

PROCESSO Nº: 33910.013199/2020-84

NOTA TÉCNICA Nº 120/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO

Interessado: DIDES, DIOPE, DIPRO, DIFIS

Assunto: Relatório Covid-19 – Saúde Suplementar: Informações Assistenciais, Financeiras e de Demandas de Consumidor das Operadoras de Planos de Saúde – Abril de 2022

1. INTRODUÇÃO

A presente Nota Técnica tem por finalidade atualizar o Relatório Covid-19 – Saúde Suplementar, objeto da Nota Técnica nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 23413463), elaborado a partir da coleta de dados junto ao setor referentes ao mês de março de 2022. 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 103 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 11/04/2022, 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 103 operadoras que foram alvo das Requisições de Informações, 49 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 dos totais de março de 2022 do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Foram promovidos pequenos ajustes nos dados constantes na Nota Técnica nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 23413463), mediante recebimento de dados referentes a RIs anteriores que foram enviados ou retificados por algumas operadoras após a divulgação do documento.

As tabelas abaixo detalham, respectivamente, a distribuição da amostra de operadoras respondentes por: modalidade da operadora e total de beneficiários de planos médico-hospitalares; época de contratação (novo ou antigo); tipo de contratação (individual ou coletivo); e população idosa. Destacam-se os totais do setor considerando as operadoras que responderam às Requisições de Informações 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	260	34	13%	19.602.321	15.248.432	78%
Cooperativa Médica	275	53	19%	18.075.003	12.854.271	71%
Seguradora	8	5	63%	6.435.661	6.393.886	99%
Autogestão	149	8	5%	4.045.210	1.639.999	41%
Filantropia	31	2	6%	916.161	330.268	36%
Total	723	102	14%	49.074.356	36.466.856	74%

Fonte: SIB/ANS, prévia de março de 2022 e ANS/RI, abril de 2022.

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

Época de contratação	Tipo de Contratação	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Novo	Coletivo empresarial	32.716.963	25.601.031	78%
	Individual ou familiar	8.001.089	5.407.172	68%
	Coletivo por adesão	5.269.543	3.570.525	68%
	ND	613	214	35%
Novo Total		45.988.208	34.578.942	75%
Antigo	Coletivo empresarial	1.134.547	753.580	66%
	Individual ou familiar	895.233	684.422	76%
	Coletivo por adesão	1.004.253	435.413	43%
	ND	52.115	14.499	28%
Antigo Total		3.086.148	1.887.914	61%
Total		49.074.356	36.466.856	74%

Fonte: SIB/ANS, prévia de março de 2022 e ANS/RI, abril de 2022.

Tabela 3 – Proporção de idosos da Amostra

Faixa etária	Beneficiários	Distribuição %	Beneficiários das Respondentes	Distribuição %
Não-idoso	42.066.659	86%	31.548.948	87%
Idoso	7.007.388	14%	4.917.821	13%
ND	309	0%	87	0%
Total	49.074.356	100%	36.466.856	100%

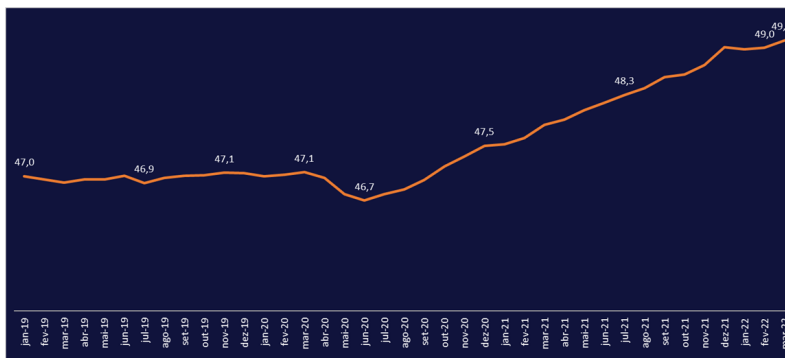
Fonte: SIB/ANS, prévia de março de 2022 e ANS/RI, abril de 2022.

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 104 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 março/2022. Importante destacar que a publicação final do mês de março, a qual é divulgada na sala de situação da ANS com mais detalhes acerca dos vínculos, ocorrerá em 05 de maio, conforme calendário do SIB. A taxa de crescimento de beneficiários de assistência médica foi de 0,23% na prévia de março/2022 em comparação com mês anterior, mantendo o crescimento iniciado no mês de julho de 2020.

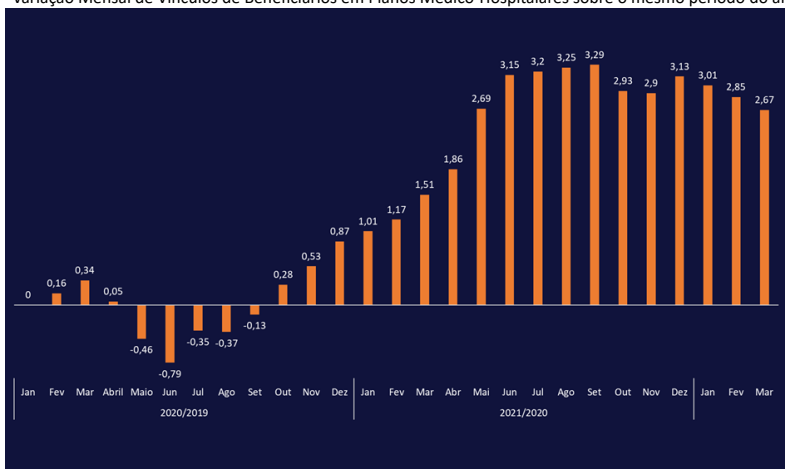
Figura 1 – Evolução mensal do vínculo de beneficiários em planos médico-hospitalares, em milhões



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de março/2022.

Na comparação com o mesmo período do ano anterior, a taxa de crescimento manteve-se positiva em fevereiro (2,67%), conforme a Figura 2.

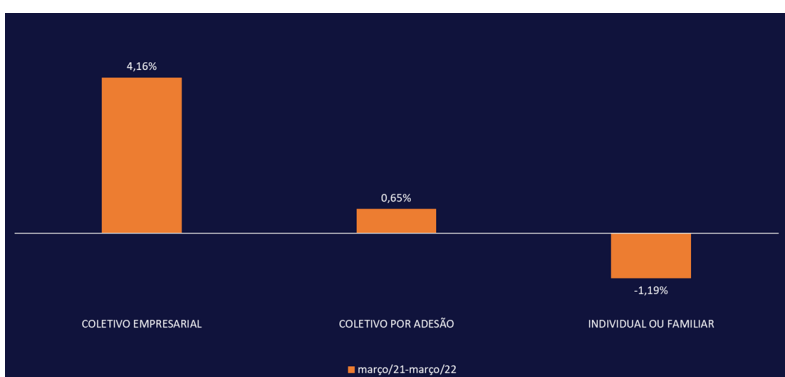
Figura 2 – Variação Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de março/2022

Analisando a variação de vínculos de beneficiários em planos médico-hospitalares segundo o tipo de contratação do plano, observa-se que, no período de março/2021 a março/2022, os planos individuais apresentaram pelo sexto mês seguido uma variação negativa (-1,19%), após vários períodos de variação positiva; os planos coletivos apresentaram crescimento positivo.

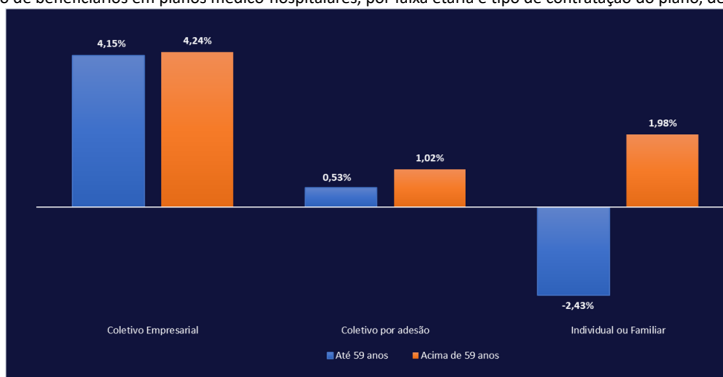
Figura 3 – Taxa de variação no número de beneficiários em planos médico-hospitalares, por tipo de contratação do plano, de março/2022 em relação a março/2021



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de março/2022.

Acrescentando o componente da faixa etária do beneficiário na variação dos vínculos ativos, observa-se na Figura 4 que, no período de março/2021 a março/2022, 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.

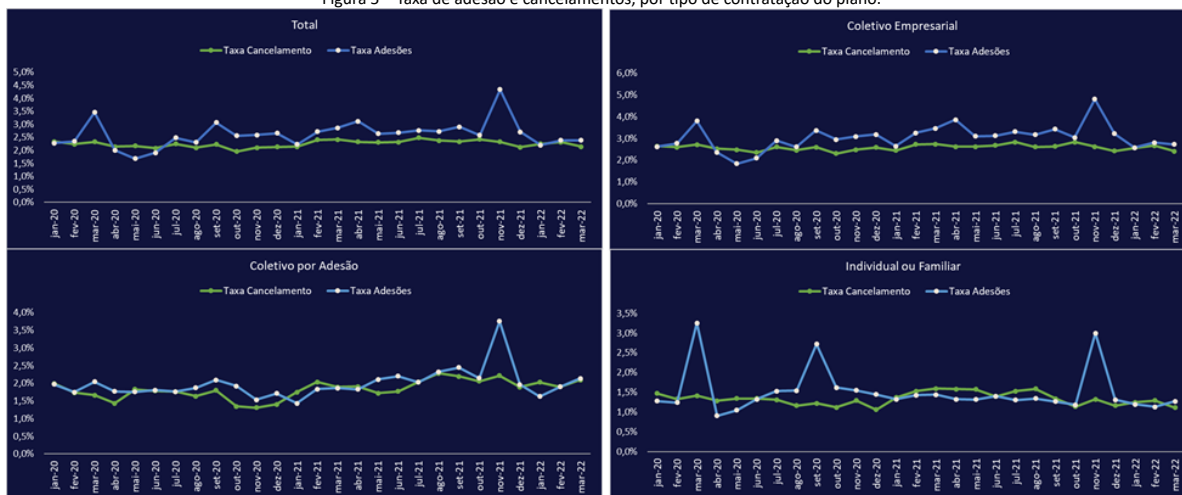
Figura 4 – Taxa de variação no número de beneficiários em planos médico-hospitalares, por faixa etária e tipo de contratação do plano, de março/2021 em relação a março/2021



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de março/2022.

A Figura 5 apresenta as taxas de adesão e cancelamento [6], conforme o tipo de contratação. Nota-se que, a partir de julho de 2020, a taxa de adesão (entradas) no total, agregação de todos os tipos de contratações, é superior a taxa de cancelamento (saídas) nos planos médicos hospitalares. O tipo de contratação responsável por esta superioridade 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.

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



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de março/2022.

A Figura 6 mostra os totais de vínculos de beneficiários cancelados, por mês, conforme os motivos de cancelamentos. Observa-se que, tanto os cancelamentos por óbito, inadimplência e iniciativa do beneficiário e mudança de planos apresentarem queda em março enquanto os cancelamentos por inadimplência apresentaram um leve aumento em relação ao mês anterior.

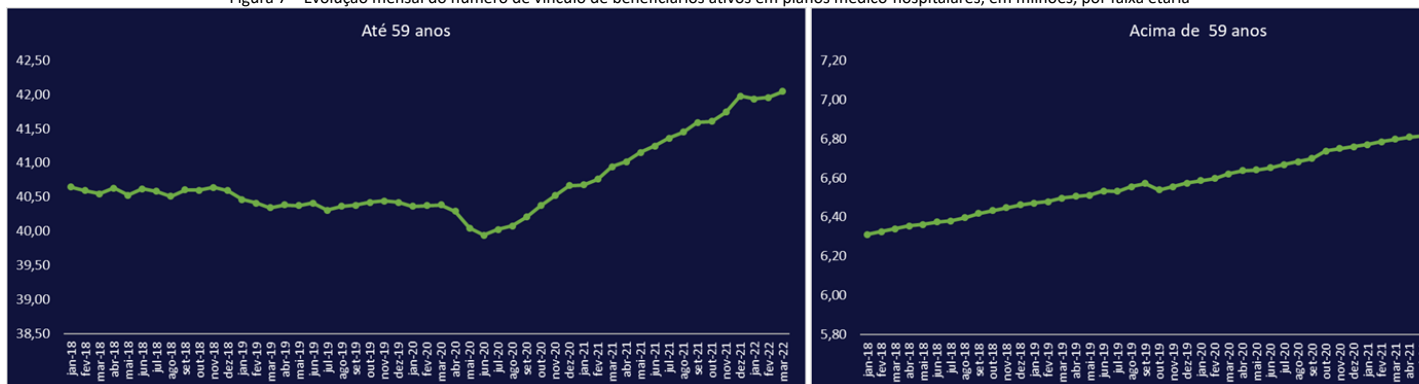
Figura 6 – Evolução do número de vínculos de beneficiários cancelados, conforme o motivo, janeiro/2018 a março/2022



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de março/2022.

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.

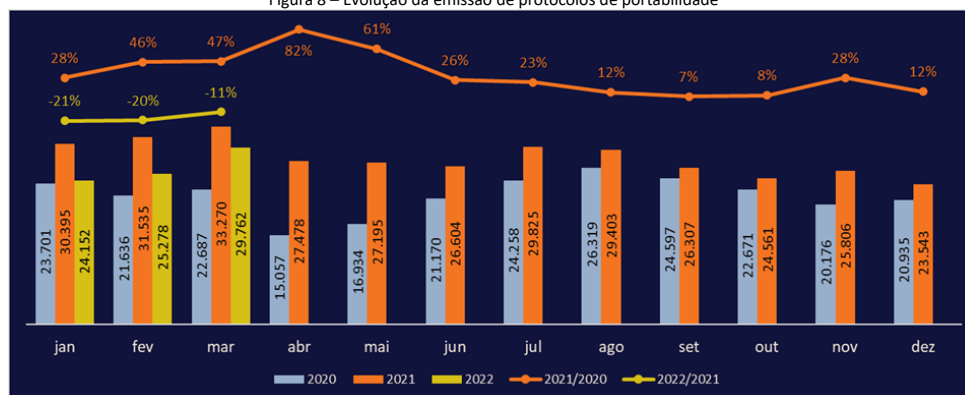
Figura 7 – Evolução mensal do número de vínculo de beneficiários ativos em planos médico-hospitalares, em milhões, por faixa etária



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de março/2022.

No acompanhamento da utilização do Guia de Planos de Saúde da ANS[7], observou-se um aumento de 17,7% na emissão de protocolos para fins de portabilidade de carências em março de 2022 em comparação ao mês anterior. Já em relação a março de 2021, houve uma queda de 11% da consulta para portabilidade. A busca por plano mais barato continua sendo o principal motivo de portabilidade de carências, seguido da busca por uma melhor qualidade da rede prestadora e do cancelamento de contrato pela operadora ou pessoa jurídica contratante, segundo informações dos usuários à Pesquisa de Satisfação do Guia de Planos.

Figura 8 – Evolução da emissão de protocolos de portabilidade



Fonte: Guia ANS de Planos de Saúde, dados extraídos em 02/04/2022

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 49 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.

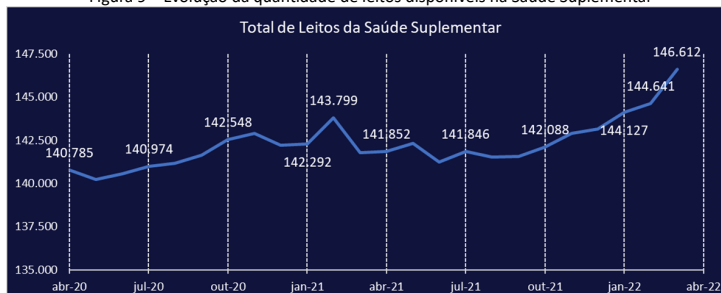
Conforme já mencionado, pode haver pequenas alterações nos dados da presente Nota em comparação àqueles constantes na Nota Técnica nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 23413463), devido à incorporação das informações referentes a competências anteriores de operadoras que enviaram ou retificaram 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 49 operadoras respondentes totalizavam 15.140 leitos em março de 2022, o que representava 10,3% 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 continua crescendo em março/2022, com um aumento de 1,36% em relação ao mês anterior, resultando em 146.612 leitos disponíveis, maior número observado desde o início da série.

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



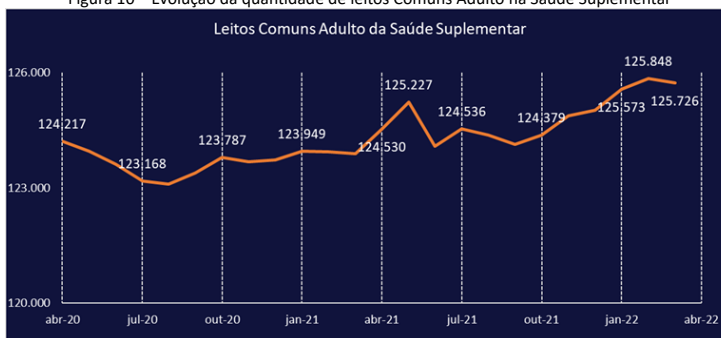
Fonte: CNES/DATASUS e ANS/RPS, abril de 2020 a março de 2022.

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 adequada para representar o mês.

As duas figuras a seguir destacam que houve um acréscimo tanto nos leitos comuns adultos como nos leitos de UTI Adulto em relação ao mês anterior. Na comparação com o mesmo período do ano anterior, o número de leitos comuns apresenta um decréscimo de 122 (-0,10%) em relação ao mês anterior, enquanto os leitos de UTI

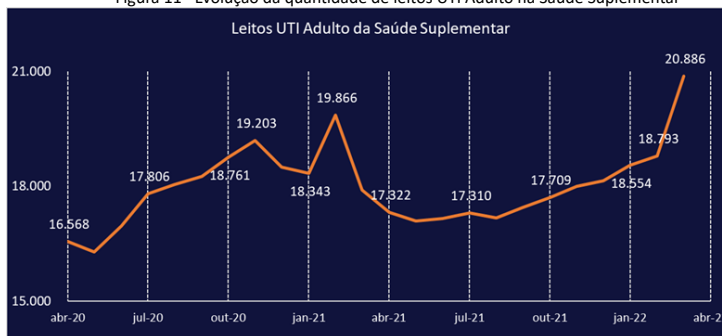
adulto tiveram um incremento de 2.093 (11,14%).

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



Fonte: CNES/DATASUS e ANS/RPS, abril de 2020 a março de 2022.

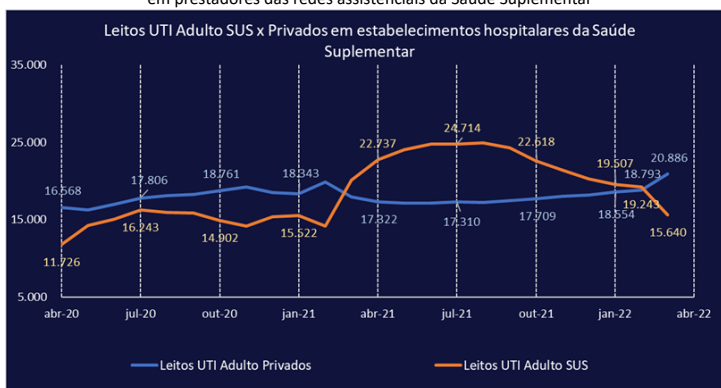
Figura 11 –Evolução da quantidade de leitos UTI Adulto na Saúde Suplementar



Fonte: CNES/DATASUS e ANS/RPS, abril de 2020 a março de 2022.

Observe-se na Figura 12 que o total de leitos UTI adulto do SUS teve uma redução de 3.603 leitos no mês de março/2022 em relação ao mês anterior. A queda do número de leitos UTI adulto do SUS e o aumento dos mesmos leitos na Saúde Suplementar sugere que, parte dos leitos de UTI abertos e contratualizados com o SUS em razão da pandemia, será mantido no setor.

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



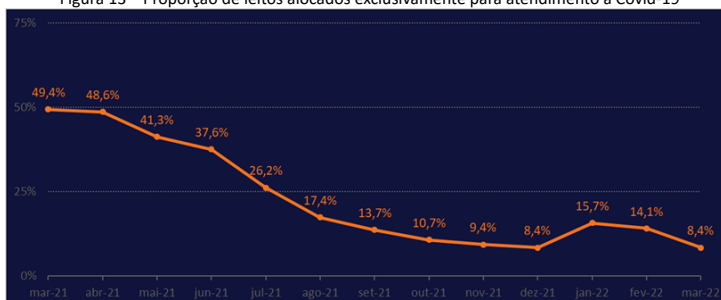
Fonte: CNES/DATASUS e RPS/ANS, abril de 2020 a março de 2022.

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 49 operadoras da amostra que responderam às Requisições de Informações até a data de elaboração desse relatório.

Na figura abaixo, observamos que em março de 2022, a proporção de leitos alocados para atendimento à Covid-19 nos hospitais da amostra sofreu nova redução em comparação ao mês anterior, passando de 14,1% para 8,4%. Em março de 2022, os hospitais da amostra totalizavam 15.140 leitos da rede própria de 49 operadoras enquanto o mês anterior totalizava 15.327 leitos de 50 operadoras. Importante destacar que 10 operadoras informaram 0 (zero) leitos alocados para Covid-19 em março de 2022 comparado a 5 operadoras no mês anterior.

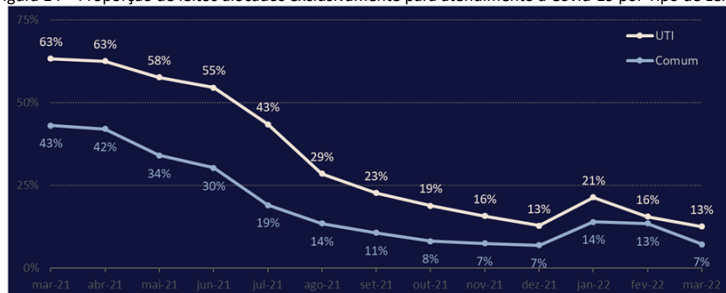
Figura 13 – Proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19



Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

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. Os leitos de UTI representavam, em março, 22,13% da amostra de hospitais em rede própria e 30,10% no mês anterior.

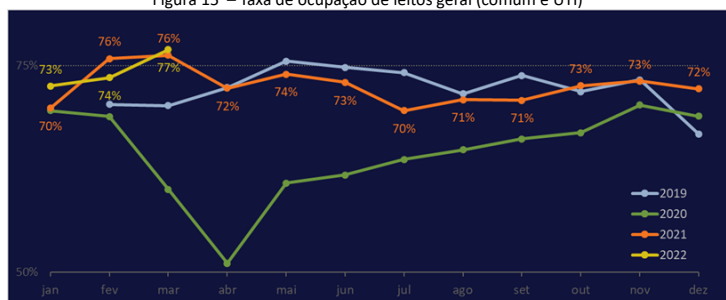
Figura 14 – Proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19 por Tipo de Leito



Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

No mês de março de 2022, a taxa de ocupação geral de leitos (comum e UTI) nos hospitais da amostra foi de 77%, ficando 1 ponto percentual acima do observado em março de 2021, quando o país enfrentava a segunda onda de Covid-19[9]. 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)

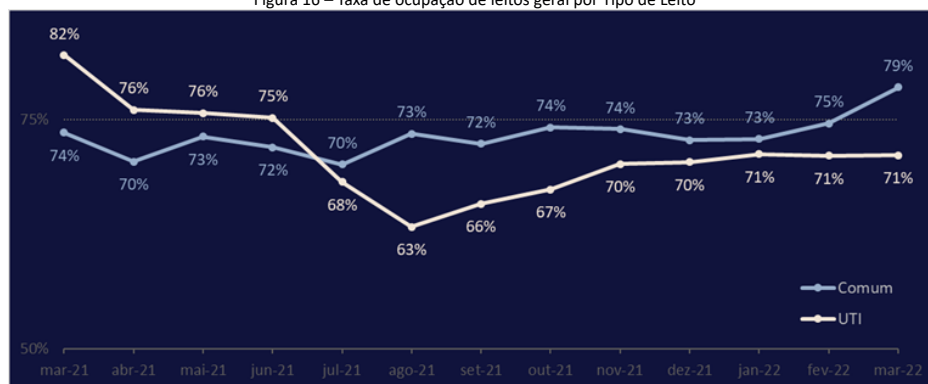


Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

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 a taxa de ocupação geral de leitos comuns (tanto para Covid-19 como para demais atendimentos) sofreu aumento, passando a 79% em março de 2022, sendo o percentual mais alto observado nos últimos 12 meses para o indicador. Já a ocupação de leitos de UTI se manteve em linha em relação ao mês anterior.

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

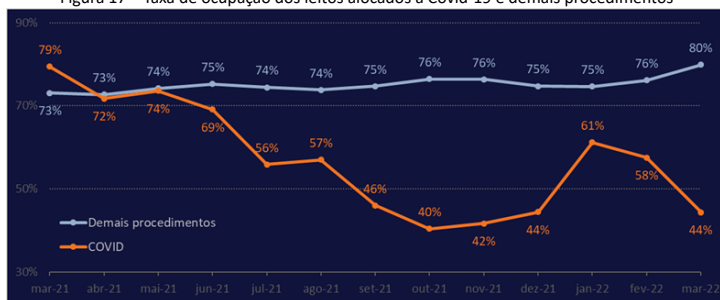


Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

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 apresentou queda significativa em março de 2022, passando de 58% para 44%. Já a ocupação de leitos para atendimento a demais procedimentos sofreu aumento em relação ao mês anterior, tendo ficado em 80% em março de 2022, quebrando tendência de estabilidade que vinha sendo observada desde maio de 2021.

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

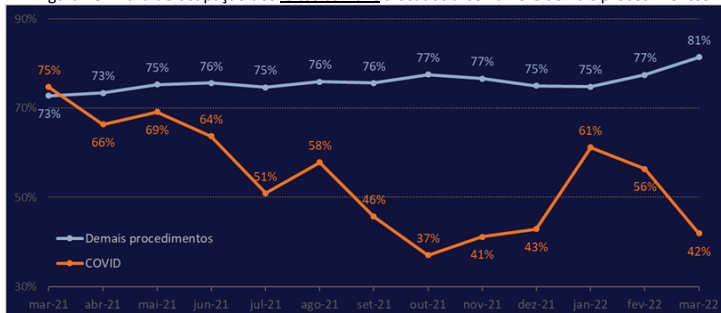


Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

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 uma queda, de 14 pontos percentuais, na ocupação desse tipo de leito para Covid-19 em março (42%); enquanto para atendimento aos demais procedimentos houve um aumento de 4 pontos percentuais, atingindo 81%, índice mais alto nos últimos doze meses.

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

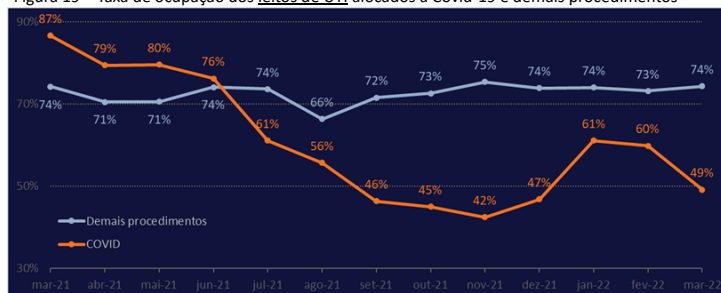


Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

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

Já em relação às taxas de ocupação de leitos de UTI, observou-se queda de 11 pontos percentuais, para Covid-19, e aumento de 1 ponto percentual na ocupação para demais procedimentos em relação ao mês anterior. Da análise conjunta dos indicadores apresentados (Figuras 13 a 19), conclui-se que o aumento da taxa de ocupação geral de leitos foi impulsionado pelo aumento da ocupação de leitos comuns para demais procedimentos, não relacionados à Covid-19.

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



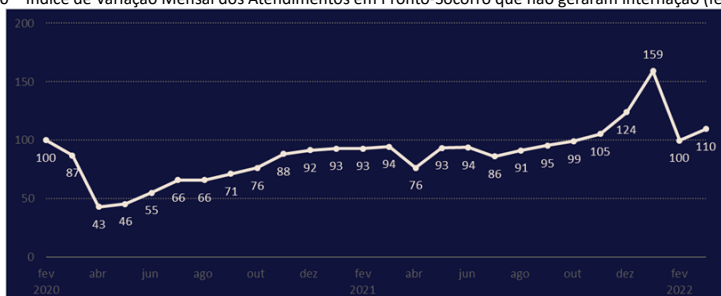
Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

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[10], a quantidade de autorizações emitidas para procedimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)[11] e as hospitalizações por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG)[12].

Em março de 2022, a procura por atendimentos em pronto-socorro que não geraram internação voltou a apresentar aumento em relação ao patamar inicial, observado antes do início da pandemia.

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



Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

Nota: Mediana da amostra de operadoras que responderam às Requisições de Informações.

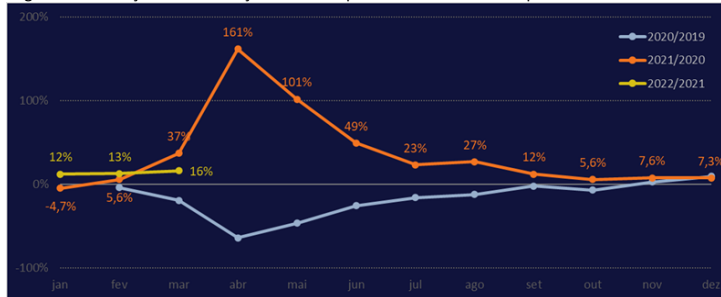
Os dados colhidos sobre a quantidade de consultas em pronto-socorro que não geram internações trazem informações a partir de fevereiro de 2020. Assim, não é possível avaliar a evolução deste indicador em comparação com seu comportamento ao longo do ano de 2019, que seria um período de referência sem influência da pandemia de Covid-19. Por outro lado, a coleta de informações por meio das Requisições de Informações 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 março de 2022 ficaram 16% acima do verificado em março de 2021, o que aponta para uma procura maior para exames e terapias eletivas no primeiro trimestre de 2022, em relação ao historicamente observado para o período.

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

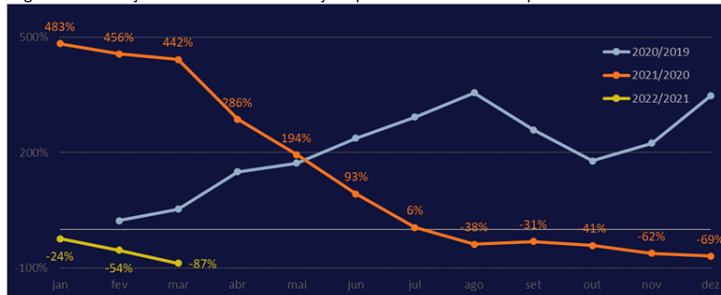


Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

Nota: Mediana da amostra de operadoras que responderam às Requisições de Informações.

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 março de 2022 sofreu redução comparado ao mesmo mês de 2021 (-87%).

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

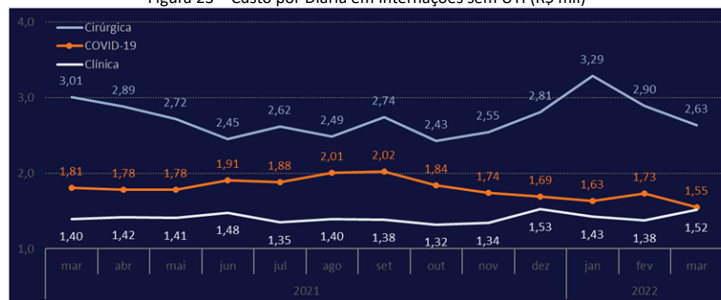


Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

Nota: Mediana da amostra de operadoras que responderam às Requisições de Informações.

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 março de 2022, o custo da diária da internação para Covid-19 sem UTI praticamente se igualou ao custo da internação clínica; enquanto o custo da diária da internação para Covid-19 com UTI ficou acima do custo das diárias de internação cirúrgica e clínica. (Figura 23)

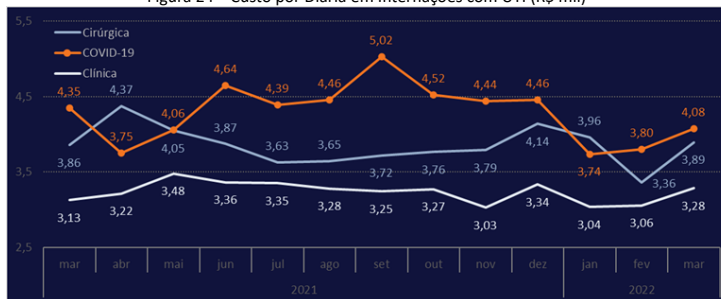
Figura 23 – Custo por Diária em Internações sem UTI (R\$ mil)



Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

Nota: Mediana da amostra de operadoras que responderam às Requisições de Informações.

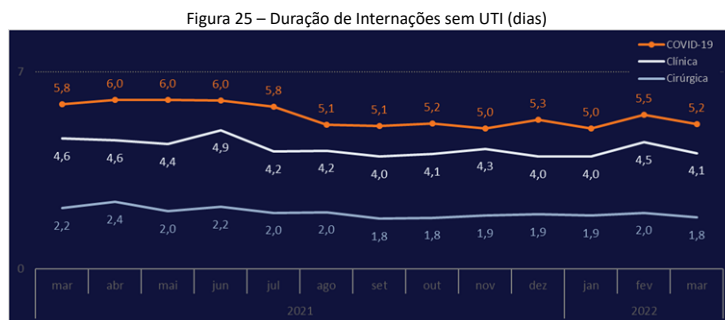
Figura 24 – Custo por Diária em Internações com UTI (R\$ mil)



Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

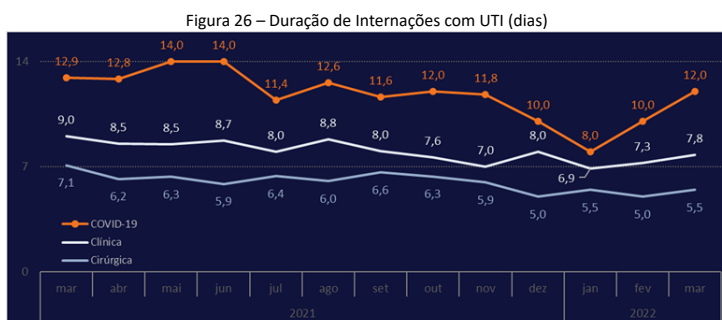
Nota: Mediana da amostra de operadoras que responderam às Requisições de Informações.

A duração de uma internação por Covid-19 (Figura 25) permanece mais longa que os outros tipos de internação, tanto para internações sem UTI como com UTI, porém essa última apresentou aumento em relação ao mês anterior.



Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

Nota: Mediana da amostra de operadoras que responderam às Requisições de Informações.



Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

Nota: Mediana da amostra de operadoras que responderam às Requisições de Informações.

O custo total de internação para Covid-19 com UTI apresentou aumento de 28,8% em relação ao mês anterior (Tabela 4).

Tabela 4 – Custo por Internação (R\$)

		mar-21	abr-21	mai-21	jun-21	jul-21	ago-21	set-21	out-21	nov-21	dez-21	jan-22	fev-22	mar-22
Sem UTI	Cirúrgica	6.515	6.874	5.564	5.392	5.233	5.022	4.885	4.422	4.832	5.454	6.251	5.778	4.820
	COVID-19	10.560	10.700	10.686	11.411	10.840	10.296	10.306	9.522	8.709	8.960	8.151	9.477	8.007
	Clínica	6.481	6.468	6.257	7.292	5.625	5.872	5.536	5.390	5.723	6.102	5.710	6.198	6.232
Com UTI	Cirúrgica	27.340	27.031	25.554	22.647	23.064	21.945	24.563	23.841	22.516	20.685	21.633	16.795	21.258
	COVID-19	56.162	48.109	56.770	65.062	50.211	56.043	58.479	54.221	52.249	44.558	29.889	37.996	48.920
	Clínica	28.134	27.465	29.590	29.403	26.799	28.922	26.046	24.955	21.186	26.693	20.913	22.176	25.563

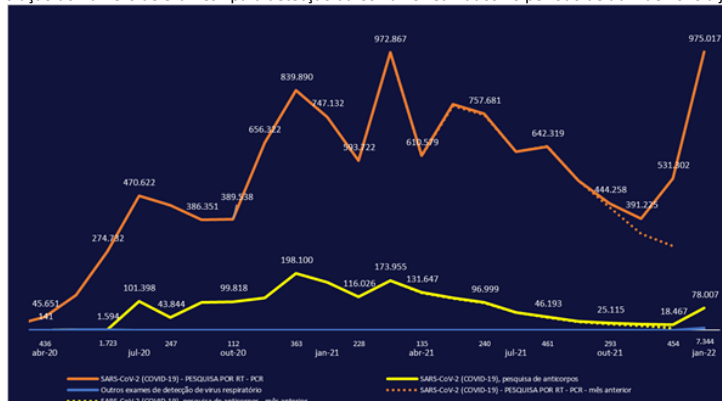
Fonte: ANS/RI, abril de 2022.

Nota: Custo por internação é o produto do custo por diária e da duração em dias de internação.

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 diretrizes 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, tanto o número de exames de RT-PCR como os exames de pesquisa de anticorpos, tiveram um aumento expressivo em janeiro/22, 45,5% e 76,3%, respectivamente, decorrente da variante Ômicron. No caso do RT-PCR o número de exames realizados em janeiro/22 foi o maior desde o início da série histórica. Na comparação com o mesmo mês do ano anterior, o RT-PCR teve um aumento de 30,5%, enquanto os exames de anticorpos apresentaram uma queda de 53,7%.

Figura 27 – Evolução do número de exames* para detecção da Covid-19 realizados no período de abril de 2020 a janeiro de 2022.



Fonte: Dados do Padrão TISS (ANS), 11/04/2022.

Notas: 1 -No exame SARS-CoV-2 (Coronavírus Covid-19), pesquisa de anticorpos estão considerados os códigos TUSS 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

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).

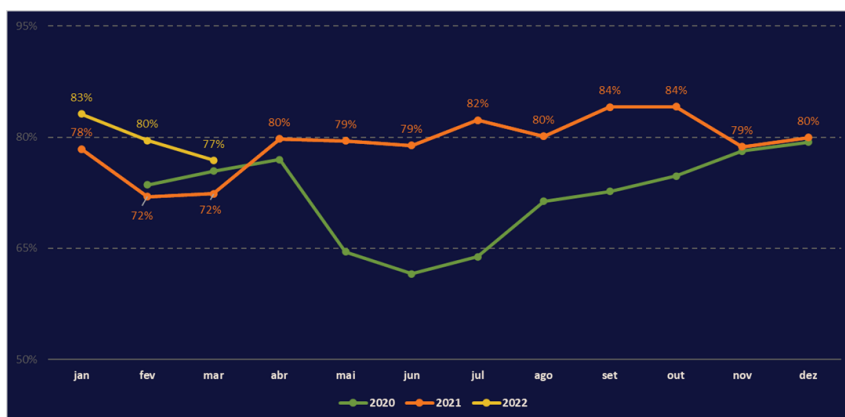
A pandemia possui característica de rápida evolução e rápidos efeitos sobre a população e a economia. Assim, a melhor informação em termos de disponibilidade para subsidiar a análise setorial e as tomadas de decisão da ANS mostrou ser a informação de fluxos de caixa.

Nesta Nota são apresentados gráfico com dados mensais e gráficos com dados trimestrais. Esclarece-se que os dados não foram deflacionados[13].

Para a amostra[14], 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*[15] da ANS), mensurado sob o regime de competência, que segue metodologia própria, e usado para o cálculo do reajuste de planos individuais/familiares fixado pela ANS.

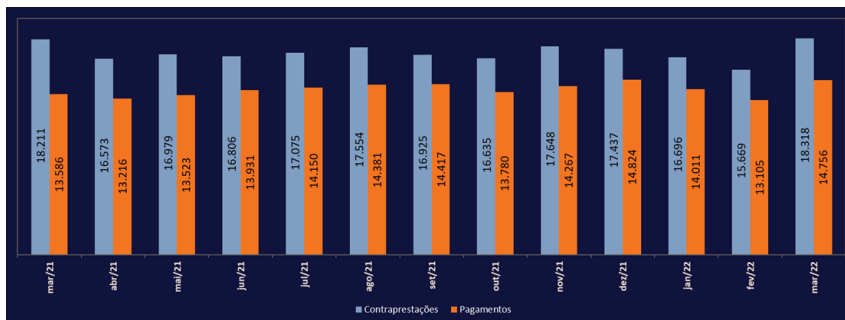
Ademais, os índices de sinistralidade de caixa foram calculados pela mediana da distribuição dos índices de cada operadora individualmente (não por dados agregados), visando eliminar o viés da amostra pelos maiores valores[16]. Confira abaixo a evolução mensal da sinistralidade de caixa desde 2020 e do recebimento de pagamentos dos beneficiários e valores pagos a fornecedores e prestadores dos últimos 13 meses:

Figura 28 – Sinistralidade de caixa, com dados mensais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI.

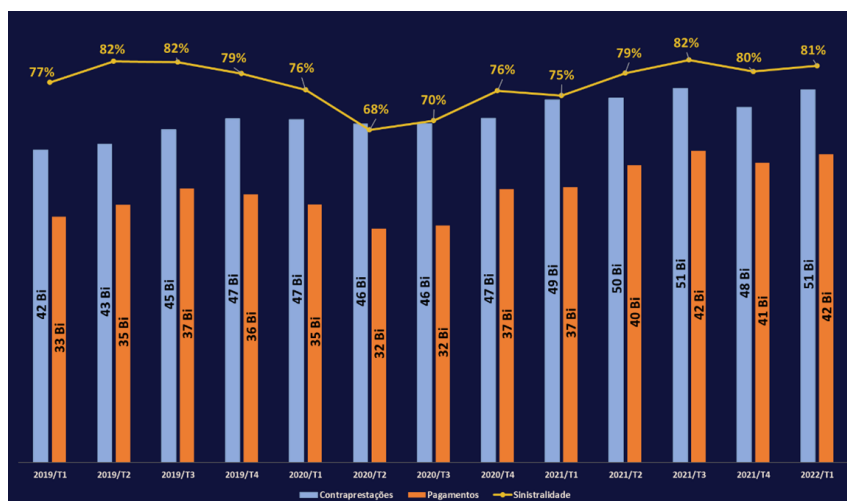
Figura 29 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações) e valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais (R\$ MM), com dados mensais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI.

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

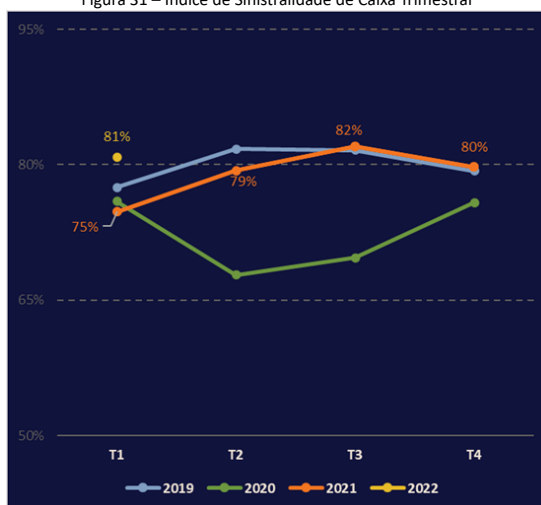
Figura 30 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa, com dados trimestrais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 4º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 1º trimestre de 2022.

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 abaixo.

Figura 31 – Índice de Sinistralidade de Caixa Trimestral



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 4º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 1º trimestre de 2022.

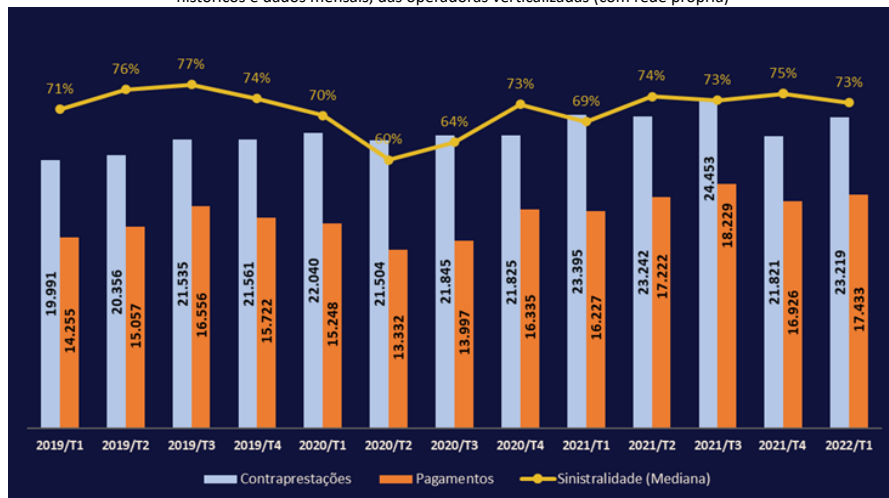
Em 2020, observou-se uma redução significativa do índice de sinistralidade de caixa no segundo e terceiro trimestres, abaixo dos registros históricos, devido às medidas de isolamento social e cancelamento dos procedimentos eletivos. No quarto trimestre do mesmo ano verificou-se aumento do índice em relação ao trimestre anterior, porém ainda inferior ao registrado no quarto trimestre de 2019.

Em 2021, o índice de sinistralidade no 1º e 2º trimestres seguiu mesma tendência de sazonalidade de iguais períodos pré-pandemia, porém em patamares ainda inferiores aos observados em 2019. Tanto no 3º como no 4º trimestre, o indicador permaneceu em igual patamar ao do período pré-pandemia (Figura 30 e Figura 31).

Em 2022, ao analisar os dados mensais, observa-se queda de 3 p.p. na sinistralidade de março em relação ao mês anterior (Figura 28). A taxa de sinistralidade do 1º trimestre de 2022 atingiu 81%, i.e., 4 p. p. acima da sinistralidade trimestral do mesmo período de 2019 (Figura 30 e Figura 31). Percebe-se certa estabilidade desse indicador nos últimos 4 trimestres, com variação de somente 3 p.p. entre os valores durante todo o período, sem que tenha sido verificada a habitual sazonalidade do setor no último trimestre. A ANS permanecerá monitorando a evolução desses dados no setor.

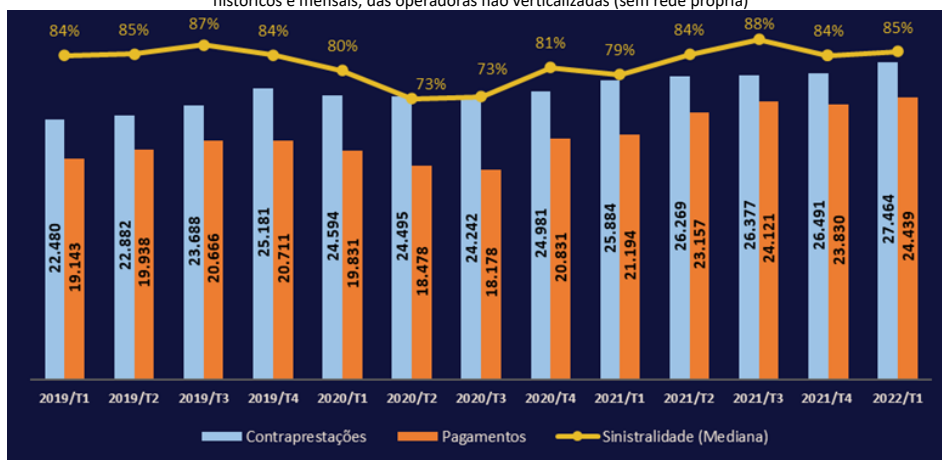
Os valores de sinistralidade de caixa das operadoras verticalizadas (com despesas concentradas em rede de hospitais própria) e não verticalizadas (sem concentração de despesas em rede de hospitais própria) foram separados nos gráficos subsequentes:

Figura 32 – 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 (com rede própria)



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 4º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 1º trimestre de 2022.

Figura 33 – 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 (sem rede própria)



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 4º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 1º trimestre de 2022.

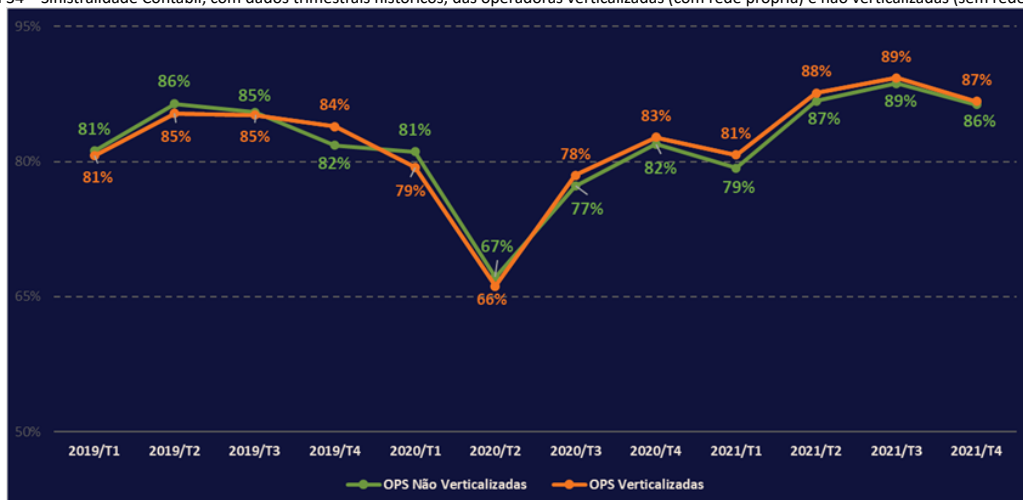
Box 1. Sinistralidade Contábil, com dados trimestrais históricos das operadoras verticalizadas (com rede própria) e não verticalizadas (sem rede própria)

Considerando o fechamento dos balanços contábeis das operadoras para o exercício de 2021, puderam ser calculados os dados de sinistralidade contábil da amostra de operadoras da RI.

Reitera-se que a sinistralidade de caixa (apresentada nos gráficos acima desta Nota) não deve ser confundida com a sinistralidade contábil. Diferentemente dos dados de caixa, o índice de sinistralidade contábil é mensurado sob o regime de competência, seguindo metodologia própria, e é usado para o cálculo do reajuste de planos individuais/familiares fixado pela ANS. Entre as diferenças metodológicas, os dados de sinistralidade de caixa não contemplam despesas de pessoal e outras despesas que são objetos de rateio contábil.

Abaixo apresentam-se a mediana dos índices de sinistralidade contábil, com valores trimestrais, segregados entre operadoras verticalizadas e não verticalizadas:

Figura 34 – Sinistralidade Contábil, com dados trimestrais históricos, das operadoras verticalizadas (com rede própria) e não verticalizadas (sem rede própria)



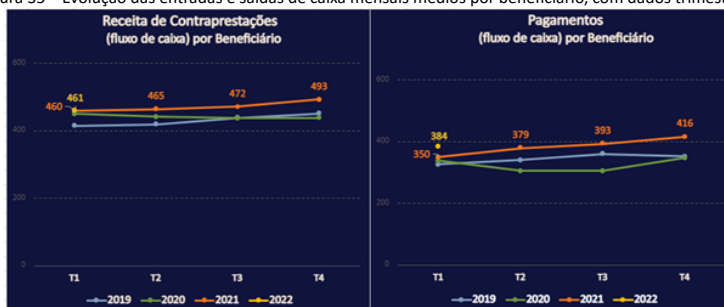
Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 4º Trimestre de 2021.

Como se observa, os índices de sinistralidade contábil de operadoras verticalizadas e não verticalizadas da amostra das operadoras seguiram mesma tendência nos trimestres de 2019 a 2021.

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[17]. Hospitais, por sua vez, segundo a Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP[18], recebem em aproximadamente 66 dias. Dessa forma, contas pagas até março de 2022 podem corresponder a eventos médicos relativos aos meses de janeiro a março de 2022. 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.

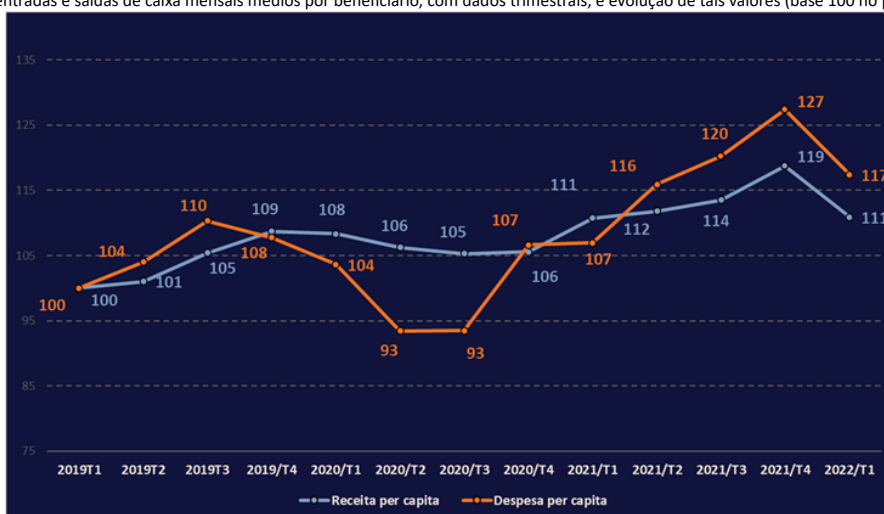
A seguir, apresenta-se o comportamento dos indicadores referentes à média das contraprestações pecuniárias e pagamento a fornecedores e prestadores, por beneficiário (conforme regime de caixa, não de competência). Primeiramente, avalia-se a evolução dos valores em si, considerando-se valores nominais, por trimestre. Em seguida, passa-se a observar o comportamento dos mesmos valores, comparando-os àqueles observado no primeiro trimestre de 2019, considerado como base 100[19]. A escolha de tal trimestre como base deveu-se à sazonalidade observada para tais variáveis. [20]

Figura 35 – Evolução das entradas e saídas de caixa mensais médios por beneficiário, com dados trimestrais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 4º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 1º trimestre de 2022.

Figura 36 - Evolução das entradas e saídas de caixa mensais médios por beneficiário, com dados trimestrais, e evolução de tais valores (base 100 no primeiro trimestre de 2019)



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 4º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 1º trimestre de 2022.

Nos gráficos superiores, nota-se o comportamento da receita trimestral média por beneficiário (contraprestação) e da despesa trimestral média por beneficiários em viés de aumento ao longo de boa parte do ano de 2021. No comparativo dos dados do 1º trimestre de 2022 com trimestre anterior, percebe-se recuo em ambos os indicadores, tendo a receita por beneficiário ficado em linha com a de mesmo período do ano anterior, e a despesa por beneficiário em patamar superior.

Quando se observam os dados considerando o 1º trimestre de 2019 como base 100 (gráfico inferior), em 2020, no segundo e terceiro trimestres a despesa per capita teve queda acentuada. Em 2021, tanto a receita quanto a despesa por beneficiário apresentaram aumento contínuo em relação aos patamares observados em período pré-pandemia, com a receita por beneficiário apresentando crescimento menor que a despesa por beneficiário. Na comparação dos dados do 1º trimestre de 2022 com o do trimestre imediatamente anterior, registra-se queda um pouco mais acentuada da despesa por beneficiário.

Box 2. Balanço dos Resultados do Setor em 2019/2021

Com o fechamento dos últimos dados contábeis (exercício de 2022), trazem-se os resultados operacional[21] e líquido do agregado de todas as operadoras médico-hospitalares do mercado[22]. Os valores são os mesmos divulgados na publicação *Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar*[23].

Figura 37 – Resultado operacional e líquido, com dados dos últimos 12 meses para cada trimestre, das operadoras médico-hospitalares



Fonte: Dados das operadoras conforme números do DIOPS/ANS até o 4º Trimestre de 2021.

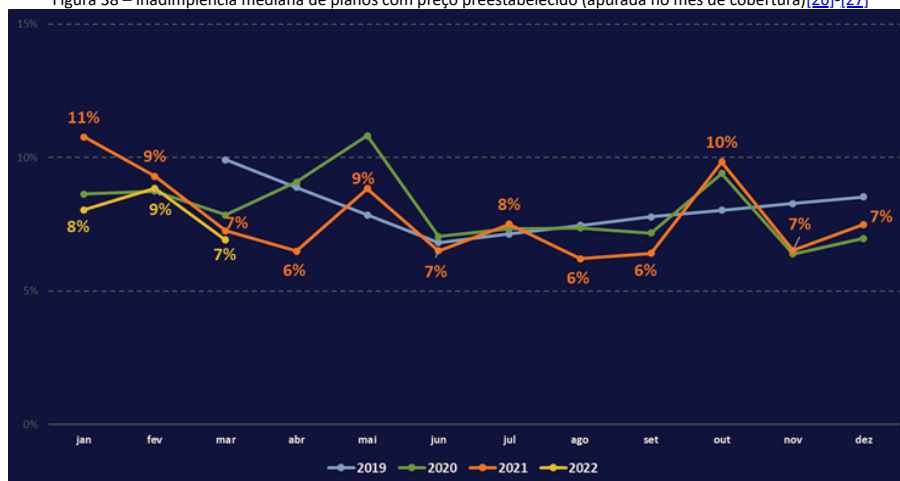
Pelo gráfico, observa-se que os montantes de resultado líquido e de resultado operacional sofreram queda a partir do 2º trimestre de 2021, porém mantiveram resultados positivos, com exceção do operacional do 4º trimestre de 2021 (o qual, ainda assim, foi mais que compensado gerando um resultado líquido também positivo naquele trimestre). Ainda cabe destacar que os resultados de 2020 apresentam os maiores valores da série histórica, gerando saldo fortemente positivo ao se analisar todo o período.

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[24]: 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.

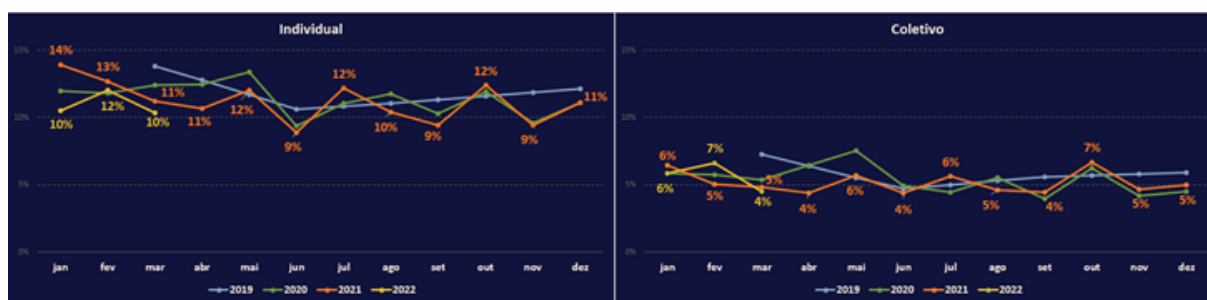
Primeiramente, a figura abaixo traz a evolução histórica do percentual mediano[25] do saldo vencido ao final do mês das contraprestações dos planos em pré-pagamento com período de cobertura durante os meses indicados:

Figura 38 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura)[26]-[27]



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

Figura 39 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[28]) – Por tipo de contratação[29]



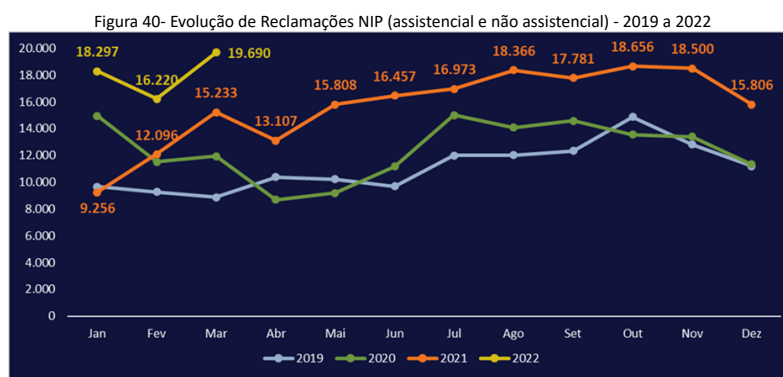
Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS em 2019, março, junho, setembro e dezembro de 2020 e Março, junho, setembro e dezembro de 2021 e dados da RI nos demais meses a partir de fevereiro de 2020.

Na figura acima, para cada real de valor emitido de contraprestação para o mês indicado, uma parcela considera-se recebida, outra, ainda a vencer, e o restante, vencido (não pago) ao final do mês da cobertura. Ou seja, o saldo pode representar contraprestações vencidas já a partir de um dia de atraso, até 30 dias. Os dados de inadimplência em março de 2022, comparados com o de mês anterior, indicam oscilação suave: redução de 2 p.p. total para planos com preço preestabelecido (de 9% para 7%). [30] Ao abrirmos os dados por tipo de contratação, os planos individuais apresentam queda de 2 p.p., enquanto os planos coletivos, de 3 p.p. Todos esses indicadores 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

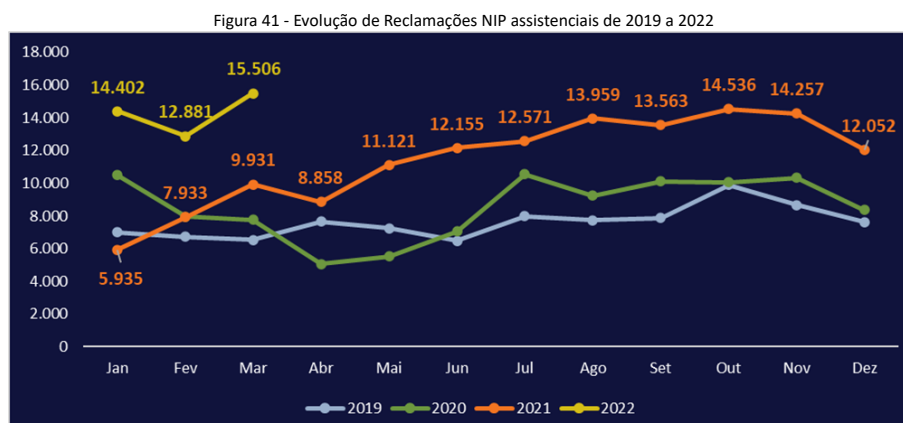
Nesta Nota Técnica, os dados sobre as reclamações cadastradas na ANS, que foram passíveis de mediação pelo instrumento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP[31] (assistencial e não assistencial), foram atualizados até o mês de março de 2022, com destaque para as informações sobre o monitoramento diário de demandas relacionadas com o novo coronavírus.



Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a março de 2022.

Considerando o total de demandas de reclamação NIP (assistencial e não assistencial), observa-se que no mês de março de 2022 houve um aumento de 21,4%, em comparação ao mês anterior, e um aumento de 29,3%, em comparação a março de 2021.

Especificamente sobre as reclamações NIP de natureza assistencial, verifica-se um aumento de 20,4%, aproximadamente, em comparação ao mês de fevereiro de 2022, e um aumento de 56,1%, em relação ao mês de março de 2021. Do total geral de demandas em 2021 e 2022, as demandas dessa natureza, representam 73% e 79% respectivamente.



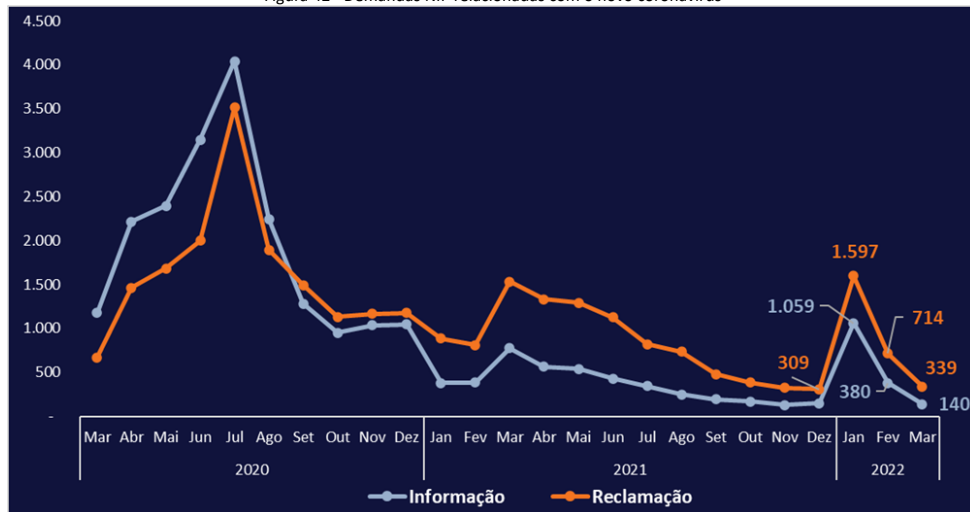
Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a março de 2022.

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 março de 2022 a ANS recepcionou 28.861 reclamações e 24.415 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. [32] Com destaque para o mês de julho de 2020, quando a Agência recebeu 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 março de 2022, verifica-se uma redução no registro de demandas sobre o tema, em comparação aos dois meses anteriores (Figura abaixo). Essas reclamações representaram 1,7%, quando consideramos o total de reclamações NIP cadastradas na ANS no mesmo mês. Destaca-se que, no mês de janeiro e início de fevereiro de 2022, o Brasil registrou novo pico de transmissão do coronavírus, impulsionada pela variante Ômicron. No entanto, nos dias finais do mês de fevereiro e no mês de março de 2022, os dados apontaram uma redução importante no número de novos casos da doença [33]. Este cenário tem reflexo na utilização de serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da doença, tanto na rede do SUS, quanto na rede privada, refletindo, também, no volume de reclamações sobre o tema, cadastradas na ANS. Outro pico ocorreu nos meses de março e abril de 2021, quando também observamos uma elevação no número de casos de contaminação pelo coronavírus no País.

Figura 42 - Demandas NIP relacionadas com o novo coronavírus

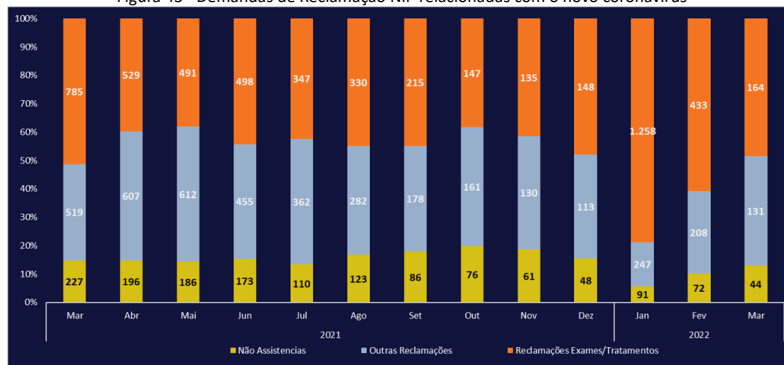


Fonte: SIF-Consulta, de março de 2020 a março de 2022

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 [34]. 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 possui 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.

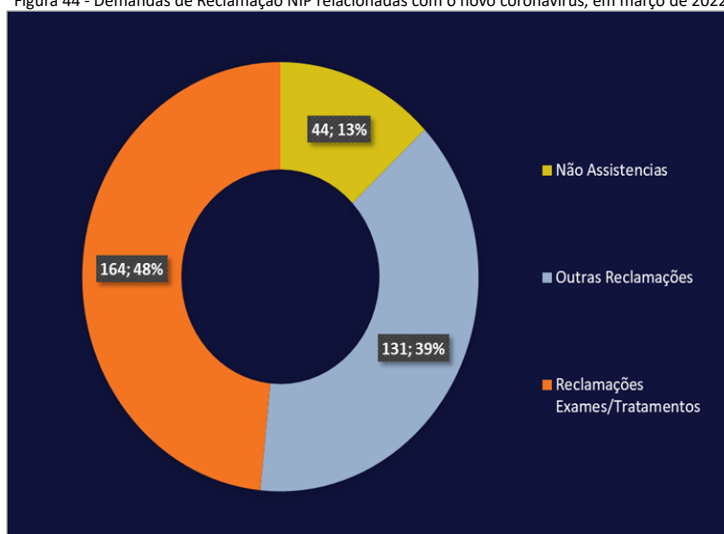
De acordo com os critérios adotados, impactos diretos compreendem as reclamações sobre dificuldade de acesso ou negativa de cobertura para exames diagnósticos e tratamentos para a Covid-19, e, impactos indiretos, abrangem reclamações não relacionadas aos exames diagnósticos e tratamentos para a Covid-19, mas que os consumidores estabeleceram alguma relação com a pandemia e versam sobre, por exemplo, cancelamentos contratuais e reembolsos. Assim, do total de 28.861 reclamações NIP, 16.080 foram relacionadas a relatos de dificuldade de acesso ou negativa de cobertura para exames diagnósticos e tratamentos para a Covid-19 e 12.776 foram relacionadas aos demais possíveis impactos (outras reclamações assistenciais e reclamações de natureza não assistencial). Essas demandas foram cadastradas na Agência no período de março de 2020 a março de 2022.

Figura 43 - Demandas de Reclamação NIP relacionadas com o novo coronavírus



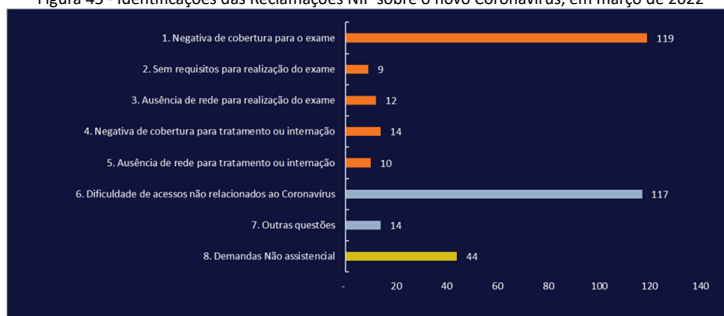
Fonte: SIF-Consulta, de março de 2021 a março de 2022

Figura 44 - Demandas de Reclamação NIP relacionadas com o novo coronavírus, em março de 2022



Fonte: SIF-Consulta, março de 2022

Figura 45 - Identificações das Reclamações NIP sobre o novo Coronavírus, em março de 2022



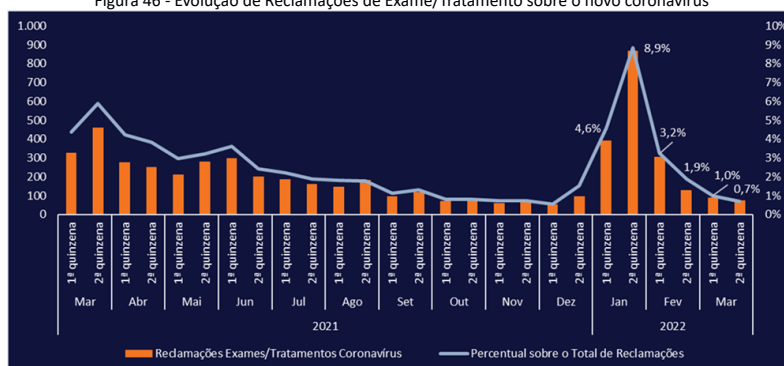
Fonte: SIF-Consulta, março de 2022

Da leitura das Figuras acima, é possível observar que as reclamações NIP sobre exames e tratamento 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 (categorias 1, 2 e 3) e para o tratamento da doença (categorias 4 e 5) apresentou redução de 62,5% e de 14,3%, respectivamente. As demandas sobre cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionada à Covid-19 aumento de 30,0%, aproximadamente. E, ainda, as demandas não assistenciais apresentaram redução de 39,7%, aproximadamente, como pode ser observado nesta Nota Técnica e na Nota Técnica Nº 1/2022/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (Boletim Covid-19 – março de 2022).

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 resolatividade de 92,3% para os exames de RT-PCR, 92,7% 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 agosto 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 março de 2021 a março de 2022. Observa-se tendência de queda em fevereiro e março de 2022, após aumento significativo em janeiro de 2022. Estes dados acompanham o número de casos de contaminação pelo coronavírus no País nestes três primeiros meses de 2022, como apontado anteriormente no texto.

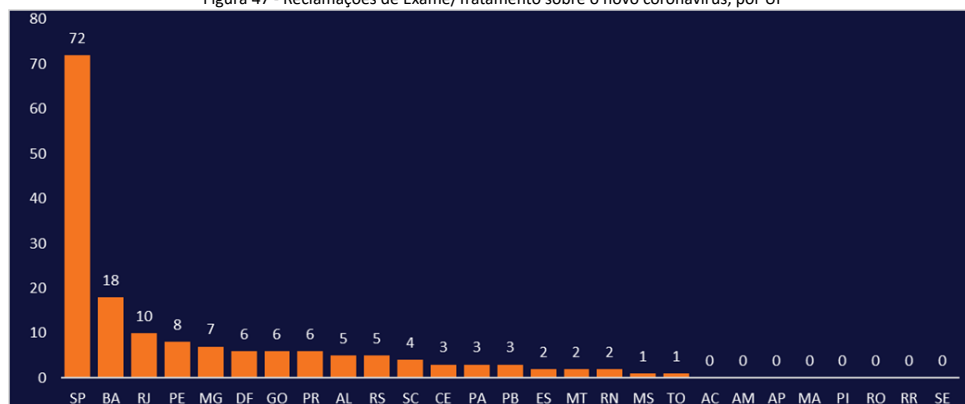
Figura 46 - Evolução de Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus



Fonte: SIF-Consulta, de março de 2021 a março de 2022

A Figura 45 mostra o valor absoluto das demandas de reclamação NIP dos Exames/Tratamento sobre o novo Coronavírus por Unidade Federativa (UF). Ressalta-se que, em comparação ao mês anterior, a grande maioria dos Estados registrou redução significativa de demandas sobre o tema, como pode ser observado nesta Nota Técnica e na

Figura 47 - Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus, por UF



Fonte: SIF-Consulta, março de 2022

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.

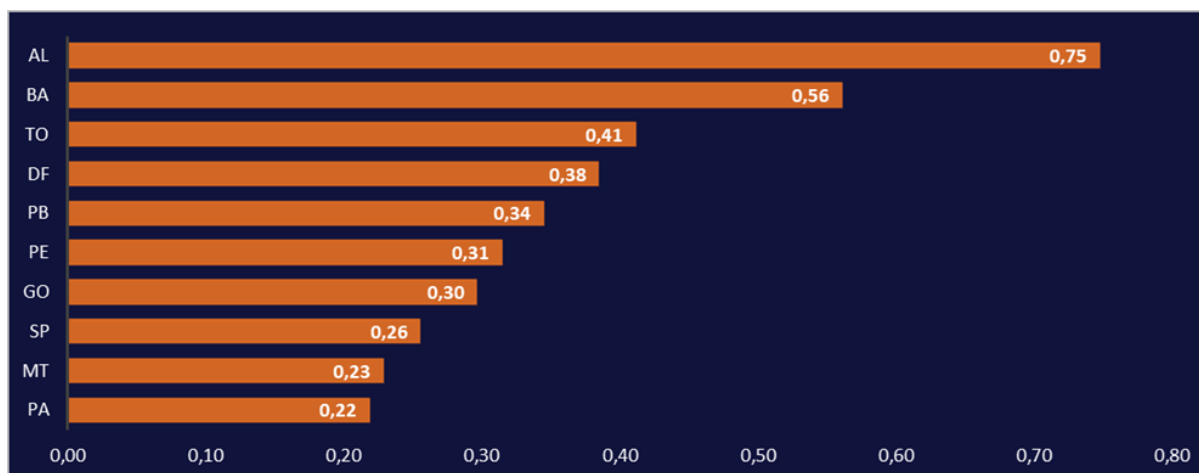
O Índice_{Covid} é demonstrado pela fórmula a seguir:

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

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

Sobre os resultados encontrados, tem-se em números relativos, ponderados pelo quantitativo de beneficiários por UF, que Alagoas aparece em primeiro lugar com índice de 0,75 (com 05 demandas no mês), seguido pela Bahia com índice de 0,56 (com 18 demandas no mês), e Tocantins com índice de 0,41 (com 1 demanda no mês), conforme mostrado na Figura 44 que apresenta os valores absolutos de reclamações sobre o tema.

Figura 48- Índice Covid Mensal para as principais UF



Fonte: SIF-Consulta, março de 2022

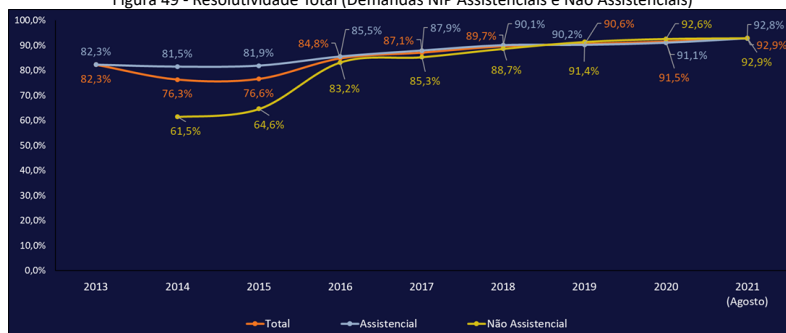
Por fim, cabe destacar que as demandas relacionadas à Covid-19, selecionadas para compor a amostra desse monitoramento, são passíveis de mediação de conflitos, através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), de acordo com a RN nº 388/2015. A mediação na ANS possibilita que as operadoras de 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.

Entre os meses de março de 2020 a agosto de 2021, de acordo com o cálculo realizado em 07/04/2022, a NIP alcançou 91,2% 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 49 - Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais)



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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo essas as análises referentes ao mês de março de 2022, 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 financeiras à ANS. Inicialmente eram 109 operadoras, mas devido a processos de incorporação / transferência de carteiras e liquidações o número passou a ser 103.

[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] As operadoras com rede própria foram identificadas com base em informações do Sistema Registro de Planos de Saúde (RPS), indicando possuir hospital próprio em sua rede, que em março de 2022 totalizaram 49 operadoras, considerando uma incorporação ocorrida entre operadoras da amostra. Foram considerados dados das 49 operadoras que responderam à RI DIPRO (dados de março de 2022), 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.

REFERÊNCIAS

[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/gow-beneficiario/>; dados extraídos em 04/04/2022.

[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 Especializado e Unidade Mista;
- Prestadores que oferecem Assistência Hospitalar cadastrados no sistema RPS/ANS, vinculados a produtos ativos com cobertura hospitalar.

[9] Boletim Observatório Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz, acessado em 15/02/2022 em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia_redb.pdf

[10] 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 presenciais em pronto-socorro que não evoluíram para internação, seja relacionado ou não à Covid-19, excluindo-se as consultas realizadas por teleatendimento.

[11] 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.

[12] 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.

[13] 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.

[14] Das 103 operadoras, 100 informaram à ANS, até o momento de elaboração do Relatório, os valores de fluxo de caixa via Requisição de Informação com os dados de março de 2022. A partir da Nota Técnica nº 7/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 21726072), passou-se a considerar a série histórica completa, incluindo os dados mais recentes, das operadoras integrantes da amostra (em razão da série histórica de mais de 18 meses da RI).

[15] Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMjY2YmNtTgtMmMxYj00ZDc0LWlyZDdtYmRkMGRIM2RlY2E1liwidCl6jllkYmE0ODBlTRmYtctNDJmNC1YmEzLTBmYjEzNzYmYmU1ZjI9>.

[16] Para cada período, o índice 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 28 apresenta a sinistralidade mediana mês a mês, ao passo que a Figura 30 e a Figura 31 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. Conseqüentemente, a mediana encontrada no trimestre agregado não necessariamente se encontra entre os valores da mediana verificada mensalmente.

[17] Segundo dados da publicação Prisma/ANS.

[18] Vide Publicação Anual – Observatório 2021 da ANAHP.

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

[20] 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.

[21] O resultado operacional foi calculado pelo total das contraprestações efetivas e outras receitas operacionais deduzida dos totais de eventos líquidos indenizáveis, despesas administrativas, despesas comerciais e outras despesas operacionais.

[22] Diferentemente da mediana, esses indicadores são afetados por dados que podem ser considerados como outliers.

[23] Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMjY2YmNtTgtMmMxYj00ZDc0LWlyZDdtYmRkMGRIM2RlY2E1liwidCl6jllkYmE0ODBlTRmYtctNDJmNC1YmEzLTBmYjEzNzYmYmU1ZjI9>.

Referência 1.

[24] Das 103 operadoras selecionadas na amostra, 98 informaram à ANS, até o momento de elaboração deste Relatório, os valores de inadimplência por período de cobertura via RI com os dados de março de 2022. A partir da Nota Técnica nº 7/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 21726072), passou-se a considerar a série histórica completa das operadoras integrantes da amostra.

[25] 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, ou o objetivo era apresentar a mediana de toda a amostra de forma uniforme.

[26] 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.

[27] 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.

[28] Vide Nota de Rodapé 25

[29] Vide Nota de Rodapé 26.

[30] Em fevereiro de 2021, assim como em maio e outubro de 2020 e em janeiro e outubro 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 e fevereiro de 2022, ainda que o último dia do mês tenha transcorrido em um final de semana, esse efeito não foi percebido de forma tão intensa.

[31] 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.

[32] <https://app.ppowerbi.com/view?r=eyJrjoiNTMzYjNmZDQ0DzcOC002TFmLWJhNzUjdiM2FkMjZjMGJmliwidCl6jklkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNmVmUmU1ZiU9>

[33] <https://covid.saude.gov.br/>

[34] 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).



Documento assinado eletronicamente por **WILSON MARQUES VIEIRA JUNIOR, Gerente de Direção Técnica**, em 20/04/2022, às 15:07, 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 20/04/2022, às 15:12, 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, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 20/04/2022, às 15:16, 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 **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 20/04/2022, às 15:17, 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 20/04/2022, às 15:21, 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 20/04/2022, às 15:34, 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 Desenvolvimento Setorial**, em 20/04/2022, às 15:34, 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 **FLAVIA HARUMI RAMOS TANAKA, Gerente de Monitoramento Assistencial**, em 20/04/2022, às 15:41, 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 20/04/2022, às 15:43, 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, Gerente-Geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado**, em 20/04/2022, às 16:05, 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 **Carla de Figueiredo Soares, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO (substituto)**, em 20/04/2022, às 16:06, 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 Luis Barroca de Andrea, Assessor-Chefe de Informação e Pesquisa Estratégica**, em 20/04/2022, às 16:10, 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 **Celina Maria Ferro De Oliveira, Gerente de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação**, em 20/04/2022, às 16:19, 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 **Leonardo Fernandes Ferreira, Analista Administrativo**, em 20/04/2022, às 16:49, 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 **Marcio Nunes de Paula, Assessor de Informação da DIFIS**, em 20/04/2022, às 16:57, 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 **MARCUS TEIXEIRA BRAZ, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIFIS**, em 20/04/2022, às 17:46, 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 Carlos Alves da Silva Junior, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE (substituto)**, em 20/04/2022, às 18:43, 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 20/04/2022, às 19:50, 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, Assessor(a)**, em 26/04/2022, 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 **Taina Leandro, Assessor(a)**, em 26/04/2022, às 15:22, 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 **23608190** e o código CRC **39EC6CFE**.