conteúdo serviu ao objetivo de conceder à análise maior confiabilidade e validade.

O processo que compreende a análise de conteúdo ocorre em diferentes etapas, cujas terminologias variam com semelhanças entre os autores. Bardin propõe três etapas: pré-análise, exploração do material e processamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977; MOZZATO; GRZYBOVSKY, 2011).

Na fase de pré-análise, todo o material é organizado usando como objetivos de pesquisa de referência e a base teórica que o suporta. A exploração do material é sustentada pela codificação e categorização, em outras palavras, pela classificação do material em categorias estruturadas de acordo com padrões encontrados no caso selecionado (BARDIN, 1977).

De acordo com o caso selecionado, a pergunta de pesquisa e os objetivos deste estudo, as fontes foram analisadas em partes e as informações relacionadas foram distribuídas em suas respectivas dimensões. Com o objetivo de melhorar essa distribuição, a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977) também foi realizada;

as três etapas cronológicas de pré-análise, exploração de material e tratamento de resultados, inferência e interpretação implicam um conjunto de instrumentos metodológicos que podem ser aplicados a diferentes tipos de dados. Ao utilizar essas técnicas, o pesquisador procura o que está escondido nos dados; em outras palavras, ele ou ela procura o que não é facilmente visto, o "não dito" retido nos bancos de dados.

Mozzato e Grzybovski (2011) concordam com Bardin (1977) na medida em que consideram a técnica de análise de conteúdo como técnicas com o objetivo de superar incertezas, enriquecendo o método utilizado para compreender os dados coletados. Portanto, as fontes aqui analisadas foram selecionadas com base em elementos específicos; os objetivos são aprofundar sua composição e dar mais validade e confiabilidade às análises que serão mostradas na seção referente. Por fim, faz-se necessário apresentar a empresa selecionada para compor o estudo de caso analisado – em foco na próxima seção.

5 CONTEXTUALIZAÇÃO

A operadora de saúde analisada neste estudo teve sua história iniciada em 1979, através dos atendimentos médicos simples realizados pelo fundador da Companhia. Em 2020, ela atingiu o patamar de maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiários. A empresa conseguiu alcançar tal patamar por meio de uma estratégia de verticalização para construção da rede hospitalar própria e por aquisições de outras empresas de diferentes portes, algo ocorrido no decorrer dos anos. As estratégias são preponderantes para uma série de questões que vem na esteira do crescimento e que ficaram mais claras à medida que o desenvolvimento da organização for se descortinando.

Entre os anos de 1993 e 1999, o maior foco de negócio da empresa foi o aumento da capacidade de atendimentos através dos hospitais construídos e adquiridos. Após as aquisições realizadas nos anos 2000, a empresa definiu como o principal modelo de negócio a verticalização dos atendimentos. Por essa razão, efetuaram-se novas aquisições para a expansão da verticalização. Entre os anos de 2000 e 2017, o foco da Companhia foi a expansão da verticalização, através da construção e aquisição de clínicas, hospitais e centros de exames de imagens.

No período de 2000 a 2017, as principais aquisições da Companhia foram: (i) 2000 - Hospital Teresa de Lisieux – BA; (ii) 2005 - Hospital São Lucas – AM; (iii) 2007 - Hospital Layr Maia – PA; (iv) 2008 - Espinheiro – PE, Ilha do Leite – PE, Hospital Capibaribe – PE e Hospital do Cabo – PE; (v) 2011 - Hospital Vasco Lucena – BA e Santa Casa de Misericórdia – BA; (vi) Hospital Rio Mar – PA, Hospital Aldeota – CE e Hospital João Pessoa – PB; (vii) 2014 - Hospital Luís de França – CE e Hospital Fleming – AM; (viii) 2017 - Hospital SEMED – BA.

Nos anos subsequentes a Companhia seguiu expandindo a rede de atendimento, incluindo clínicas e laboratórios de imagem. Adicionalmente à expansão da rede própria, houve também o crescimento inorgânico da carteira de clientes através de aquisições de outras operadoras de saúde como: Grupo MMS, Santa Saúde, Dental vida, Free Life, Grupo São Francisco, Grupo América e RN Saúde.

No ano de 2018 a Companhia movimentou mais de R\$ 3,43 bilhões de reais através do processo de IPO – Initial Public Offering ou oferta pública de ações. No ano seguinte, após atingir a recomendação máxima de investimento (AAA) da agência de classificação de risco, a Companhia emitiu debêntures no valor de R\$ 2 bilhões de

reais. Considera-se que tal crescimento foi inorgânico, uma vez que a empresa não cresceu diante de circunstâncias imanentes a si, mas por meio da compra das carteiras supracitadas Morozoni (2013).

A partir da oferta pública a empresa analisada passou-se a seguir, adicionalmente, os protocolos da ANS, as normativas da Comissão de Valores Mobiliários e CVM, reportando publicamente os dados requeridos pela ANS e pela CVM ao público em geral. Os dados utilizados nesta pesquisa são públicos e foram extraídos da base de dados da CVM (CVM, 2021).

Segundo Clemente (2016), o ticket médio é um índice gerencial que, nas empresas de saúde, relacionam o valor da receita (vendas) com o número de beneficiários. Portanto, através dele é possível observar o crescimento da operadora de saúde no que tange às duas variáveis. No quarto trimestre de 2020 a operadora apresentava *ticket médio* de R\$ 202,33 (saúde), 5,8% ao mesmo período do ano anterior.

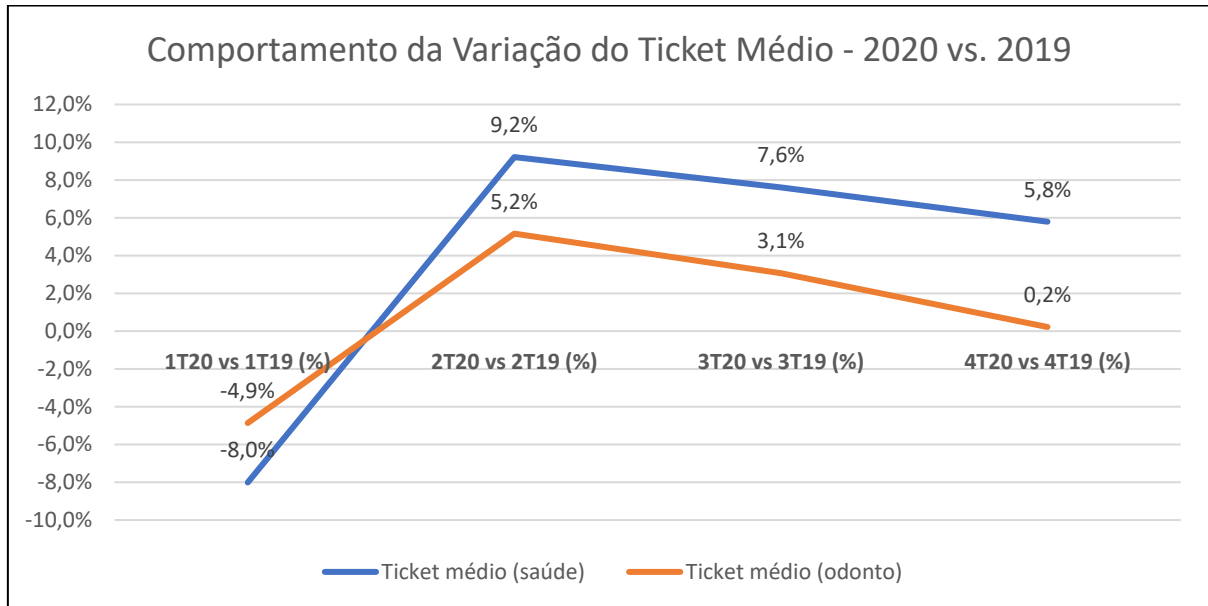
Tabela 2 – Variação do ticket médio da maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiário em 2019 e 2020

Item	1T19	1T20	1T20 vs 1T19 (%)	2T19	2T20	2T20 vs 2T19 (%)	3T19	3T20	3T20 vs 3T19 (%)	4T19	4T20	4T20 vs 4T19 (%)
Ticket médio (saúde)	176,27	191,62	-8,0%	176,52	192,78	9,2%	184,40	198,44	7,6%	191,25	202,33	5,8%
Individual	265,77	280,93	-5,4%	268,43	284,40	5,9%	269,77	290,11	7,5%	285,59	304,33	6,6%
Coletivo	142,55	160,33	-11,1%	142,47	160,46	12,6%	153,32	165,65	8,0%	158,70	165,73	4,4%
Ticket médio (odonto)	12,19	12,81	-4,9%	12,15	12,78	5,2%	12,14	12,51	3,1%	12,54	12,57	0,2%

Fonte: Comissão de Valores Mobiliários – CVM 2021

Conforme exposto acima, no primeiro trimestre a Companhia não possuía, nos meses de janeiro e fevereiro, os efeitos do ticket das empresas adquiridas, sendo possível identificar redução nesse indicador de performance por diversas variáveis incluídas no cálculo. Nos demais trimestres, após a inclusão do resultado e do número de beneficiários das empresas adquiridas, não podemos observar um efeito direto no cálculo. Entretanto, é possível verificar uma melhoria no indicador, principalmente no segmento saúde.

Gráfico 1 – Variação do ticket médio da maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiário em 2019 e 2020



Fonte: Comissão de Valores Mobiliário (2021)

Em 2020, no ano de início da pandemia do novo Coronavírus, a empresa possui em sua estrutura própria 45 hospitais, 46 prontos atendimentos, 198 clínicas e 175 laboratórios de diagnóstico por imagem para suporte nas operações, além da rede de atendimentos credenciados ao plano de saúde. Além da estrutura, o número de leitos por 100 mil vidas também cresceu entre os anos de 2019 e 2020.

Tabela 3 – Leitos hospitalares totais vs. Leitos hospitalares dos infectados entre o último trimestre de 2019 e o mesmo período em 2020

Período	Leitos hospitalares	Leitos com infectados com Corona Vírus	Leitos por 100 mil vidas
4T19	2.635	0	0,75
1T20	2.754	0	0,77
2T20	3.063	1.044	0,88
3T20	2.939	807	0,83
4T20	3.240	764	0,87

Fonte: Comissão de Valores Mobiliários (2021)

6 ANÁLISE

Neste tópico estão apresentadas as análises de dados públicos realizadas por trimestre no período de 2019 *versus* o mesmo período de 2020. A escolha da operadora de saúde, excluindo os dados das empresas adquiridas, foi realizada dessa forma pois as empresas adquiridas foram incorporadas aos números apenas em 2020 (durante a pandemia), distorcendo os dados comparativos de 2019 (pré-pandemia).

Os critérios de escolhas utilizados para a análise de quebra das datas foram realizados com base na exigência pública de divulgação dos dados pela Instrução Normativa nº 480 da CVM (2009) e pela Manual de Envio das Informações Periódicas da CVM (2020) *páginas 11, 12 e 13*, que abordam sobre os períodos mandatórios de divulgação das informações ao mercado.

Os custos das operadoras de saúde são formados e apresentados em quatro linhas: custos assistenciais de caixa, depreciação e amortização, custos de ressarcimentos ao SUS e os custos de variação da Provisão para os Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA). Desses, os valores que têm relação direta com o aumento da demanda em função do novo Coronavírus são: custos assistenciais que impactam no caixa, custos com o ressarcimento ao SUS e os custos com a variação da PEONA.

Visto que o intuito desta análise se propõe a responder à pergunta de pesquisa - se há relação entre a variação dos custos da operadora e saúde e do ressarcimento de SUS -, analisaremos apenas as linhas de custos assistenciais que impactam diretamente no caixa da empresa, ou seja, os atendimentos realizados aos beneficiários e a linha de ressarcimento ao SUS. De acordo com a Instrução Normativa nº 5 de 2011, o valor a ser registrado para pagamento ao SUS varia de acordo com o ABI - Aviso de Beneficiários Identificados, enviado pela ANS para a operadora.

No primeiro trimestre de 2020, os custos assistenciais (caixa) da companhia atingiram o patamar de R\$ 756,9 milhões reais *versus* R\$ 694,8 milhões reais em 2019, crescimento de 8,9%. Ainda no mesmo período, o valor provisionado para o pagamento do ressarcimento ao SUS foi de R\$ 69,8 milhões *versus* R\$ 9,4 milhões registrado no primeiro trimestre do ano anterior. Incremento de 639,2% nessa linha de custos. A adição significativa na linha de ressarcimento ao SUS no período ocorreu em virtude da obrigatoriedade do acréscimo da contabilização de juros,

correção monetária e multas devido ao não pagamento dos valores pela operadora até a data. Ademais, ocorreu um aumento acentuado no valor informado através das ABIs à operadora de saúde.

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020), em março de 2020 as Américas, juntas somavam um pouco mais de 194.911 mil casos confirmados. No final do primeiro trimestre de 2020, o Brasil possuía 3% do total de casos das Américas, com a soma de 5.717 casos e 201 mortes. O país teve a seguinte cronologia até a declaração de pandemia pelo Ministério da Saúde:

- a) O Brasil identificou o primeiro caso de contaminação dois meses após o primeiro caso ser identificado na China, reportado em 26 de fevereiro de 2020;
- b) Dia 11 de março de 2020, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 356, que estabelecia medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19);
- c) No dia 17 de março de 2020 foi registrada a primeira morte por Covid-19 no país, em São Paulo.

Apesar dos casos de contaminação e morte pelo novo Corona Vírus, até o final do primeiro trimestre não havia impacto significativo de atendimento nas regiões Norte e Nordeste no Brasil, no qual o *market share* (a quantidade de participação no mercado) da operadora de saúde é significativamente superior, conforme tabela a seguir:

Tabela 4 – *Market share* da maior operadora do Brasil, com dados extraídos do *Press-Release*

Item	4T19	1T20	2T20	3T20	4T20
<i>Market share</i>					
Brasil (saúde)	7,5%	7,6%	7,5%	7,5%	7,9%
Norte	25,2%	25,1%	24,7%	24,9%	25,3%
Nordeste	30,2%	29,9%	29,5%	29,6%	29,9%
Centro-Oeste	12,2%	12,3%	12,8%	13,3%	13,2%
Sudeste	2,3%	2,5%	2,5%	2,5%	2,9%
Sul	0,7%	0,7%	0,5%	0,5%	0,8%

Fonte: Comissão de Valores Mobiliários (2021)

No segundo trimestre da Covid-19 no país, o Brasil cresceu em 20410% o número de casos, partindo de um pouco mais de 6 mil casos para o total de quase 1,5 milhões.

Tabela 5 – Número de óbitos por casos de Covid-19 por estado até o segundo trimestre de 2020

UF	Região	Óbitos de Covid em 30/06/2020
AM	Norte	2.823
RR	Norte	3
AP	Norte	407
PA	Norte	4.920
TO	Norte	200
RO	Norte	518
AC	Norte	13.253
BA	Nordeste	1.853
CE	Nordeste	6.146
MA	Nordeste	2.048
PE	Nordeste	4.829
PB	Nordeste	977
PI	Nordeste	663
AL	Nordeste	1.052
SE	Nordeste	676
RN	Nordeste	1.034
GO	Centro-Oeste	474
DF	Centro-Oeste	587
MT	Centro-Oeste	593
MS	Centro-Oeste	76
SC	Sul	341
RS	Sul	614
PR	Sul	649
MG	Sudeste	1.059
ES	Sudeste	Sem informações disponíveis
RJ	Sudeste	10.080
SP	Sudeste	14.763

Fonte: Ministério da Saúde (2020)

No segundo trimestre de 2020, os custos assistenciais, que impactaram o caixa tiveram redução de 3,6% frente ao mesmo período do ano anterior. O valor de R\$ 702,1 milhões reais, em 30 de junho de 2020, foi inferior ao valor de R\$ 728,2 milhões reais de 30 de junho de 2019. O valor do 2º trimestre de 2020 também foi inferior ao saldo de custos assistenciais apresentados pela empresa no primeiro trimestre de 2020 (R\$ 756,9 milhões reais).

Os custos assistenciais acumulados no primeiro semestre de 2020 cresceram 2,5% frente aos custos assistenciais que impactam no caixa, em relação ao primeiro semestre de 2019, totalizando o saldo de R\$ 1.459 milhões de reais. No mesmo período a provisão para ressarcimento ao SUS, ou seja, a soma das ABIs

recebidas no segundo trimestre totalizaram R\$ 14,7 milhões de reais *versus* R\$ 19,8 milhões das ABIs recebidas em 2019.

Apesar do aumento substancial dos números relacionados ao Covid-19, a Agência Nacional de Saúde Suplementar aprovou a medida que desobrigou o atendimento presencial das operadoras de saúde, publicada através da Nota Técnica nº 06 /2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS, utilizando a Instrução Normativa nº 49 de 2016 na qual dispõe sobre a possibilidade de medidas administrativas em caso de risco assistencial, no dia 23 de março de 2020 em reunião extraordinária com a diretoria colegiada da ANS. Tal medida foi justificada pela natureza da doença, que se transmite por meio do contato. Logo, as restrições de contato e o distanciamento social sugeridos por protocolos internacionais foram seguidos igualmente no cenário brasileiro.

A ANS (2020) citou que o atendimento presencial ao cliente é uma obrigação prevista pelos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 395/2016, que impõe as operadoras a prestação aos seus beneficiários, de forma imediata, das devidas informações e de orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo ainda se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos. Entretanto, a decisão levou em conta a permanência da necessidade de contenção da transmissão do novo coronavírus, conforme colocado anteriormente. Ainda no início do segundo trimestre, com o intuito de reduzir os procedimentos presenciais, as medidas foram publicadas pela ANS (2015) de modo a viabilizar a implementação imediata da telessaúde no setor e garantir a segurança jurídica necessária, isto é, a utilização da telessaúde em conformidade com as regras para celebração de contratos entre operadoras e prestadores de serviços, em especial aquelas dispostas nas Resoluções Normativas nº 363 e 364, de 2015.

Sem variações expressivas na conta de provisão de ressarcimentos ao SUS, a maior parte do impacto nos custos do período se deu pela demanda represada de cirurgias no período, pela redução de consultas eletivas e consultas de urgências e pela priorização de atendimentos remotos.

Sobre o primeiro ponto, isto é, a demanda represada de cirurgias, é possível teorizar que tal represamento se deu porque pacientes sentiram-se temerosos de entrarem em processo cirúrgico no momento mais crítico da pandemia de um vírus que se transmite pelo contato, fato mais expressivo em ambientes hospitalares. Além disso, recursos físicos e humanos (pessoal médico e correlatos)

foram priorizados para o tratamento de doentes acometidos pela Covid-19. Logo, muitos processos cirúrgicos também deixaram de ocorrer por igual motivo.

Segundo, na esteira dos últimos elementos apontados no parágrafo anterior, houve uma redução dos atendimentos eletivos fruto tanto da priorização quanto pelo receio dos pacientes citados anteriormente, pressuposições plausíveis a partir do cenário instalado a época. A própria natureza eletiva de tais consultas acaba por resultar na sua postergação para datas mais convenientes e, por conseguinte, sanitariamente salubres.

O terceiro ponto é sobre as consultas de urgências e a priorização de atendimentos remotos: esse fato fez com que o número usualmente menor do primeiro tipo de atendimento somado à priorização do segundo tipo de atendimento (que é fundamentalmente menos dispendioso, uma vez que mobiliza menos recursos) também resultasse no quadro mencionado anteriormente.

No terceiro trimestre de 2020, a partir de julho de 2020, a empresa apresentou R\$ 1.227 milhões de custos assistenciais de caixa no terceiro trimestre de 2020, crescimento de 56,9% frente ao mesmo período de 2019, que apresentou a soma de R\$ 799 milhões. No saldo acumulado dos 9 meses de 2020 a companhia apresentou o valor de R\$ 3.476,2 milhões *versus* R\$2.222 no mesmo período do ano anterior. Os custos assistenciais com impacto no caixa tiveram incremento de 56,4% no saldo acumulado de janeiro a setembro de 2020.

A variação da provisão de ressarcimento ao SUS apresentou redução de 45,4% entre o terceiro trimestre de 2020, totalizando R\$ 13,5 milhões, frente aos R\$ 24,6 milhões registrados no terceiro trimestre de 2019. Apesar da redução no trimestre o número acumulado, nos 9 meses de 2020, apresentou aumento significativo de 96,8%, totalizando R\$ 106,1 milhões.

No final do terceiro trimestre de 2020, conforme dados da OMS, o Brasil atingiu o número de 4.819.935 de infectados, crescimento de 244% em relação ao segundo trimestre do ano. No mesmo período o país alcançou a marca de 143.952 óbitos, crescimento de 142% comparado ao final do período anterior.

No mês de junho de 2020, grandes capitais do país iniciaram o relaxamento das restrições de distanciamento social impostas, permitindo a gradual volta das atividades. Nessa data, o número de infectados e óbitos encontrava-se da seguinte forma:

Tabela 6 – Número de óbitos por casos de Covid-19 por estado no segundo e terceiro trimestre de 2020

UF	Região	Óbitos de Covid em 30/06/2020	Óbitos de Covid em 30/09/2020
AM	Norte	2.823	4.159
RR	Norte	3	648
AP	Norte	407	709
PA	Norte	4.920	6.573
TO	Norte	200	939
RO	Norte	518	1.357
AC	Norte	13.253	Sem informações disponíveis
BA	Nordeste	1.853	6.744
CE	Nordeste	6.146	8.994
MA	Nordeste	2.048	3.756
PE	Nordeste	4.829	8.291
PB	Nordeste	977	2.824
PI	Nordeste	663	2.127
AL	Nordeste	1.052	2.072
SE	Nordeste	676	2.036
RN	Nordeste	1.034	2.393
GO	Centro-Oeste	474	4.672
DF	Centro-Oeste	587	3.255
MT	Centro-Oeste	593	3.406
MS	Centro-Oeste	76	1.303
SC	Sul	341	2.797
RS	Sul	614	4.782
PR	Sul	649	4.485
MG	Sudeste	1.059	7.360
ES	Sudeste	Sem informações disponíveis	Sem informações disponíveis
RJ	Sudeste	10.080	18.487
SP	Sudeste	14.763	39.255

Fonte: Ministério da Saúde, 2020 (<https://covid.saude.gov.br/>).

O retorno das atividades também ocasionou, para a Companhia, a volta dos atendimentos presenciais, consultas eletivas, cirurgias e exames, agendados no período pré-lockdown e durante o lockdown, sem possibilidade de realização devidos às restrições impostas pelos governos estaduais e pela ANS. Na esteira dessas ações, a demanda não atendida no segundo trimestre teve impacto no terceiro trimestre elevando os custos em relação ao período anterior.

A redução da provisão do valor referente ao ressarcimento ao SUS, informada pelas ABIs do terceiro trimestre de 2020, em relação ao mesmo período do ano anterior, justificada pela Medida Provisória nº 928 de março de 2020². Na Medida

² MP que trata das medidas provisórias de enfrentamento da pandemia.

Provisória (MP), os prazos regulatórios de emissão de guias foram suspensos, de modo que o número do trimestre apresentou distorções.

No último trimestre de 2020, a companhia apresentou consolidados da empresa analisada e das empresas adquiridas. Os saldos apresentados a seguir apresentam distorções referentes ao critério de análise anterior. Os custos assistenciais que impactaram caixa apresentaram crescimento de 33,4% frente ao mesmo período do ano anterior, alcançando o valor de R\$1.352,1 milhões. O acumulado da Companhia no ano de 2020 atingiu a marca de R\$ 4.828,3, 49,2% superior ao ano de 2019. O saldo da variação da provisão a pagar, referente ao ressarcimento ao SUS, somou R\$105,8 milhões no quarto trimestre de 2020 e R\$ 211,9 no acumulado do ano. Aumento respectivamente de 53,2% e 72,4% no período.

No dia 31 de dezembro de 2020 o Brasil tinha 7.675.973 infectados do novo Corona vírus e 194.949 de óbitos, número de infectados 59% superior a terceiro trimestre do ano. Apesar do número relevante de óbitos e contaminações, as medidas de relaxamento proporcionaram a sensação de vida normal no país, ocasionando aumento direto nos procedimentos eletivos para as operadoras, não realizados no terceiro trimestre do ano. Os valores para provisão de pagamento do Sistema Único de Saúde não acompanharam as oscilações do relaxamento e isolamento social durante o ano. Entretanto, eles apresentam aumentos que impactariam no ano de 2021.

7 RESULTADOS

Com base nas análises dos trimestres com maior impacto da Covid-19 nos custos assistenciais com impacto no caixa e a relação destes custos com a provisão para pagamento de ressarcimento ao SUS, temos que: no primeiro trimestre, não houve impacto referente ao quase colapso do sistema de saúde relacionado à pandemia, devido ao curto período de tempo desde o primeiro caso de óbito no Brasil (12 de março de 2020) até o encerramento financeiro do trimestre para a operadora (31 de março de 2020).

No segundo trimestre os custos assistenciais com impacto no caixa apresentaram redução em relação ao período pré-pandemia (2019) devido às medidas governamentais de isolamento sociais e medida aprovada pela ANS (que desobrigou a atendimento presencial das operadoras de saúde, publicada através da Nota Técnica nº 06 /2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS). A medida foi justificada pela natureza da doença, transmitida por meio do contato, logo, as restrições de contato e o distanciamento social recomendadas pela Organização Mundial da Saúde foram adotadas. No mesmo período, a provisão de ressarcimento aos SUS também apresentou uma redução de 25,9% em virtude dos atrasos gerados pelo recebimento das ABIs e pela crise sanitária agravada no período do ano anterior.

No terceiro trimestre de 2020, o crescimento na linha de custos assistenciais que afetam o caixa foi de 53,6% superior ao período pré-pandemia (2019) em comparação ao mesmo período de 2020. O relaxamento gradual das restrições de isolamento social nas principais cidades do Brasil resultou, para a Companhia, o retorno das consultas eletivas, exames e cirurgias, represados dos agendados não efetivados no período pré-lockdown, somado às rotinas normais de atendimentos e ao paralelo atendimento dos casos de Covid-19. Durante o lockdown, não houve realização de procedimento eletivos devido às restrições notificadas pela ANS quando à limitação de atendimentos presenciais. Na esteira dessas ações, a demanda não atendida no segundo trimestre teve impacto no terceiro trimestre elevando os custos em relação ao período anterior. Quanto ao ressarcimento ao SUS, no mesmo período teve-se acréscimo de 25,4% em função dos atrasos de comunicação das ABIs, citados no segundo trimestre de 2020.

No quarto trimestre, os custos assistenciais da empresa ainda seguiram crescendo, em relação ao período pré pandemia (2019), tendo acréscimo de 33,4%

em relação ao período anterior. No ano 2020 a empresa teve acréscimo de 49,2% em relação a 2019. Entretanto, conforme dados apresentados anteriormente, os efeitos financeiros mais significativos da pandemia ocorreram no segundo semestre de 2020, ocasionados pela demanda de atendimentos represadas, novas medidas emergenciais da ANS, medidas federais que postergaram os prazos de comunicação do SUS às operadoras privadas e ocorrência de atendimentos eletivos paralelos ao atendimento rotineiro. Adicionalmente, ainda no ano de 2020, o custo dos prestadores contratados pela operadora também foi superior ao ano de 2019, devido a demanda relevante de profissionais específicos no mercado.

8 CONCLUSÕES

Esta dissertação observou a relação entre a variação dos valores da provisão de ressarcimento ao SUS e a variação dos custos assistenciais com impacto no caixa da maior operadora de saúde do país, em número de beneficiários. O pressuposto deste estudo considerou que houve uma redução de custos assistências que impactam o caixa, no período janeiro a dezembro de 2020, durante a pandemia, em relação ao período pré-pandemia, impactando o valor pago pela operadora ao Sistema Público de Saúde através do ressarcimento ao SUS, em virtude do intercâmbio entre pacientes, entre o sistema público e privado no período.

Para a análise, foram utilizados dados históricos da maior operadora de saúde privada do Brasil, em número de beneficiários, com capital aberto na B3 – nível Novo Mercado, disponibilizados na base de dados da Comissão de Valores Mobiliários, considerando a abertura das linhas do grupo de custo, de acordo com as definições da ANS, isolando possíveis distorções que não impactassem no questionamento desta pesquisa.

Nos dados apresentados no primeiro trimestre de 2020, quanto aos custos assistenciais (caixa), observou-se que não houve variação significativa relacionada à Covid-19, visto que o volume de casos do país, assim como as restrições de isolamento sociais, ainda não havia refletido no período. Quanto aos custos de ressarcimento ao SUS no primeiro trimestre, tiveram impacto expressivo visto a adição significativa na linha do grupo de contas que ocorreu em virtude da obrigatoriedade do acréscimo da contabilização de juros, correção monetária e multas decorrentes dos não pagamento dos valores pela operadora até a data. Ademais, ocorreu um aumento acentuado no valor informado através das ABIs à operadora de saúde.

Sobre o pressuposto analisado neste estudo, que focou na redução de custos assistenciais de impacto ao caixa no período janeiro a dezembro de 2020, durante a pandemia em relação ao período pré-pandemia, e a conexão entre essa redução de custos assistenciais e o aumento do valor provisionado para pagamento do ressarcimento ao SUS, temos que os custos da empresa não apresentaram redução. As variações foram expressivas a partir do segundo semestre, entretanto, com redução acentuada durante o período de lockdown e restrições governamentais nas grandes cidades do país e o aumento no período de relaxamento, em virtude da

demanda represada de atendimentos, paralela aos atendimentos de casos da Covid-19.

Apesar dos custos apresentarem redução no período apenas das medidas de isolamento social do Governo Federal e da AND, observa-se que essas medidas possuem impacto significativo no comportamento dos custos da maior operadora de saúde do Brasil quanto às variações nos custos de provisão para ressarcimento ao SUS. Não pode ser observada conexão entre as linhas dos custos.

Os resultados estimados neste estudo não observaram evidências que demonstrem a relação entre os custos assistenciais (caixa) da maior operadora de saúde do Brasil no impacto da variação de provisão do valor do ressarcimento ao SUS.

Ressalta-se que, devido à limitação de dados públicos sobre o novo Coronavírus, e ao direcionamento do SUS para o volume de atendimento reduzindo as atividades meramente administrativas, os valores a serem cobrados à operadora de saúde em 2021 podem ter acréscimo substancial devido aos beneficiários atendidos e não reportados até a data.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, B. A.; VIEIRA, F. L. COVID-19, análise das estratégias de prevenção, cuidados e complicações sintomáticas. **Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. Especial-3, p. 38-47, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.
- BARROS, L. de O.; SILVA, F. G. F. da; PRATA, B. de A. Evaluation of performance and capacity of the Spanish health system in the SARS-CoV-2 pandemic. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e53410111886, 2021.
- BARTSCH, S. M. *et al.* The Potential Health Care Costs and Resource Use Associated with Covid-19 in The United States: A simulation estimate of the direct medical costs and health care resource use associated with COVID-19 infections in the United States. **Health affairs**, v. 39, n. 6, p. 927-935, 2020.
- CLEMENTE, L. M. M. **Práticas administrativas para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares**: um estudo de múltiplos casos. 2016. 103f. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) – Departamento de Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.
- COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 349p.
- CRESWELL, J. W.; POTTH, C. N. **Qualitative inquiry and research design**: Choosing among five approaches. 4. ed. Sage publications, 2016.
- EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of management review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.
- GOMES, S. P.; MONTEIRO, I. O.; ROCHA, C. R. Modelagem dinâmica da COVID-19 com aplicação a algumas cidades brasileiras. **Revista Thema**, v. 18, Edição Especial, p. 1-25, 2020.
- HAIR, J. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Bookman Companhia Ed., 2005. 471p.
- HARTNETT, K. P. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits – United States, January 1, 2019–May 30, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 23, p. 699-704, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11886>>. Acesso em: 13 mai. 2021.
- MACEDO, Y. M. COVID-19: situação dos infectados e mortos na América do Sul. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 2, n. 5, p. 73-84, 2020.
- MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

- MORAES, V. C. **Da abordagem crítica do ressarcimento ao SUS e o acesso à saúde**. 2019. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) - UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Maringá – PR, 2019.
- MOROZINI, J. F.; MARTIN, D. M. L. Identificação dos fatores que influenciam na escolha da forma de investimento em crescimento (orgânico ou inorgânico) das indústrias brasileiras. **Revista Universo Contábil**, v. 9, n. 4, p. 90-109, 2013.
- MOURA, F. R.; ESPERIDIÃO, F.; RIBEIRO, L. C. S.; SANTANA, J. R.; ANDRADE, J. R. L. A. **COVID - 19: Um estudo da evolução da contaminação em Sergipe**. Nota Técnica. LEADER-UFS. Nº 01-2020, Laboratório de Economia Aplicada e Desenvolvimento Regional (LEADER/UFS), 2020.
- MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.
- OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1041-1050, 2007.
- PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 767-783, 2008.
- STORER, J. M.; CABRAL, B. G.; NETO, R. P.; BELEI, R. A. Custos da paramentação para atendimento a paciente com Covid-19. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 25, n. S1, 2021.
- TAYLOR, L. Uruguay is winning against Covid-19. This is how. **BMJ**, set. 2020.
- YIN, R. K. **Case study research: Design and methods**. Applied social research Methods series, v. 5, Sage Publications, 1994.