



PROCESSO Nº: 33910.013199/2020-84

NOTA TÉCNICA Nº 4/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO

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

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

1. INTRODUÇÃO

A presente Nota Técnica tem por finalidade atualizar o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar, objeto da Nota Técnica nº 7/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 21726072), elaborado a partir da coleta de dados junto ao setor referentes ao mês de julho de 2021. O objetivo do Relatório é monitorar a evolução de indicadores das operadoras de planos de saúde durante a pandemia, visando subsidiar a análise qualificada da Agência Reguladora, bem como prestar informações relevantes à sociedade.

O Relatório enfoca amostra de 105 operadoras[1], com dados extraídos do DIOPS[2] e de recentes Requisições de Informação (RIs) da DIOPE/ANS e DIPRO/ANS com prazo de resposta até 10/09/2021, bem como as demandas de reclamação e de informação cadastradas por consumidores na ANS, através dos canais de atendimento, dando destaque para as demandas relacionadas à pandemia do novo coronavírus.

Quanto à amostra de operadoras cabe esclarecer que foi selecionada por: (i) sua relevância estatística, abrangendo 80% dos beneficiários dos planos de saúde[3]; e (ii) constituírem operadoras majoritariamente de grande porte, com estrutura operacional para fornecer valores com a rapidez necessária. Entre as 105 operadoras que foram alvo das Requisições de Informações, 51 operadoras, classificadas como operadoras com rede própria[4] por possuírem hospital próprio informado ao Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS), foram instadas a oferecer informações complementares sobre sua operação assistencial.

Este é um relatório dinâmico que conta com a atualização das informações assistenciais e econômico-financeiras mais recentes, referentes à amostra, além das informações das demandas de consumidores. As informações detalhadas de beneficiários são uma prévia da competência de agosto de 2021. Foram promovidos pequenos ajustes nos dados constantes na Nota Técnica nº 7/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO, mediante recebimento de dados referentes às RIs de julho de 2021 que foram enviados ou retificados por algumas operadoras após a divulgação do documento.

As tabelas abaixo detalham, respectivamente, a distribuição da amostra de operadoras respondentes por: modalidade da operadora e total de beneficiários de planos médico-hospitalares; época de contratação (novo ou antigo); tipo de contratação (individual ou coletivo); e população idosa, com base na prévia da competência de agosto de 2021 do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Destacam-se os totais do setor considerando as operadoras que responderam às RIs na data de elaboração deste relatório:

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

Modalidade	Operadoras	Operadoras Respondentes	%	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Medicina de Grupo	263	36	14%	19.373.234	15.136.488	78%
Cooperativa Médica	276	53	19%	17.795.538	12.644.131	71%
Seguradora	8	5	63%	6.201.064	6.157.637	99%
Autogestão	152	8	5%	4.161.393	1.522.445	37%
Filantropia	32	2	6%	915.215	311.863	34%
Total	731	104	14%	48.446.444	35.772.564	74%

Fonte: SIB/ANS, prévia de agosto de 2021 e ANS/RI, setembro de 2021.

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

Época de contratação	Tipo de Contratação	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Novo	Coletivo empresarial	32.021.612	24.899.962	78%
	Individual ou familiar	7.983.241	5.418.553	68%
	Coletivo por adesão	5.245.911	3.532.521	67%
	ND	637	218	34%
Novo Total		45.251.401	33.851.254	75%
Antigo	Coletivo empresarial	1.170.738	774.167	66%
	Individual ou familiar	918.482	701.250	76%
	Coletivo por adesão	1.038.431	430.773	41%
	ND	67.392	15.120	22%
Antigo Total		3.195.043	1.921.310	60%
Total		48.446.444	35.772.564	74%

Fonte: SIB/ANS, prévia de agosto de 2021 e ANS/RI, setembro de 2021.

Tabela 3 – Proporção de idosos da Amostra

Faixa etária	Beneficiários	Distribuição %	Beneficiários das Respondentes	Distribuição %
Não-idoso	41.561.497	86%	31.074.664	87%
Idoso	6.884.613	14%	4.697.803	13%
ND	334	0%	97	0%
Total	48.446.444	100%	35.772.564	100%

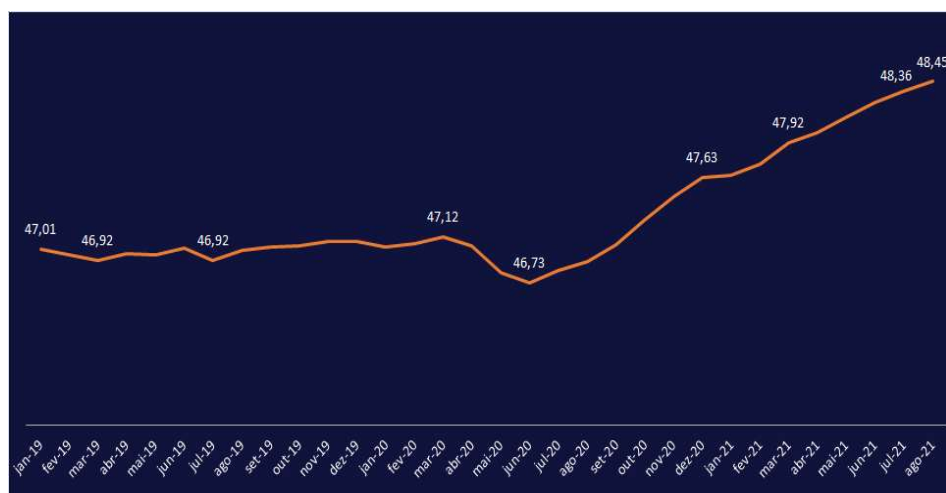
Fonte: SIB/ANS, prévia de agosto de 2021 e ANS/RI, setembro de 2021.

Dessa forma, ressalte-se que este Relatório não traz dados gerais de todo o setor em todas as suas seções. As figuras e tabelas apresentam informações relativas às 101 operadoras respondentes, que em conjunto representam cerca de 74% dos beneficiários dos planos médico-hospitalares, salvo indicação em contrário.

2. INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS

Uma informação relevante a ser monitorada, que impacta tanto em despesas assistenciais quanto na receita das operadoras, é a evolução dos beneficiários no setor, que reflete o movimento de adesões e cancelamentos de vínculos diante da pandemia. Os dados aqui apresentados referem-se ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e se trata de uma prévia dos números da competência de agosto/2021. Importante destacar que a publicação final do mês de agosto, a qual é divulgada na sala de situação da ANS com mais detalhes acerca dos vínculos, ocorrerá em 05 de outubro, conforme calendário do SIB. A taxa de crescimento de beneficiários de assistência médica foi de 0,17% na prévia de agosto/2021 em comparação com mês anterior, mantendo o crescimento iniciado no mês de julho de 2020.

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



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de agosto/2021.

Na comparação com 2020, a taxa de crescimento continua positiva em agosto (3,29%), conforme a Figura 2.

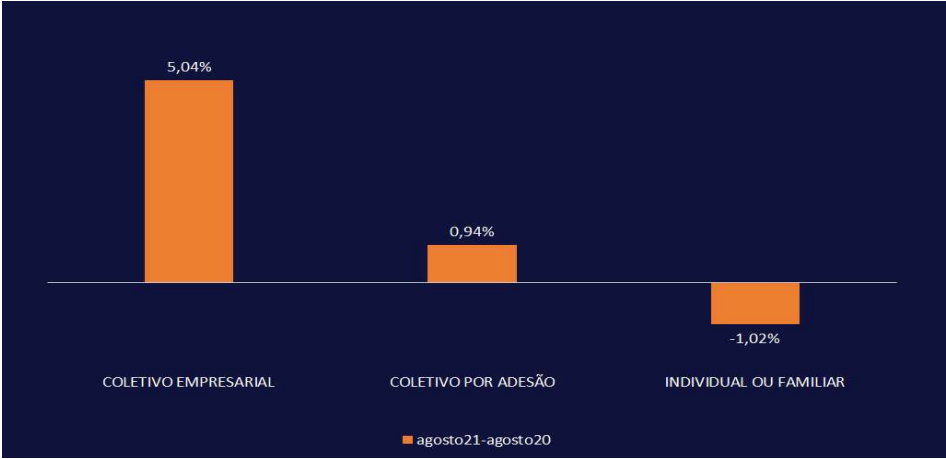
Figura 2 – Variação Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de agosto/2021.

Analisando a variação de vínculos de beneficiários em planos médico-hospitalares segundo o tipo de contratação do plano, observa-se que, no período de agosto/2020 a agosto/2021, os planos individuais apresentaram uma variação negativa (—1,02%), após período de variação positiva; os planos coletivos apresentaram crescimento positivo.

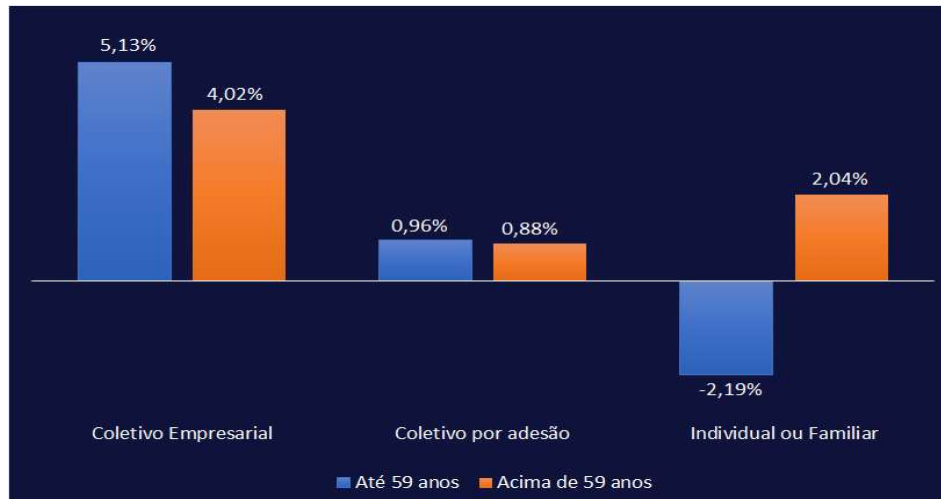
Figura 3 – Taxa de variação no número de beneficiários em planos médico-hospitalares, por tipo de contratação do plano, de agosto/2021 em relação agosto/2020.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de agosto/2021.

Acrescentando o componente da faixa etária do beneficiário na variação dos vínculos ativos, observa-se na Figura 4 que, no período de agosto/2020 a agosto/2021, a variação do número de beneficiários idosos (acima de 59 anos) se mantém positiva em todos os tipos de contratação. Já no caso dos beneficiários da faixa etária até 59 anos, a variação continua a ser negativa nos planos de contratação individual ou familiar.

Figura 4 – Taxa de variação no número de beneficiários em planos médico-hospitalares, por faixa etária e tipo de contratação do plano, de agosto/2021 em relação a agosto/2020.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de agosto/2021.

A Figura 5 apresenta as taxas de adesão e cancelamento^[6], por tipo de contratação. No setor, a partir de julho de 2020, observa-se que a taxa de adesão (entradas) tem sido superior a taxa de cancelamento (saídas) nos planos médicos hospitalares. O tipo de contratação responsável por este aumento é o coletivo empresarial que se mantém, desde julho de 2020, com mais entradas do que saídas de beneficiários, conforme exibido no gráfico. Já nos outros dois tipos de contratações essas taxas se alternam a partir de julho de 2020 - ora a taxa de adesão é maior que a taxa de cancelamento, ora o inverso.

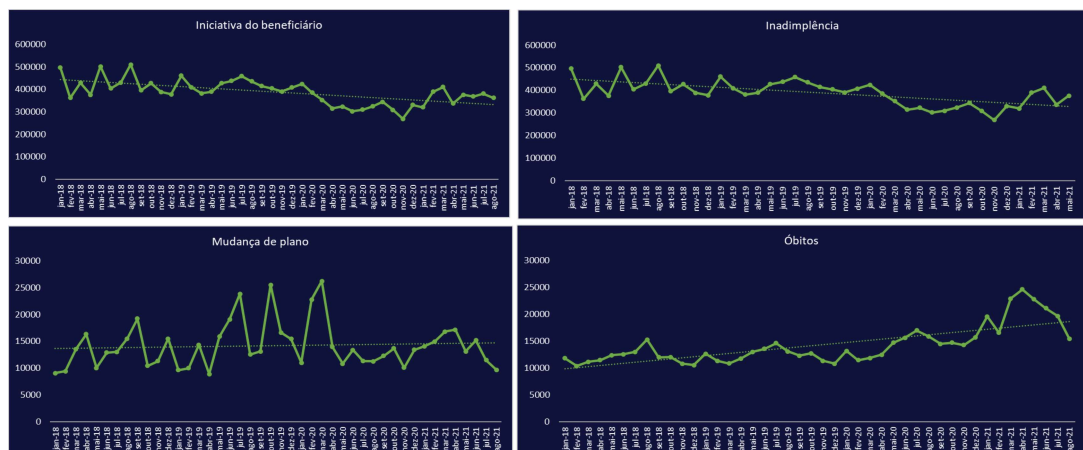
Figura 5 – Taxa de adesão e cancelamentos, por tipo de contratação do plano.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de agosto/2021.

A Figura 6 mostra os totais de vínculos de beneficiários cancelados, por mês, conforme os motivos de cancelamentos. Observa-se que os cancelamentos de vínculos por iniciativa do beneficiário apresentam uma estabilidade nos últimos meses, os cancelamentos de vínculos por óbitos continuam com a tendência de queda iniciada a partir de abril/21 e os cancelamentos por mudança de plano vêm apresentando quedas nos últimos meses. Destaca-se que os cancelamentos de vínculos por inadimplência apresentam um comportamento de alternância de subida seguida de queda, a partir de setembro/2020.

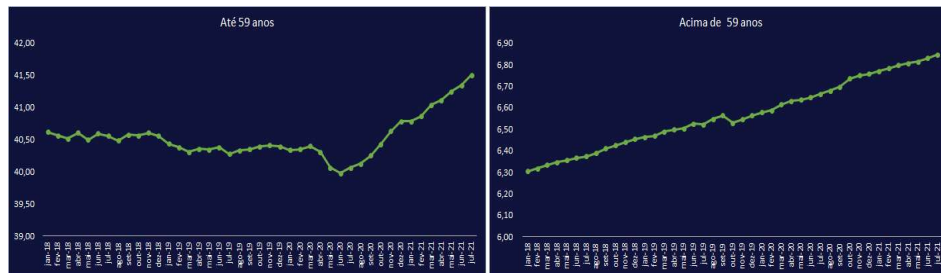
Figura 6 – Evolução do número de vínculos de beneficiários cancelados, conforme o motivo, janeiro/2018 a agosto/2021



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de agosto/2021.

A Figura 7 apresenta o total de beneficiários, conforme a faixa etária. Destaca-se na série de beneficiários até 59 anos uma redução constante até março de 2020, seguida por dois meses de grande queda. A partir de julho de 2020, iniciou-se acentuada recuperação dessa faixa etária, invertendo ao longo dos meses a tendência, a qual passou a ser de aumento. No caso dos beneficiários acima de 59 anos, a tendência de crescimento é reflexo da mudança da idade de beneficiários já presentes no setor, uma vez que para esta faixa etária os totais de adesões têm sido menores que o número de cancelamentos observados mensalmente, no período em análise.

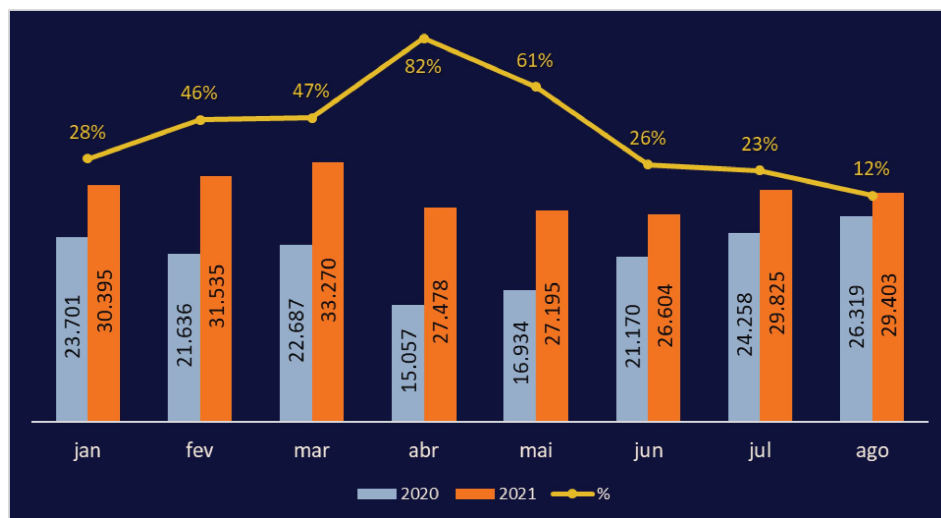
Figura 7 – Evolução mensal do número de vínculo de beneficiários ativos em planos médico-hospitalares, em milhões, por faixa etária.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de agosto/2021.

No acompanhamento da utilização do Guia de Planos de Saúde da ANS[7], observou-se um aumento da emissão de protocolos para fins de portabilidade de carências em 2021 em comparação ao mesmo período do ano anterior, com pico em abril. Em agosto, houve um aumento de 12% da consulta para portabilidade em relação a agosto de 2020. A busca por plano mais barato continua sendo o principal motivo de portabilidade de carências (43%), seguido da busca por uma melhor qualidade da rede prestadora (18%) e do cancelamento de contrato pela operadora ou pessoa jurídica contratante (16%), segundo informações dos usuários à Pesquisa de Satisfação do Guia de Planos.

Figura 8 – Evolução da emissão de protocolos de portabilidade (por mil) em 2020 e 2021



Fonte: Guia ANS de Planos de Saúde, dados extraídos em 10/09/2021

3. INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS

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

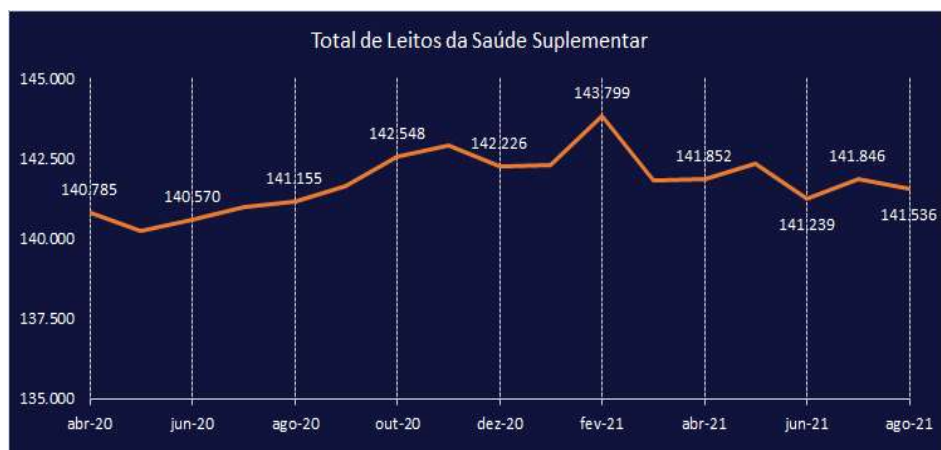
Conforme já mencionado, pode haver pequenas alterações nos dados da presente Nota em comparação àqueles constantes na Nota Técnica nº 7/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 21726072), devido à incorporação das informações referentes aos dados de julho de 2021 de operadoras que enviaram ou retificaram seus dados posteriormente à divulgação do documento.

Os indicadores selecionados foram colhidos no intuito de apontar as principais tendências em relação à utilização de serviços de saúde frente ao contexto da pandemia, e suas implicações diretas no setor de saúde suplementar. Cabe ressaltar que os dados refletem a realidade reportada por uma amostra da totalidade de prestadores hospitalares da rede assistencial de planos privados de saúde e, portanto, devem ser interpretados com a devida cautela.

As 50 operadoras respondentes totalizavam 15.812 leitos em julho de 2021, o que representava 11,1% do total de leitos disponíveis na rede assistencial de planos privados, considerando o levantamento da ANS sobre os dados do Ministério da Saúde[8].

Observe-se na Figura 9 que o número de leitos no setor de saúde suplementar em agosto/2021 teve uma redução de 310 leitos em relação ao mês anterior, resultando em 141.536 leitos disponíveis. Na comparação com agosto/2020 houve um acréscimo de 381 leitos no setor, representando um aumento de 0,3%.

Figura 9 – Evolução da quantidade de leitos disponíveis na Saúde Suplementar



Fonte: CNES/DATASUS e ANS/RPS, abril de 2020 a agosto de 2021.

Observação – a quantidade de leitos de outubro de 2020 sofreu revisão em relação ao divulgado em boletins anteriores, em razão da atualização de retrato da base do CNES mais adequado para representar o mês.

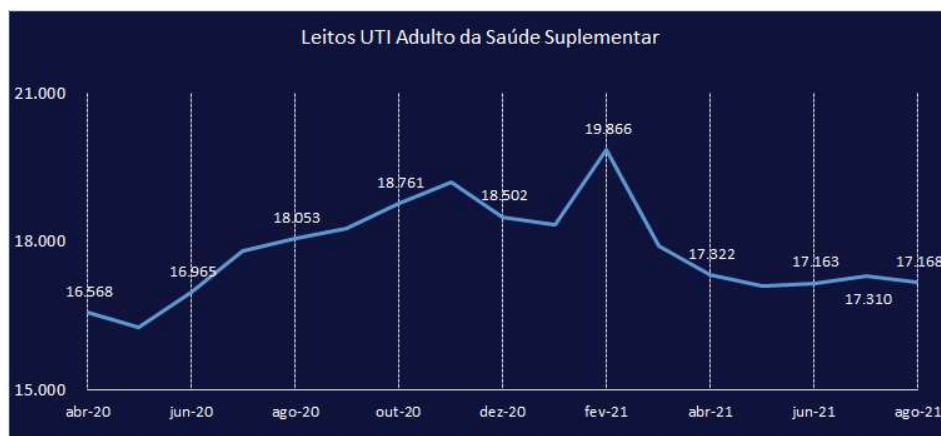
As duas figuras a seguir destacam que, entre julho e agosto, tanto os leitos Comuns Adulto quanto os leitos UTI Adulto sofreram queda nos números. Na comparação com o mesmo período do ano anterior, o número de leitos comuns apresenta um aumento de 1.266 leitos (1,0%), enquanto os leitos de UTI adulto sofreram queda de 885 leitos, o que corresponde a 4,9% do total.

Figura 10 – Evolução da quantidade de leitos Comuns Adulto na Saúde Suplementar



Fonte: CNES/DATASUS e ANS/RPS, abril de 2020 a agosto de 2021.

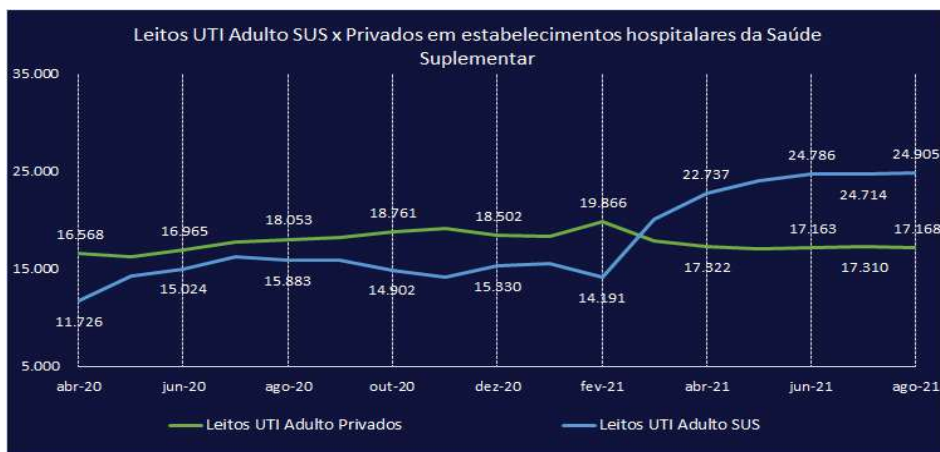
Figura 11 –Evolução da quantidade de leitos UTI Adulto na Saúde Suplementar



Fonte: CNES/DATASUS e ANS/RPS, abril de 2020 a agosto de 2021.

Observe-se na Figura 12 que o total de leitos UTI adulto do SUS teve um pequeno aumento no mês de agosto/21, enquanto o número de leitos de UTI adulto privados teve uma redução de 142 leitos no mês.

Figura 12 – Quantidade de leitos UTI Adulto privados e conveniados com o SUS em prestadores das redes assistenciais da Saúde Suplementar



Fonte: CNES/DATASUS e RPS/ANS, abril de 2020 a agosto de 2021.

Nota: Nos leitos de UTI Adulto conveniados ao SUS foram considerados estabelecimentos de saúde de natureza jurídica pública que aparecem na base do RPS/ANS.

O impacto direto da pandemia pode ser observado a partir da evolução da proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e das taxas de ocupação destes leitos em comparação a outros tipos de internação, que são apresentados a seguir, a partir dos dados coletados junto às 50 operadoras da amostra que responderam às RIs até a data de elaboração desse relatório.

Na figura abaixo, observamos que em agosto de 2021 a proporção de leitos alocados para atendimento à Covid-19 nos hospitais da amostra segue em queda desde abril de 2021, retornando aos patamares observados em outubro de 2020, quando teve início a segunda onda. Em julho de 2021, os hospitais da amostra totalizavam 15.812 leitos e em agosto, 17.278.

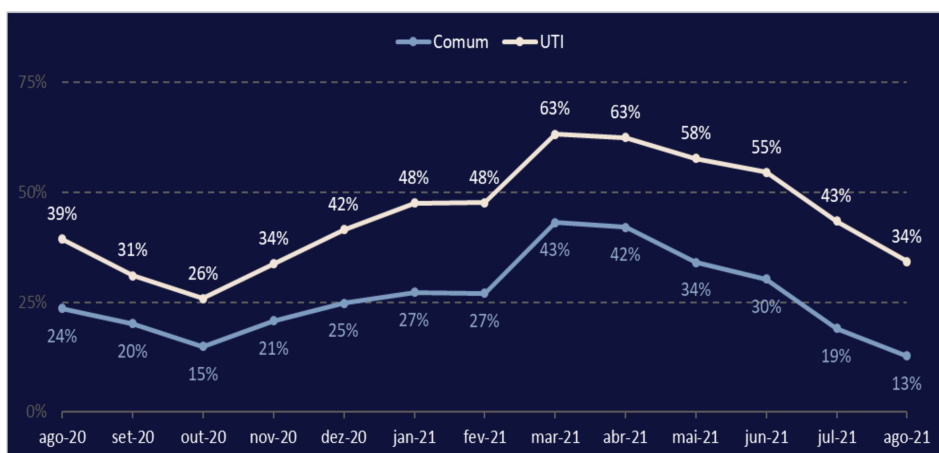
Figura 13 – Proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19



Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

A figura seguinte apresenta a proporção de leitos alocados exclusivamente para COVID-19 por tipo de leito, na qual se observa redução de alocação tanto para leitos comuns como leitos de UTI para atendimento à doença. Do total da amostra de hospitais, os leitos de UTI representavam 29,1% em julho e 26,1% em agosto desse ano.

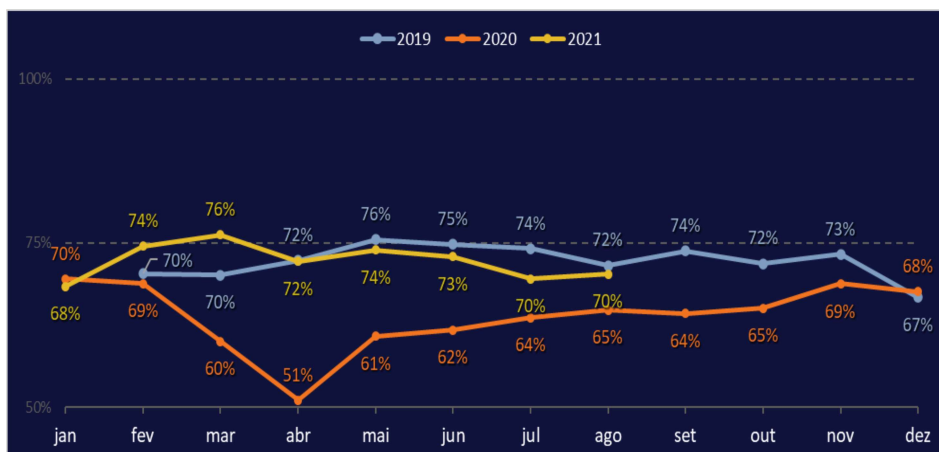
Figura 14 – Proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 por Tipo de Leito



Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

No mês de agosto de 2021, a taxa de ocupação geral de leitos (comum e UTI) nos hospitais da amostra foi de 70%, não tendo sofrido alteração em relação ao mês anterior, se mantendo abaixo do patamar observado em agosto de 2019 (pré-pandemia). Em comparação com 2020, a diferença observada de 65% para 70% não é a comparação adequada, uma vez que reflete as medidas de enfrentamento da pandemia adotadas no ano passado, que provocaram queda na procura por cirurgias eletivas a partir de março de 2020. Esse quadro abrange a ocupação geral de leitos, ou seja, tanto para o atendimento à COVID-19 quanto para demais procedimentos não relacionados à doença. (Figura 15).

Figura 15 – Taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI)

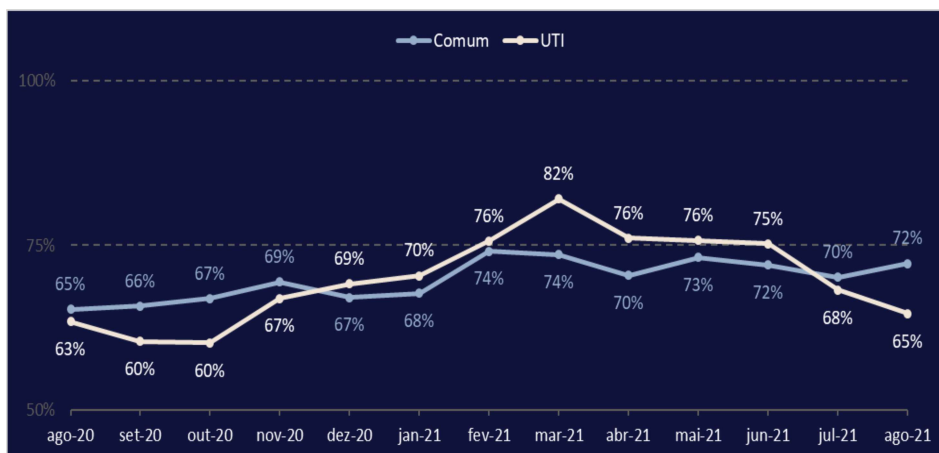


Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

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

Na Figura 16, observa-se que houve queda da taxa de ocupação de leitos de UTI, e aumento de leitos comuns.

Figura 16 – Taxa de ocupação de leitos por Tipo de Leito

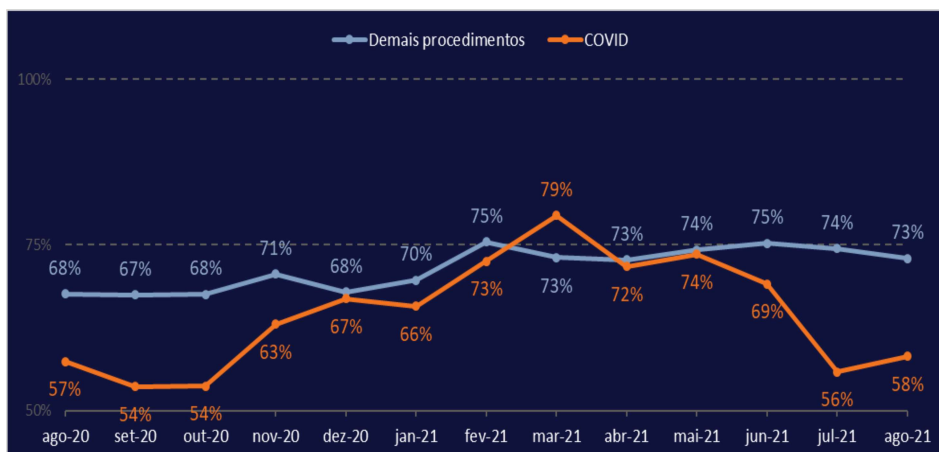


Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

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

É possível observar, na Figura 17, que a taxa de ocupação de leitos para atendimento à Covid-19 sofreu aumento leve, passando de 56% para 58%. A ocupação de leitos para atendimento a demais procedimentos apresenta estabilidade desde fevereiro de 2021, tendo ficado em 73% no mês de agosto.

Figura 17 – Taxa de ocupação dos leitos alocados à COVID-19 e demais procedimentos

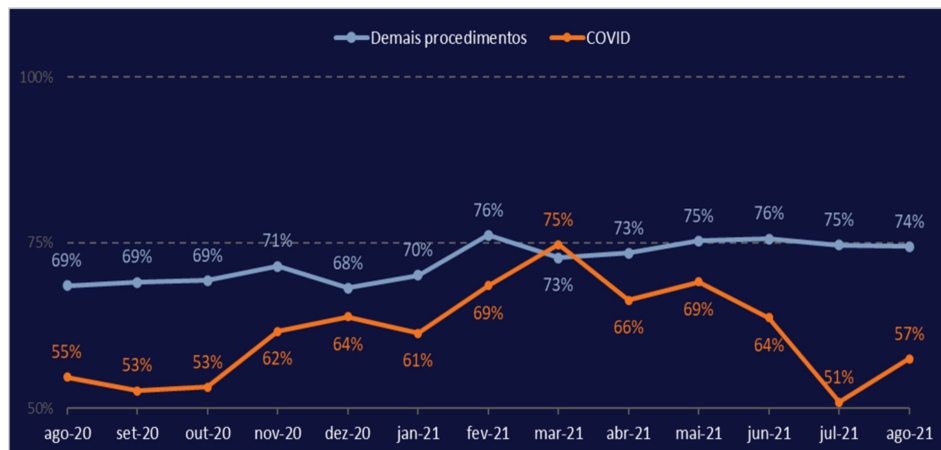


Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

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

A Figura 18 apresenta a taxa de ocupação dos leitos comuns para atendimento à Covid-19 e para demais procedimentos. Observa-se que em julho de 2021 a ocupação de leitos comuns para atendimento à Covid-19 sofreu a maior redução observada desde o início desse monitoramento, apresentando queda de 13 pontos percentuais, com aumento de 6 p.p. em agosto em relação ao mês anterior. A ocupação de leitos comuns para demais procedimentos se mantém estável desde fevereiro de 2021.

Figura 18 – Taxa de ocupação dos leitos comuns alocados a COVID-19 e demais procedimentos

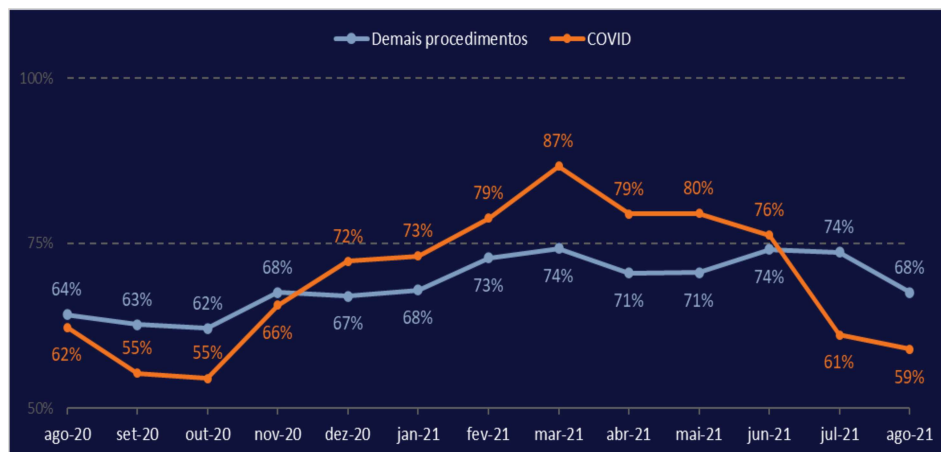


Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos.

Na taxa de ocupação de leitos de UTI para Covid-19, apresentada na figura abaixo, houve queda de 2 p.p., passando de 61% para 59% nesse mês. A ocupação de leitos de UTI para demais atendimentos também sofreu redução, mas de 6 p.p., passando de 74% para 68%.

Figura 19 – Taxa de ocupação dos leitos de UTI alocados a COVID-19 e demais procedimentos



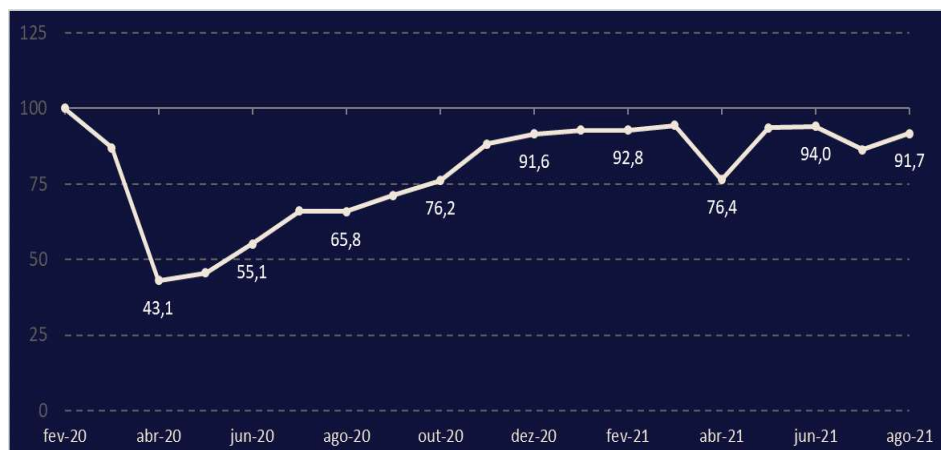
Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos

Os três indicadores a seguir oferecem uma análise do impacto sobre as despesas não necessariamente relacionadas aos atendimentos à COVID-19. Esses indicadores são a evolução da quantidade de consultas em pronto-socorro que não geram internações[9], a quantidade de autorizações emitidas para procedimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)[10] e as hospitalizações por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG)[11].

Desde o início da pandemia, houve uma redução na procura dos beneficiários por atendimento em pronto socorro que não geram internações, com queda mais acentuada em abril de 2020. Em agosto de 2021, o indicador apresentou aumento em relação ao mês anterior (Figura 20), permanecendo abaixo do patamar observado antes do início da pandemia (fevereiro de 2020).

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



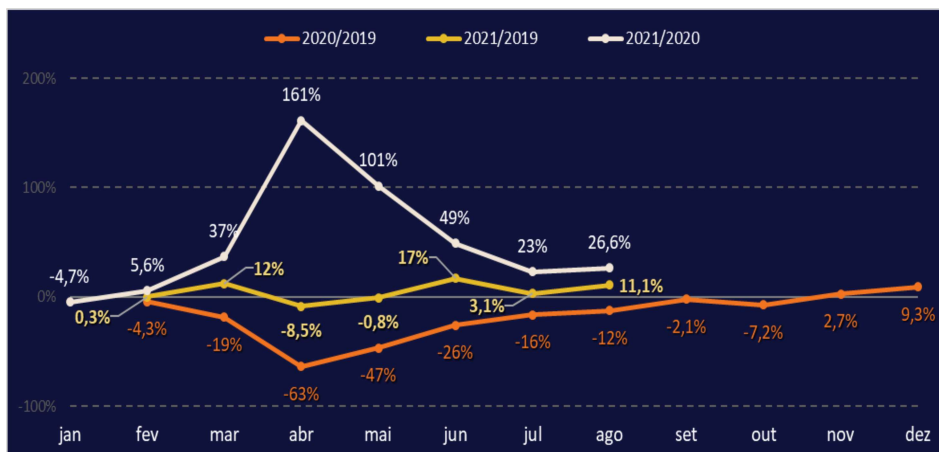
Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

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

Os dados colhidos sobre a quantidade de consultas em pronto-socorro que não geram internações trazem informações a partir de fevereiro de 2020. Assim, não é possível avaliar a evolução deste indicador em comparação com seu comportamento ao longo do ano de 2019, que seria um período de referência sem influência da pandemia de Covid-19. Por outro lado, a coleta de informações por meio das RIs desde abril de 2020 permite a criação de uma série histórica, tornando possível avaliar o comportamento dos dois outros indicadores (autorizações emitidas para procedimentos de SADT e hospitalizações por SARS) em comparação com seu comportamento ao longo de 2019, conforme apresentado a seguir, com o objetivo de oferecer uma referência com um período de utilização de serviços de saúde pré-pandemia.

As informações sobre autorizações emitidas pelas operadoras da amostra para procedimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) permitem acompanhar a utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar e são utilizadas em nossas análises como *proxy* para uma medida de utilização destes serviços de saúde. No acompanhamento de autorizações emitidas para SADTs pelas operadoras da amostra (Figura 21), observa-se que as autorizações em agosto de 2021 ficaram 11,1% acima do verificado em julho de 2019 (pré-pandemia), o que aponta para um retorno da procura por exames e terapias eletivas. A retomada da realização de exames e terapias eletivas é compreensível, diante da postergação desses atendimentos em 2020, bem como desejada, para que haja a continuidade do cuidado, detecção e tratamento precoces de doenças para o adequado acompanhamento de pacientes crônicos. Cabe ressaltar que o crescimento de 26,6% em comparação a agosto de 2020 é calculado sobre um mês de redução acentuada na utilização desses serviços, já em decorrência da pandemia, portanto não é o parâmetro adequado para fins de análise do impacto da pandemia no setor.

Figura 21 – Variação de Autorizações Emitidas para SADT sobre mesmo período de anos anteriores

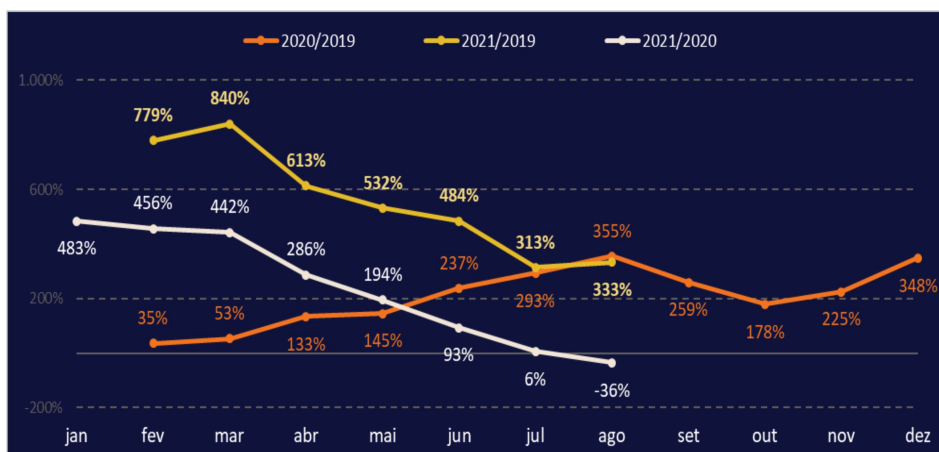


Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

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

O indicador de hospitalizações por SARS busca acompanhar a evolução do número de casos de internações por causas respiratórias dentro do contexto de pandemia do novo coronavírus (Figura 22). O volume de internações por SARS em agosto de 2021 ainda se encontra expressivamente alto comparado ao mesmo mês de 2019 (333%), mas na comparação com 2020 apresenta redução de 36%.

Figura 22 – Variação do número de internações por SARS sobre mesmo período de anos anteriores



Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.

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

O impacto da pandemia nos custos de internações pode ser verificado, principalmente, pela comparação entre o custo da diária de internações por Covid-19 e outras internações (clínicas e cirúrgicas). Em agosto de 2021, o custo da diária da internação para Covid-19 com UTI ficou 21,8% acima do custo da diária de internação cirúrgica, enquanto para internação sem UTI, o custo para Covid-19 se manteve entre a internação cirúrgica e clínica. (Tabela 4)

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

		ago-20	set-20	out-20	nov-20	dez-20	jan-21	fev-21	mar-21	abr-21	mai-21	jun-21	jul-21	ago-21
Sem UTI	Cirúrgica	2.684	2.640	2.491	2.479	2.419	2.415	2.493	3.012	2.888	2.721	2.451	2.617	2.528
	Clínica	1.633	1.574	1.355	1.398	1.365	1.586	1.574	1.397	1.415	1.409	1.479	1.349	1.399
	COVID-19	1.728	1.921	1.708	1.818	1.786	2.052	1.997	1.805	1.783	1.781	1.908	1.879	1.966
Com UTI	Cirúrgica	3.379	3.527	3.801	3.923	3.307	3.443	3.807	3.858	4.374	4.047	3.871	3.626	3.647
	Clínica	3.133	3.000	3.029	3.151	3.000	3.041	3.167	3.126	3.216	3.481	3.364	3.350	3.327
	COVID-19	3.684	3.879	3.659	3.743	3.885	4.027	3.970	4.347	3.754	4.055	4.644	4.388	4.441

Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.
Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de setembro de 2021.

A duração de uma internação por COVID-19 (Tabela 5) permanece mais longa que os outros tipos de internação, tanto para internações sem UTI como com UTI.

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

		ago-20	set-20	out-20	nov-20	dez-20	jan-21	fev-21	mar-21	abr-21	mai-21	jun-21	jul-21	ago-21
Sem UTI	Cirúrgica	2,1	1,9	2,0	1,9	2,0	2,1	2,0	2,2	2,4	2,0	2,2	2,0	2,0
	Clínica	4,3	4,4	4,7	4,1	4,1	4,3	4,0	4,6	4,6	4,4	4,9	4,2	4,2
	COVID-19	5,1	5,0	5,0	5,0	5,4	5,8	5,8	5,8	6,0	6,0	6,0	5,8	5,1
Com UTI	Cirúrgica	6,1	6,4	6,0	5,7	6,9	6,0	6,2	7,1	6,2	6,3	5,9	6,4	6,0
	Clínica	7,2	8,0	7,3	7,4	8,0	8,0	7,8	9,0	8,5	8,5	8,7	8,0	8,8
	COVID-19	12,7	12,0	13,0	11,3	11,5	12,0	12,0	12,9	12,8	14,0	14,0	11,4	12,7

Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.
Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de setembro de 2021.

O custo total de internação para Covid-19 com UTI apresentou aumento de 12% em relação ao mês anterior. (Tabela 6).

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

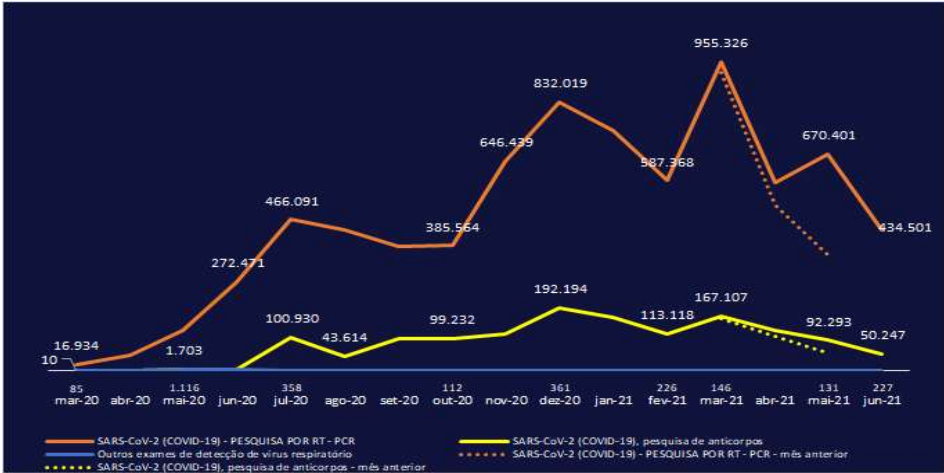
		ago-20	set-20	out-20	nov-20	dez-20	jan-21	fev-21	mar-21	abr-21	mai-21	jun-21	jul-21	ago-21
Sem UTI	Cirúrgica	5.718	4.942	4.982	4.658	4.800	5.036	4.985	6.515	6.874	5.564	5.392	5.233	5.056
	Clínica	6.985	6.855	6.308	5.680	5.597	6.809	6.296	6.481	6.468	6.257	7.292	5.625	5.876
	COVID-19	8.743	9.604	8.542	9.090	9.654	11.833	11.583	10.560	10.700	10.686	11.411	10.840	10.009
Com UTI	Cirúrgica	20.697	22.626	22.806	22.520	22.766	20.794	23.459	27.340	27.031	25.554	22.647	23.064	22.026
	Clínica	22.543	24.073	22.140	23.271	24.000	24.175	24.677	28.134	27.465	29.590	29.403	26.799	29.352
	COVID-19	46.695	46.551	47.573	42.426	44.677	48.325	47.642	56.162	48.109	56.770	65.062	50.211	56.207

Fonte: ANS/RI, setembro de 2021.
Nota: Mediana da amostra de 50 operadoras que responderam à RI de setembro de 2021.

A partir de 13/03/2020, foi incluído no Rol de procedimentos e eventos em saúde, de cobertura obrigatória no setor, o exame para detecção do COVID-19, “SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa por RT – PCR” (com diretriz de utilização). No mesmo mês, foi publicada uma versão do Padrão TISS incorporando o exame à Tabela de procedimentos e eventos do Padrão TISS. Já a sorologia, realizada com a pesquisa de anticorpos, foi incorporada ao Rol de procedimentos e eventos em saúde no período de 29/06/2020 e 17/07/2020, e, definitivamente, a partir de 14/08/2020.

Dos dados sobre realização de exames de detecção de Covid-19, extraídos da base do Padrão TISS, destaca-se que, após uma queda no mês de abril/21, o número de exames de RT-PCR voltou a subir em maio/21, apresentando 15,3% de aumento em relação ao mês anterior. Já os exames de pesquisa de anticorpos sofreram queda de 24,4% na comparação entre abril e maio de 2021.

Figura 23 – Evolução do número de exames* para detecção da COVID-19 realizados no período de março de 2020 a junho de 2021.



Fonte: Dados do Padrão TISS (ANS), 13/09/2021.
Notas: 1 -No exame SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19), pesquisa de anticorpos estão considerados os códigos TISS 40324770, 40324788 e 40324796.
* Exames ocorridos em determinado mês podem ser cobrados das operadoras nos meses subsequentes quando, somente então, serão enviados à ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS. Portanto, os números podem sofrer alteração à medida que se encerrarem os prazos das competências posteriores, de modo especial, números da última competência apresentada.

No tocante aos exames de imagem do tórax, observa-se a alta nos exames de tomografia computadorizada, bastante utilizado no auxílio ao diagnóstico da COVID-19, atingindo o maior percentual da série no mês de março/2021 (Figura 24). Importante destacar que foram considerados somente os exames de tórax que são enviados à ANS de forma individualizada, conforme estabelece o Padrão TISS. Cabe destacar que os dados do Padrão TISS são enviados à ANS em até 55 dias após o aviso de cobrança ter sido recebido pelas operadoras. Por este motivo, especialmente os dados do último mês registrado neste boletim, podem sofrer um acréscimo significativo, com o recebimento dos dados do mês subsequente.

Figura 24 – Variação mensal do número de exames* de imagem de tórax em relação ao mês de fevereiro/2020.



Fonte: Dados do Padrão TISS (ANS), 13/09/2021.

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

* Exames ocorridos em determinado mês podem ser cobrados das operadoras nos meses subsequentes quando, somente então, serão enviados à ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS. Portanto, os números podem sofrer alteração à medida que se encerrarem os prazos das competências posteriores, de modo especial, números da última competência apresentada.

4. INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

4.1. Análise do Fluxo de Caixa

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

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

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

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

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

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

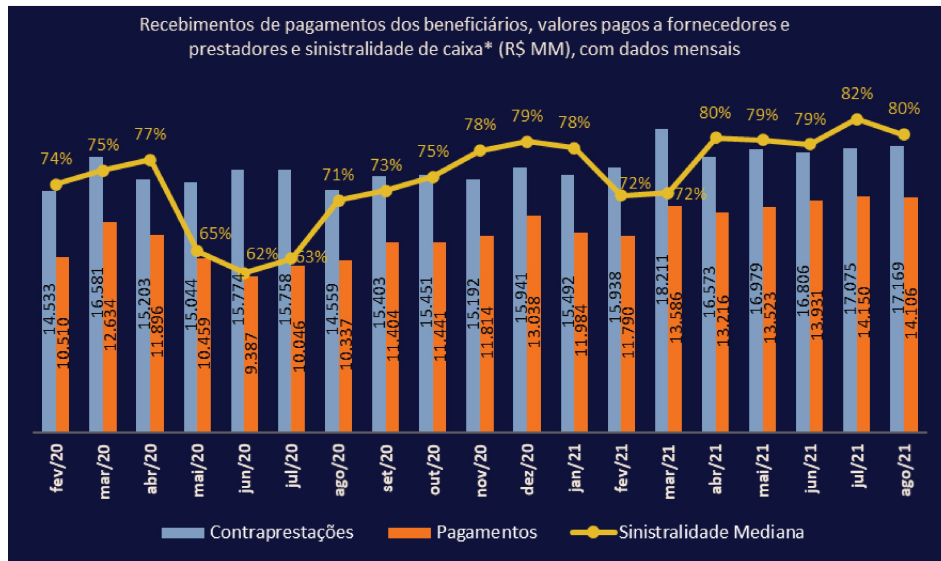
Nesta Nota são apresentados gráfico com dados mensais e gráficos com dados trimestrais. Nestes, o período será trimestral para dados até junho de 2021, e, para o terceiro trimestre de 2021, incluirá somente os valores de julho e agosto. Esclarece-se que os dados não foram deflacionados^[12].

Para a amostra^[13], totalizaram-se os valores dos principais fluxos de caixa operacionais (contraprestações recebidas e pagamentos a fornecedores e prestadores de serviço de saúde), apresentando-se também a evolução histórica da mediana do índice de sinistralidade caixa, que leva em conta os dados de fluxo de caixa das operadoras. Não deve ser confundido com o índice de sinistralidade contábil (divulgado na publicação *Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar*^[14] da ANS), mensurado sob o regime de competência, que segue metodologia própria.

Ademais, os índices de sinistralidade de caixa foram calculados pela mediana da distribuição dos índices de cada operadora individualmente (não por dados agregados), visando eliminar o viés da amostra pelos maiores valores^[15].

Confira abaixo a evolução mensal do recebimento de pagamentos dos beneficiários, valores pagos a fornecedores e prestadores e sinistralidade de caixa:

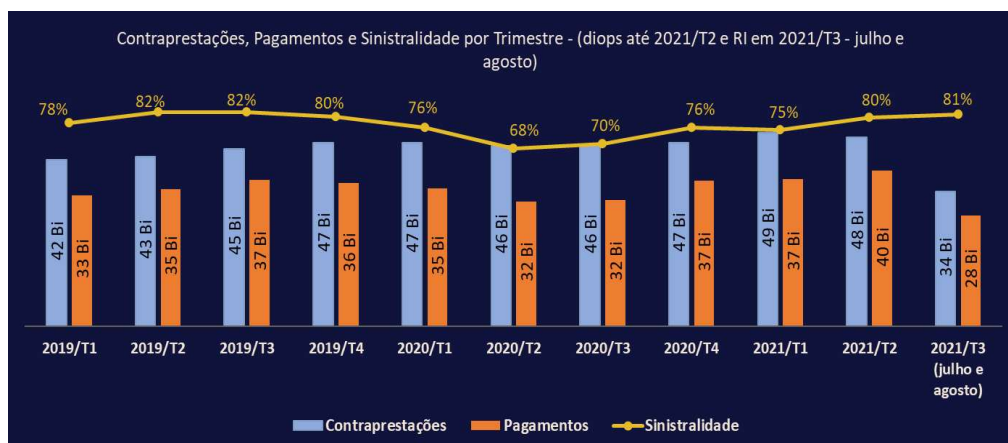
Figura 25 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI[16].

Abaixo são apresentados os mesmos valores, agora com evolução trimestral:

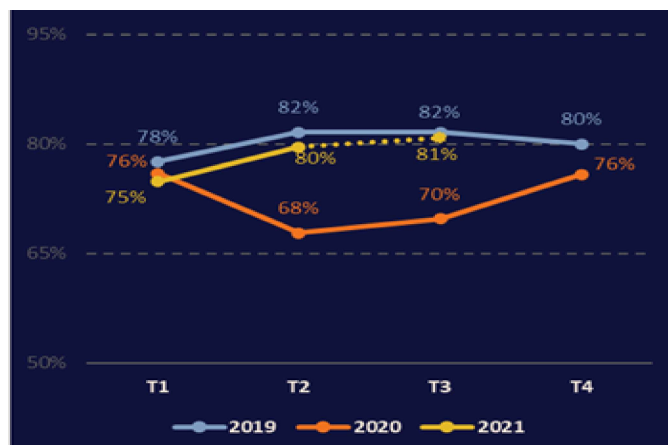
Figura 26 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa, com dados trimestrais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 2º Trimestre de 2021 e dados da RI para julho e agosto de 2021[17].

Tendo-se a série histórica da sinistralidade para todo o período da pandemia, pode-se melhor compará-la com o mesmo índice em ano anterior ao da pandemia, como destacado na Figura 27.

Figura 27 – Índice de Sinistralidade de Caixa Trimestral[18]

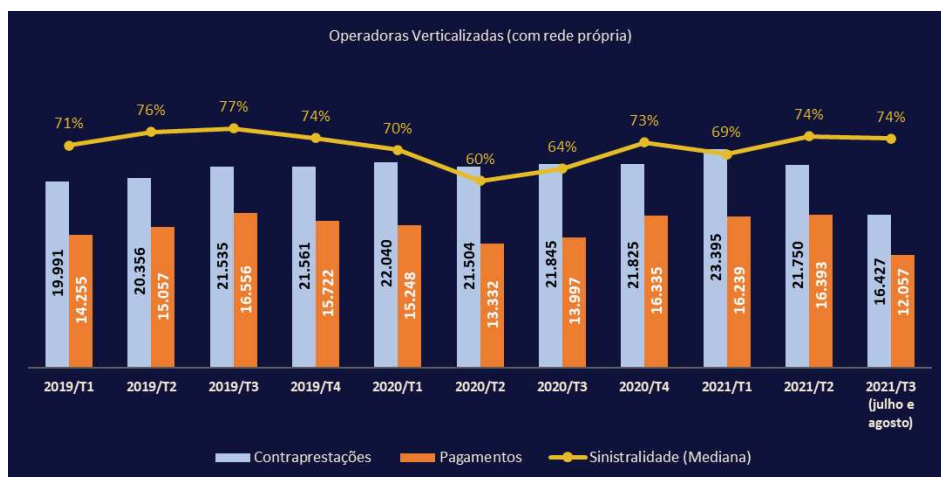


Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 2º Trimestre de 2021 e dados da RI para julho e agosto de 2021[19].

Em 2020, observa-se uma redução significativa do índice de sinistralidade de caixa no segundo e terceiro trimestres, abaixo dos registros históricos, devido às medidas de isolamento social e cancelamento dos procedimentos eletivos. No quarto trimestre do mesmo ano verificou-se aumento do índice em relação ao trimestre anterior, porém ainda inferior ao registrado no quarto trimestre 2019. Assim, em 2020, a taxa de sinistralidade de caixa da amostra de operadoras respondentes da requisição de informações ficou em 73%, uma queda de oito pontos percentuais em relação ao ano de 2019 (81%). Em 2021, detecta-se um aumento do índice de sinistralidade do primeiro para o segundo trimestre, no entanto, como se observa da Figura 26, a evolução reflete tendência de sazonalidade em iguais trimestres de 2019. Tanto no primeiro como no segundo trimestre de 2021, o índice de sinistralidade permaneceu inferior ao observado em mesmo período de 2019, pré-pandemia. Ademais, nota-se decréscimo no indicador de sinistralidade (mediana) entre julho e agosto de 2021 (Figura 25). Na prévia do indicador do 3º trimestre deste ano, a sinistralidade de caixa mostra pequena elevação em relação ao trimestre anterior de 2021, todavia patamar menor ao mesmo trimestre de ano pré-pandemia (3º trimestre de 2019) (82% x 81%) (Figura 27).

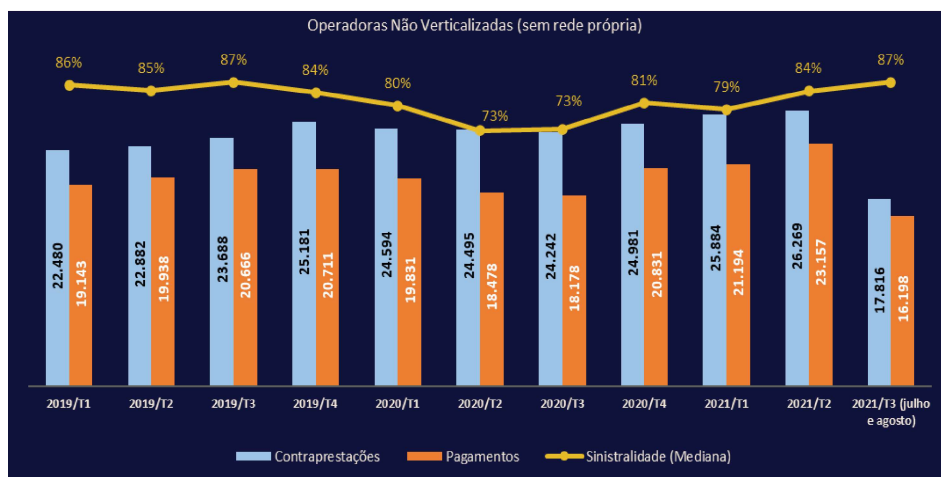
Considerando a diferença de operação e seu possível impacto, os valores das operadoras verticalizadas (com despesas concentradas em rede de hospitais própria) e não verticalizadas (sem concentração de despesas em rede de hospitais própria) foram separados nos gráficos subsequentes:

Figura 28 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados trimestrais históricos e dados mensais, das operadoras verticalizadas – Operadoras Verticalizadas (com rede própria)



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 2º Trimestre de 2021 e dados da RI para julho e agosto de 2021[20].

Figura 29 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados trimestrais históricos e mensais, das operadoras não verticalizadas – Operadoras Não Verticalizadas (sem rede própria)



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 2º Trimestre de 2021 e dados da RI para julho e agosto de 2021[21].

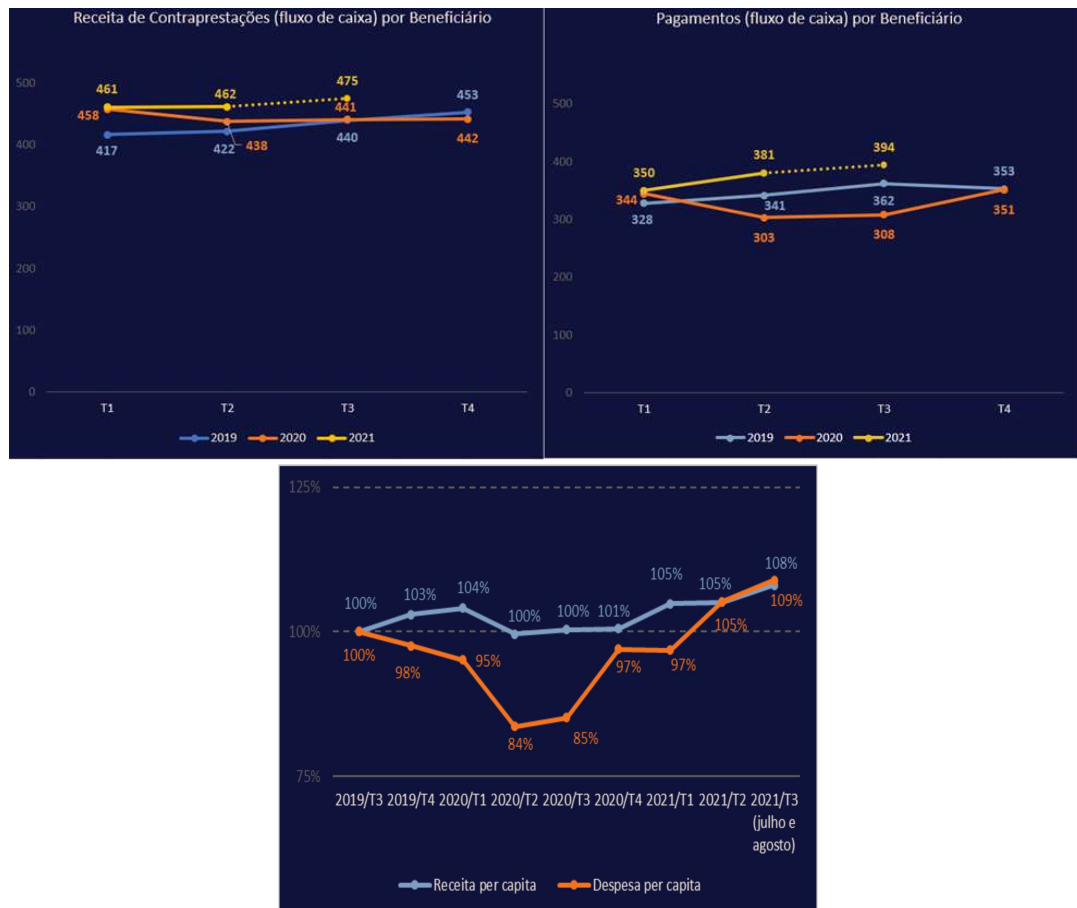
Dos dados anteriores à pandemia, percebe-se nitidamente a variação sazonal característica desse indicador de sinistralidade, relacionada a períodos de menor temperatura e de maiores ocorrências relacionadas a doenças respiratórias. Outra componente que influencia a sazonalidade são os períodos de férias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

Cabe destacar que o ciclo financeiro do setor possui comportamento no qual prestadores de serviços médicos em geral recebem seus pagamentos aproximadamente 30 a 40 dias após o conhecimento da conta pelas operadoras, segundo dados do DIOPS[22]. Hospitais, por sua vez, segundo a Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP[23], recebem em aproximadamente 70 dias. Dessa forma, contas pagas até agosto de 2021 podem corresponder a eventos médicos relativos aos meses de junho a julho de 2021.

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.

A seguir, apresenta-se o comportamento dos indicadores referentes à média das contraprestações pecuniárias e pagamento a fornecedores e prestadores, por beneficiário, sempre considerando aqui o regime de caixa, não de competência. Primeiramente, avalia-se a evolução dos valores em si, considerando-se valores nominais, por trimestre. Em seguida, passa-se a observar o comportamento dos mesmos valores, comparando-os àqueles observado no terceiro trimestre de 2019, considerado como base 100 [24]. A escolha de tal trimestre como base deveu-se à sazonalidade observada para tais variáveis. [25]

Figura 30 – Evolução das entradas e saídas de caixa mensais médios por beneficiário, com dados trimestrais, e evolução percentual de tais valores (base 100 no terceiro trimestre de 2019) [26]



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 2º Trimestre de 2021 e dados da RI para julho e agosto de 2021 [27] e dados do SIB/ANS de agosto/2021.

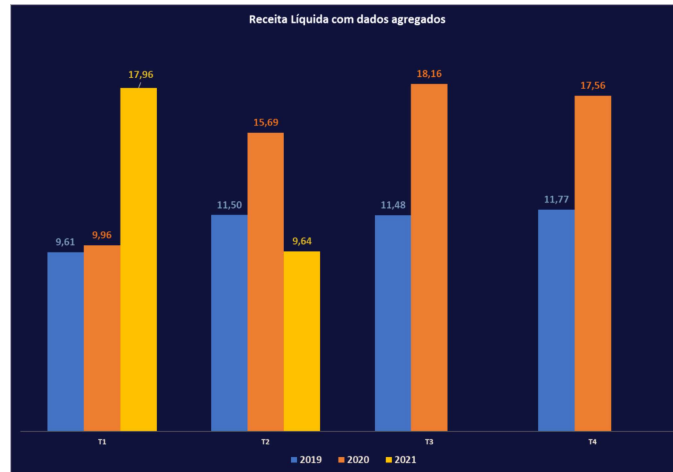
Como se observa no gráfico superior esquerdo, o valor médio recebido como contraprestação apresenta crescimento do 2º trimestre para a prévia do 3º trimestre em 2021, após relativa estabilidade em mesmo período de 2020, sempre com valores superiores ao observado no período pré-pandemia. Em relação às despesas, avaliadas no gráfico superior à direita, tais valores apresentam aumento na prévia do 3º trimestre de 2021, porém seguindo mesma tendência encontrada nos mesmos períodos de 2019, refletindo, mais uma vez, a sazonalidade.

Quando se observam os dados considerando o 3º trimestre de 2019 como base 100, nos três primeiros trimestres de 2020, o nível da despesa per capita teve queda acentuada, enquanto o nível da receita per capita se manteve acima do observado no trimestre base de 2019. A partir do 4º trimestre de 2020, tanto a receita quanto a despesa apresentam recuperação. Na prévia do 3º trimestre de 2021, comparativamente com o nível pré-pandemia, o crescimento da despesa per capita ultrapassou ligeiramente (1 p.p.) o da receita *per capita*.

Box 1 – Resultado Líquido das Operadoras Médico-Hospitalares entre 2018 e 2021

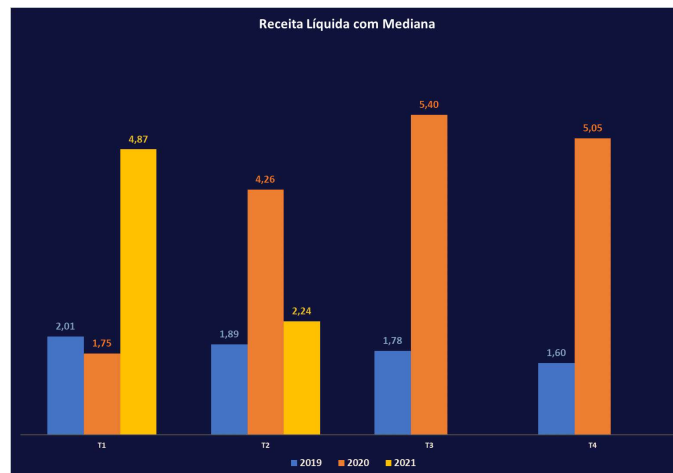
Apresenta-se abaixo a evolução trimestral das operadoras médico-hospitalares por resultado líquido acumulado nos últimos 12 meses em anos pré-pandemia (2018 e 2019) e com o advento da pandemia (2020 e 2021). Respectivamente, os gráficos trazem os números em valores agregados e sua mediana:

Figura 31 - Agregado do Resultado Líquido das Operadoras Médico-Hospitalares, em valores anualizados (em R\$ bilhões)



Fonte: Dados contábeis agregados e anualizados de operadoras médico-hospitalares que enviaram o DIOPS/ANS. Os mesmos dados podem ser extraídos da publicação *Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar*^[28] da ANS.

Figura 32 – Mediana do Resultado Líquido das Operadoras Médico-Hospitalares, em valores anualizados (em R\$ bilhões)



Fonte: Dados contábeis calculados pela mediana e anualizados de operadoras médico-hospitalares que enviaram o DIOPS/ANS.

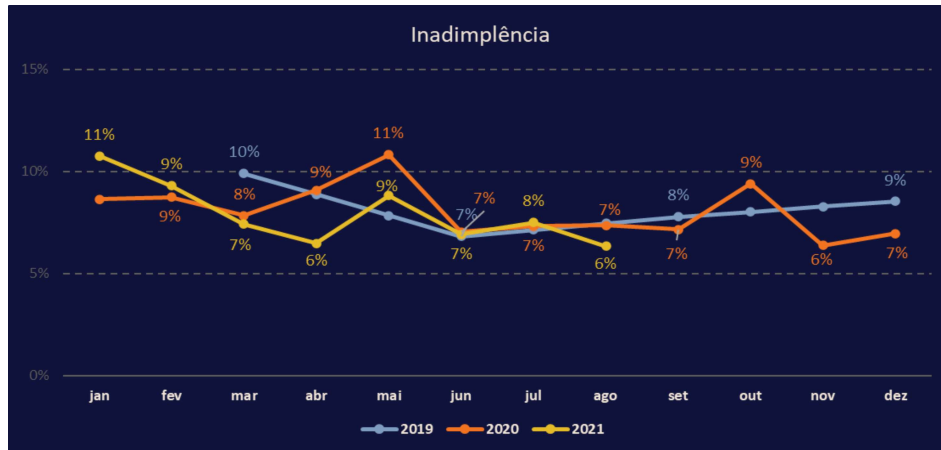
Como se observa, o resultado líquido do agregado das operadoras no 2º trimestre de 2021 teve queda em relação ao 1º trimestre de 2021, apresentando patamar inferior ao verificado no 2º trimestre de 2019 (ano pré-pandemia). A análise dos dados indica que o resultado líquido menos favorável no 2º trimestre de 2021 foi concentrado em grupo de grandes operadoras médico-hospitalares. Até o momento, a mediana^[29] do resultado líquido do setor no mesmo período indica manutenção de patamares superiores aos de ano pré-pandemia. A ANS permanecerá monitoramento a evolução desses dados no setor.

4.2. Análise de Inadimplência

A inadimplência é o não pagamento de obrigações no prazo estabelecido. Para análise do seu comportamento no setor foram utilizados os seguintes dados da amostra^[30]: distribuição dos saldos de contraprestações por período de cobertura (emissão do último mês) e composição dos saldos a receber (estoque), segregando-se os saldos em: recebido, vencido ou a vencer.

Primeiramente, a figura abaixo traz a evolução histórica do percentual mediano[31] do saldo vencido ao final do mês das contraprestações dos planos em pré-pagamento com período de cobertura durante os meses indicados:

Figura 33 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[32])[33]



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS em 2019, março, junho, setembro e dezembro de 2020 e março de 2021 e dados da RI nos demais meses a partir de fevereiro de 2020[34].

Figura 34 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[35]) – Por tipo de plano[36]



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS em 2019, março, junho, setembro e dezembro de 2020 e março de 2021 e dados da RI nos demais meses a partir de fevereiro de 2020.[37]

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 já a partir de um dia de atraso, até 30 dias. Em agosto de 2021, observa-se redução no valor de inadimplência de planos com preço preestabelecido se comparado com mesmo dado do mês anterior[38], assim como nos percentuais de inadimplência tanto para planos individuais/familiares, quanto para coletivos. Todos esses dados, porém, mantêm-se próximos aos seus patamares históricos.

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

5. INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DE CONSUMIDOR

Nesta Nota Técnica, os dados sobre as reclamações cadastradas na ANS, que foram passíveis de mediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP[39] (assistencial e não assistencial), foram atualizados até o mês de agosto de 2021, com destaque para as informações sobre o monitoramento diário de demandas relacionadas com o novo coronavírus.

Figura 35- Evolução de Reclamações NIP (assistencial e não assistencial) - 2019 a 2021



Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a agosto de 2021.

Considerando o total de demandas de reclamação NIP (assistencial e não assistencial), observa-se que no mês de agosto de 2021 houve um aumento de 8,5%, aproximadamente, em comparação ao mês anterior, e um aumento de 29,5%, em comparação a agosto de 2020.

Especificamente sobre as reclamações NIP de natureza assistencial, verifica-se um aumento de 11,8%, em comparação ao mês de julho de 2021, e um aumento de 53,3%, aproximadamente, em relação ao mês de agosto de 2020. Do total geral de demandas em 2020 e 2021, as demandas dessa natureza, representam 67% e 70% respectivamente.

Figura 36 - Evolução de Reclamações NIP Assistenciais de 2019 a 2021

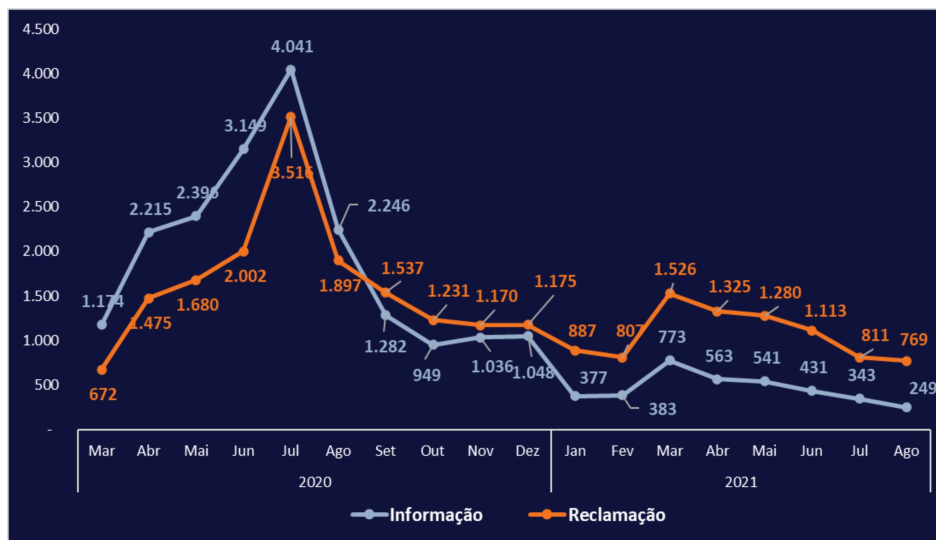


Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a agosto de 2021.

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

Especificamente sobre as demandas de reclamação NIP e informação relacionadas com o novo coronavírus, cadastradas na ANS, verifica-se, que no período de março de 2020 a agosto de 2021 a ANS recepcionou 24.873 reclamações e 23.196 solicitações de informação sobre o tema, como pode ser acompanhado pelo monitoramento diário dos dados relacionados com os casos da doença no Brasil e das demandas registradas nos canais de atendimento da Agência.^[40] Com destaque para o mês de julho de 2020, quando a Agência recepcionou 4.041 contatos para a obtenção de informações e 3.516 registros de reclamações NIP (Figura abaixo). Nesse mês vigorou a Resolução Normativa nº 458/2020 (29/06 a 16/07/2020), que regulamentava a cobertura obrigatória e a utilização dos exames sorológicos - pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM (com Diretriz de Utilização) - para COVID-19, em atendimento à decisão judicial relativa à Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300. Em agosto de 2021, essas reclamações representaram 4,2%, quando consideramos o total de reclamações NIP cadastradas na ANS no mesmo mês.

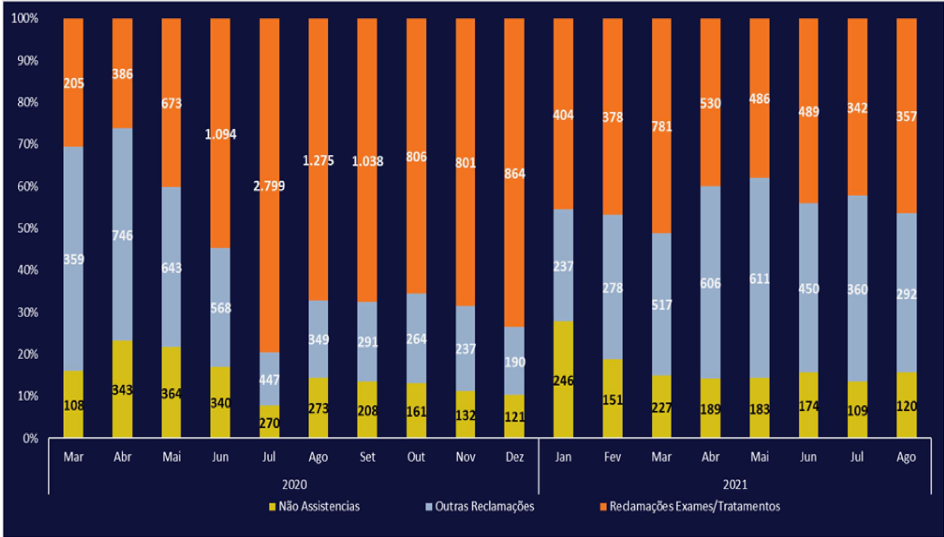
Figura 37 - Demandas NIP relacionadas com o novo coronavírus



Fonte: SIF-Consulta, de março de 2020 a agosto de 2021

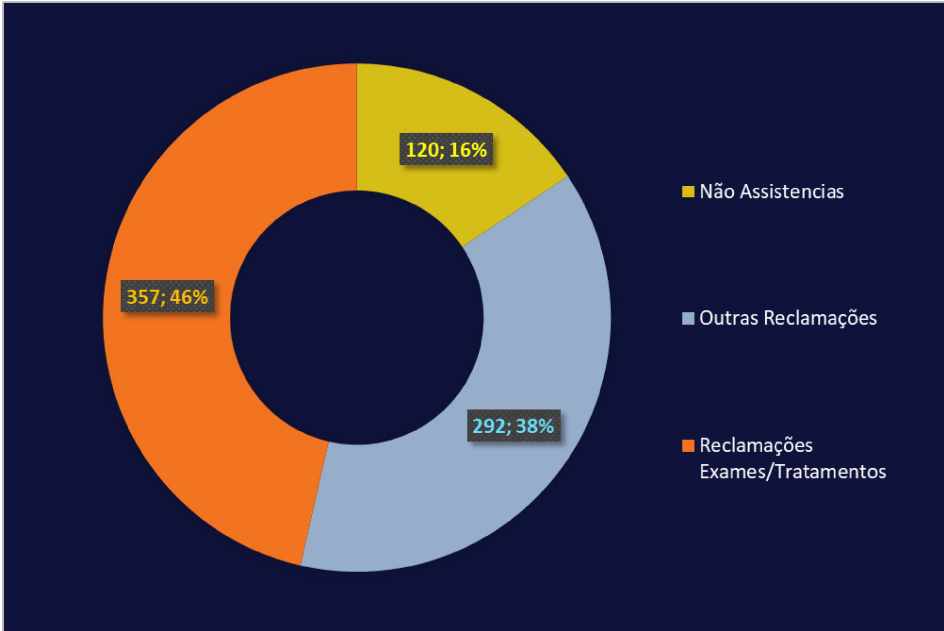
Ainda como parte do monitoramento que a ANS vem fazendo durante a pandemia, é realizada a classificação das demandas de reclamação NIP dos consumidores relacionadas com a COVID-19, utilizando marcadores específicos relativos à pandemia^[41]. A classificação proposta está dividida em oito categorias, dentro de três domínios, para melhor compreensão dos impactos diretos e indiretos da pandemia no setor, através da percepção dos usuários dos planos de saúde. Ela tem como base os relatos dos mesmos, ao cadastrar suas demandas na ANS, e não possuem análise de mérito sobre eventual infração da operadora de planos de saúde ou das administradoras de benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos e/ou aos termos contratuais.

Figura 38 - Demandas de Reclamação NIP relacionadas com o novo coronavírus



Fonte: SIF-Consulta, de março de 2020 a agosto de 2021

Figura 39 - Demandas de Reclamação NIP relacionadas com o novo coronavírus, em agosto de 2021



Fonte: SIF-Consulta, agosto de 2021

Figura 40 - Identificações das Reclamações NIP sobre o novo Coronavírus, em agosto de 2021



Fonte: SIF-Consulta, agosto de 2021

Da leitura das figuras acima, é possível observar que as reclamações NIP sobre cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionada à COVID-19, bem como aquelas relacionadas às negativas de cobertura para os exames (sorológicos e RT-PCR) da COVID-19, representaram o maior volume no mês de análise. Em relação ao mês anterior, as reclamações NIP relacionadas à cobertura para o exame da COVID-19 reduziram 2,5%, enquanto as demandas sobre cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionada à COVID-19 reduziram de 20,2%, aproximadamente. E, ainda, demandas não assistenciais apresentaram aumento de 10,1%, aproximadamente, como pode ser observado nesta Nota Técnica e na Nota Técnica Nº 7/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (Boletim Covid-19 – agosto).

Mesmo as reclamações NIP sobre a negativa de cobertura para os exames sendo uma parte relevante das reclamações relacionadas ao novo coronavírus, não é correto concluir que os beneficiários não tiveram acesso aos exames requisitados. Através da NIP foi possível obter uma resolutividade de 92,6% para os exames de RT-PCR, 92,8% para os exames sorológicos e 92,0% nas reclamações onde os beneficiários não descreveram o exame que lhe foi negado inicialmente, considerando as reclamações cadastradas de março de 2020 a abril de 2021.

Na figura a seguir, destaca-se a evolução das reclamações NIP relacionadas com os Exames/Tratamentos para a COVID-19 por quinzena, no período de agosto de 2020 a agosto de 2021. Recentemente, observa-se estabilidade a partir da segunda quinzena de junho de 2021, com o *pico* da curva permanecendo nos dias imediatamente posteriores à publicação e divulgação da Resolução Normativa (RN) nº 460, regulamentando a cobertura obrigatória dos exames sorológicos para COVID-19. Esclarece-se que a RN nº 460, publicada em 14/08/2020, foi revogada pela RN nº 465, de 2021, que está vigente desde 1º de abril de 2021.

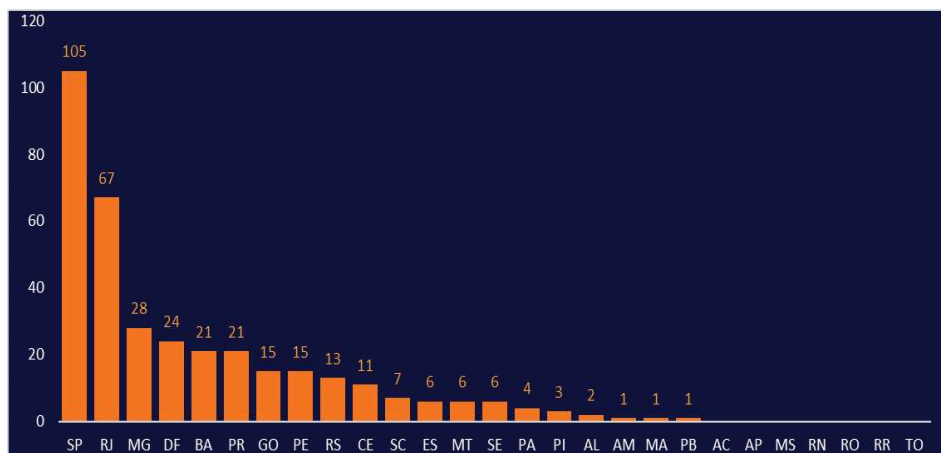
Figura 41 - Evolução de Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus



Fonte: SIF-Consulta, de agosto de 2020 a agosto de 2021

A Figura 42 mostra o valor absoluto das demandas de reclamação NIP dos Exames/Tratamento sobre o novo Coronavírus por Unidade Federativa (UF). Neste gráfico observa-se que os Estados de São Paulo e o do Rio de Janeiro são os destaques em quantidade de reclamações, mas, também, são os maiores em concentração de beneficiários da Saúde Suplementar.

Figura 42 - Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus, por UF



Fonte: SIF-Consulta, agosto de 2021

Assim, considerando que no território brasileiro há uma grande diferença tanto no quantitativo populacional, quanto no número de beneficiários por UF, foi criado o Índice COVID. Esse índice pondera o total de reclamações NIP sobre dos Exames/Tratamento relacionadas à Covid-19, em relação ao total de beneficiários em sua respectiva Unidade Federativa. O período considerado foi o mensal, facilitando a leitura do Índice. Como exemplo, se o Índice_{Covid} = 3, significa que no mês de análise ocorreram 3 reclamações para cada 100.000 beneficiários de uma determinada UF.

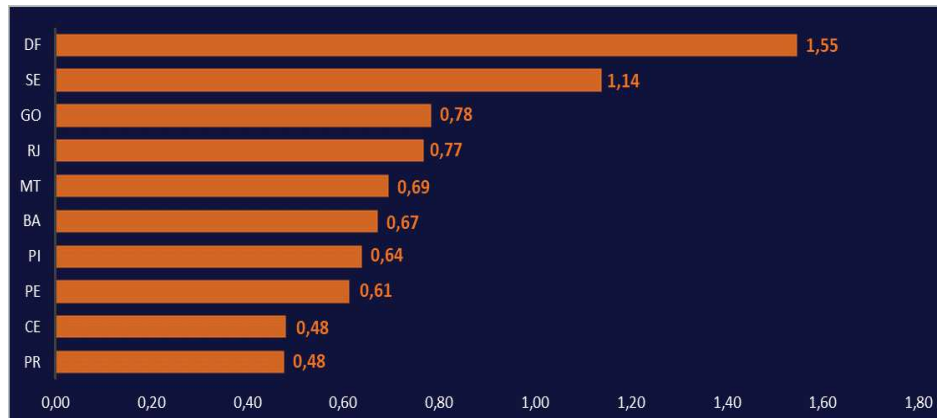
O Índice Covid é demonstrado pela fórmula a seguir:

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

$$I_{\text{Covid}} = \frac{\text{Quantidade de Reclamações sobre Exames/Tratamento Covid-19 no mês de análise}}{\text{Quantidade de Beneficiários}} \times 100.000$$

Sobre os resultados encontrados, tem-se em números relativos, ponderados pelo quantitativo de beneficiários por UF, Distrito Federal aparece em primeiro lugar com índice de 1,55 (com 24 demanda no mês), seguido por Sergipe com índice de 1,14 (com 06 demandas no mês), e Goiás com índice de 0,78 (com 15 demandas no mês), conforme mostrado na Figura 42 que apresenta os valores absolutos de reclamações sobre o tema.

Figura 43- Índice Covid Mensal para as principais UF



Fonte: SIF-Consulta, agosto de 2021

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

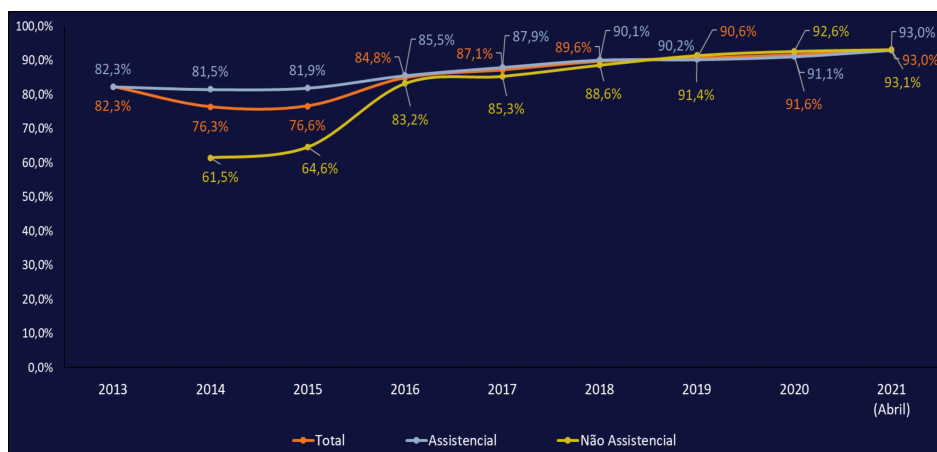
Ressalta-se que desde a sua concepção, a NIP vem demonstrando grande potencial indutor de solução dos conflitos, possibilitando ações combinadas de mediação e de fiscalização indutora. Para a avaliação de sua efetividade, a ANS calcula a resolutividade NIP, que, em síntese, é a medida do total de reclamações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

Em 2020, de cada 100 reclamações abertas pelos beneficiários, 91 foram resolvidas pela Agência através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), que é considerado um método extrajudicial de resolução de conflitos. O resultado mostra a efetividade da NIP como uma ferramenta para resolução das demandas, mesmo em um ano atípico, como foi 2020, em razão da pandemia da COVID-19.

Entre os meses de março de 2020 a abril de 2021, de acordo com o cálculo realizado em 06/09/2021, a NIP alcançou 92,3% de resolutividade, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período, que foram passíveis de mediação, bem como 90,6% de resolutividade quando consideramos somente as demandas relacionadas com a COVID-19. Esse dado informa que a maioria das reclamações apresentadas foram solucionadas no âmbito da mediação de conflitos, demonstrando a eficiência do instrumento empregado pela ANS.

O gráfico abaixo traz a série histórica dos índices de resolutividade das demandas abertas pelos beneficiários, separadas por demandas assistenciais e não assistenciais.

Figura 44 - Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais)



Fonte: SIF-Consulta, de janeiro de 2013 a abril de 2021

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo essas as análises referentes ao mês de agosto de 2021, recomenda-se que os dados e indicadores apresentados na presente Nota continuem a ser coletados e processados, a fim de dar continuidade ao monitoramento contínuo dos impactos da pandemia no setor de saúde suplementar, durante todo o desenvolvimento da pandemia no país.

À consideração superior.

[1] Excluíram-se da amostra as operadoras classificadas como autogestões por Departamento de Recursos Humanos, pelas limitações de sua obrigação de envio de informações financeiros à ANS. Inicialmente eram 109 operadoras, mas devido a processos de incorporação / transferência de carteiras e liquidações o número passou a ser 105.

[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 105 operadoras que foram alvo das RIs, 50 operadoras foram mapeadas como “operadoras com rede própria”, considerando informações registradas no Sistema Registro de Planos de Saúde (RPS), indicando possuir hospital próprio em sua rede. Foram considerados dados das 50 operadoras que responderam à RI DIPRO (dados de agosto de 2021), 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] Taxa de adesão (cancelamento) é dada pela razão entre o total de beneficiários que entraram (saíram) no (do) setor suplementar em um dado mês t e o total de beneficiários ativos no mês $t-1$.

[7] <https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/> dados extraídos em 10/09/2021.

[8] 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.

[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 evoluíram para internação, seja relacionado ou não à 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, para todo e qualquer exame ligado ou não à COVID-19.

[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. Em 2020 também foram incluídos os códigos B34.2 e B97.2, específicos para Infecção por Coronavírus.

[12] Até a Nota Técnica nº 2/2021/DIPRO/DIFIS/DIOPE/DIDES (que embasou o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar – Maio de 2021), os dados extraídos do DIOPS/ANS para receitas e despesas eram deflacionados pelo IPCA, isto porque era apresentada série de dados desde 2016. Passando-se a apresentar série mais curta (números desde 2019), entendeu-se mais apropriado não deflacionar tais dados.

[13] Das 105 operadoras, 103 informaram à ANS, até o momento de elaboração do Relatório, os valores de fluxo de caixa via DIOPS e Requisição de Informação. Passa-se a considerar a série histórica completa, incluindo os dados mais recentes, das 105 operadoras integrantes da amostra, a partir desta edição da Nota Técnica que embasa o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar – Setembro de 2021. Isto porque se conta agora com série histórica de mais de 18 meses da RI.

[14] Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiMjVmNTgtMmMxYi00ZDc0LWJyZDgtYmRkMGRIM2RIY2E1IiwidCI6JlklYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9.>

[15] Para cada período, os índices de sinistralidade apresentado no gráfico é a mediana do índice de sinistralidade de cada uma das operadoras (e não o valor agregado do setor). Para os índices de sinistralidade trimestrais, calcula-se a mediana da sinistralidade do trimestre de cada uma das operadoras. Portanto, não são apurados a partir de valores agregados, nem como uma média de números mensais. O cálculo dos índices (mensais ou trimestrais) por mediana e individualmente (e não por valores agregados) é estatística de ajuste que elimina o viés da amostra ao permitir que as operadoras avaliadas não sejam todas consideradas como uma só operadora.

Esclarece-se que a Figura 25 apresenta a sinistralidade mediana mês a mês, ao passo que a Figura 26 e Figura 27 a apresentam em formato trimestral. Nos gráficos com evolução trimestral, os dados de contraprestações e pagamentos dos meses que compõem o trimestre são somados para compor o respectivo trimestre, entretanto o índice de sinistralidade mais uma vez não é calculado como uma média de números mensais do agregado da amostra, mas sim pela mediana da sinistralidade das operadoras da amostra. Consequentemente, a mediana encontrada no trimestre agregado não necessariamente se encontra entre os valores da mediana verificada mensalmente.

[16] Vide Nota de Rodapé 13.

[17] *Ibidem*.

[18] Vide Nota de Rodapé 15. Ressalta-se que, para o terceiro trimestre de 2021, é apresentada apenas uma prévia, com base em dados de julho e agosto de 2021.

[19] Vide Nota de Rodapé 13.

[20] *Ibidem*.

[21] *Ibidem*.

[22] Segundo dados da publicação Prisma/ANS.

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

[24] Em gráficos de base 100, fixa-se o período inicial, cujo respectivo valor atribuído é 100%. Assim, quaisquer variações percentuais nos períodos seguintes (no caso, trimestres) terão como base de comparação o período inicial fixado (no caso, segundo trimestre de 2019).

[25] A comparação das variações das entradas de caixa ano/ano tende a refletir, com maior precisão, o impacto de reajustes dos planos de saúde, tendo em vista que permite melhor comparar contratos com aniversário (i.e., data passível de aplicação de reajuste) semelhantes.

[26] Para o terceiro trimestre de 2021, é apresentada apenas uma prévia, com base em dados de julho de 2021.

[27] *Ibidem*.

[28] Vide Nota de Rodapé 14.

[29] Os dados econômico-financeiros das operadoras são compostos de variáveis que refletem o número de beneficiários de tais operadoras. Portanto, um dado agregado embute em si a ponderação do porte da operadora. Isso significa dizer que o indicador calculado como agregado sofre influência do peso ou relevância de cada operadora no mercado. No cálculo pela mediana, cada operadora tem indicadores econômico-financeiros calculados de forma individualizada, perdendo-se assim o efeito de ponderação embutida no dado agregado.

[30] Das 105 operadoras selecionadas na amostra, 100 informaram à ANS, até o momento de elaboração deste Relatório, os valores de contraprestações por período de cobertura via DIOPS e RIs. Passa-se a considerar a série histórica completa, incluindo os dados mais recentes, das 105 operadoras integrantes da amostra, a partir desta edição da Nota Técnica que embasa o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar – Agosto de 2021. Isto porque se conta doravante com série histórica de mais de 18 meses da RI.

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

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

[33] A partir da Nota Técnica nº 26/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO, referente a junho de 2021, os dados de cada ano passam a ser apresentados em linhas distintas no gráfico, a fim de facilitar a visualização. Para os dados trimestrais extraídos do DIOPS, entre os meses de março, junho, setembro e dezembro de 2019, e em janeiro de 2020, foi usada interpolação linear. Isto porque tais informações eram coletadas apenas trimestralmente via DIOPS/ANS até o início da pandemia. Após, dados mensais de inadimplência passaram também a ser coletados via RI.

[34] Vide Nota de Rodapé 30.

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

[36] Vide Nota de Rodapé 31.

[37] Vide Nota de Rodapé 30.

[38] Em fevereiro de 2021, assim como em maio e outubro de 2020 e em janeiro de 2021, foram identificados valores mais elevados de inadimplência, o que tende a ter relação com o fato de os vencimentos terem ocorrido no final de semana. Isto é: uma quantidade maior de pagamentos pode ter ficado em aberto, nesses meses, pelo último dia do mês ser dia não útil, e os pagamentos serem feitos no primeiro dia útil seguinte (portanto, no mês subsequente). Em julho de 2021, ainda que o último dia do mês tenha transcorrido em um final de semana, esse efeito não foi percebido de forma tão intensa.

[39] A partir da edição da Nota Técnica de maio de 2021 (Nº 6/2021/DIDES/DIFIS/DIOPE/DIPRO), que atualiza o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar, optou-se por utilizar os dados de demandas passíveis de mediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, em substituição ao número total de reclamações cadastradas na ANS, por entender que esses dados se conformam melhor com o objeto deste documento, qual seja, monitorar a evolução de indicadores relevantes do setor de planos de saúde durante o período da pandemia, fazendo o acompanhamento de dados sobre a utilização dos planos de saúde, para subsidiar a análise qualificada da Agência Reguladora e prestar mais informações à sociedade.

[40] <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>

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

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



Documento assinado eletronicamente por **Celina Maria Ferro De Oliveira, Gerente de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação**, em 22/09/2021, às 10:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 22/09/2021, às 10:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 22/09/2021, às 10:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana de Campos Aranovich, Assessor(a)**, em 22/09/2021, às 10:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **WILSON MARQUES VIEIRA JUNIOR, Gerente de Direção Técnica**, em 22/09/2021, às 11:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Gislaine Afonso de Souza, Coordenador(a) de Plano de Recuperação Assistencial**, em 22/09/2021, às 11:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Dos Reis Moura, Coordenador(a) de Apoio à Padronização e Análise de Informações**, em 22/09/2021, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **FREDERICO YASUO NORITOMI, Coordenador(a) de Análise e Informações Estratégicas**, em 22/09/2021, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **SANYA FRANCO RUELA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 22/09/2021, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Fiori Pregueiro, Integrante Requisitante**, em 22/09/2021, às 12:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 22/09/2021, às 13:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Nunes de Paula, Assessor de Informação da DIFIS**, em 22/09/2021, às 13:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Pedro da Silveira Villela, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES (substituto)**, em 22/09/2021, às 14:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a) de Desenvolvimento Setorial (Substituto)**, em 22/09/2021, às 15:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Taina Leandro, Assessor(a)**, em 22/09/2021, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 22/09/2021, às 19:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Maurício Nunes da Silva, Diretor(a) de Fiscalização (Substituto)**, em 23/09/2021, às 08:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andre Luis Fortes Unes, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIFIS**, em 23/09/2021, às 09:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Martins Rodrigues, Diretor(a) de Gestão (Substituto)**, em 23/09/2021, às 14:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **21960907** e o código CRC **7A15C777**.