

**PROCESSO Nº: 33910.013199/2020-84****NOTA TÉCNICA Nº 1/2022/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 – Janeiro de 2022****1. INTRODUÇÃO**

A presente Nota Técnica tem por finalidade atualizar o Relatório Covid-19 – Saúde Suplementar, objeto da Nota Técnica nº 8/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 22746509), elaborado a partir da coleta de dados junto ao setor referentes ao mês de novembro 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 104 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 10/01/2022, 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 104 operadoras que foram alvo das Requisições de Informações, 48 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 dezembro de 2021. Foram promovidos pequenos ajustes nos dados constantes na Nota Técnica nº 9/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 22630549), 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, com base na prévia de dezembro e 2021 do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). 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	261	35	13%	19.566.157	14.816.305	76%
Cooperativa Médica	276	52	19%	17.834.504	12.465.047	70%
Seguradora	8	5	63%	6.308.747	6.266.366	99%
Autogestão	149	8	5%	4.098.800	1.671.850	41%
Filantropia	32	2	6%	904.508	321.868	36%
Total	726	102	14%	48.712.716	35.541.436	73%

Fonte: SIB/ANS, prévia de dezembro de 2021 e ANS/RI, janeiro 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	32.288.974	24.788.573	77%
	Individual ou familiar	7.992.899	5.361.075	67%
	Coletivo por adesão	5.299.898	3.493.521	66%
	ND	621	215	35%
Novo Total		45.582.392	33.643.384	74%
Antigo	Coletivo empresarial	1.148.599	761.853	66%
	Individual ou familiar	907.370	686.049	76%
	Coletivo por adesão	1.016.441	436.777	43%
	ND	57.914	13.373	23%
Antigo Total		3.130.324	1.898.052	61%
Total		48.712.716	35.541.436	73%

Fonte: SIB/ANS, prévia de dezembro de 2021 e ANS/RI, janeiro de 2022.

Tabela 3 – Proporção de idosos da Amostra

Faixa etária	Beneficiários	Distribuição %	Beneficiários das Respondentes	Distribuição %
Não-idoso	41.777.966	86%	30.745.385	87%
Idoso	6.934.420	14%	4.795.956	13%
ND	330	0%	95	0%
Total	48.712.716	100%	35.541.436	100%

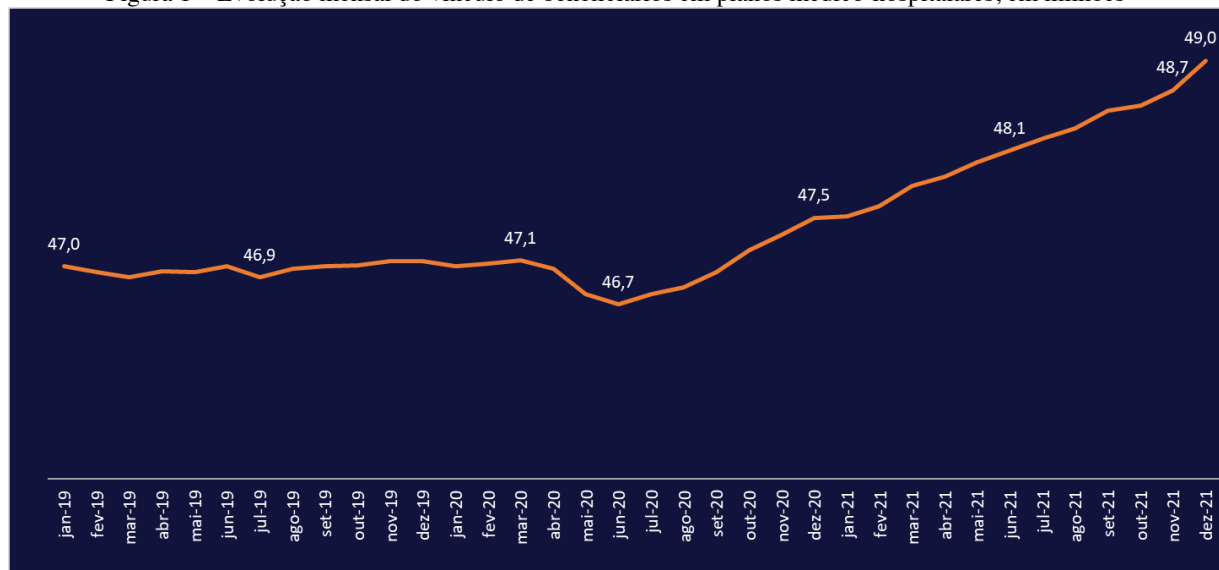
Fonte: SIB/ANS, prévia de dezembro de 2021 e ANS/RI, janeiro de 2022.

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 73% 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 dezembro/2021. Importante destacar que a publicação final do mês de novembro, a qual é divulgada na sala de situação da ANS com mais detalhes acerca dos vínculos, ocorrerá em 05 de fevereiro, conforme calendário do SIB. A taxa de crescimento de beneficiários de assistência médica foi de 0,58% na prévia de dezembro/2021 em comparação com mês anterior, mantendo o crescimento iniciado no mês de julho de 2020.

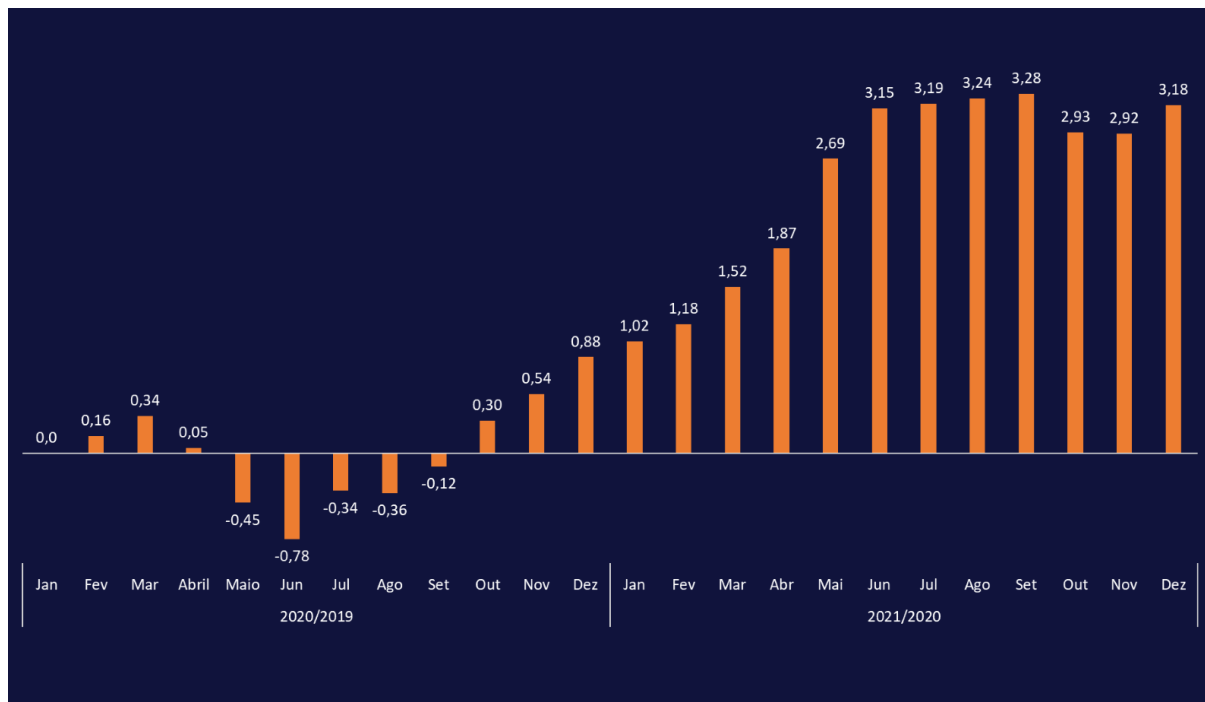
Figura 1 – Evolução mensal do vínculo de beneficiários em planos médico-hospitalares, em milhões



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

Na comparação com o mesmo período do ano anterior, a taxa de crescimento manteve-se positiva em dezembro (3,18%), conforme a Figura 2.

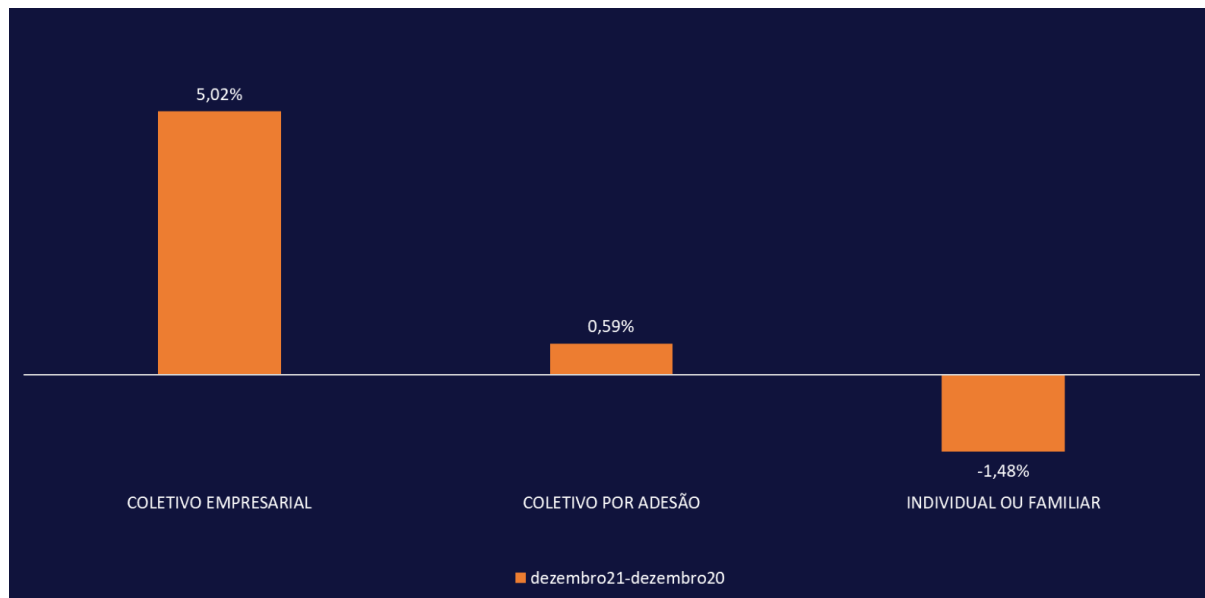
Figura 2 – Variação Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), prévia de dezembro/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 dezembro/2020 a dezembro/2021, os planos individuais apresentaram pelo quarto mês seguido uma variação negativa (-1,48%), após vários períodos de variação positiva; os planos coletivos apresentaram crescimento positivo.

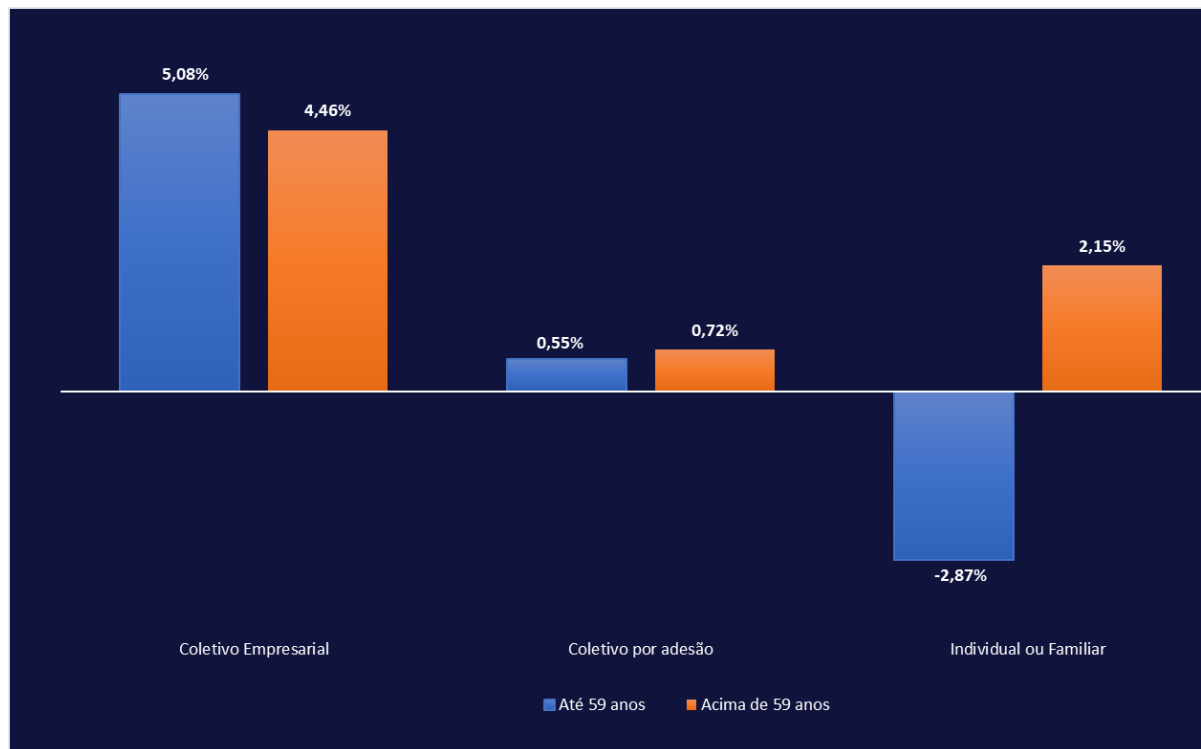
Figura 3 – Taxa de variação no número de beneficiários em planos médico-hospitalares, por tipo de contratação do plano, de dezembro/2021 em relação dezembro/2020



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

Acrescentando o componente da faixa etária do beneficiário na variação dos vínculos ativos, observa-se na Figura 4 que, no período de dezembro/2020 a dezembro/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 dezembro/2021 em relação a dezembro/2020



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

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.

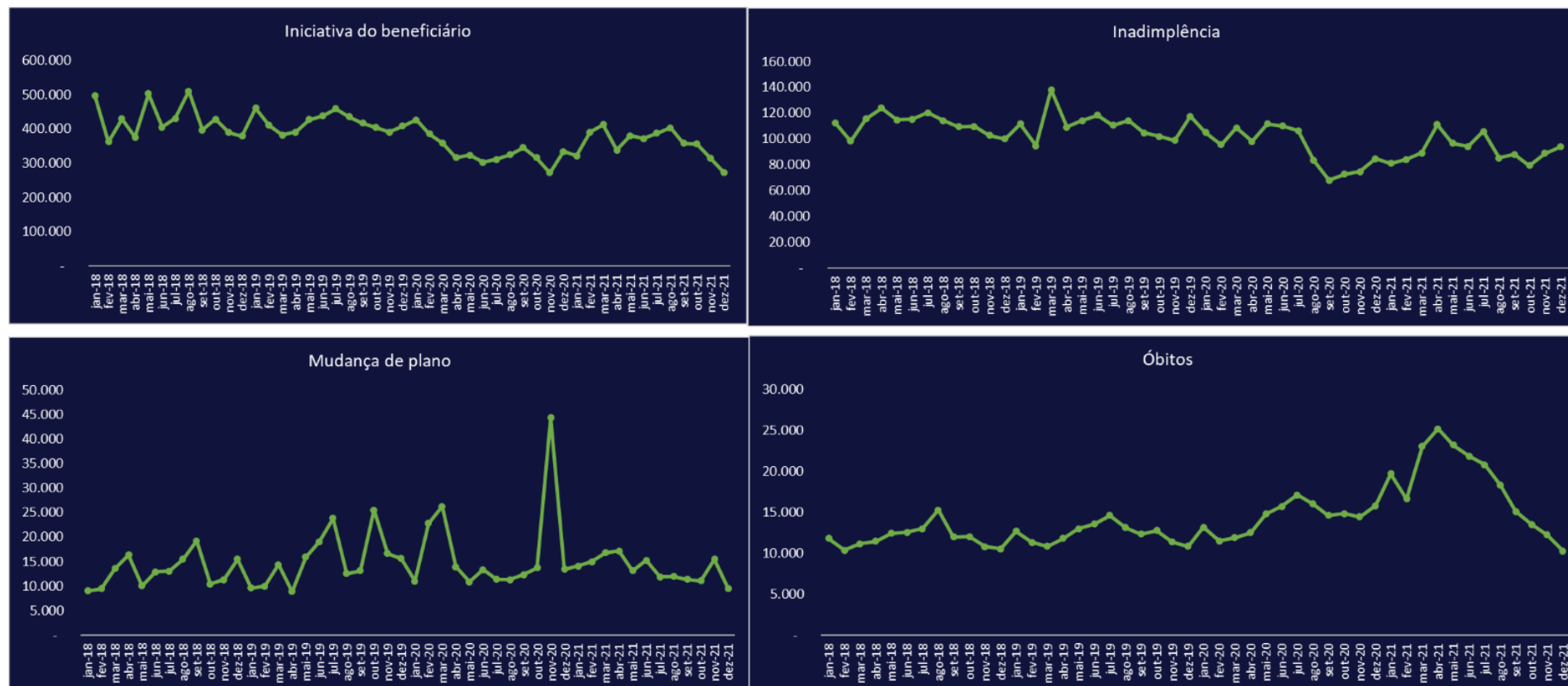
Figura 5 – Taxa de adesão e cancelamentos, por tipo de contratação do plano.



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

A Figura 6 mostra os totais de vínculos de beneficiários cancelados, por mês, conforme os motivos de cancelamentos. Observa-se que os cancelamentos por óbito do beneficiário e por iniciativa do beneficiário continuam com a tendência de queda, iniciada em abril e agosto de 2021, respectivamente, enquanto os cancelamentos dos vínculos por mudança de plano e por inadimplência apresentam uma tendência de estabilidade, com pequenas variações de um mês para outro.

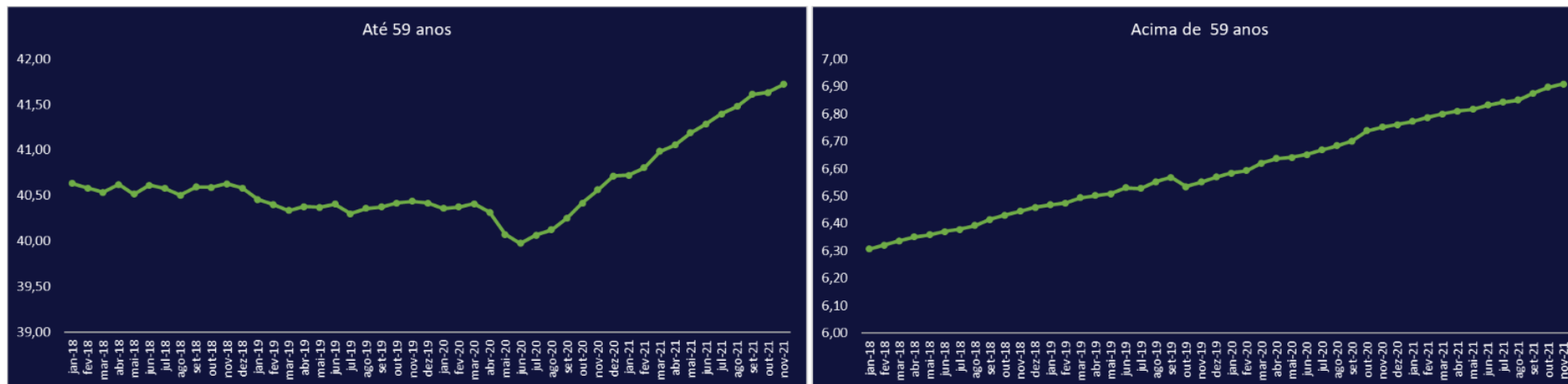
Figura 6 – Evolução do número de vínculos de beneficiários cancelados, conforme o motivo, janeiro/2018 a dezembro/2021



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

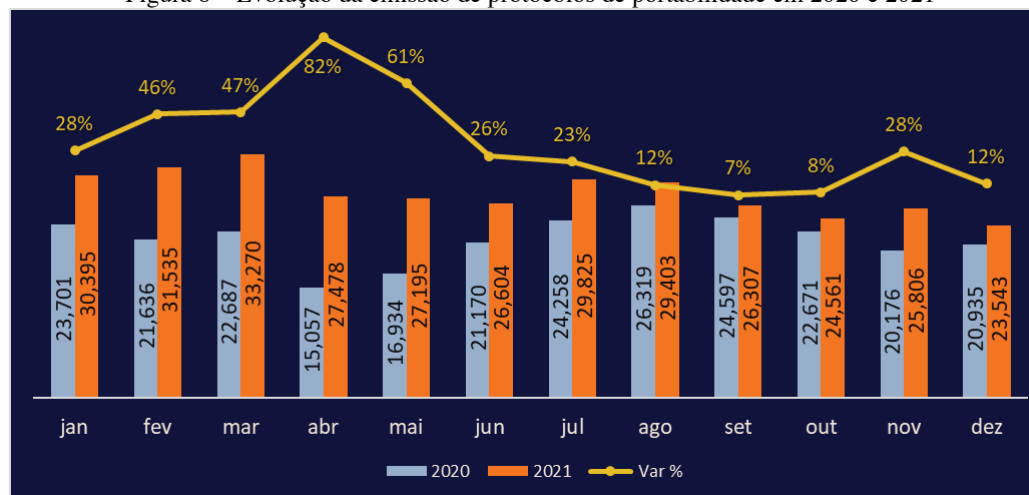
Figura 7 – Evolução mensal do número de vínculo de beneficiários ativos em planos médico-hospitalares, em milhões, por faixa etária



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

No acompanhamento da utilização do Guia de Planos de Saúde da ANS^[7], continuamos a observar um aumento da emissão de protocolos para fins de portabilidade de carências em 2021 em comparação ao ano anterior, com pico em abril. Em novembro, houve um aumento de 28% da consulta para portabilidade em relação a novembro de 2020. A busca por plano mais barato continua sendo o principal motivo de portabilidade de carências (44%), seguido da busca por uma melhor qualidade da rede prestadora (18%) e do cancelamento de contrato pela operadora ou pessoa jurídica contratante (17%), segundo informações dos usuários à Pesquisa de Satisfação do Guia de Planos.

Figura 8 – Evolução da emissão de protocolos de portabilidade em 2020 e 2021



Fonte: Guia ANS de Planos de Saúde, dados extraídos em 03/01/2022

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 48 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.

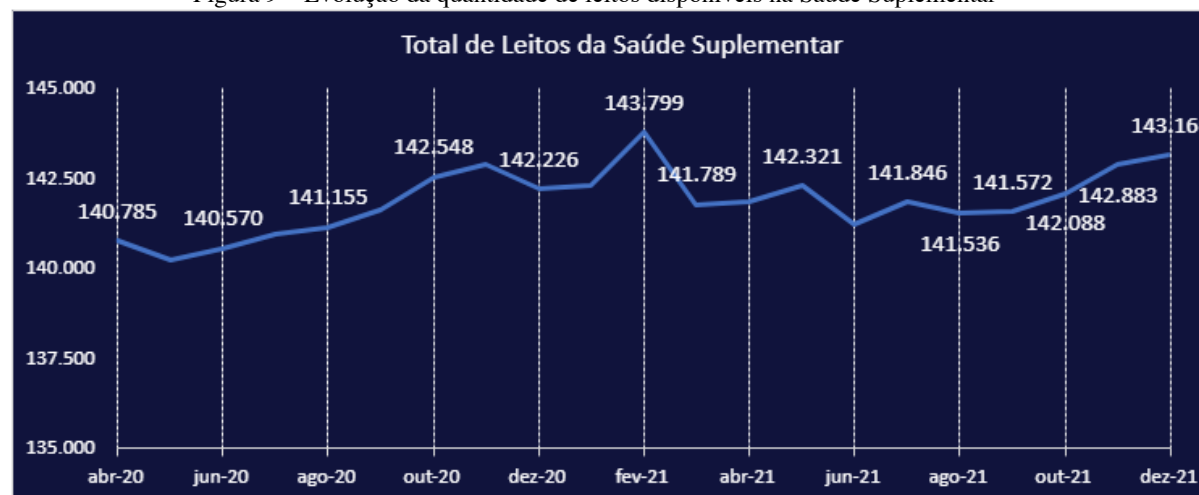
Conforme já mencionado, pode haver pequenas alterações nos dados da presente Nota em comparação àqueles constantes na Nota Técnica nº 9/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 22630549), devido à incorporação das informações referentes a competências anteriores de operadoras que enviaram ou retificaram 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 48 operadoras respondentes totalizavam 14.632 leitos em dezembro de 2021, o que representava 10,2% 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 dezembro/2021, com um aumento de 19,8% em relação ao mês anterior, resultando em 143.166 leitos disponíveis. Na comparação com fevereiro/2021, quando se observou o maior número de leitos disponíveis desde o início da série, houve uma redução de 633 leitos no setor.

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

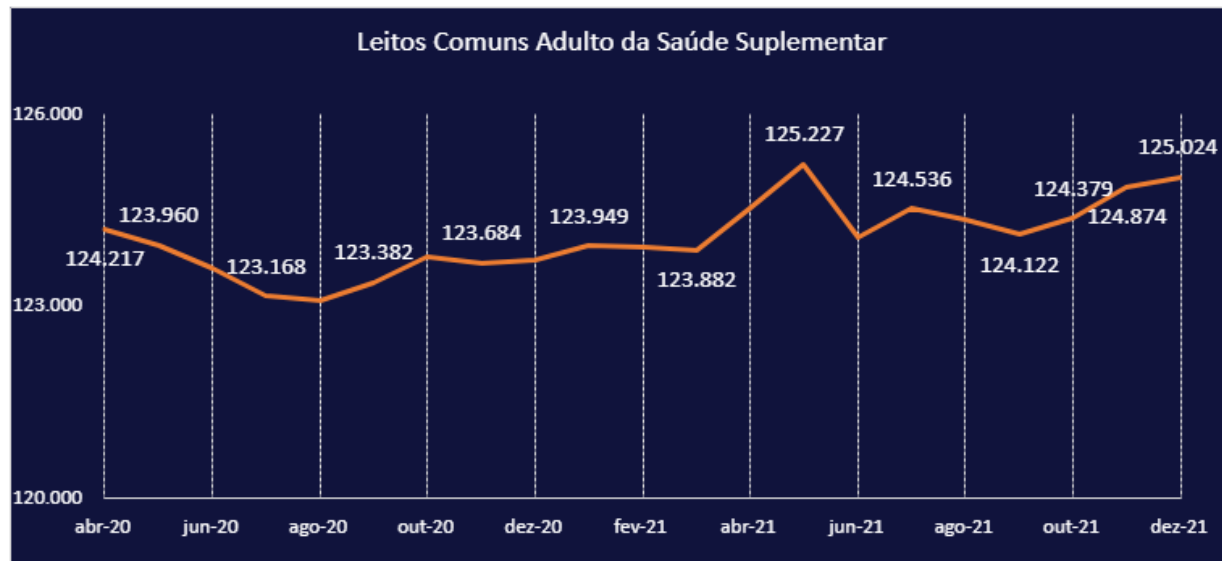


Fonte: CNES/DATASUS e ANS/RPS, abril de 2020 a dezembro de 2021.

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.

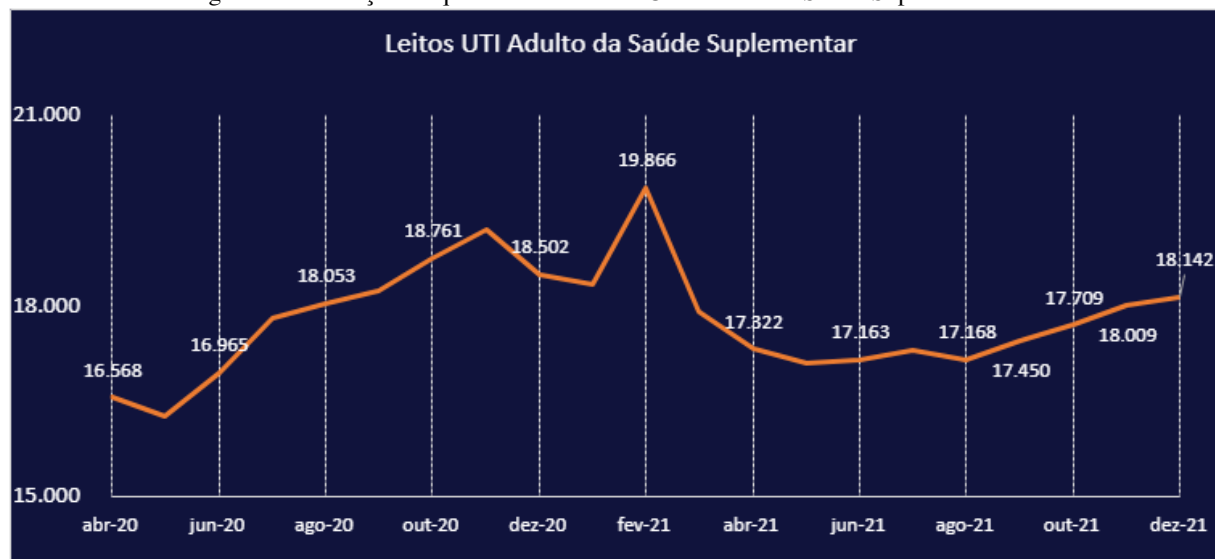
As duas figuras a seguir destacam que houve um acréscimo tanto nos leitos comuns adultos como nos leitos de UTI Adulto em relação ao mês anterior. Na comparação com o mesmo período do ano anterior, o número de leitos comuns apresenta um aumento de 1.300 leitos (1,05%), enquanto os leitos de UTI adulto sofreram queda de 360 leitos, o que corresponde a 1,95% do total.

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



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

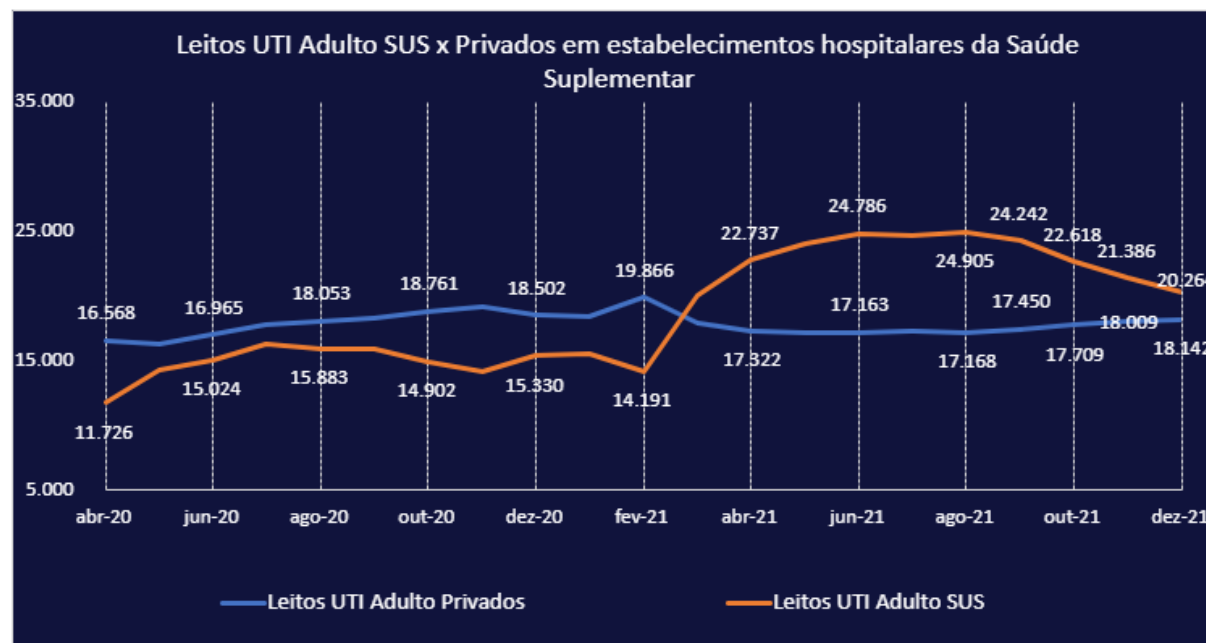
Figura 11 –Evolução da quantidade de leitos UTI Adulto na Saúde Suplementar



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

Observe-se na Figura 12 que o total de leitos UTI adulto do SUS teve uma redução de 1.122 leitos no mês de dezembro/21, que representa 5,25% em relação ao mês anterior.

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



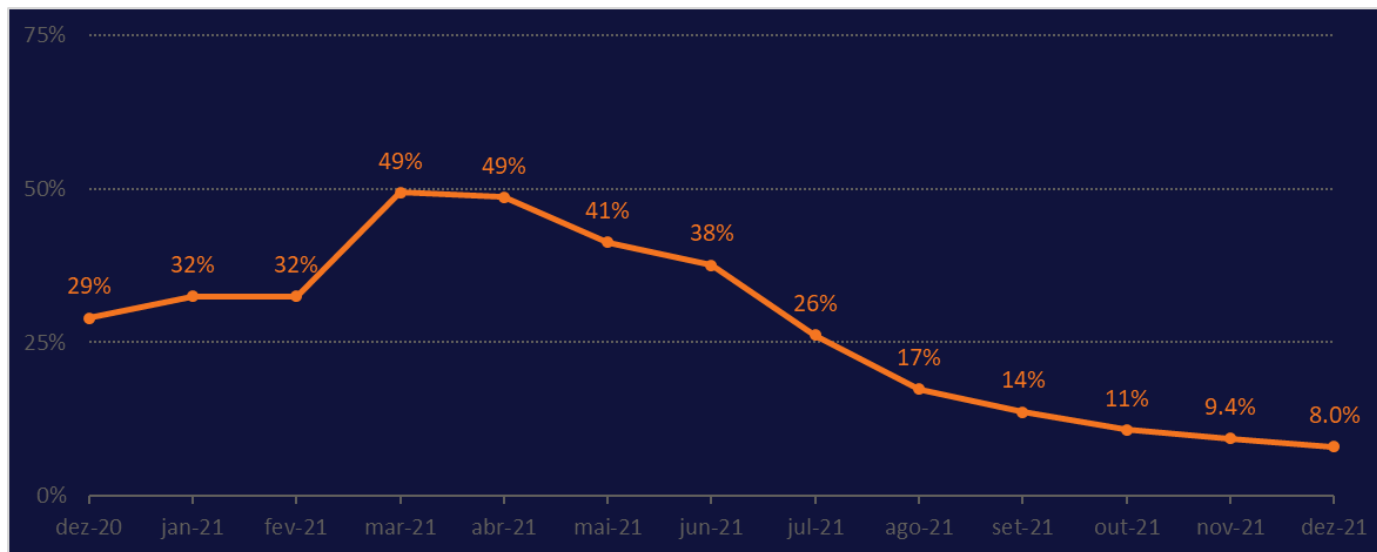
Fonte: CNES/DATASUS e RPS/ANS, abril de 2020 a dezembro de 2021.

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

Na figura abaixo, observamos que em dezembro de 2021, a proporção de leitos alocados para atendimento à Covid-19 nos hospitais da amostra segue a tendência de queda que vem se observando desde abril de 2021, atingindo 8%. Em dezembro de 2021, os hospitais da amostra totalizavam 14.632 leitos da rede própria de 48 operadoras e em novembro, 14.797 leitos de 50 operadoras. Importante destacar que nos últimos dois meses, passamos a receber informações de operadoras com 0 (zero) leitos alocados para Covid-19 em resposta às RIs, sendo 10 operadoras em novembro e um total de 11 operadoras em dezembro de 2021.

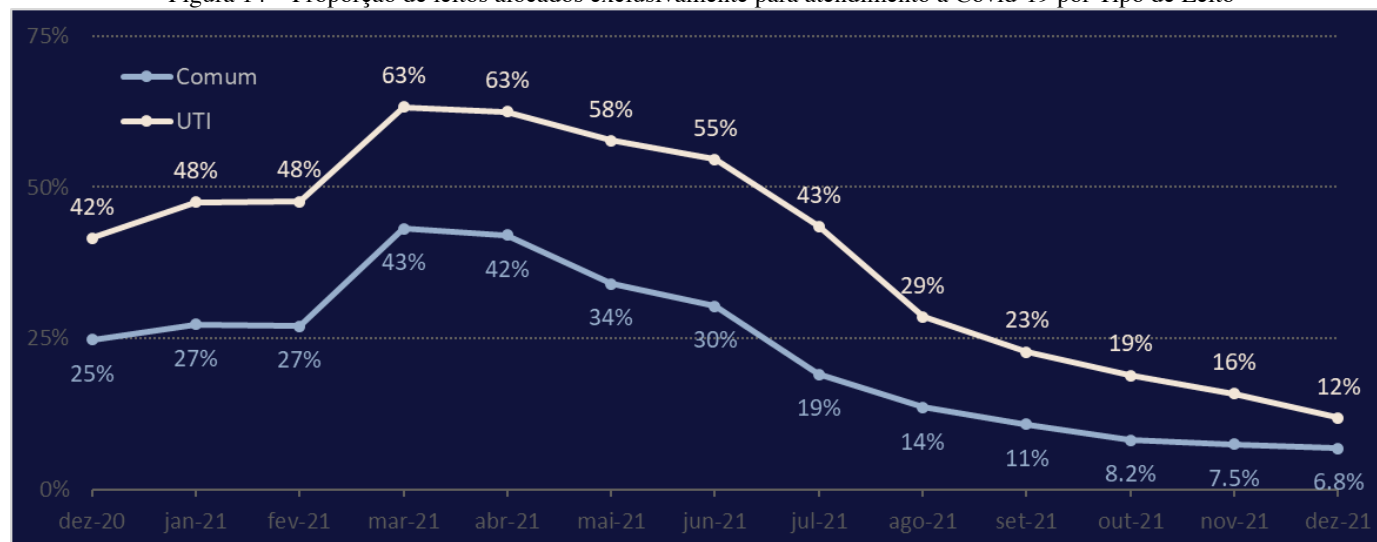
Figura 13 – Proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19



Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

A figura seguinte apresenta a proporção de leitos alocados exclusivamente para Covid-19 por tipo de leito, na qual se observa manutenção da tendência de redução de alocação tanto para leitos comuns como leitos de UTI para atendimento à doença, que vem se apresentando desde abril de 2021. Os leitos de UTI representavam, em dezembro, 24,7% da amostra de hospitais em rede própria e 22,7% em novembro desse ano.

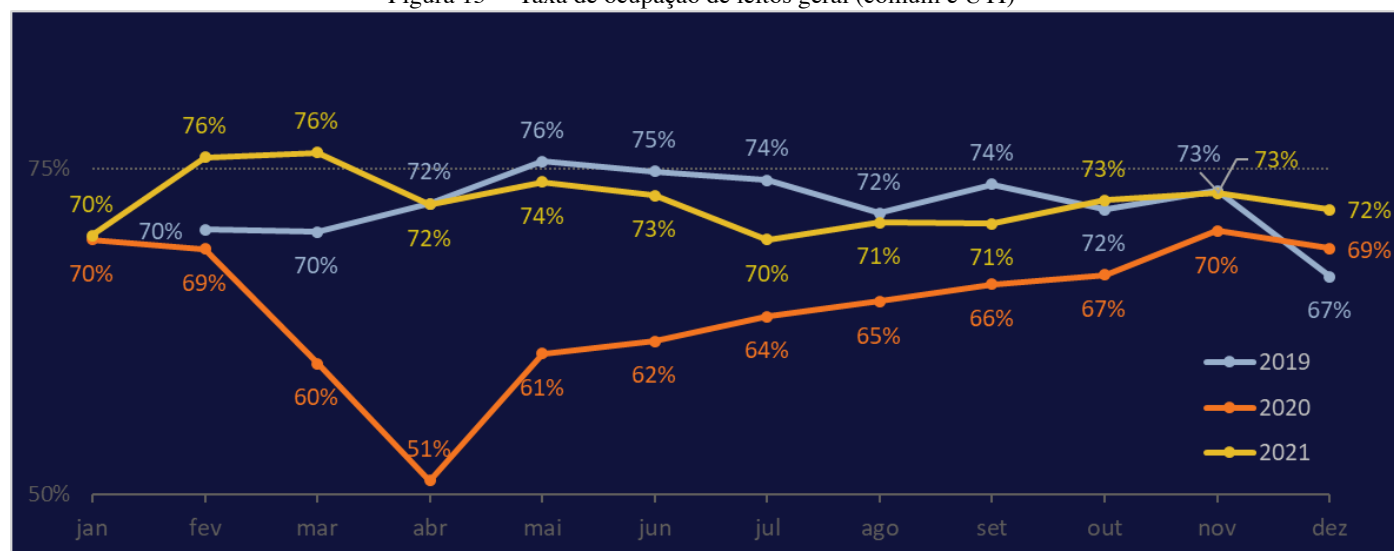
Figura 14 – Proporção de leitos alocados exclusivamente para atendimento à Covid-19 por Tipo de Leito



Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

No mês de dezembro de 2021, a taxa de ocupação geral de leitos (comum e UTI) nos hospitais da amostra foi de 72%, 5 pontos percentuais acima do patamar observado em dezembro de 2019 (pré-pandemia). 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). O indicador parece refletir uma mudança da sazonalidade observada no mês de dezembro historicamente, que apresenta queda de internações, devido ao surto de Influenza fora de época que enfrentamos nesse verão no país. Aliado a isso, o retorno às cirurgias eletivas que foram adiadas ao longo da pandemia pode ter resultado em um aumento do número de internações no último mês.

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

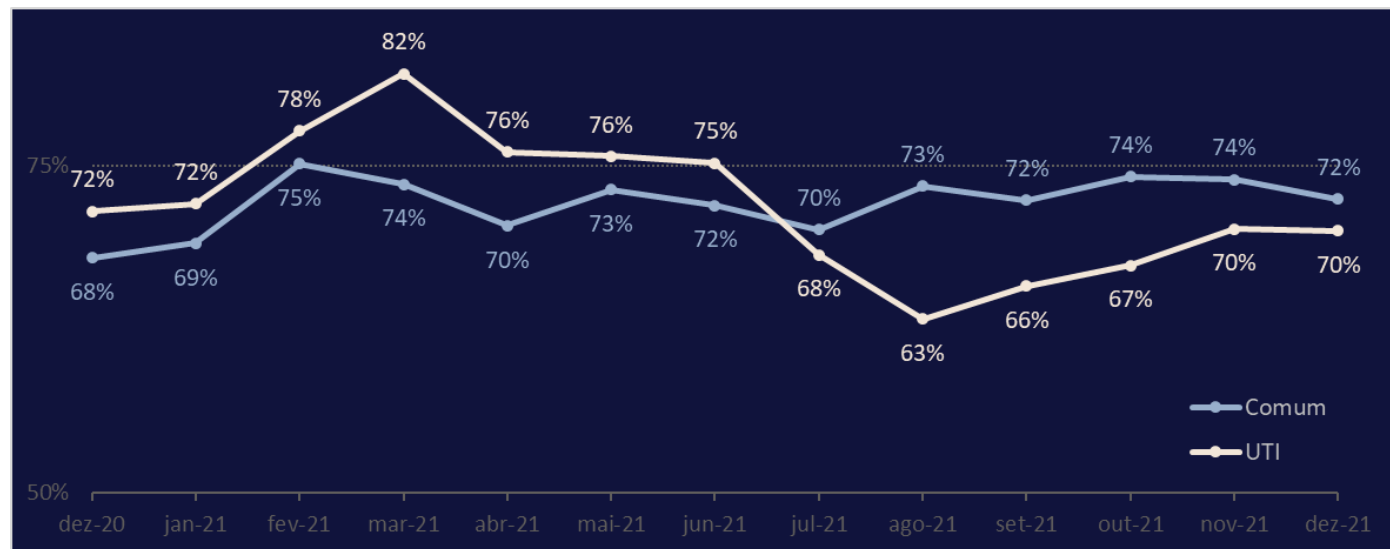


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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 houve queda da taxa de ocupação geral de leitos comuns (tanto para Covid-19 como para demais atendimentos). Quanto aos leitos de UTI, não houve variação em relação ao mês anterior.

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

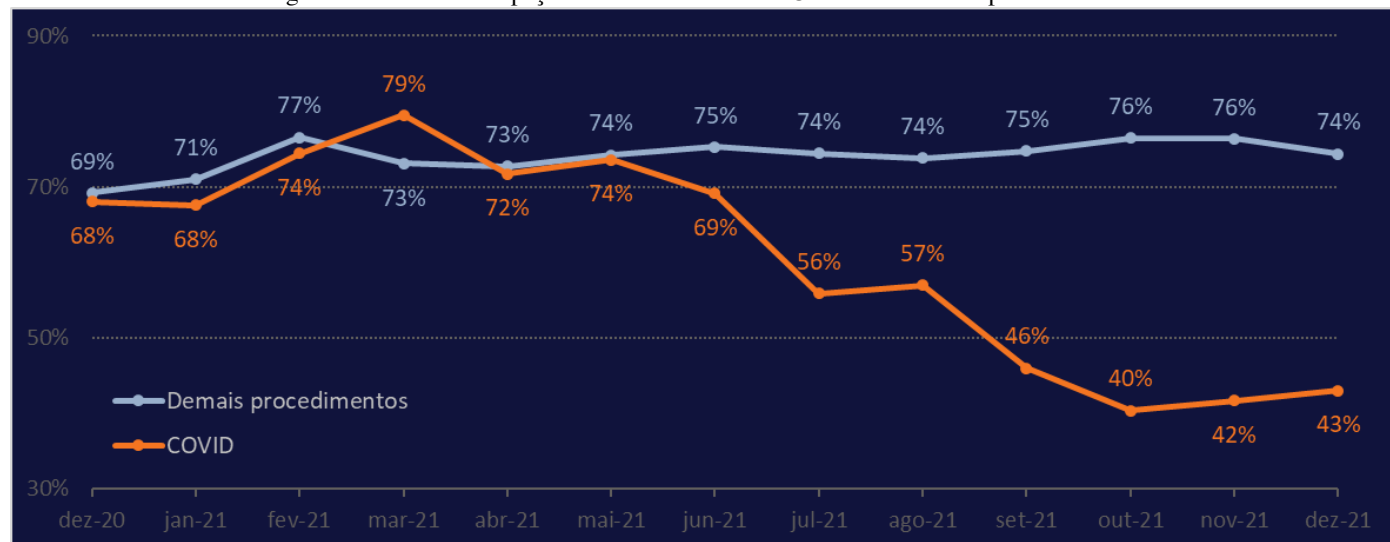


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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 sofreu queda significativa de junho a outubro de 2021. Nos dois meses seguintes a taxa voltou a subir de forma gradual, atingindo o valor de 43% em dezembro. A ocupação de leitos para atendimento a demais procedimentos mantém tendência de estabilidade que vem sendo observada desde março de 2021, tendo ficado em 74% no mês de dezembro.

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

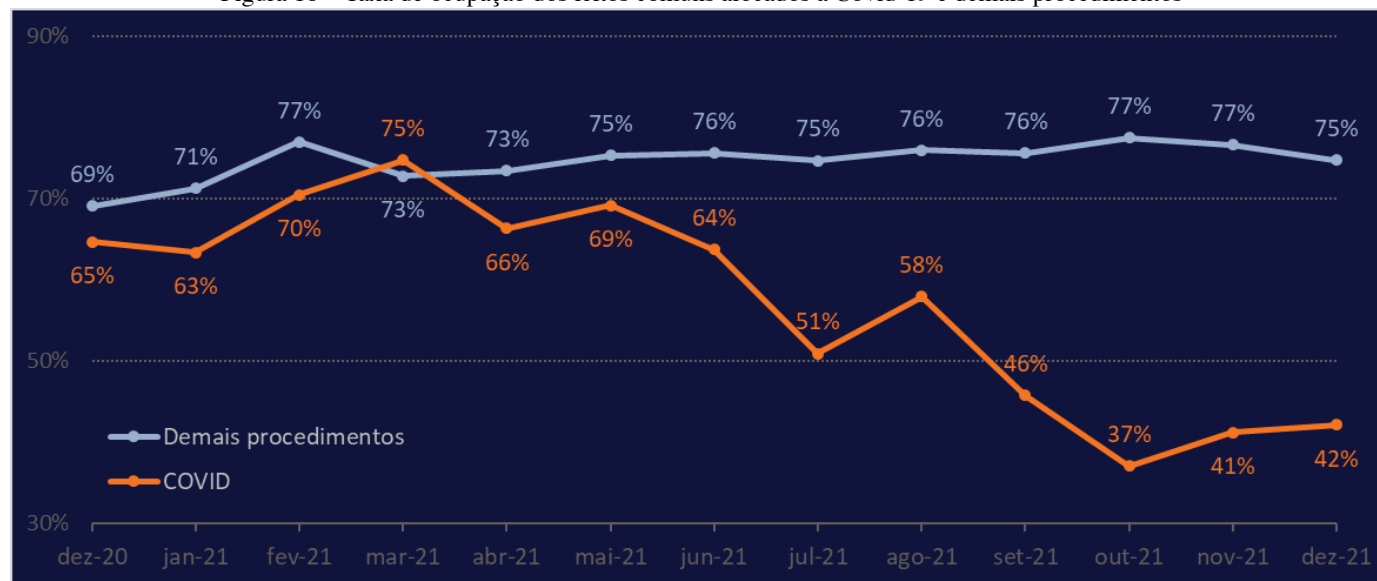


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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 um leve aumento na ocupação desse tipo de leito para Covid-19 em dezembro, passando de 41% para 42%; enquanto para atendimento aos demais procedimentos há uma estabilidade desde março de 2021, com queda em dezembro de 2 pontos percentuais em relação a novembro.

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

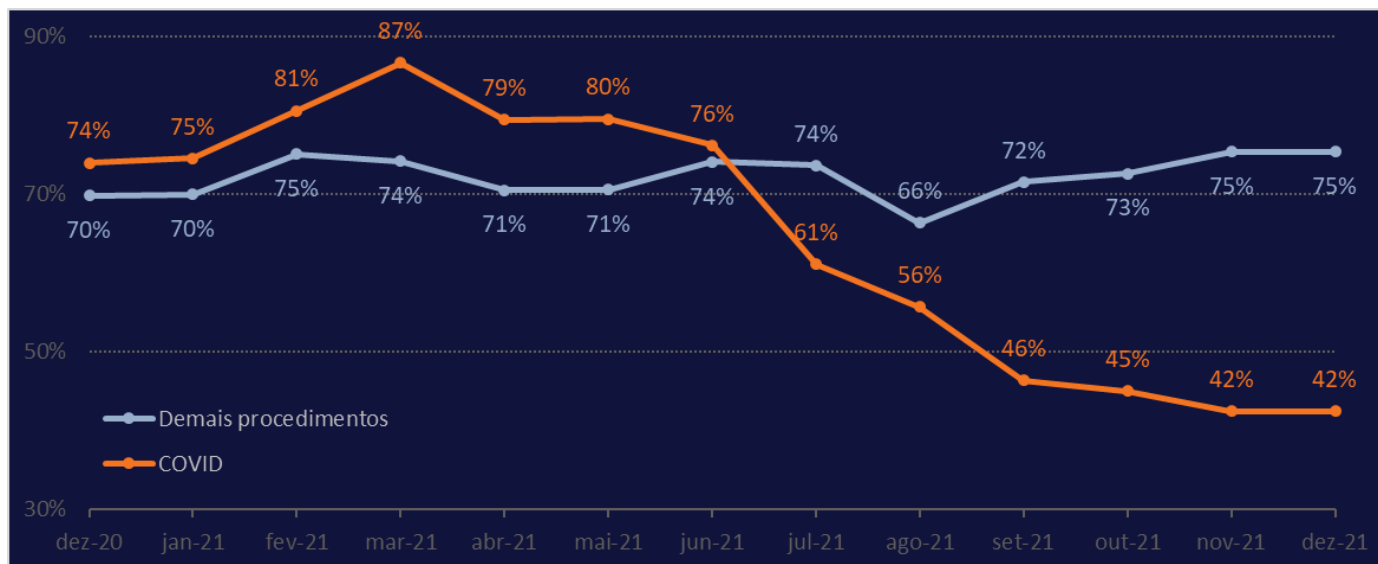


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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

Em relação ao mês anterior, a taxa de ocupação de UTI apresentou estabilidade tanto para os leitos de Covid-19 (42%) quanto para os leitos destinados a demais procedimentos (75%).

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



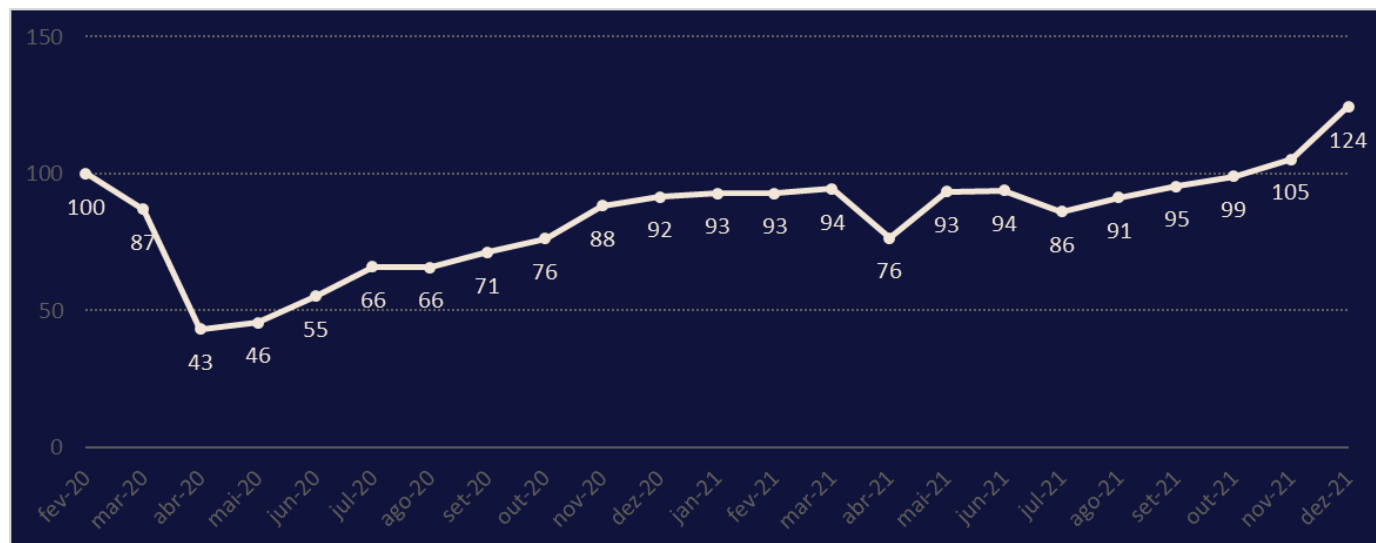
Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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[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. Desde julho de 2021, o indicador vem apresentando tendência de crescimento (Figura 20), atingindo, em outubro de 2021, o patamar observado em fevereiro de 2020 (marco do início da pandemia). Esse mês observou-se um significativo aumento em relação ao mês anterior, o que pode ser explicado pelo recente aumento de casos de síndrome gripal no país, que vem levando muitas pessoas ao pronto socorro para cuidados em saúde.

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



Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

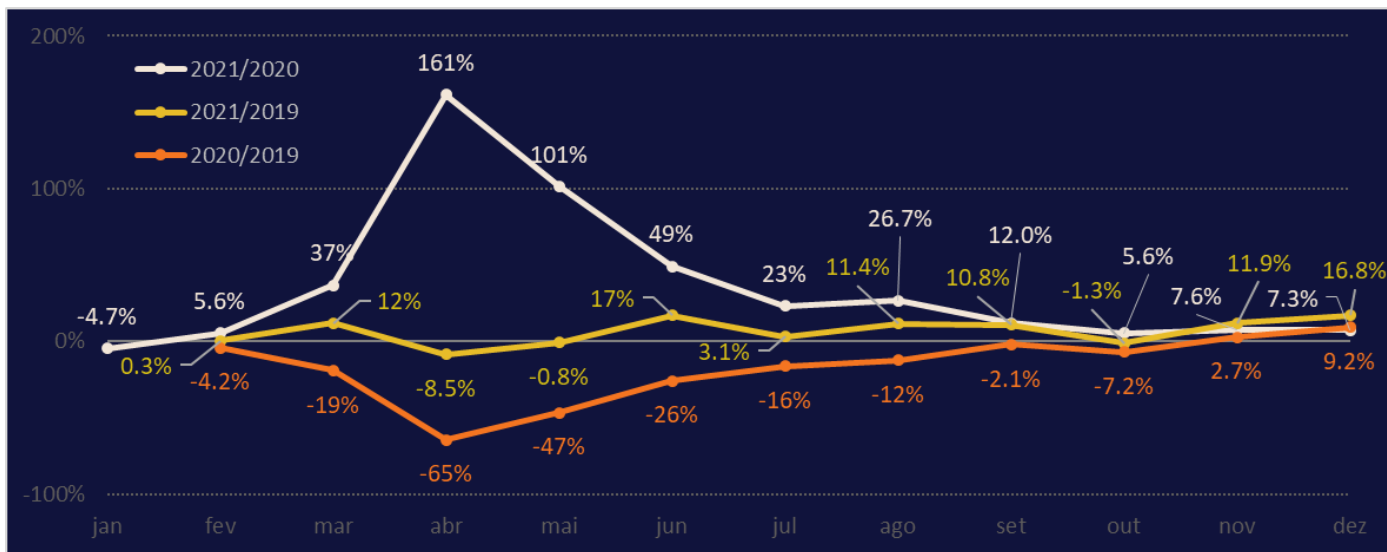
Nota: Mediana da amostra de operadoras que responderam às Requisições de Informações.

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 dezembro de 2021 ficaram 16,8% acima do verificado em dezembro de 2019 (pré-pandemia). Assim como mencionado na análise da busca por atendimentos em pronto socorro, a recente epidemia de síndrome gripal, associada ao retorno da busca por atendimentos eletivos, após período mais crítico da pandemia de Covid-19, pode ter contribuído para o resultado observado nesse mês.

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

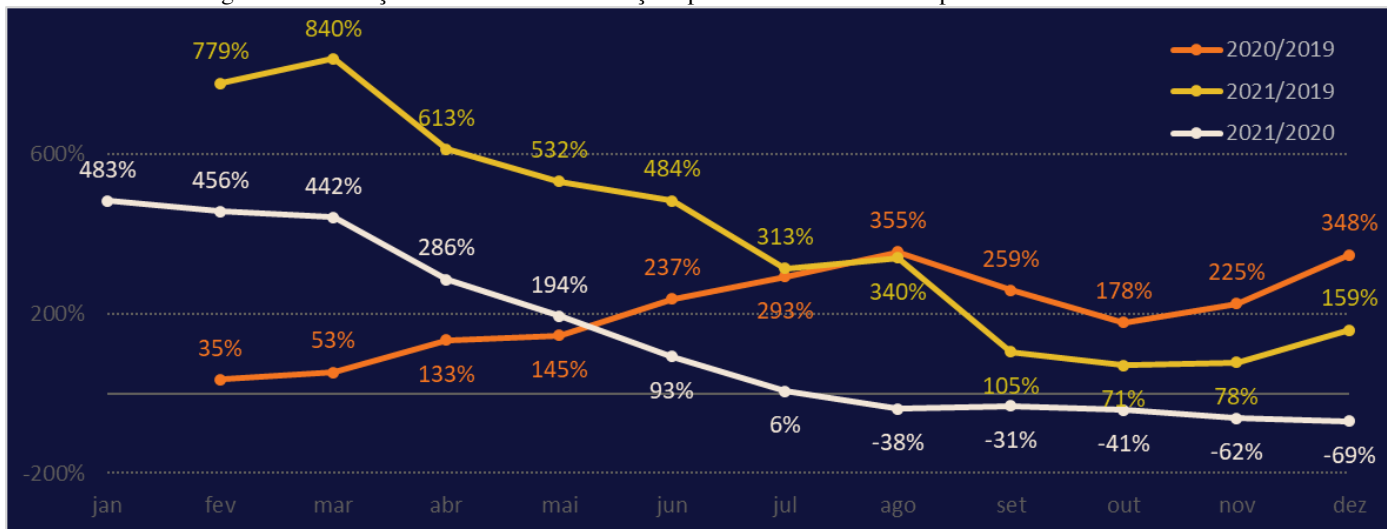


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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 dezembro de 2021 ainda se encontra alto comparado ao mesmo mês de 2019 (159%), mas na comparação com 2020 apresenta redução de 69%.

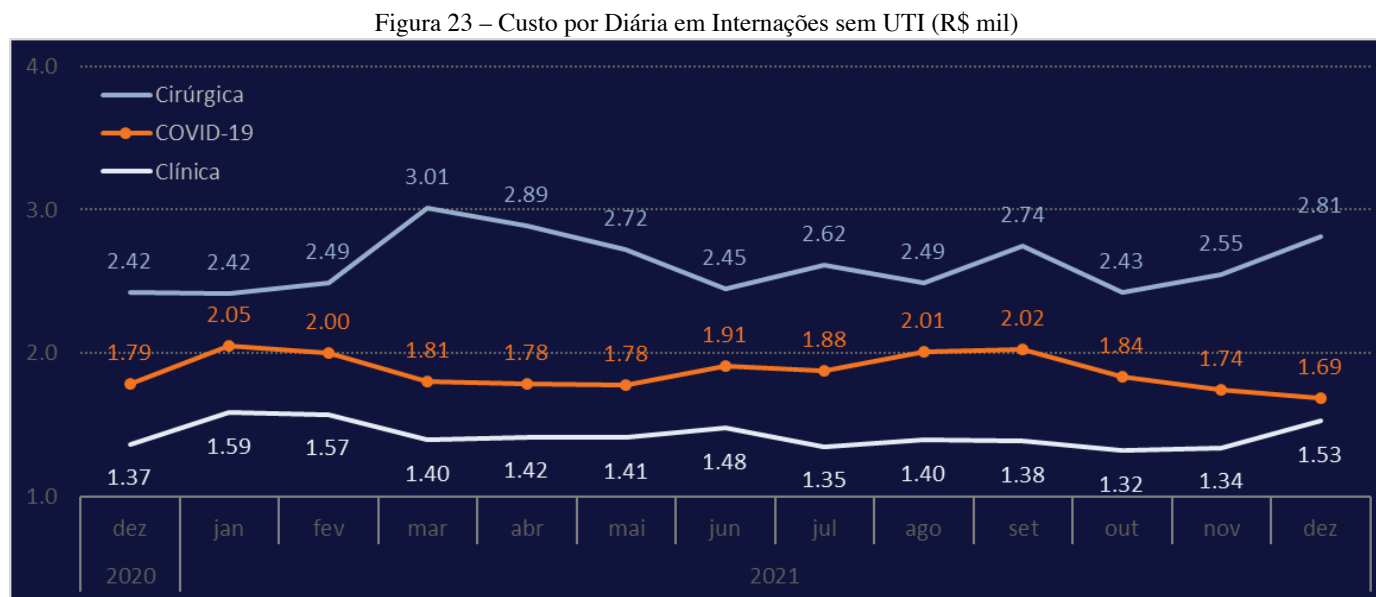
Figura 22 – Variação do número de internações por SARS sobre mesmo período de anos anteriores



Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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

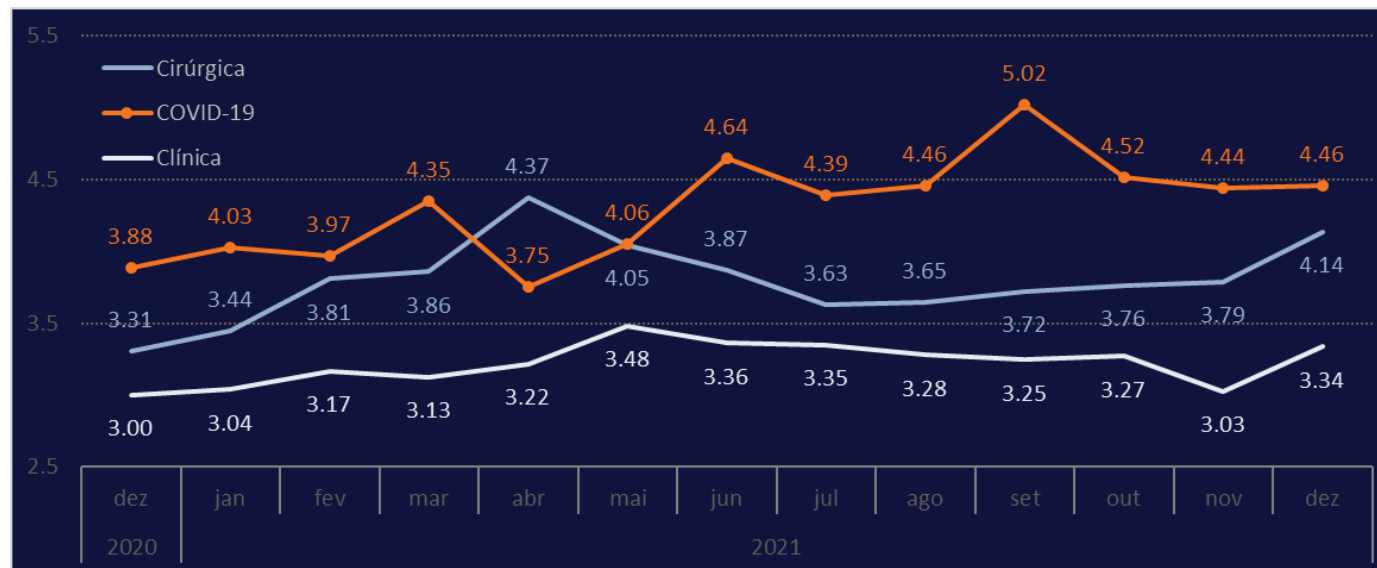
O impacto da pandemia nos custos de internações pode ser verificado, principalmente, pela comparação entre o custo da diária de internações por Covid-19 e outras internações (clínicas e cirúrgicas). Em dezembro de 2021, o custo da diária da internação para Covid-19 sem UTI apresentou redução em relação ao mês anterior; quanto ao custo da diária da internação para Covid-19 com UTI, observou-se estabilidade. (Figura 23)



Fonte: ANS/RI, janeiro 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)

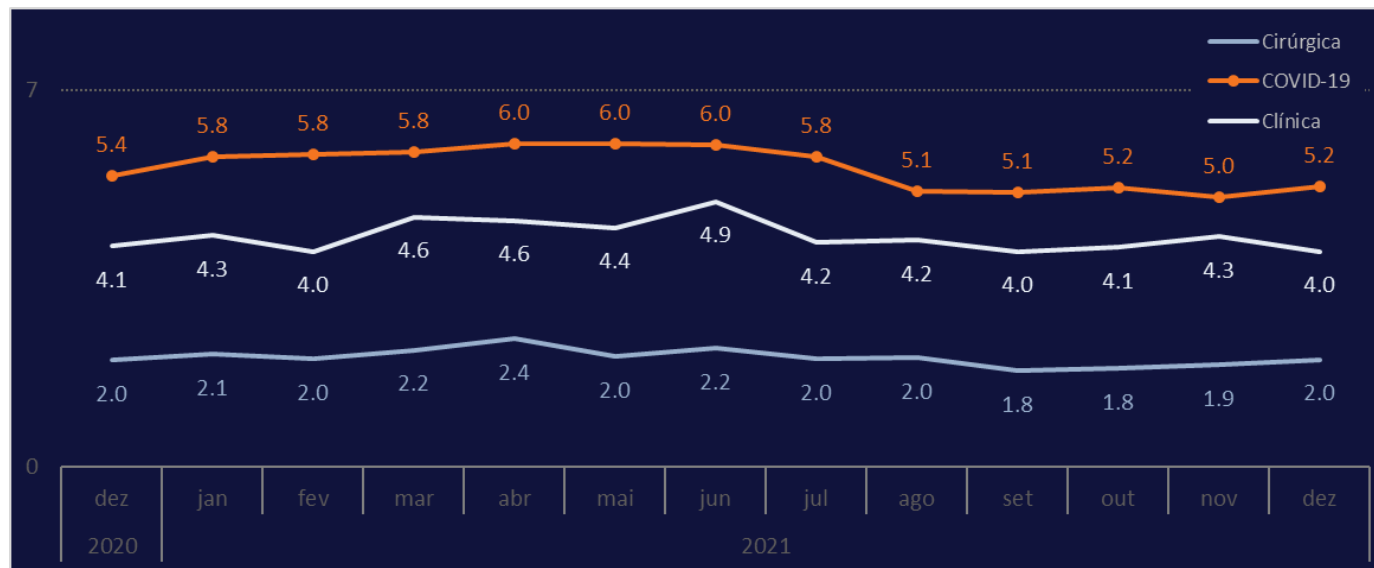


Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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 redução em relação ao mês anterior, sugerindo menor gravidade dos casos. Já a internação clínica com UTI apresentou aumento em relação ao mês anterior, passando de 7 para 8,1 dias.

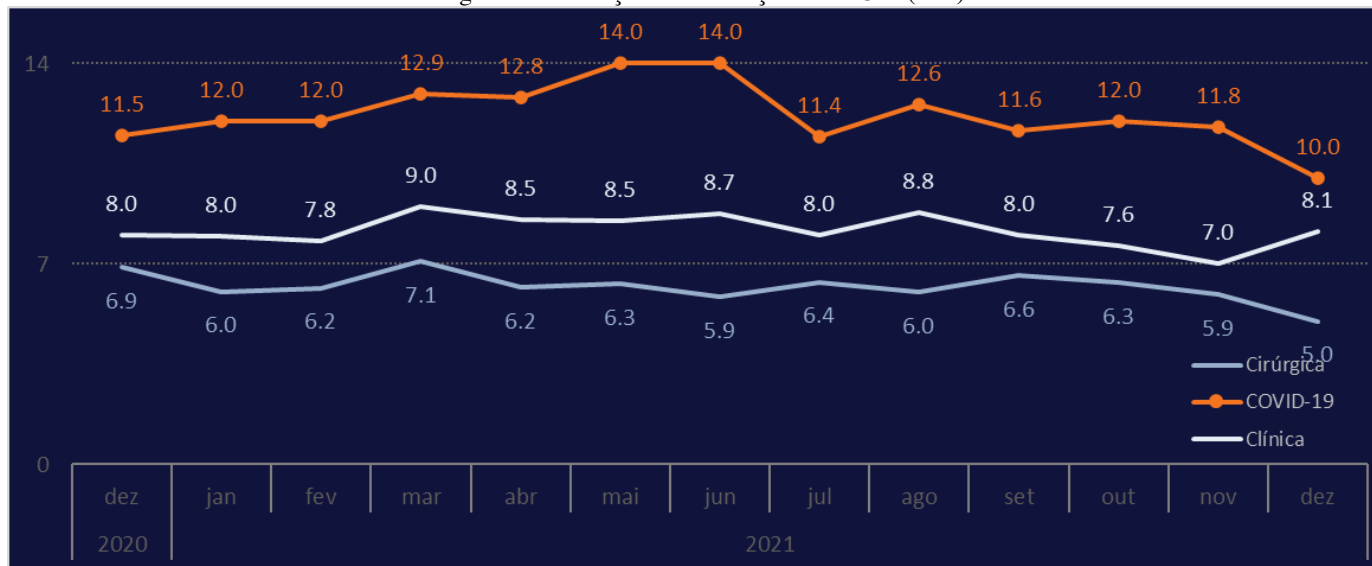
Figura 25 – Duração de Internações sem UTI (dias)



Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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

Figura 26 – Duração de Internações com UTI (dias)



Fonte: ANS/RI, janeiro 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 queda de 14,7% em relação ao mês anterior (Tabela 4). Nota-se que o pico de custo de internação total para Covid-19 com UTI se deu em junho de 2021.

Tabela 4 – Custo por Internação (R\$)

		dez-20	jan-21	fev-21	mar-21	abr-21	mai-21	jun-21	jul-21	ago-21	set-21	out-21	nov-21	dez-21
Sem UTI	Cirúrgica	4,800	5,036	4,985	6,515	6,874	5,564	5,392	5,233	5,022	4,885	4,422	4,832	5,594
	COVID-19	9,654	11,833	11,583	10,560	10,700	10,686	11,411	10,840	10,296	10,306	9,522	8,709	8,801
	Clínica	5,597	6,809	6,296	6,481	6,468	6,257	7,292	5,625	5,872	5,536	5,390	5,723	6,102
Com UTI	Cirúrgica	22,766	20,794	23,459	27,340	27,031	25,554	22,647	23,064	21,945	24,563	23,841	22,516	20,685
	COVID-19	44,677	48,325	47,642	56,162	48,109	56,770	65,062	50,211	56,043	58,479	54,221	52,249	44,558
	Clínica	24,000	24,175	24,677	28,134	27,465	29,590	29,403	26,799	28,922	26,046	24,955	21,186	27,093

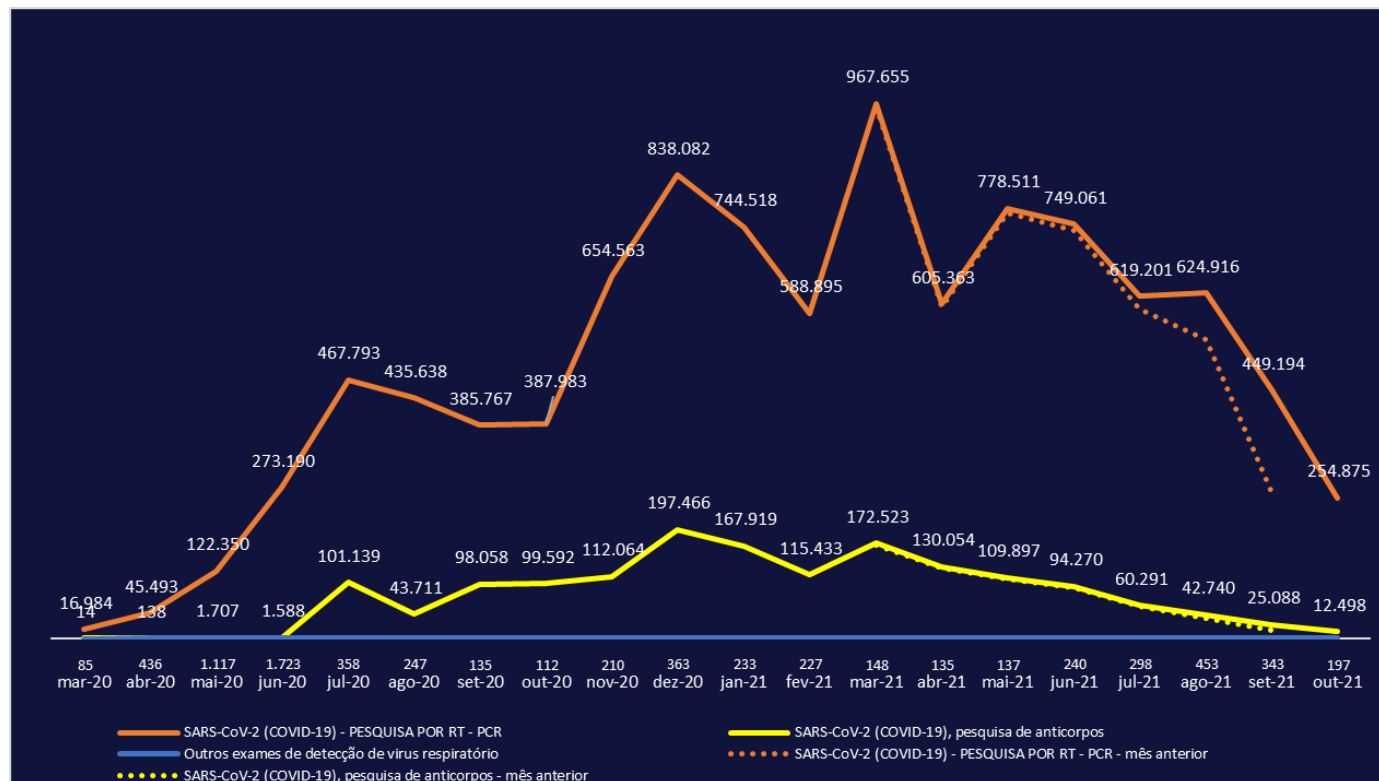
Fonte: ANS/RI, janeiro de 2022.

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 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, tanto o número de exames de RT-PCR como os exames de pesquisa de anticorpos, seguem em queda no mês de outubro/21. Na comparação com o mesmo período do ano anterior, houve redução de 34% nos exames de RT-PCR e 87% para as pesquisas de anticorpos realizadas no setor.

Figura 27 – Evolução do número de exames* para detecção da Covid-19 realizados no período de março de 2020 a outubro de 2021.



Fonte: Dados do Padrão TISS (ANS), 14/01/2022.

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).

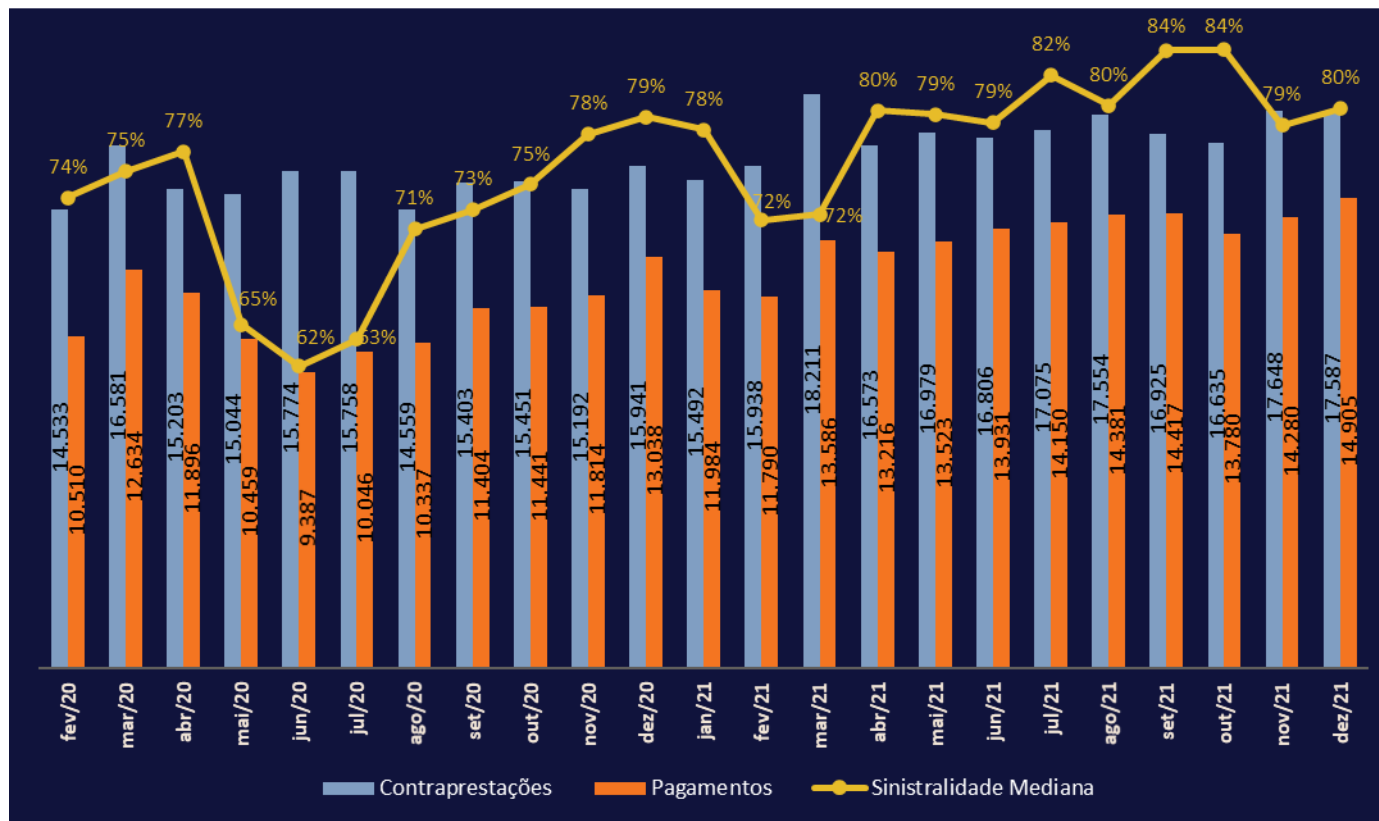
A pandemia possui característica de rápida evolução e rápidos efeitos sobre a população e a economia. Assim, a melhor informação em termos de disponibilidade para subsidiar a análise setorial e as tomadas de decisão da ANS mostrou ser a informação de fluxos de caixa.

Nesta Nota são apresentados gráfico com dados mensais e gráficos com dados trimestrais. Esclarece-se que os dados não foram deflacionados [\[12\]](#).

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, 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 [\[15\]](#). Confira abaixo a evolução mensal do recebimento de pagamentos dos beneficiários, valores pagos a fornecedores e prestadores e sinistralidade de caixa:

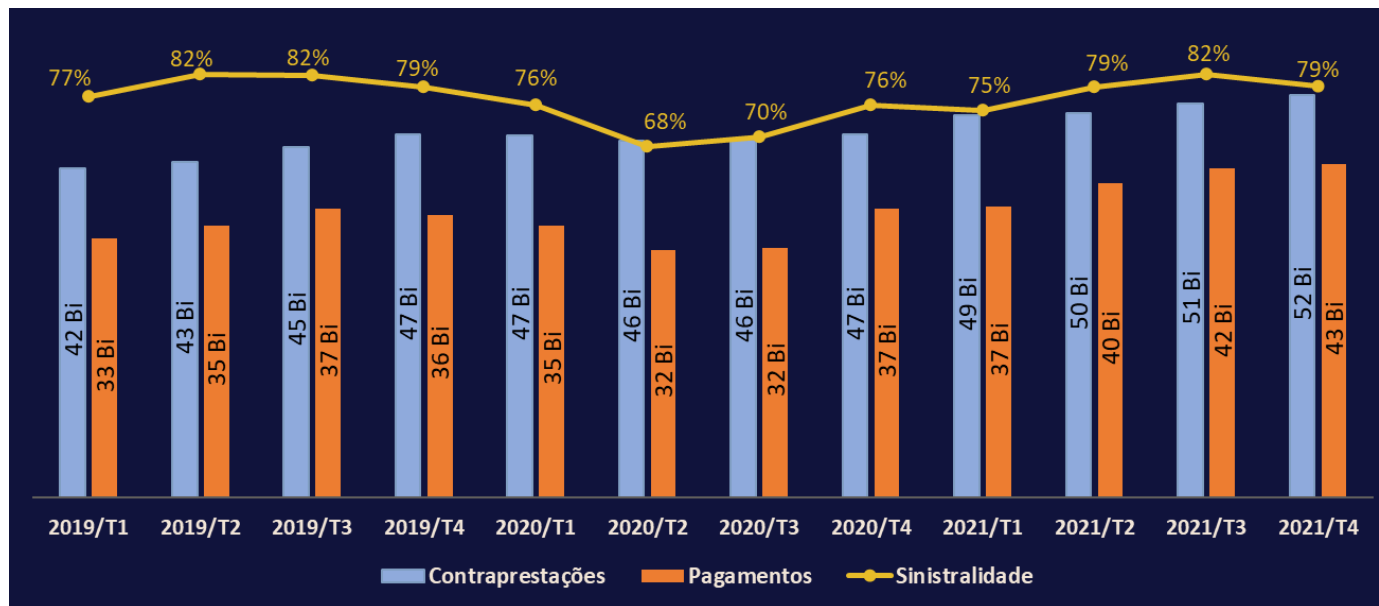
Figura 28 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI.

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

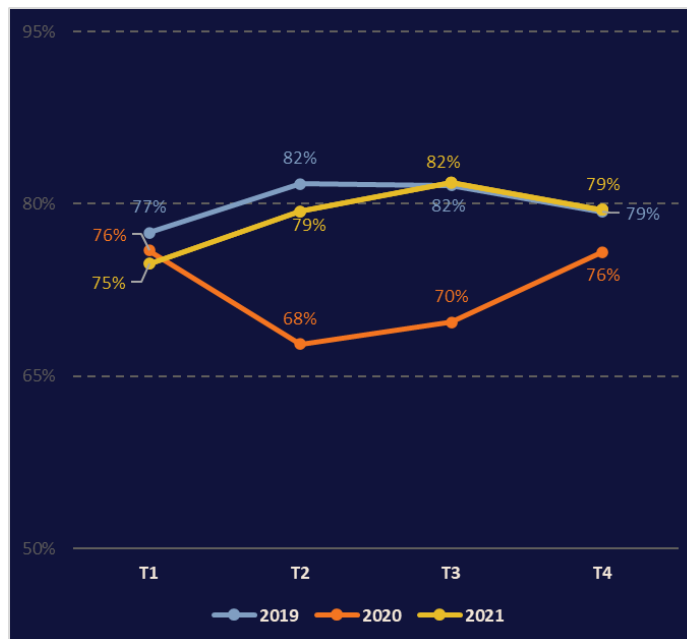
Figura 29 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa, com dados trimestrais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 3º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021.

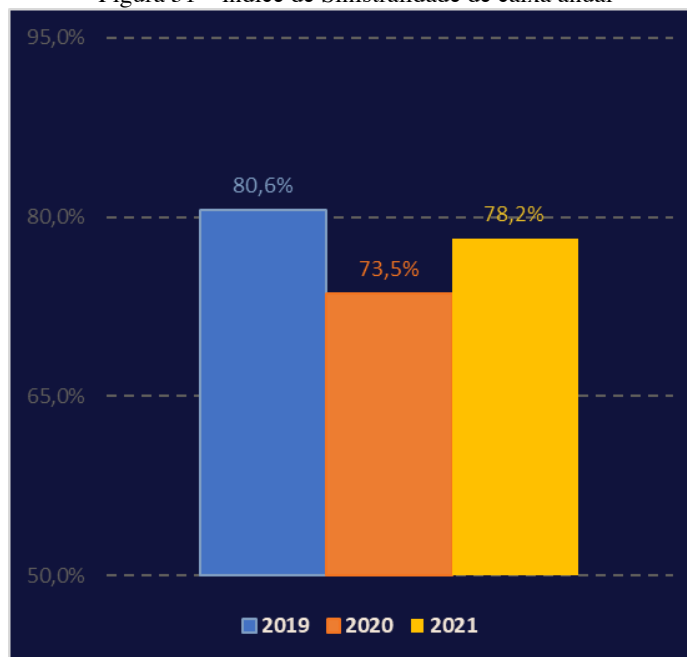
Tendo-se a série histórica da sinistralidade para todo o período da pandemia, pode-se melhor compará-la com o mesmo índice em ano anterior ao da pandemia, como destacado na Figura 30.

Figura 30 – Índice de Sinistralidade de Caixa Trimestral



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 3º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021.

Figura 31 – índice de Sinistralidade de caixa anual



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 3º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021.

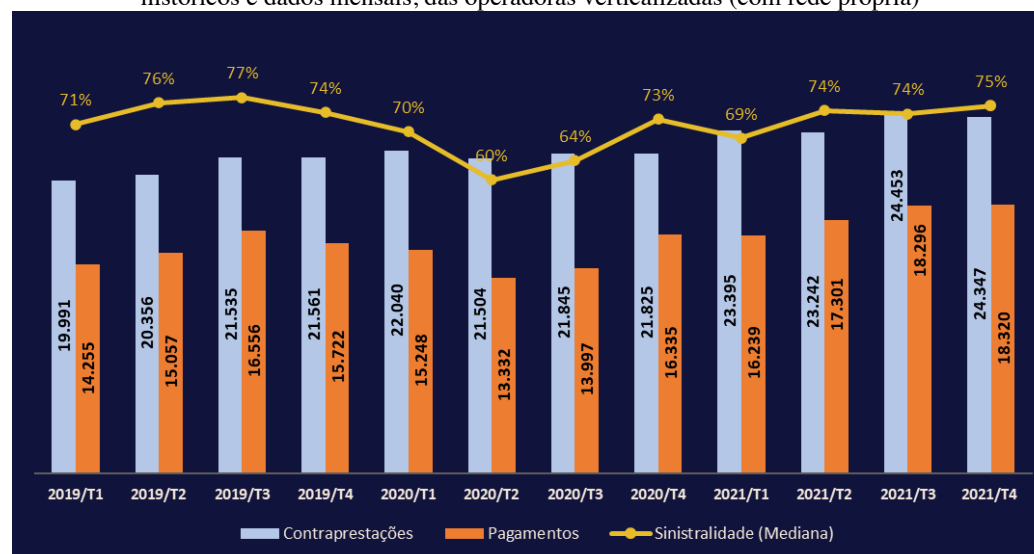
Em 2020, observou-se uma redução significativa do índice de sinistralidade de caixa no segundo e terceiro trimestres, abaixo dos registros históricos, devido às medidas de isolamento social e cancelamento dos procedimentos eletivos. No quarto trimestre do mesmo ano verificou-se aumento do índice em relação 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 trimestres, o indicador permaneceu em igual patamar ao do período pré-pandemia (Figura 30). Ao analisar os dados mensais de 2021, observa-se leve aumento de 1 p.p. na sinistralidade de dezembro em relação ao mês anterior (Figura 28).

Ressalte-se ainda que, conforme mostra o gráfico da Figura 31 no acumulado de 12 meses, o índice de sinistralidade de 2021 é menor (2,4 p.p.) ao do ano pré-pandemia. A ANS permanecerá monitoramento a evolução desses dados no setor.

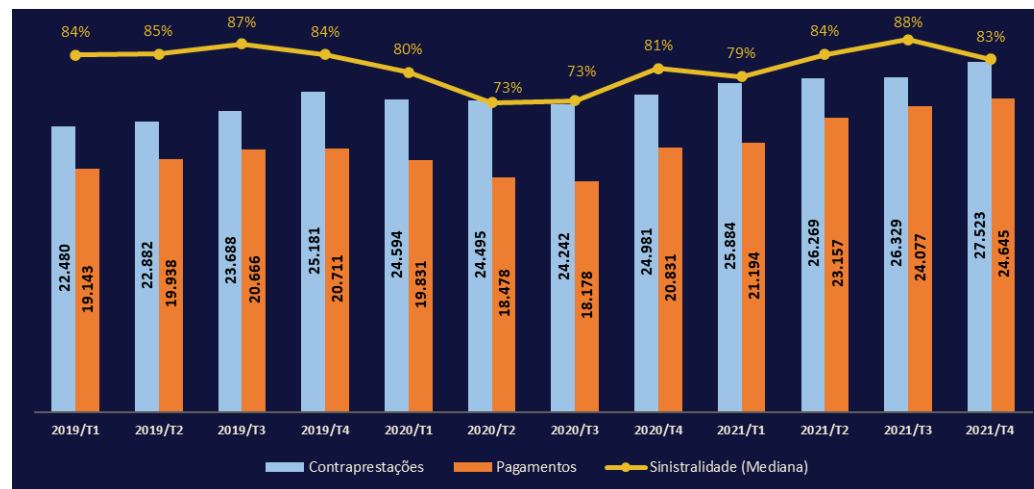
Considerando a diferença de operação e seu possível impacto, os valores das operadoras verticalizadas (com despesas concentradas em rede de hospitais própria) e não verticalizadas (sem concentração de despesas em rede de hospitais própria) foram separados nos gráficos subsequentes:

Figura 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 3º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021.

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 3º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021.

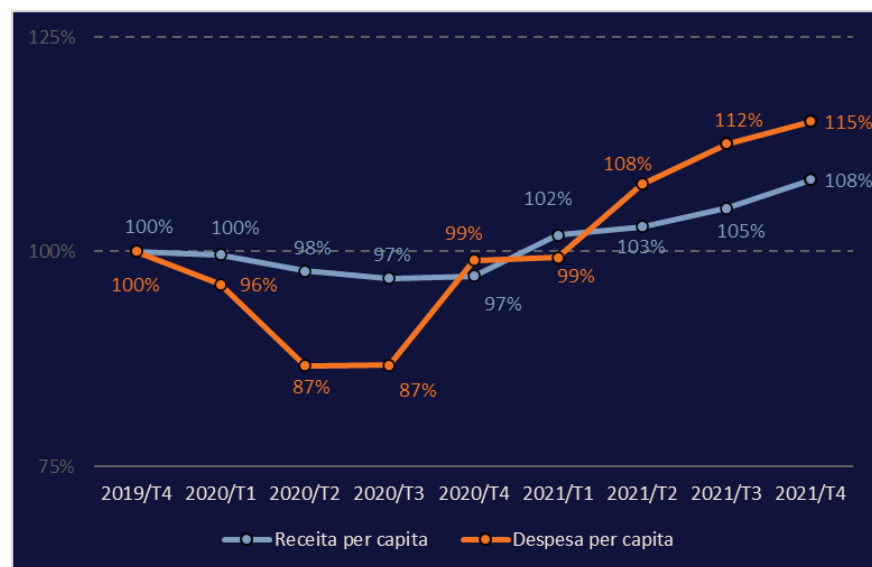
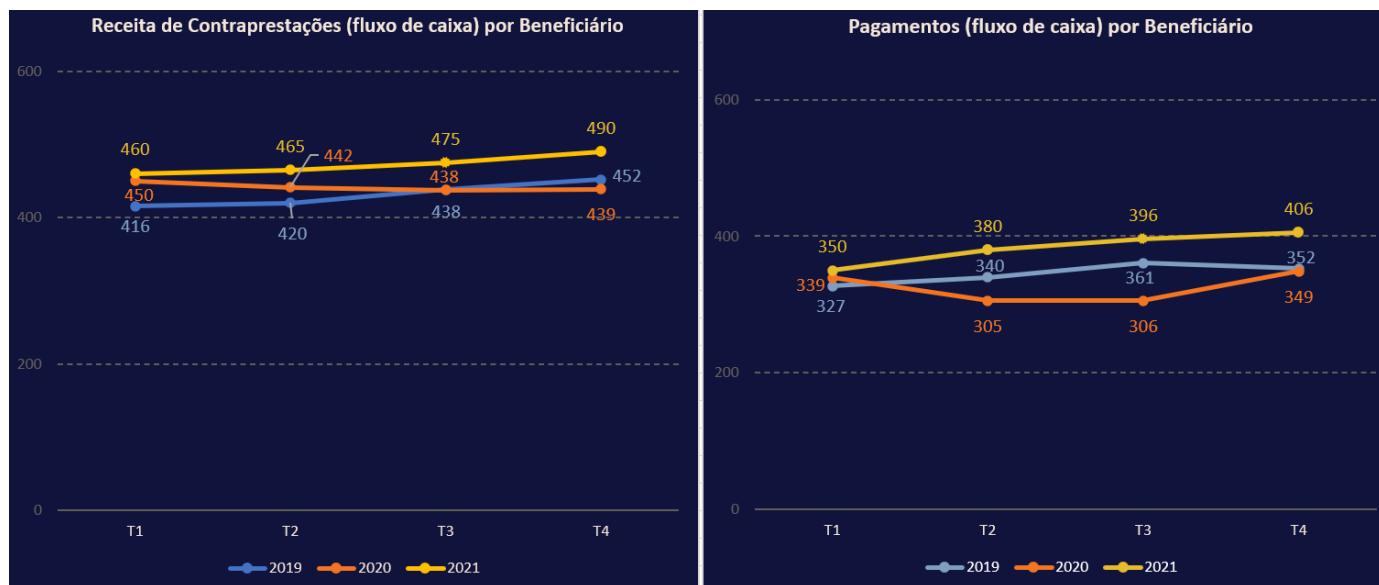
Dos dados anteriores à pandemia, percebe-se nitidamente a variação sazonal característica desse indicador de sinistralidade, relacionada a períodos de menor temperatura e de maiores ocorrências relacionadas a doenças respiratórias. Outro componente que influencia a sazonalidade são os períodos de férias 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[16]. Hospitais, por sua vez, segundo a Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP[17], recebem em aproximadamente 66 dias. Dessa forma, contas pagas até dezembro de 2021 podem corresponder a eventos médicos relativos aos meses de outubro a dezembro 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.

Destaque-se ainda a diferença observada no comportamento da sinistralidade entre as operadoras verticalizadas e as não-verticalizadas no 4º trimestre de 2021, quando as não-verticalizadas apresentaram queda do indicador, mantendo-se no patamar de antes da pandemia, enquanto as verticalizadas tiveram alta desde o 1º trimestre de 2021.

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 quarto trimestre de 2019, considerado como base 100[18]. A escolha de tal trimestre como base deveu-se à sazonalidade observada para tais variáveis. [19]

Figura 34 – Evolução das entradas e saídas de caixa mensais médios por beneficiário, com dados trimestrais, e evolução percentual de tais valores (base 100 no quarto trimestre de 2019)



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 3º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021 e dados do SIB/ANS.

Nos gráficos superiores, nota-se o comportamento da receita mensal média por beneficiário (contraprestação) e da despesa mensal média por beneficiários em viés de aumento ao longo de todo o ano de 2021. É possível perceber que a despesa por beneficiário cresceu mais ao longo do ano que a receita por beneficiário, porém a velocidade de crescimento da despesa por beneficiário vem reduzindo a cada trimestre de 2021, ao passo que a velocidade da receita por beneficiário, crescendo paralelamente.

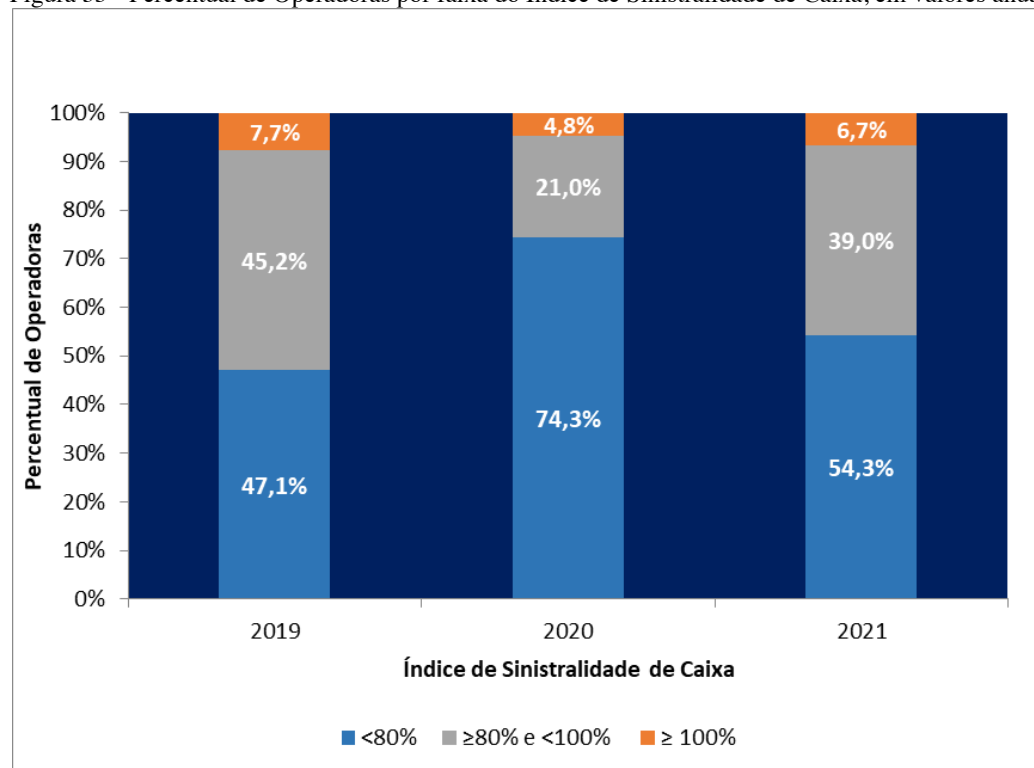
Quando se observam os dados considerando o 4º trimestre de 2019 como base 100 (gráfico inferior), em 2020, nos três primeiros trimestres, a despesa per capita teve queda acentuada, retomando ao nível pré-pandemia no 4º trimestre, enquanto a receita per capita se manteve próxima dos níveis observados no trimestre base de 2019. 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. No 4º trimestre, a receita se mostrou 8% maior que no período base, enquanto a despesa atingiu nível 15% maior, na mesma comparação. Ainda assim, caso considerada a diferença acumulada entre receita e despesa por beneficiário de 2020 com a de 2021, observa-se que o saldo da diferença de 2020 (+ 23 p.p) mais do que balanceou o de 2021 - 16 p.p).

Box 1 – Sinistralidade de Caixa Anual – Análises adicionais

Apresentam-se abaixo algumas comparações de dados de sinistralidade de caixa anuais da amostra de operadoras da RI.

Primeiro, traz-se a distribuição de operadoras por índice de sinistralidade de caixa. O objetivo é comparar o comportamento do indicador em ano pré-pandemia (2019) com o de cada ano da pandemia (2020 e 2021):

Figura 35 - Percentual de Operadoras por faixa do Índice de Sinistralidade de Caixa, em valores anuais



Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 3º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021.

Como se observa, o percentual de operadoras com sinistralidade inferior a 80% teve aumento significativo entre 2019 e 2020, reduzindo-se entre 2020 a 2021. Porém, ainda assim, esse percentual em 2021 atingiu patamar superior ao do ano pré-pandemia. Se compararmos 2019 com 2021, o percentual de operadoras com sinistralidade inferior a 80% ficou 7,2 p.p. (47,1% x 54,3%) maior. Da mesma forma, o percentual das operadoras com sinistralidade maior que 100% reduziu 1 p.p. (7,7% x 6,7%).

Outro exercício válido é calcular a sinistralidade de caixa com dados agregados da amostra – como se as operadoras da amostra fossem uma única empresa. Isto porque, no restante desta Nota (e em suas edições anteriores), mede-se o indicador sempre pela mediana da amostra, permitindo que a análise seja menos influenciada pela existência de outliers.

Tabela 5 – Contraprestações, Pagamentos, Diferença e Sinistralidade de Caixa, com dados do agregado da amostra

	(A) Contraprestações Recebidas Totais (em R\$ BI)	(B) Pagamentos a Fornecedores e Prestadores Totais (em R\$ BI)	(A-B) Diferença (em R\$ BI)	(B/A) Sinistralidade de Caixa do Agregado
2019	R\$ 177,7	R\$ 142,0	R\$ 35,6	79,9%
2020	R\$ 185,5	R\$ 136,2	R\$ 49,3	73,4%
2021	R\$ 201,4	R\$ 163,2	R\$ 38,2	81,0%

Fonte: Dados da amostra de operadoras da RI conforme números do DIOPS/ANS até o 3º Trimestre de 2021 e dados da RI a partir do 4º trimestre de 2021.

A tabela acima traz os valores de contraprestação recebidas das operadoras (pagamentos dos beneficiários) (A), pagamentos feitos por eventos pelas operadoras (valores recebidos por fornecedores e prestadores de saúde) (B) e o saldo da diferença entre esses dois valores (A - B). A sinistralidade é a proporção entre B e A (B/A).

Como se percebe, diferentemente do apresentado no gráfico da Figura 31 (cálculo pela mediana da amostra), a sinistralidade de caixa medida pelo agregado foi 1,1 p.p superior na comparação entre ano pré-pandemia e 2021, sugerindo que houve maior número de outliers que apresentaram sinistralidade superior à mediana.

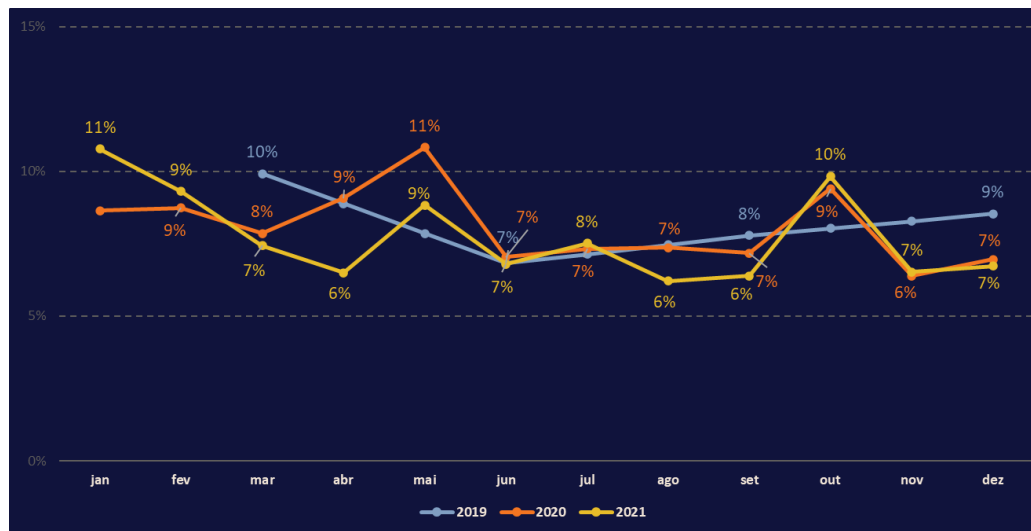
Chama atenção que, tal como na Figura 31, a redução de sinistralidade entre 2019 e 2020 foi igualmente expressiva (6,5 p.p. inferior), mais do que balanceando eventuais aumentos de sinistralidade de 2021.

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[20]: distribuição dos saldos de contraprestações por período de cobertura (emissão do último mês) e composição dos saldos a receber (estoque), segregando-se os saldos em: recebido, vencido ou a vencer.

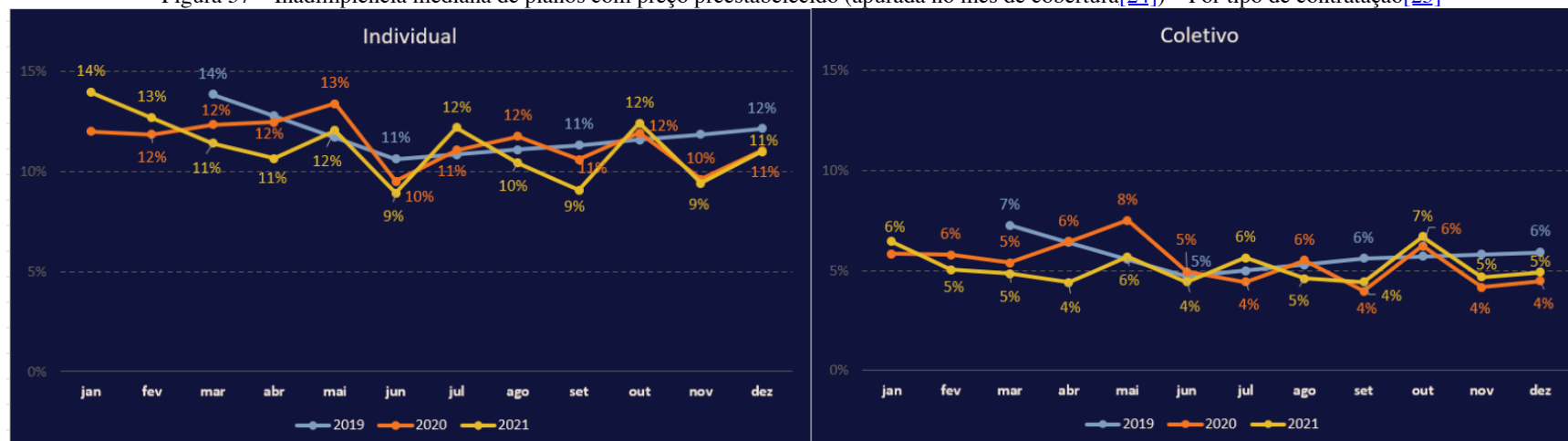
Primeiramente, a figura abaixo traz a evolução histórica do percentual mediano[21] do saldo vencido ao final do mês das contraprestações dos planos em pré-pagamento com período de cobertura durante os meses indicados:

Figura 36 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[22])[23]



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

Figura 37 – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[24]) – Por tipo de contratação[25]



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

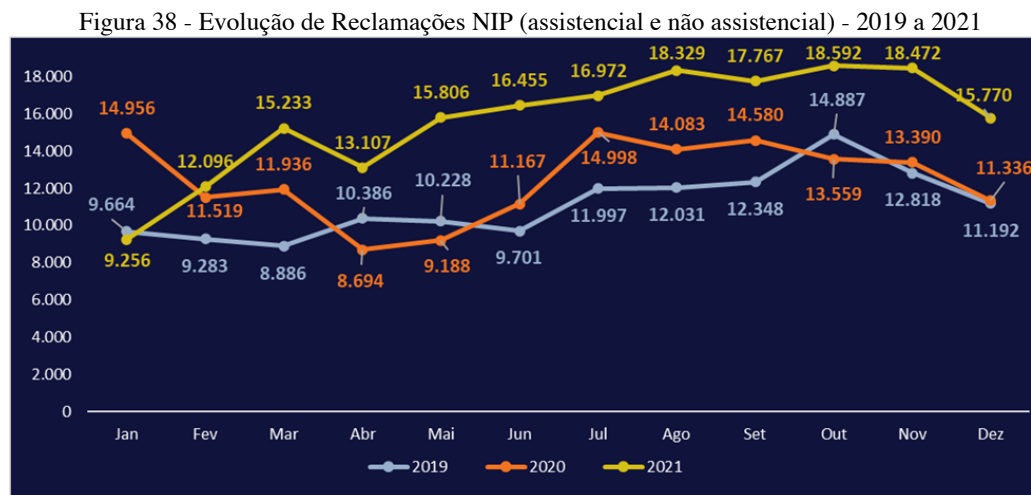
Na figura acima, para cada real de valor emitido de contraprestação para o mês indicado, uma parcela considera-se recebida, outra, ainda a vencer, e o restante, vencido (não pago) ao final do mês da cobertura. Ou seja, o saldo pode representar contraprestações vencidas já a partir de um dia de atraso, até 30 dias. Em dezembro de 2021, observa-se comportamento similar ao da taxa de inadimplência de planos com preço preestabelecido se comparado ao mês anterior[26]. Ao se avaliar os dados separadamente por tipo de

contratação, a inadimplência dos planos coletivos também se manteve estável entre novembro e dezembro de 2021, e a dos planos individuais/familiares teve aumento de 2 p.p. Todos esses indicadores mantêm-se próximos aos seus patamares históricos, porém inferiores aos de mesmo período pré-pandemia (2019).

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^[27] (assistencial e não assistencial), foram atualizados até o mês de dezembro de 2021, com destaque para as informações sobre o monitoramento diário de demandas relacionadas com o novo coronavírus.

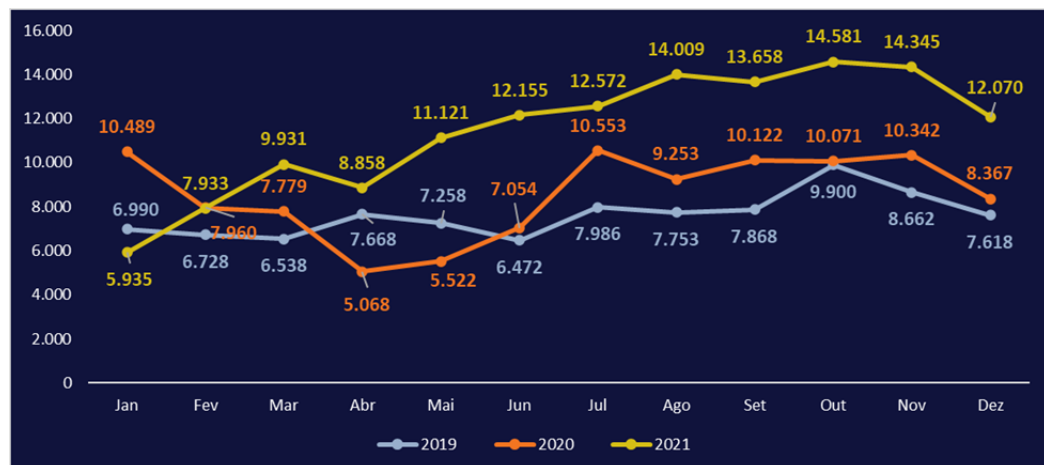


Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a dezembro de 2021.

Considerando o total de demandas de reclamação NIP (assistencial e não assistencial), observa-se que no mês de dezembro de 2021 houve uma redução de 14,6%, em comparação ao mês anterior, e um aumento de 39,1%, em comparação a dezembro de 2020.

Especificamente sobre as reclamações NIP de natureza assistencial, verifica-se também uma redução de 15,9%, aproximadamente, em comparação ao mês de novembro de 2021, e um aumento de 44,3%, em relação ao mês de dezembro de 2020.. Do total geral de demandas em 2020 e 2021, as demandas dessa natureza, representam 67% e 73% respectivamente.

Figura 39 - Evolução de Reclamações NIP assistenciais de 2019 a 2021

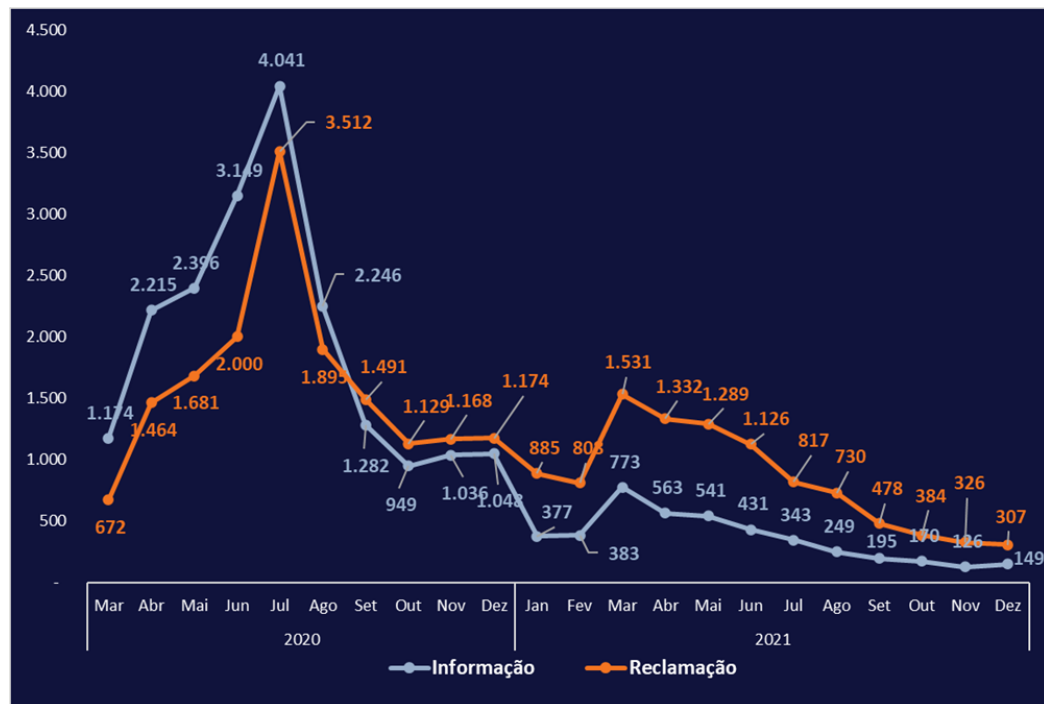


Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a dezembro de 2021.

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. Neste sentido, observa-se que o mês de dezembro, historicamente, registra redução no número de demandas cadastradas na Agência.

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 novembro de 2021 a ANS recepcionou 26.199 reclamações e 23.836 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[28]. 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 dezembro de 2021, essas reclamações representaram 2%, quando consideramos o total de reclamações NIP cadastradas na ANS no mesmo mês. Ressalta-se, ainda, o registro decrescente de demandas sobre o tema nos últimos meses (Figura abaixo). Contudo, está sendo realizado o acompanhamento de eventuais impactos sobre as reclamações, relacionados ao aumento dos casos de influenza e de Covid-19 (impulsionados pelas variantes H3N2 e Ômicron, respectivamente), no Brasil.

Figura 40 - Demandas NIP relacionadas com o novo coronavírus

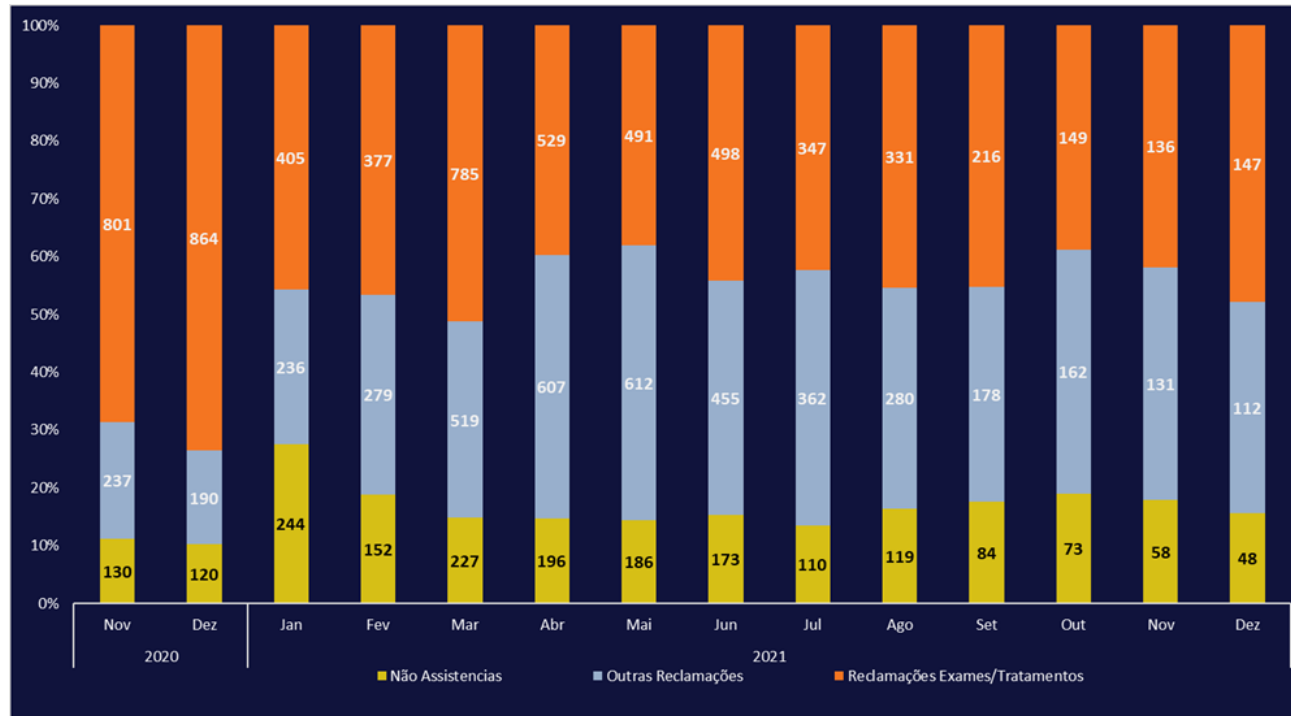


Fonte: SIF-Consulta, de março de 2020 a dezembro de 2021

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[29]. 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.

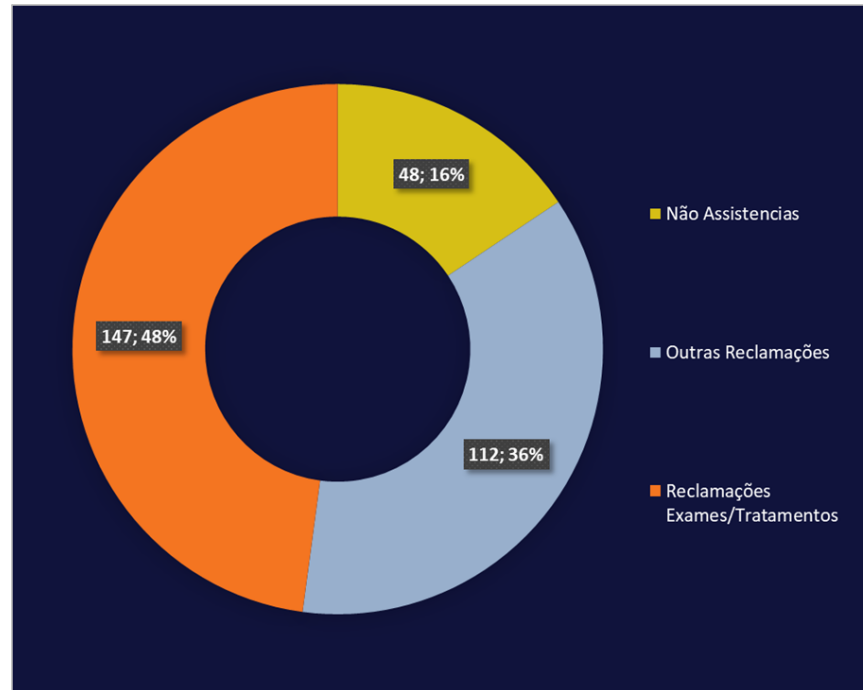
De acordo com os critérios adotados, impactos diretos compreendem as reclamações sobre dificuldade de acesso ou negativa de cobertura para exames diagnósticos e tratamentos para a Covid-19, e, impactos indiretos, abrangem reclamações não relacionadas aos exames diagnósticos e tratamentos para a Covid-19, mas que os consumidores estabeleceram alguma relação com a pandemia e versam sobre, por exemplo, cancelamentos contratuais e reembolsos. Assim, do total de 26.199 reclamações NIP, 14.229 foram relacionadas a relatos de dificuldade de acesso ou negativa de cobertura para exames diagnósticos e tratamentos para a Covid-19 e 11.970 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 dezembro de 2021.

Figura 41 - Demandas de Reclamação NIP relacionadas com o novo coronavírus



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

Figura 42 - Demandas de Reclamação NIP relacionadas com o novo coronavírus, em dezembro de 2021



Fonte: SIF-Consulta, dezembro de 2021

Figura 43 - Identificações das Reclamações NIP sobre o novo Coronavírus, em dezembro de 2021



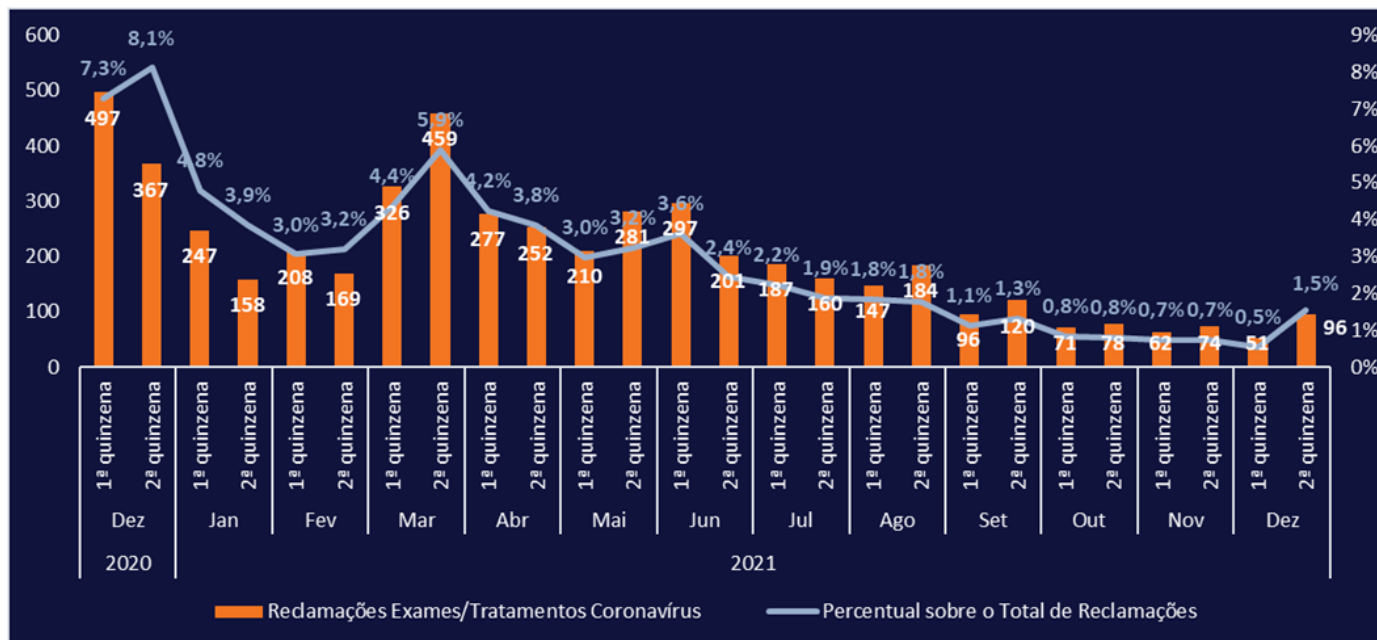
Fonte: SIF-Consulta, dezembro de 2021

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 apresentou aumento de 8% (categorias 1, 2 e 3). As demandas sobre cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionada à Covid-19 reduziram 16,5%, aproximadamente. E, ainda, demandas não assistenciais apresentaram redução de 18,6%, aproximadamente, como pode ser observado nesta Nota Técnica e na Nota Técnica Nº 8/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (Boletim Covid-19 – dezembro de 2021).

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 92,4% 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 julho 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 dezembro de 2020 a dezembro de 2021. Observa-se tendência de queda a partir da segunda quinzena de junho de 2021, até a primeira quinzena de dezembro de 2021, acompanhando o arrefecimento da pandemia, com o avanço da vacinação no País. Na segunda quinzena de dezembro de 2021, já constatamos aumento no registro de reclamações consideradas de impacto direto (exames diagnósticos e tratamentos do coronavírus), em relação às quinzenas dos dois meses anteriores, coincidindo com o aumento dos casos de Covid-19 e, também, de influenza.

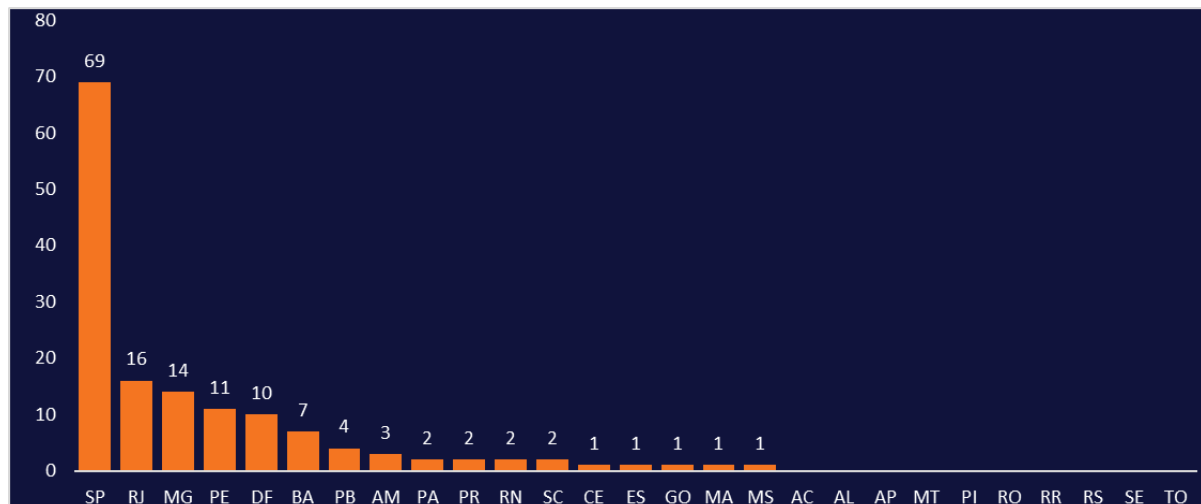
Figura 44 - Evolução de Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus



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

A Figura 44 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 45 - Reclamações de Exame/Tratamento sobre o novo coronavírus, por UF



Fonte: SIF-Consulta, dezembro 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 ÍndiceCovid= 3, significa que no mês de análise ocorreram 3 reclamações para cada 100.000 beneficiários de uma determinada UF.

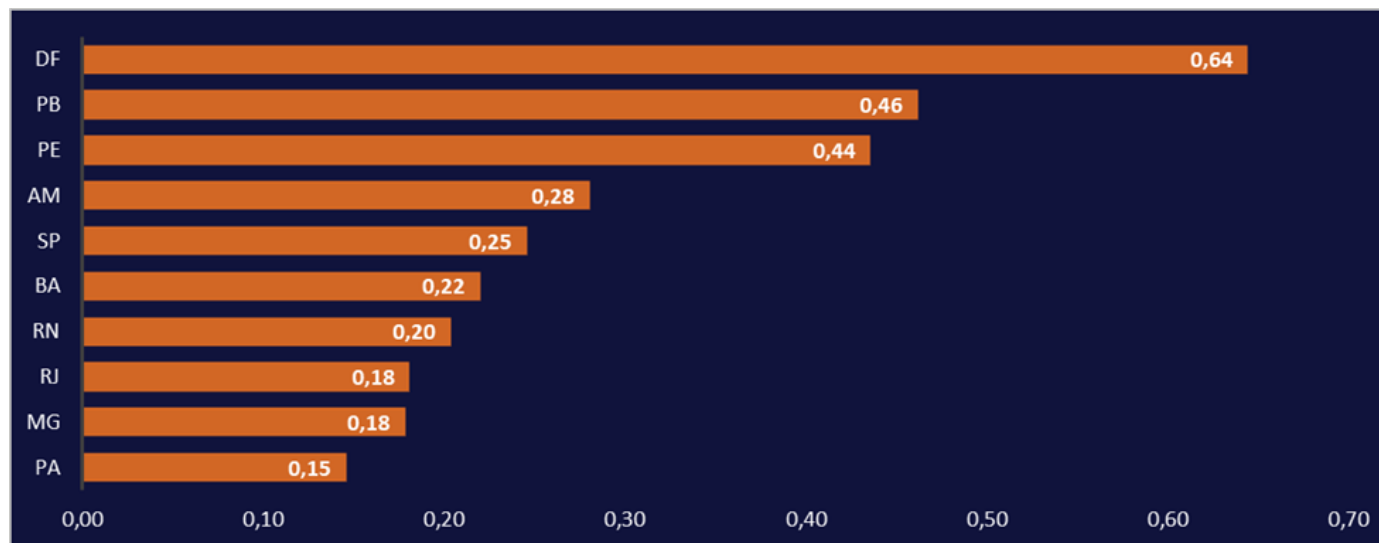
O Índice Covid é demonstrado pela fórmula a seguir:

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 o Distrito Federal aparece em primeiro lugar com índice de 0,64 (com 10 demandas no mês), seguido por Paraíba com índice de 0,46 (com 04 demanda no mês), e Pernambuco com índice de 0,44 (com 11 demandas no mês), conforme mostrado na Figura 44 que apresenta os valores absolutos de reclamações sobre o tema.

Figura 46- Índice Covid Mensal para as principais UF



Fonte: SIF-Consulta, dezembro de 2021

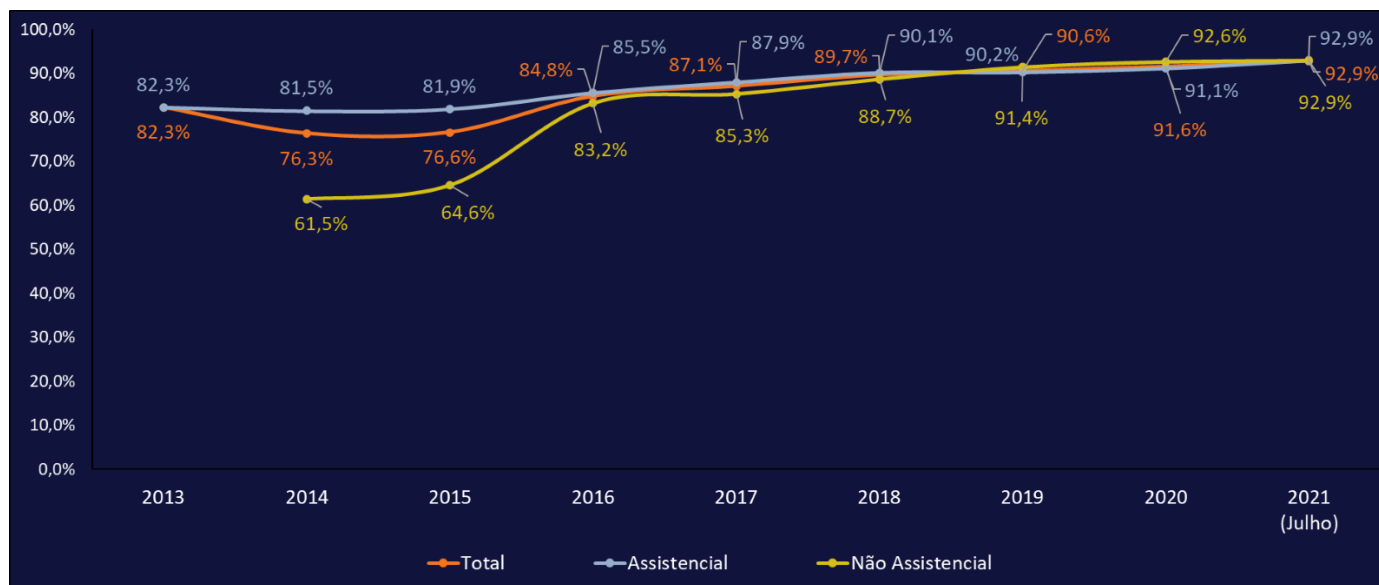
Por fim, cabe destacar que as demandas relacionadas à Covid-19, selecionadas para compor a amostra desse monitoramento, são passíveis de mediação de conflitos, através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), de acordo com a RN nº 388/2015. A mediação na ANS possibilita que as operadoras de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

Entre os meses de março de 2020 a julho de 2021, de acordo com o cálculo realizado em 06/01/2022, a NIP alcançou 92,1% 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 47 - Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais)



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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo essas as análises referentes ao mês de dezembro 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 financeiras 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] As operadoras com rede própria foram identificadas com base em 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 novembro 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 09/12/2021.

[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 Requisição de Informação com os dados de outubro de 2021. 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 105 operadoras integrantes da amostra (em razão da série histórica de mais de 18 meses da RI).
- [14] Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMjI2VmNTgtMmMxYi00ZDc0LWlyZDgtYmRkMGRIM2RlY2E1IiwidCI6IjYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>.
- [15] 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 29 e a Figura 30 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] Segundo dados da publicação Prisma/ANS.
- [17] Vide Publicação Anual – Observatório 2020 da ANAHP.
- [18] 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, quarto trimestre de 2019).
- [19] 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.
- [20] Das 105 operadoras selecionadas na amostra, 100 informaram à ANS, até o momento de elaboração deste Relatório, os valores de inadimplência por período de cobertura via RI com os dados de outubro de 2021. A partir da Nota Técnica nº 7/2021/DIDES-DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 21726072), passou-se a considerar a série histórica completa das 105 operadoras integrantes da amostra.
- [21] Os índices medianos indicados foram calculados através da mediana dos índices de cada operadora individualmente e não utilizando os totais agregados. Empregou-se a metodologia para evitar que os valores apresentados possuísem maior representatividade para as maiores empresas, pois o objetivo era apresentar a mediana de toda a amostra de forma uniforme.
- [22] 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.
- [23] 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.
- [24] Vide Nota de Rodapé 34.
- [25] Vide Nota de Rodapé 31.
- [26] 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, ainda que o último dia do mês tenha transcorrido em um final de semana, esse efeito não foi percebido de forma tão intensa.
- [27] 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.
- [28] <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiNTMzYjYmZDQ0ODc0OC00ZTFmLWJhNzUtNjI2FkMzYjMGJmIiwidCI6IjYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>
- [29] 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 **Tatiana de Campos Aranovich, Assessor(a)**, em 21/01/2022, às 15:03, 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 21/01/2022, às 15:06, 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 **Cristiano Dos Reis Moura, Coordenador(a) de Apoio à Padronização e Análise de Informações**, em 21/01/2022, às 15:11, 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 21/01/2022, às 15:15, 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 21/01/2022, às 15:19, 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 **Celina Maria Ferro De Oliveira, Gerente de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação**, em 21/01/2022, às 15:20, 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 **Marcio Nunes de Paula, Assessor de Informação da DIFIS**, em 21/01/2022, às 15:20, 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 **Carla de Figueiredo Soares, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO (substituto)**, em 21/01/2022, às 15:24, 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 VILLELA CHEIN CORTEZ, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIFIS (substituto)**, em 21/01/2022, às 15:28, 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 Rebelo Filho, Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos (Interino)**, em 21/01/2022, às 16:11, 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 21/01/2022, às 16:12, 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 **Joao Carlos Alves da Silva Junior, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE (substituto)**, em 21/01/2022, às 17:17, 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 **Mauricio Nunes da Silva, Diretor(a) de Fiscalização (Substituto)**, em 24/01/2022, às 14:19, 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 **23155885** e o código CRC **AA3F866C**.