

PANORAMA

Saúde Suplementar

Rio de Janeiro - v.2 – nº 2 | setembro 2023 – 2º trimestre 2023





© 2023 ANS. Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. O conteúdo desta e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar pode ser acessado na página: <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

DIRETOR-PRESIDENTE

DIRETOR DE GESTÃO - DIGES

Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho

DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL – DIDES

Maurício Nunes da Silva

DIRETORA DE FISCALIZAÇÃO – DIFIS

Eliane Aparecida de Castro Medeiros

DIRETOR DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS – DIOPE

Jorge Antônio Aquino Lopes

DIRETOR DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

Alexandre Fioranelli

EQUIPE TÉCNICA:

Celina Oliveira, Raquel Lisboa, Daniel Sasson

Isabella Eckstein, Mariana de Souza, Marcos Pinheiro

Marcio Nunes de Paula, Pedro Villela, Fernanda de Castro Souza, Sanya Franco Ruela, Rafael Vinhas

Mirella Amorim, Iola Vasconcelos, Gislaine Afonso de Souza

Flavia Tanaka, Juliana Machado, Rosana Vieira, Luiz Faggione, Ana Paula Cavalcante, Aline Mesquita, Kátia Audi, José Felipe Riani,

Claudia Zouain, Maria Tereza Pasinato, Sophia Fukayama, Graziela Scalercio

Cátia Mantini, Maria Rachel Jasmim, Silvio Ghelman, Denise Domingos, Bruno Garcia Silva, André Fiuza, Flavia Marques de Souza

Tainá Leandro, Alexandre Fiori, Leonardo Fernandes Ferreira, Washington Oliveira Alves, Cláudia Akemi Ramos Tanaka, Rodolfo

Cunha, Bruno Morestrello

Marluce Cristina lotte de Almeida Chrispim, Frederico Yasuo Noritomi, Cristiano dos Reis Moura, Vanessa Maria Gomes de Carvalho,

Flavio Jose Batista de Souza

PROJETO GRÁFICO:

Gerência de Comunicação Social (GCOMS/SECEX/PRESI)

NORMALIZAÇÃO:

Biblioteca/CGDOP/GEQIN/DIGES

Ficha Catalográfica

A265b Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

Boletim panorama: saúde suplementar [recurso eletrônico]. v.2 n. 2, 2º trimestre de 2023. Rio de Janeiro: ANS, 2023.

2,4MB

1. saúde suplementar. 2. Dados em saúde. 3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 3. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. I. Título.

CDU 370.1.22.3(81)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1 GRANDES NÚMEROS DO SETOR	5
2 BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE	5
3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE	12
4 CENÁRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO	18
5 INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DO CONSUMIDOR	24
6 PROGRAMAS E PROJETOS DA ANS	27
7 ASPECTOS NORMATIVOS E LEGAIS	29

APRESENTAÇÃO

Em sua segunda edição, o boletim **Panorama – Saúde Suplementar** traz dados e informações referentes ao 2º trimestre de 2023.

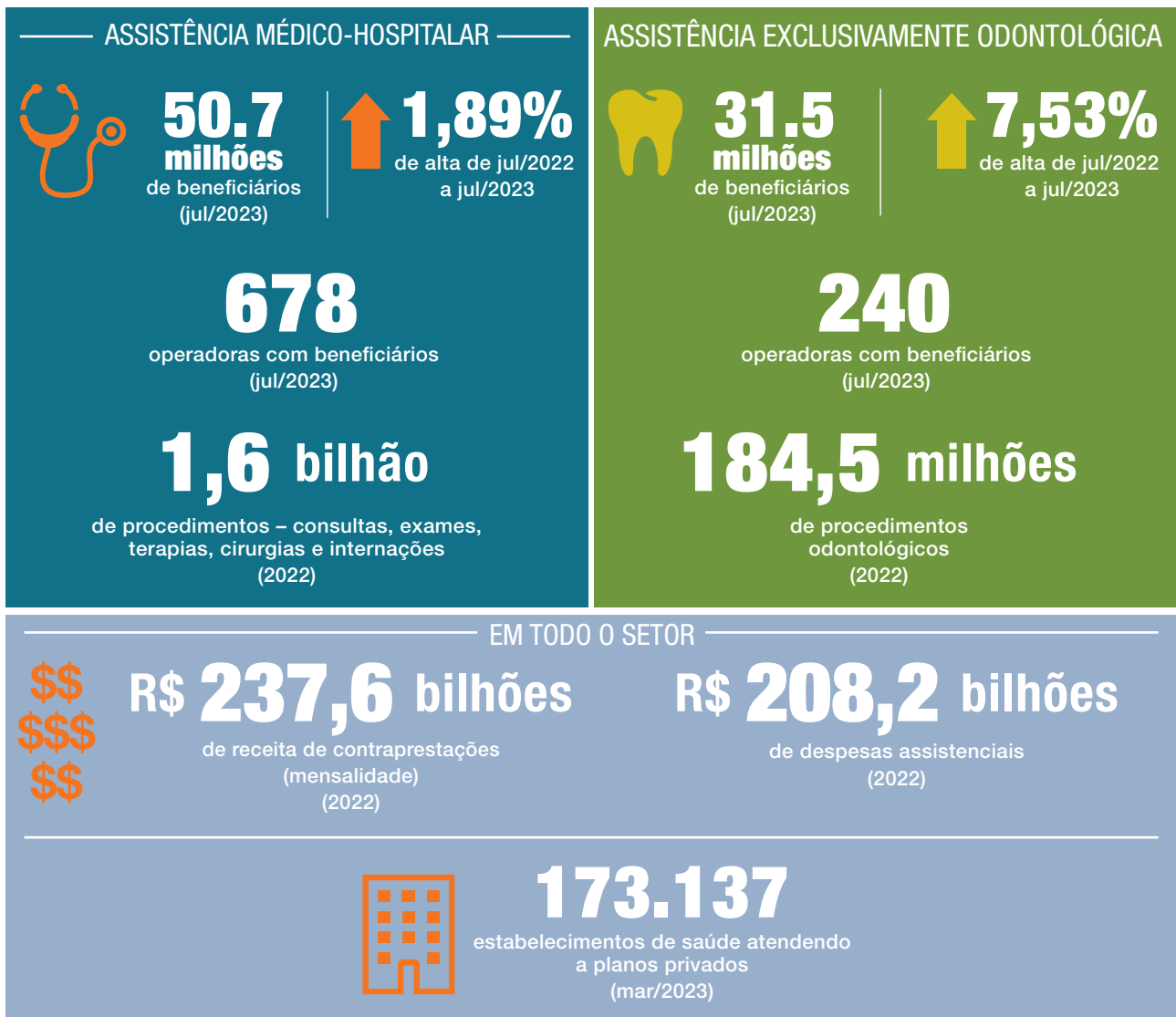
A publicação reúne dados e informações já disponibilizados pela ANS em seu portal, em diferentes ferramentas, como a Sala de Situação, ANS Tabnet e em painéis dinâmicos, com o diferencial de apresentar análises técnicas sobre o conteúdo, o que proporciona uma visão mais panorâmica do setor.

Os dados são extraídos das bases de dados de envio obrigatório alimentadas pelas operadoras de planos de saúde, bem como das bases de dados nacionais custodiadas pela ANS.

Nesta edição, entre os temas abordados, a publicação apresenta uma análise sobre a movimentação de beneficiários de planos de saúde, verificando entradas e saídas do sistema, as migrações realizadas entre diferentes tipos de contratação e movimentação por faixa etária. São também apresentadas informações sobre a situação econômico-financeira das operadoras de planos de saúde, dados referentes a frequência e utilização dos serviços de saúde no setor no último trimestre, entre outros.

Boa leitura!

1 GRANDES NÚMEROS DO SETOR



Fonte: ANS/MS (diversos sistemas)

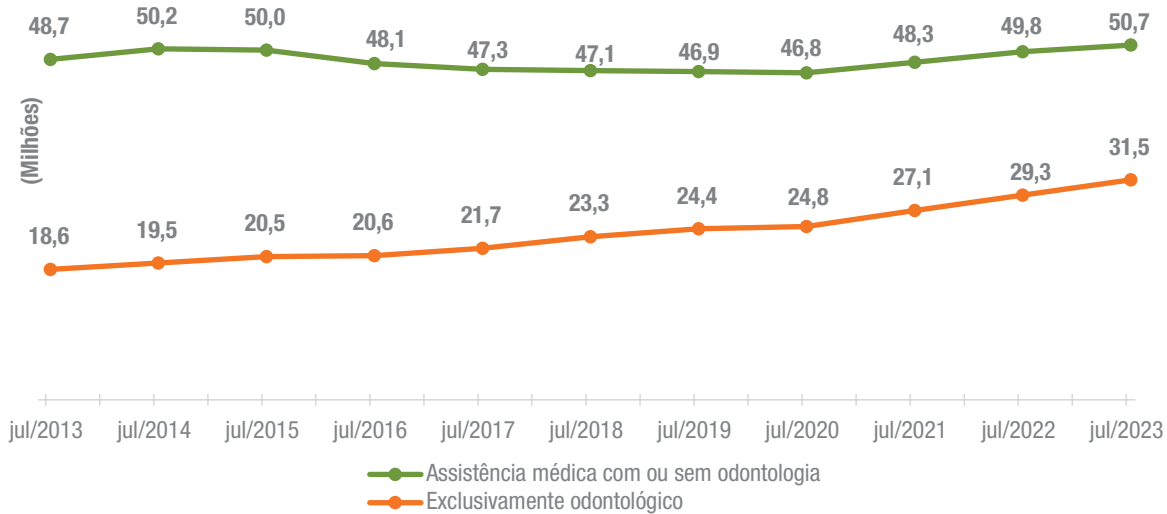
2 BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Evolução de beneficiários

O mês de julho/2023 marcou, mais uma vez, o maior número de beneficiários de planos privados de saúde. Os planos de assistência médica (50,7 milhões) tiveram um crescimento, em 12 meses, de 1,9% e os de cobertura exclusivamente odontológica (31,5 milhões) de 7,5%.

O gráfico 1 mostra a evolução do número de beneficiários, entre julho de 2013 e julho de 2023.

**Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano
Brasil - julho/2013-julho/2023**



Fonte: SIB/ANS/MS - 07/2023

No período entre julho/2022 e julho/2023, considerando os planos de assistência médica, apenas os planos coletivos empresariais apresentaram crescimento positivo (3,8%), ao passo que planos individuais (-0,8%) e coletivos por adesão (-2,3%) diminuíram em números absolutos.

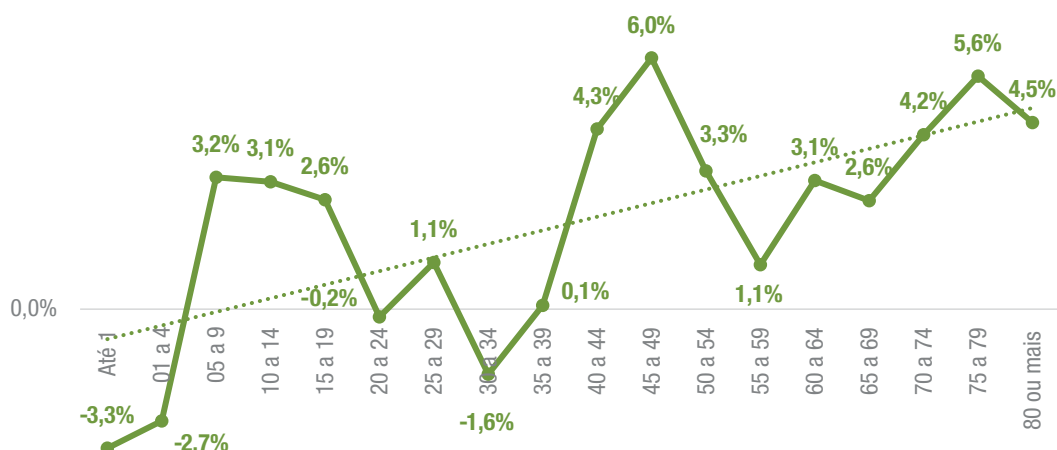
Em relação às modalidades de operadoras, todas apresentaram crescimento no período, com exceção da modalidade Autogestão (-1,8%).

A variação por faixas etárias, embora apresente oscilações, mostra uma tendência de crescimento maior para as faixas etárias maiores. Este comportamento aponta para as discussões sobre o chamado envelhecimento da carteira e seus possíveis efeitos na sustentabilidade do setor.

Vale salientar que este envelhecimento é um fenômeno observado em todas as populações, inclusive a brasileira, e que os desafios enfrentados na Saúde Suplementar são comuns aos demais sistemas de saúde em todo o mundo.

O gráfico 2 apresenta as taxas de crescimento do número de beneficiários em planos de assistência médica nos últimos 12 meses.

Gráfico 2 – Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos de assistência médica
Brasil - julho/2013-julho/2023



Fonte: SIB/ANS/MS - 07/2023

Movimentação de beneficiários

Os dados da ANS mostram um crescimento consistente do mercado nos últimos meses. Entre os planos de assistência médica, o número de beneficiários cresce continuamente desde fevereiro de 2023. Entre os planos exclusivamente odontológicos, a série crescente é ainda maior, desde fevereiro de 2022.

Como dito acima, ao observar por tipo de contratação, observa-se tendências divergentes, com os planos coletivos empresariais crescendo mês a mês e os planos coletivos por adesão e os individuais tendo redução de beneficiários desde julho de 2022.

Apresentamos a seguir, uma abordagem preliminar ao estudo das movimentações do mercado, acrescentando elementos à análise para além do crescimento líquido publicado regularmente¹.

Definições dos conceitos

O Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) é orientado por vínculo, ou seja, refere-se à informação de cada contratação de um indivíduo a um determinado plano de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. Neste sentido, não aponta de forma direta as informações por indivíduos.

A informação chave que permite a identificação unívoca do beneficiário (indivíduo) é o CPF. O campo “CPF” passou a constar como informação de envio obrigatório ao SIB em 2012 (exceto para dependentes menores de idade).

Para fins dessa apuração foram definidos os conceitos abaixo.

¹ Importante reforçar que se trata de uma primeira apuração, que envolve questões metodológicas que podem precisar de ajustes. Os resultados apontados, embora inéditos e relevantes, devem considerar essas limitações.

1. Indivíduos que deixaram de ter planos (saíram do sistema);

- Indivíduo (CPF) com pelo menos um vínculo ativo a plano de assistência médica em julho/2022; sem nenhum vínculo ativo a plano de assistência médica em julho/2023
- Indivíduo (CPF) com pelo menos um vínculo ativo a plano exclusivamente odontológico em julho/2022; sem nenhum vínculo a plano exclusivamente odontológico em julho/2023

2. Indivíduos que tinham planos Individuais e migraram para plano coletivo empresarial;

- Indivíduo (CPF) com pelo menos um vínculo ativo a plano de assistência médica individual e sem nenhum vínculo ativo a plano coletivo empresarial em julho/2022; ativo em pelo menos um plano de assistência médica coletivo empresarial e sem nenhum vínculo ativo à plano individual em julho/2023
- Indivíduo (CPF) com pelo menos um vínculo ativo a plano exclusivamente odontológico individual e sem nenhum vínculo ativo a plano coletivo empresarial em julho/2022; ativo em pelo menos um plano exclusivamente odontológico coletivo empresarial e sem nenhum vínculo ativo a plano individual em julho/2023

Observação: um beneficiário que tinha um vínculo ativo a plano individual e um coletivo em julho/2022 e tem apenas plano coletivo empresarial em julho/2023 não saiu do sistema e não migrou para coletivo empresarial.

3. Indivíduos que tinham plano coletivo por adesão que migraram para plano coletivo empresarial;

- Indivíduo (CPF) com pelo menos um vínculo ativo a plano de assistência médica coletivo por adesão e sem nenhum vínculo ativo a plano coletivo empresarial em julho/2022; ativo em pelo menos um plano de assistência médica coletivo empresarial e sem nenhum vínculo ativo a plano coletivo por adesão em julho/2023
- Indivíduo (CPF) com pelo menos um vínculo ativo a plano exclusivamente odontológico coletivo por adesão e sem nenhum vínculo ativo a plano coletivo empresarial em julho/2022; ativo em pelo menos um plano exclusivamente odontológico coletivo empresarial e sem nenhum vínculo ativo a plano coletivo por adesão em julho/2023

Observação: um beneficiário que tinha um vínculo ativo a plano coletivo por adesão e um coletivo empresarial em julho/2022 e tem apenas plano coletivo empresarial em julho/2023 não saiu do sistema e não migrou para coletivo empresarial.

4. Indivíduos que tinham dois ou mais contratos (ex: individual e empresarial) que mantiveram apenas um vínculo.

- Indivíduo (CPF) com mais de um vínculo ativo a plano de assistência médica em julho/2022; ativo em apenas um plano de assistência médica em julho/2023
- Indivíduo (CPF) com mais de um vínculo ativo a plano exclusivamente odontológico em julho/2022, ativo em apenas um plano exclusivamente odontológico em julho/2023

5. Indivíduos que tinham somente um plano e passaram a ter mais de um

- Indivíduo (CPF) que tinha somente um vínculo ativo a plano de assistência médica em julho/2022; e passou a ter mais de um plano ativo de assistência médica em julho/2023
- Indivíduo (CPF) que tinha somente um vínculo ativo a plano exclusivamente odontológico em julho/2022; e passou a ter mais de um plano exclusivamente odontológica em julho/2023

Na metodologia utilizada foram excluídas as “saídas” por motivo de óbito do número total de indivíduos que saíram do sistema, considerando todas as faixas etárias.

Importa destacar que o SIB é alimentado com dados dos beneficiários pelas próprias operadoras de planos de saúde, de forma obrigatória. Logo, a completude e a qualidade dos dados do cadastro de beneficiários, que são os insumos para pesquisas como esta, estão diretamente atreladas ao correto preenchimento do sistema pelas reguladas.

A tabela 1, a seguir, mostra um resumo dos principais indicadores de movimentação calculados para o período julho/2022 a julho/2023, divididos por cobertura assistencial do plano. As duas coberturas (assistência médica e exclusivamente odontológica) são tratadas nesta e em outras tabelas e gráficos de forma totalmente separada.

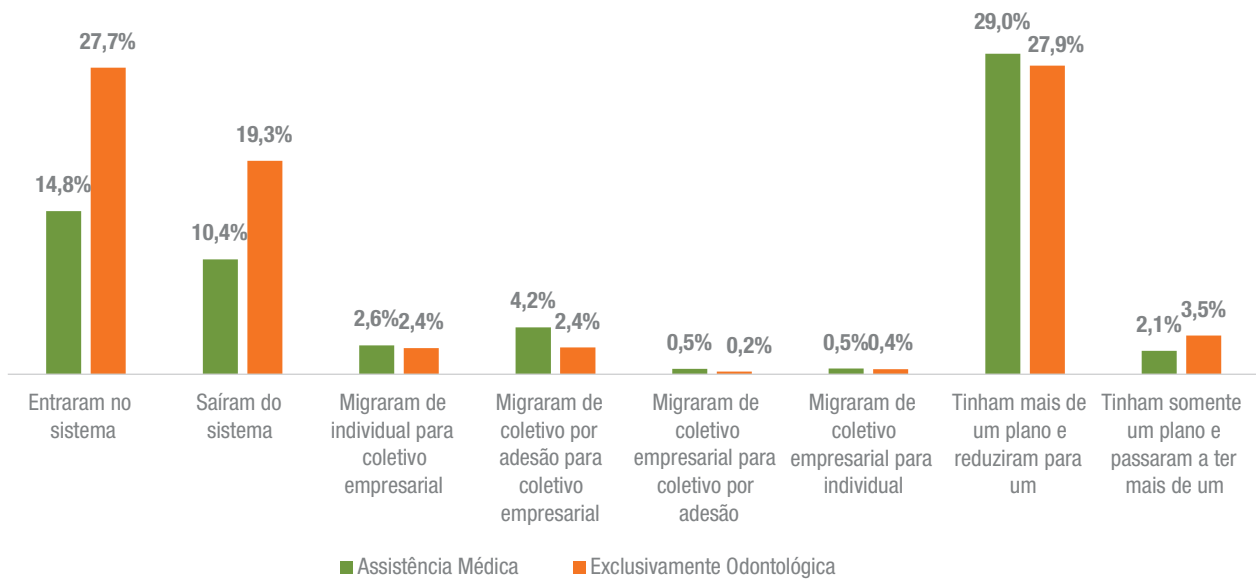
**■ Tabela 1 - Movimentações de indivíduos beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial
Brasil - julho/2022 a julho/2023**

Movimentos	Assistência Médica	Exclusivamente Odontológica
Entraram no sistema	14,8%	27,7%
Saíram do sistema	10,4%	19,3%
Migraram de individual para coletivo empresarial	2,6%	2,4%
Migraram de coletivo por adesão para coletivo empresarial	4,2%	2,4%
Migraram de coletivo empresarial para coletivo por adesão	0,5%	0,2%
Migraram de coletivo empresarial para individual	0,5%	0,4%
Tinham mais de um plano e reduziram para um	29,0%	27,9%
Tinham somente um plano e passaram a ter mais de um	2,1%	3,5%

Fonte: SIB/ANS/MS - 08/2023

O gráfico 3, a seguir, ilustra a tabela acima.

Gráfico 3 - Movimentações de indivíduos beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial
Brasil - julho/2022 a julho/2023



Fonte: SIB/ANS/MS - 08/2023

Observa-se que o percentual de entradas e saídas do sistema é elevado. Nos planos de assistência médica 10,4% dos indivíduos que tinham planos ativos, em julho de 2022, já não tinham mais, um ano depois (julho de 2023). Por outro lado, as entradas de novos indivíduos ao sistema representaram 14,8% do estoque existente.

Além das entradas e saídas do sistema, chama atenção o percentual de indivíduos que “saíram parcialmente” do sistema, ou seja, que tinham mais de um plano e reduziram o número de contratos para apenas um. Dos cerca de 2,2 milhões de indivíduos que tinham mais de um plano de assistência médica, mais de um quarto fizeram este movimento.

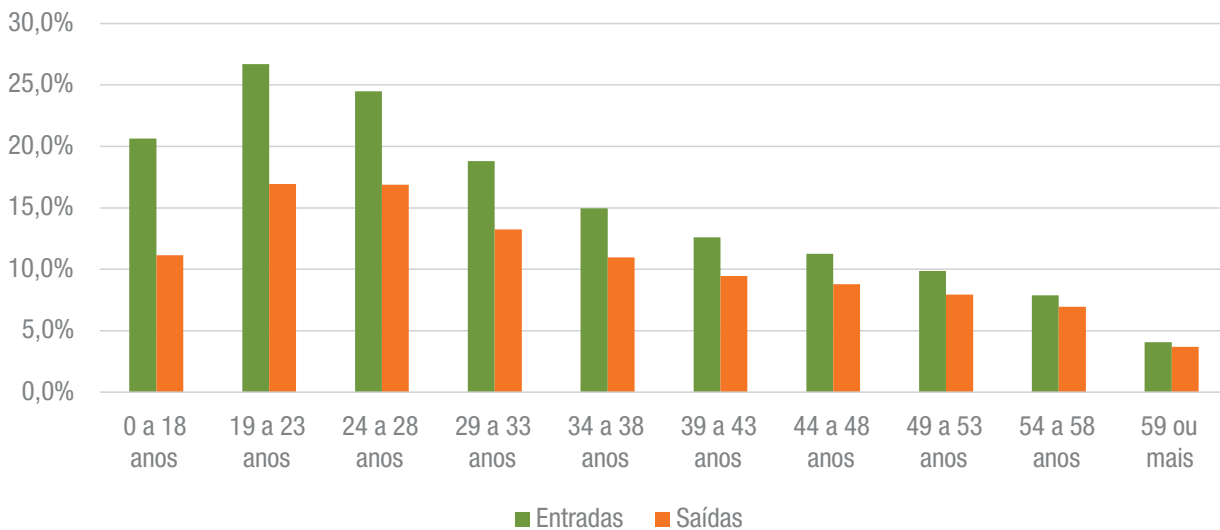
Quando observado a movimentação oposta, ou seja, indivíduos que tinham somente um plano e passaram a ter mais de um, esse percentual é mais modesto, sendo 2,1% para planos com assistência médica, e 3,5% para planos exclusivamente odontológicos.

Movimentação por faixa etária

Um desdobramento destes dados nos mostra a movimentação por faixa etária. Importante, aqui, destacar que foram utilizadas as faixas etárias definidas para fins de reajuste pela Resolução Normativa nº 563, de 2022. Nesta abordagem, as faixas etárias das extremidades (0 a 18 anos e 59 anos ou mais) são bem mais amplas que as demais, que tem intervalos de apenas 4 anos.

O gráfico 4, adiante, mostra os percentuais de entradas e saídas do sistema por faixa etária.

**Gráfico 4 - Percentual de entradas de saídas de indivíduos do sistema, em planos de assistência médica, segundo as faixas etárias
Brasil - julho/2022 a julho/2023**



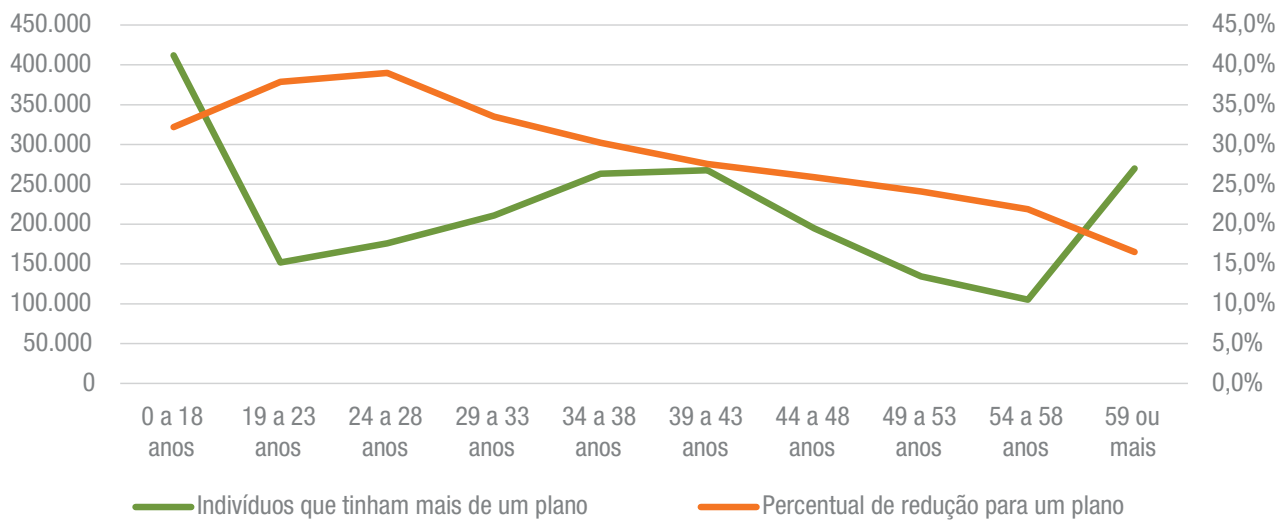
Fonte: SIB/ANS/MS - 08/2023

O gráfico mostra que, em termos relativos, há mais entradas que saídas no sistema, considerando os planos de assistência médica, em todas as faixas etárias. Observa-se que na faixa etária mais avançada, acima de 59 anos, a diferença entre as entradas e saídas é a menor. Este número sugere, mais uma vez, que o chamado “envelhecimento da carteira” é um fenômeno natural, observado em toda a população e não um movimento específico de idosos aderindo à planos de saúde para garantir um atendimento privado.

O gráfico 4 mostra, também, uma movimentação maior nas faixas etárias mais jovens, o que pode estar relacionado tanto à inclusão de dependentes menores de 18 anos quanto à entrada de novos indivíduos no mercado de trabalho.

O gráfico 5, a seguir, mostra a redução do número de indivíduos que tinham mais de um plano de assistência médica. Em que pese a redução ter sido menor entre os idosos, o maior número de indivíduos com mais de um plano está nas faixas etárias da população economicamente ativa (lembrando que a última faixa etária é a mais ampla de todas).

Gráfico 5 - Percentual e número de indivíduos que tinham mais de um plano de assistência médica e reduziram para apenas um plano, segundo as faixas etárias Brasil - julho/2022 a julho/2023



Fonte: SIB/ANS/MS - 08/2023

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Frequência de utilização de serviços de saúde

O conjunto de indicadores a seguir tem por objetivo apresentar a evolução da utilização de serviços de saúde nos últimos quatro anos, a partir da relação evento por beneficiário² (número de procedimentos realizados por pessoa), de forma a considerar o efeito do crescimento da base de beneficiários no período. Para fins de análise, foi utilizado o ano de 2019 como referência de padrão de utilização de serviços no setor suplementar antes da pandemia de Covid-19.

O Gráfico 6 ilustra a evolução da relação de eventos por beneficiário, tendo por base o 2º trimestre de 2019, com dados enviados pelas operadoras ao Sistema de Informações de Produtos (SIP) até o 2º trimestre de 2023³.

Em todos os grandes grupos de eventos, o ponto de mínimo da relação de eventos por beneficiário foi alcançado no 2º trimestre de 2020, concomitante com o início da pandemia e vigência das medidas de isolamento social adotadas para o enfrentamento do novo Coronavírus. Paulatinamente essa relação vem retornando aos números pré pandemia.

No caso das consultas e terapias ambulatoriais, observa-se que a relação de eventos por beneficiário ainda não alcançou o patamar vigente em 2019. O patamar das consultas por beneficiário nos dois primeiros trimestres de 2023 ainda é 10% inferior ao observado em

² Os dados de produção de serviços assistenciais prestados aos beneficiários de planos de saúde são informados pelas operadoras ao Sistema de Informações de Produtos – SIP, trimestralmente.

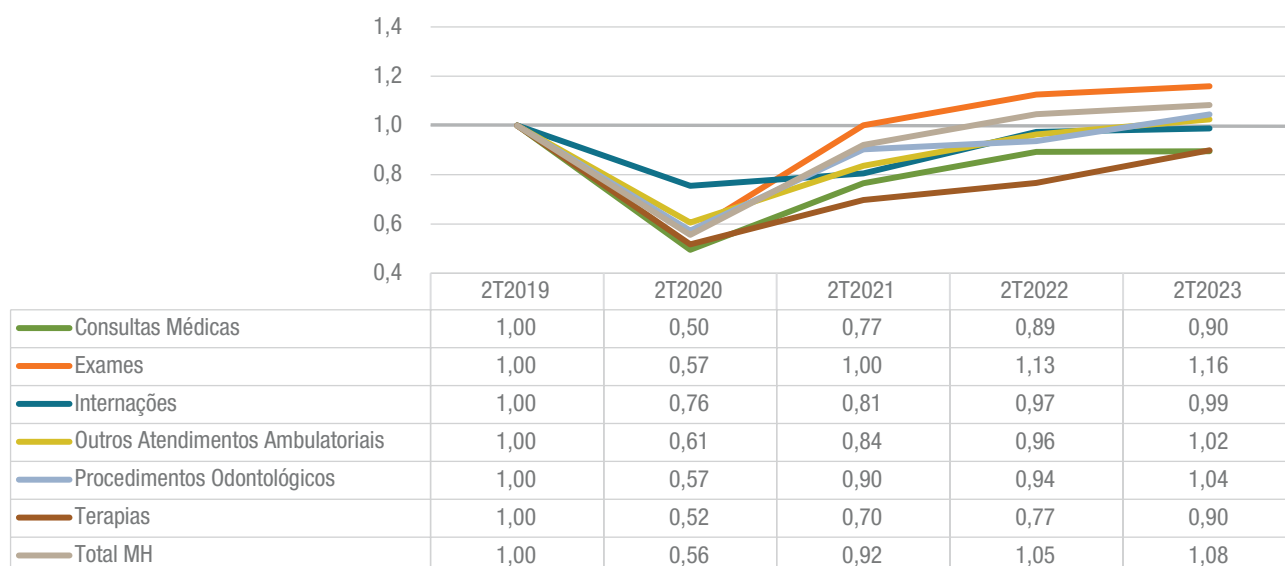
³ Os dados do SIP referentes ao 1º e 2º trimestres de 2023 são preliminares e podem sofrer alterações por envio de arquivos extemporâneos ou substitutivos pelas operadoras nos próximos meses.

2019. As terapias ambulatoriais⁴, ainda que tenha aumentado a relação de eventos por beneficiário no 2º trimestre de 2023 em relação ao 1º trimestre de 2023, essa também ainda é 10% inferior ao observado no mesmo trimestre de 2019.

As internações, os procedimentos odontológicos e os outros atendimentos ambulatoriais⁵ por beneficiário apresentaram, no 2º trimestre de 2023, comportamento bem próximo ao observado antes da pandemia (2019).

Dos grupos de procedimentos informados ao SIP, o que apresenta um aumento mais significativo da relação evento/beneficiário são os exames ambulatoriais⁶. Ainda que o crescimento tenha arrefecido no 2º trimestre de 2023, observa-se um aumento de 16% nos exames realizados por beneficiário em comparação ao 2º trimestre de 2019.

Gráfico 6 - Índice de variação dos eventos assistenciais por beneficiário (base 1, 2º trimestre de 2019)



Fonte: SIP/ANS (dados de 2019 a 2022 -data de extração 02/07/2023 e dados de 2023 – data de extração 02/09/2023) e SIB/ANS (extraído do ANS Tabnet em 25/05/2023 e sala de situação em 13/09/2023 para o 1º e 2º trimestre de 2023)

No Gráfico 7, a variação da utilização de todos os serviços de assistência médico-hospitalar por beneficiário é apresentada comparando cada trimestre com o mesmo período do ano anterior, o que permite que a análise seja feita em um contexto mais amplo. A variação de eventos por beneficiário do setor nos anos de 2020 e 2021 é retratada pelas linhas pontilhadas, que mostram uma queda acentuada da utilização dos planos de saúde no primeiro ano da pandemia e recuperação dos atendimentos no ano seguinte. As variações

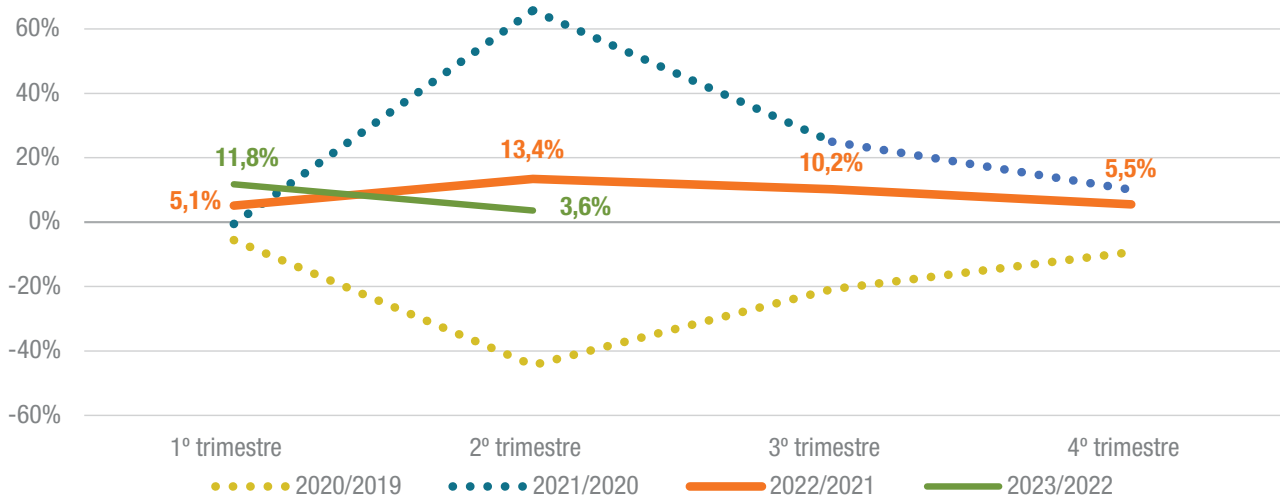
4 Os eventos classificados como terapias ambulatoriais são todos os atendimentos que utilizam métodos de tratamento, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, como implante de DIU intrauterino, hemodiálise, quimioterapia, transfusão ambulatorial, radioterapia por megavoltagem, informados pelas operadoras ao SIP [D. TERAPIAS], nos termos do Anexo da RN nº 551/2022.

5 Outros atendimentos ambulatoriais são os atendimentos realizados em regime ambulatorial (exceto consultas médicas, exames e terapias), como consultas/sessões com fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, informados pelas operadoras ao SIP [B. OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS], nos termos do Anexo da RN 551/2022.

6 Os exames ambulatoriais compreendem os procedimentos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde, em regime ambulatorial, ambulatoriais informados pelas operadoras ao SIP [C. EXAMES], nos termos da RN 551/2022.

de 2020/2019 e 2021/2020 são praticamente um espelho simétrico uma da outra. A linha em destaque (laranja) apresenta os dados referentes ao ano de 2022, que aponta para um aumento da relação evento/beneficiário ao longo de todo o ano, com pico no 2º trimestre e tendência de queda nos trimestres seguintes. É importante lembrar que essa comparação é feita com o ano de 2021, que ainda estava sob efeito da pandemia, conforme poderá ser observado com maior clareza no gráfico 8. A linha verde ilustra o total de eventos por beneficiários observada em 2023 em comparação com 2022. Se, por um lado, pode-se observar um aumento no 1º trimestre de 2023, no 2º trimestre foi observada a menor variação em relação ao mesmo trimestre do ano anterior dos últimos cinco trimestres.

■ **Gráfico 7 - Variação (%) do total de eventos médico-hospitalares por beneficiário em relação ao mesmo trimestre do ano anterior**

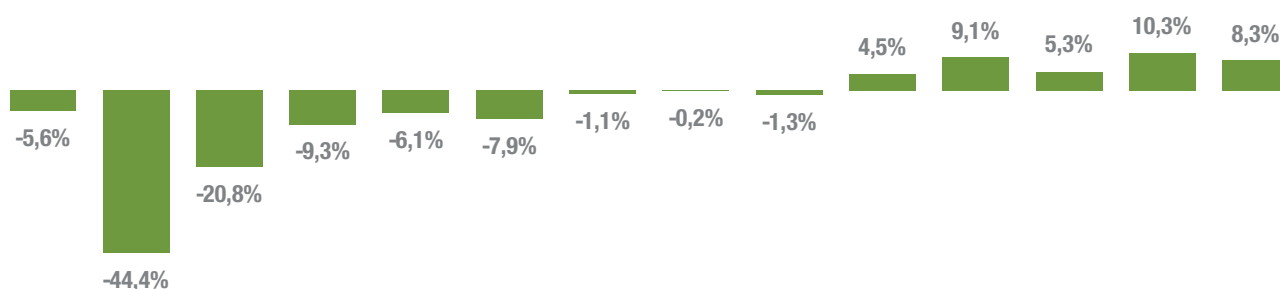


Fonte: SIP/ANS (dados de 2019 a 2022 -data de extração 02/07/2023 e dados de 2023 – data de extração 02/09/2023) e SIB/ANS (extraído do ANS Tabnet em 25/05/2023 e sala de situação em 13/09/2023 para o 1º e 2º trimestre de 2023)

* Total de eventos de assistência médico-hospitalar informados pelas operadoras ao SIP considerando-se a soma dos grupos assistenciais (A. CONSULTAS MÉDICAS + B. OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS + C. EXAMES + D. TERAPIAS + E. INTERNAÇÕES), sobre o total de beneficiários da assistência médico-hospitalar informados ao SIB pelas operadoras

De acordo com as informações prestadas pelas operadoras de planos de saúde à ANS, a utilização de serviços de saúde médico-hospitalares foi consistentemente inferior ao observado em 2019 em todos os trimestres de 2020 e de 2021, até o 1º trimestre de 2022, conforme ilustrado no Gráfico 8. Somente a partir do 2º trimestre de 2022, é possível verificar um aumento de eventos médico-hospitalares em um patamar acima do observado antes da pandemia. Logo, a comparação da frequência de utilização em 2022 com o ano de 2021, ainda deve considerar o efeito da pandemia nesse último.

Gráfico 8 - Variação do total de eventos médico-hospitalares por beneficiário em relação ao mesmo trimestre de 2019 (pré-pandemia)



1º tri 20 2º tri 20 3º tri 20 4º tri 20 1º tri 21 2º tri 21 3º tri 21 4º tri 21 1º tri 22 2º tri 22 3º tri 22 4º tri 22 1º tri 23 2º tri 23

Fonte: SIP/ANS (dados de 2019 a 2022 -data de extração 02/07/2023 e dados de 2023 – data de extração 02/09/2023) e SIB/ANS (extraído do ANS Tabnet em 25/05/2023 e sala de situação em 13/09/2023 para o 1º e 2º trimestre de 2023)

Variação de valores de despesas médias de eventos assistenciais

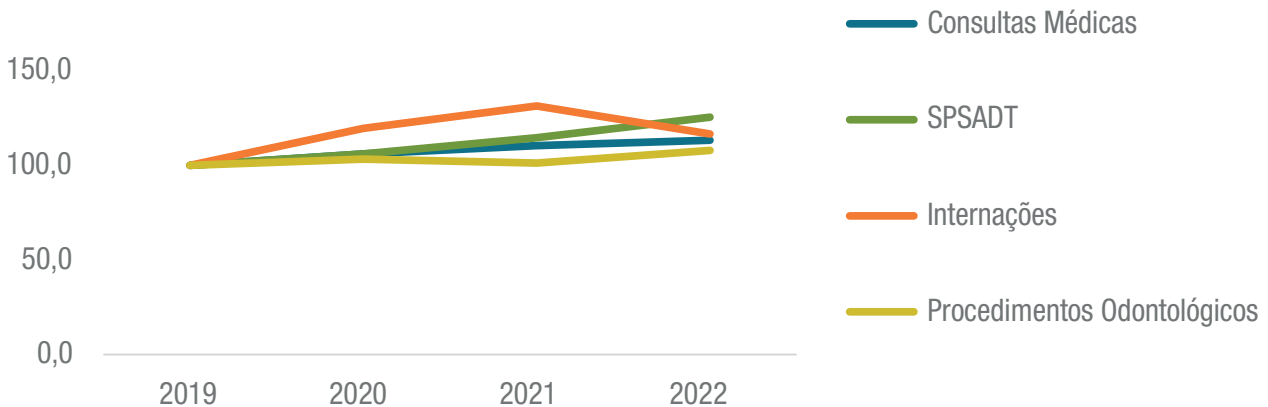
Os indicadores a seguir têm por objetivo apresentar a variação das despesas médias de alguns eventos assistenciais selecionados – Consulta Médica, Serviços Profissionais/ Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SP/SADT), Internações, e Procedimentos Odontológicos –, no período entre 2019 e 2022, a partir de dados extraídos do banco de dados do Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar).

Observa-se no gráfico 6 (acima) que, paulatinamente, a frequência de utilização dos serviços em saúde vem retornando aos níveis pré-pandemia, em todos os eventos avaliados. Em que pese não ter havido um aumento expressivo da frequência de utilização no período entre 2019 (dados pré-pandemia) e os de 2022 (dados mais recentes do TISS), a análise do cenário econômico-financeiro desta publicação demonstra que a sinistralidade, a partir do segundo trimestre de 2021, teve um crescimento ininterrupto até o terceiro trimestre de 2022 (gráfico 13). A correlação desses dados sugere que a variação de despesas assistenciais em 2021 pode ter sido influenciada por um aumento do custo médio por procedimento.

Nesse sentido, os gráficos a seguir vão demonstrar, por meio de dados administrativos encaminhados pelas operadoras para a ANS nas guias TISS, a variação dos valores das despesas médias dos eventos selecionados.

É possível observar no gráfico 9 que desde 2019 a variação das despesas com consultas e SP/SADT foi positiva, especialmente no grupo SP/SADT. A variação de despesas com internações teve uma curva ascendente durante o período da pandemia, especialmente, em 2020 e 2021, coincidindo com o aumento de internações por COVID-19. Nota-se uma queda em 2022, mas com os valores ainda se mantendo em níveis acima da linha de base de 2019. Os procedimentos odontológicos não apresentaram variações significativas no período analisado.

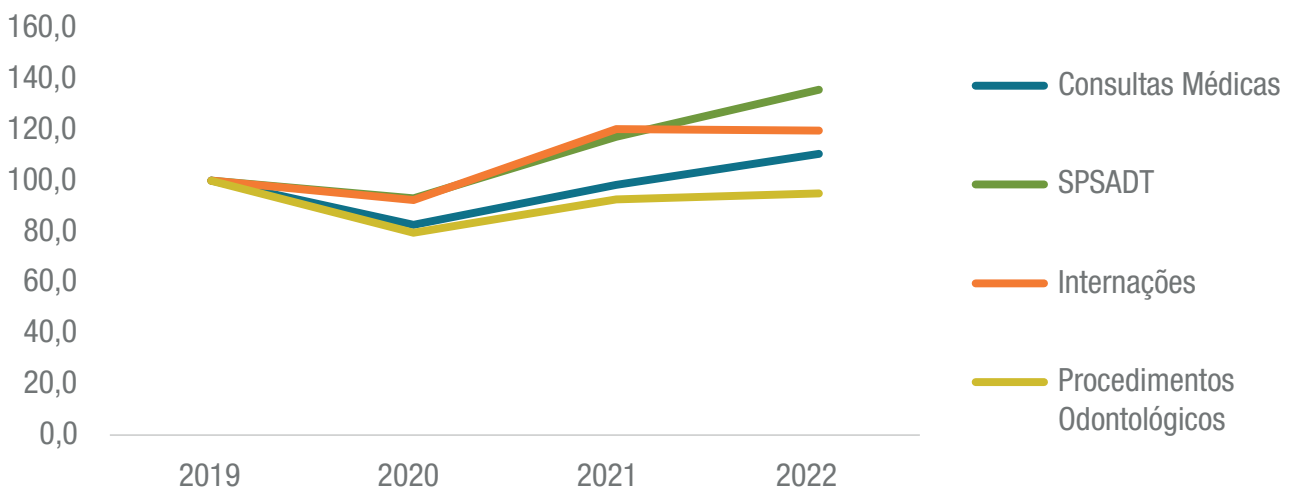
■ **Gráfico 9 - Variação de despesa média por evento (2019 = 100).**



Fonte: TISS/ANS, 2023.

O gráfico 10 apresenta a variação de despesas médias por evento por beneficiários. De maneira geral, todos os eventos apresentaram elevação constante da variação das despesas médias por beneficiário, exceto os procedimentos odontológicos. Chama a atenção o fato de os eventos do grupo SP/SADT terem apresentado uma variação positiva das despesas média de mais de 35%, enquanto internações e consultas tiveram variações positivas de 20% e 11%, respectivamente.

■ **Gráfico 10 - Variação de despesa média por evento (2019 = 100).**



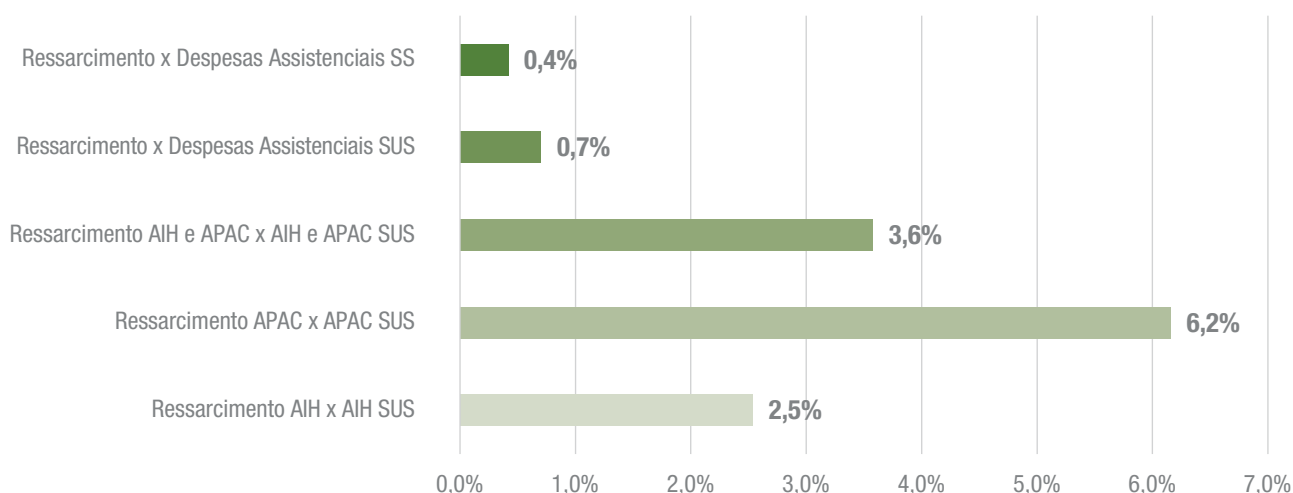
Fonte: TISS/ANS, 2023.

Utilização da rede SUS por beneficiários

Nos últimos 5 anos, das cerca de 11 a 12 milhões de internações anuais no âmbito do SUS e registradas em guias de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cerca de 1,6% ocorreram em pacientes cobertos por planos privados de saúde com assistência médica. Já os atendimentos ambulatoriais registrados por meio de guias de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) somaram quase 30 milhões de procedimentos anuais no SUS, dos quais 4,3% identificados como prestados a beneficiários.

Quando observados os valores cobrados no âmbito do processo de Ressarcimento ao SUS, estavam envolvidos cerca de R\$ 867 milhões anuais, entre AIHs e APACs. Não obstante seu papel como importante mecanismo de regulação das operadoras quanto a oferta de rede, na garantia dos direitos dos beneficiários e na proteção do SUS, bem como sua relevância em termos de valores repassados ao SUS, o Ressarcimento ao SUS correspondia a 3,6% dos cerca de R\$ 24,3 bilhões gastos pelo SUS anualmente com AIHs e APACs e 0,7% dos cerca de R\$123,8 bilhões em despesas nas subfunções assistenciais do SUS. Em relação aos cerca de R\$208,2 bilhões em despesas assistenciais anuais registradas pelas operadoras, o valor correspondente aos casos identificados no Ressarcimento ao SUS representou 0,4%. O gráfico 11 apresenta a proporção dos valores envolvidos no ressarcimento em relação às despesas assistenciais do setor saúde suplementar e do SUS.

Gráfico 11 - Proporção dos valores envolvidos no Ressarcimento ao SUS em relação às Despesas Assistenciais no Setor Suplementar e ao SUS – Brasil, jul/2017 a jun/2022.



Fonte: ANS/DIOPS, CGU/Portal da Transparência, MS/Datasus e ANS/SGR.

No portal da ANS, é possível consultar outros dados e publicações sobre o Ressarcimento ao SUS, na área Dados e Indicadores do setor > Dados e Publicações do Ressarcimento ao SUS (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>).

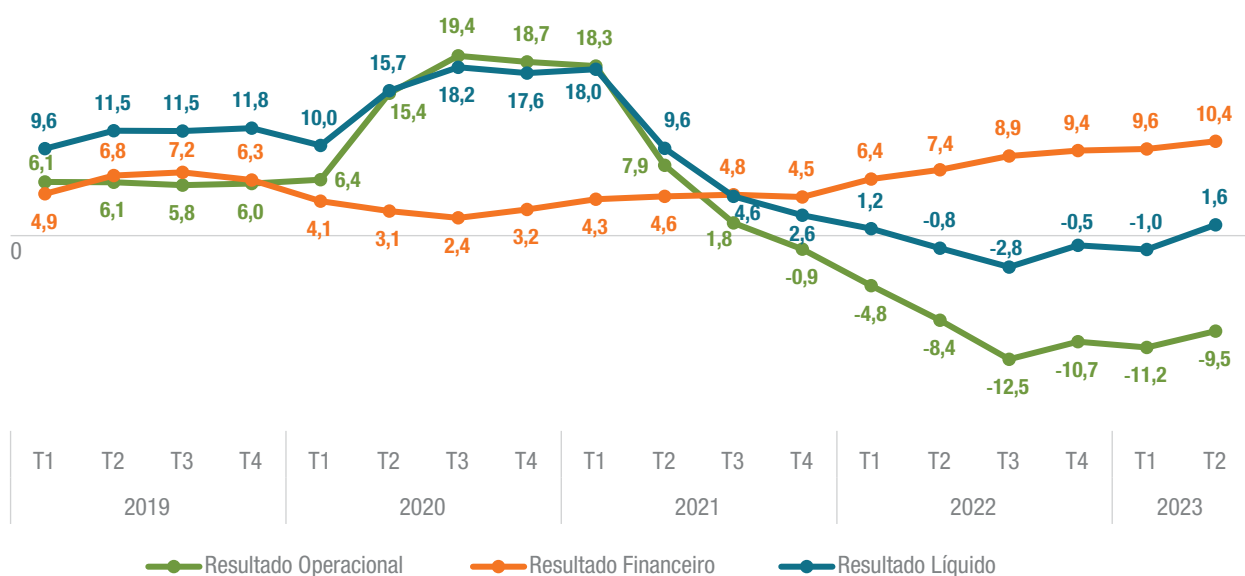
4 CENÁRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

Evolução dos resultados

O foco desta seção é o comportamento dos indicadores de resultado do setor de saúde suplementar na operação médico-hospitalar. Tais indicadores são apresentados em valores nominais (não ajustados pela inflação do período) ao longo dos últimos quatro anos, segregados entre resultado operacional⁷, resultado financeiro⁸ e resultado líquido⁹.

No gráfico 12 verifica-se no resultado operacional inicialmente um crescimento relevante a partir do segundo trimestre de 2020, saindo de patamar em torno de R\$ 6,1 bilhões durante o ano de 2019 para ser triplicado no primeiro trimestre de 2021, atingindo R\$ 18,3 bilhões. Tal resultado coincide com o período mais agudo da pandemia. Desde então, verificou-se queda desse indicador até o mínimo de R\$ 12,5 bilhões negativos no terceiro trimestre de 2022. Já a partir do quarto trimestre de 2022, o indicador apresenta recuperação, embora ainda se mantenha em terreno negativo, atingindo R\$ 9,5 bilhões negativos no segundo trimestre de 2023.

Gráfico 12 - Resultados, Operadoras Médico-Hospitalares, Acumulado em 12 meses (em R\$ bilhões)



Fonte: ANS/DIOPS e Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar¹⁰

Nota: Os resultados referentes aos 1º, 2º e 3º trimestres são aproximações com base no efeito dos impostos e participações do exercício anterior. A apuração efetiva dessas contas geralmente se dá ao final do ano, portanto, seu efeito real nos últimos 12 meses é conhecido apenas no 4º trimestre de cada ano.

7 Resultado operacional é a diferença entre as receitas e despesas da operação de saúde (receita das contraprestações e outras receitas operacionais deduzidas as despesas assistenciais, administrativas, de comercialização e outras despesas operacionais).

8 Resultado financeiro é a diferença entre as receitas e despesas financeiras.

9 Resultado líquido é a soma dos resultados resultado operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.

10 Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar publicado trimestralmente na sessão de painéis dinâmicos da página de [Dados e Indicadores do Setor](#) do site da ANS.

O resultado financeiro, que representava cerca de 50% do lucro do setor no período pré-pandemia, foi o principal compensador dos prejuízos com operação de saúde (R\$ 10,4 bilhões comparado a R\$ 9,5 bilhões de prejuízo operacional) na última janela de 12 meses analisada. O indicador acompanhou a evolução das taxas de juros que remuneraram as aplicações financeiras, incluindo ativos garantidores, com alta até o terceiro trimestre de 2019, seguido de quedas até o terceiro trimestre de 2020. Desde então, vem apresentando crescimento constante em todos os trimestres, renovando seu máximo a cada período dos últimos seis trimestres analisados, com alta de 40% em relação ao mesmo período do ano anterior.

Por fim, o resultado líquido das operadoras, cujo componente mais relevante é o resultado operacional, segue o mesmo comportamento desse indicador durante quase todo o período analisado, embora em nível superior, devido aos resultados financeiros sempre positivos. O resultado líquido sai do patamar de R\$ 9,6 bilhões no início da série para R\$ 18 bilhões no primeiro trimestre de 2021. Tal aumento se deu especialmente durante o período mais agudo da pandemia, com 80% de crescimento no resultado entre o início de 2020 e 2021.

No segundo trimestre de 2021 ainda se verifica resultado no mesmo patamar do início da série histórica, apesar da piora em relação ao período anterior. Desde então, o resultado líquido apresenta quedas constantes até o terceiro trimestre de 2022, quando atinge seu ponto mínimo com resultado negativo em R\$ 2,8 bilhões. Os últimos três períodos, entretanto, sugerem uma inflexão no comportamento do indicador, que no segundo trimestre de 2023 apresentou resultado positivo de R\$ 1,6 bilhão, o melhor desde o 4º trimestre de 2021.

Sinistralidade

A sinistralidade¹¹ é um dos indicadores mais relevantes na operação de planos de saúde e representa, grosso modo, a porcentagem das receitas com contraprestações (mensalidades) pagas pelos contratantes que é consumida com o pagamento de eventos indenizáveis (despesas assistenciais), indicando, desta forma, a situação operacional do setor.

A sinistralidade do mercado é apresentada aqui através da média agregada¹² e da mediana¹³ deste indicador entre as operadoras de planos de saúde. A análise da mediana permite limitar a influência de valores extremos na análise sem que, no entanto, se perca a informação da média, mais impactada pelas operadoras com maior número de beneficiários.

11 Calculada com informações contábeis, no regime de competência, ou seja, a receita de contraprestação é registrada com o início da vigência de cobertura de uma determinada mensalidade, independente do seu recebimento, e a despesa assistencial ou evento.

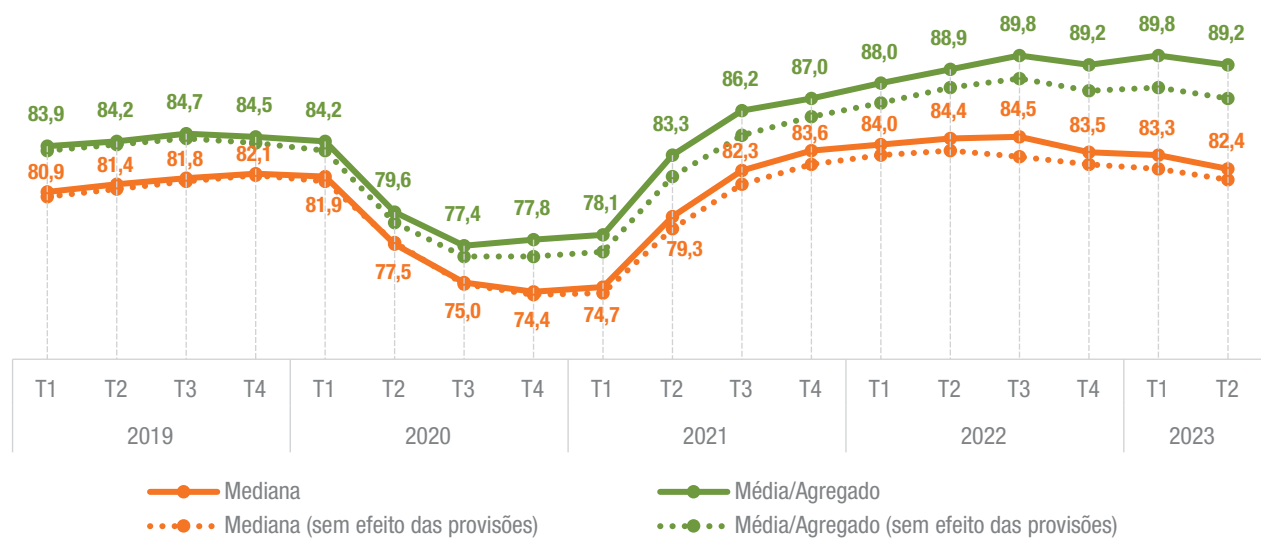
12 A média é calculada sobre os totais agregados de receitas e despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares.

13 Mediana é o valor que separa a metade maior e a metade menor de um conjunto de observações.

O gráfico 13 indica que, ao longo dos cinco primeiros trimestres da série analisada, de janeiro de 2019 a março de 2020, início da pandemia, o comportamento da sinistralidade acumulada em 12 meses foi relativamente estável, tanto na mediana quanto na média. Com as medidas de distanciamento social para enfrentamento da pandemia e a consequente redução de procedimentos eletivos, verificou-se queda expressiva de sinistralidade, atingindo os mínimos de 77,4% (média) e 74,5% (mediana).

Gráfico 13 - Sinistralidade Média e Mediana, com e sem efeito de provisões técnicas (%)

Operadoras médico-hospitalares, acumulado em 12 meses



Fonte: ANS/DIOPS e Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar¹⁴

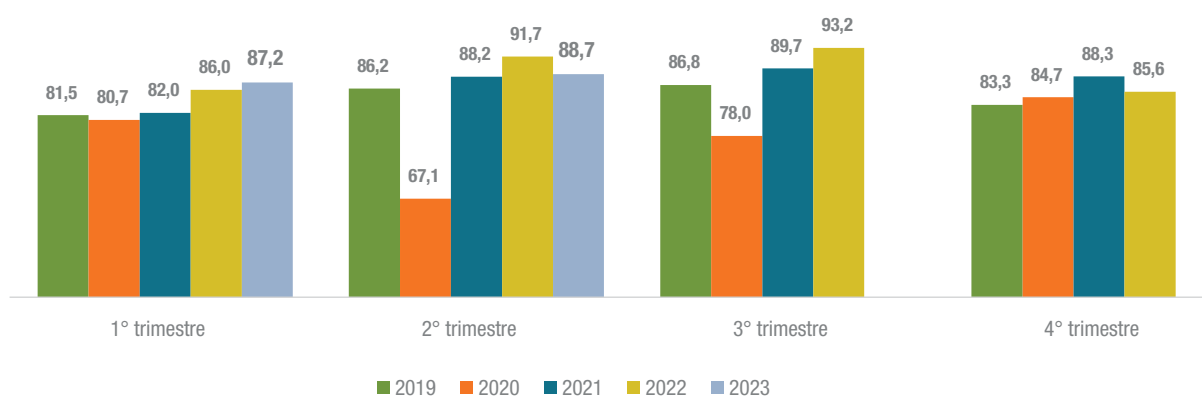
A partir do segundo trimestre de 2021, nota-se um crescimento ininterrupto nos dois indicadores até o terceiro trimestre de 2022. Nos três trimestres mais recentes, nota-se estabilização da sinistralidade média e uma sinistralidade mediana em queda, atingindo no último período o menor valor desde o terceiro trimestre de 2021, 2 p.p. inferior ao mesmo período do ano anterior. Ao longo da série histórica a média apresenta patamar superior à mediana, indicando maior sinistralidade das maiores operadoras, comportamento reforçado no último trimestre disponível. A análise do comportamento das receitas e despesas assistenciais mais adiante detalhará os fatores que influenciaram a performance da sinistralidade ao longo do período.

Vale destacar que parte do aumento da sinistralidade observada em 2021 e 2022 está associada a aumento na constituição das provisões técnicas, conforme pode-se observar nas linhas pontilhadas do gráfico 13. Durante os anos de 2021 e 2022, as operadoras passaram a constituir, de maneira escalonada, as provisões de insuficiência de contraprestações/prêmios (Pic) e para eventos ocorridos e não avisados oriundos do SUS (Peona-SUS). Como a variação das provisões técnicas é um redutor de receita que impacta diretamente na sinistralidade e tais provisões começaram a ser reconhecidas a partir de 2021 e foram integralmente reconhecidas ao fim de 2022, parte do aumento da sinistralidade deve-se a uma base de comparação suprimida.

O gráfico 14 mostra a evolução da sinistralidade média em cada trimestre isoladamente. Essa comparação oferece visão mais imediata do comportamento da sinistralidade e isola a sazonalidade presente na operação de planos de saúde. Nesta visão os anos de 2021 e 2022 apresentaram aumento do indicador em relação a anos anteriores em todos os trimestres, exceto no quarto trimestre de 2022 em relação ao quarto trimestre de 2021. A sinistralidade média do segundo trimestre de 2023 apresentou queda relevante quando comparada à do segundo trimestre do ano anterior – 3p.p., se aproximando do patamar encontrado em 2021.

■ Gráfico 14 - Sinistralidade média no trimestre (%)

Operadoras médico-hospitalares



Fonte: ANS/DIOPS e Painel Contábil da Saúde Suplementar¹⁵.

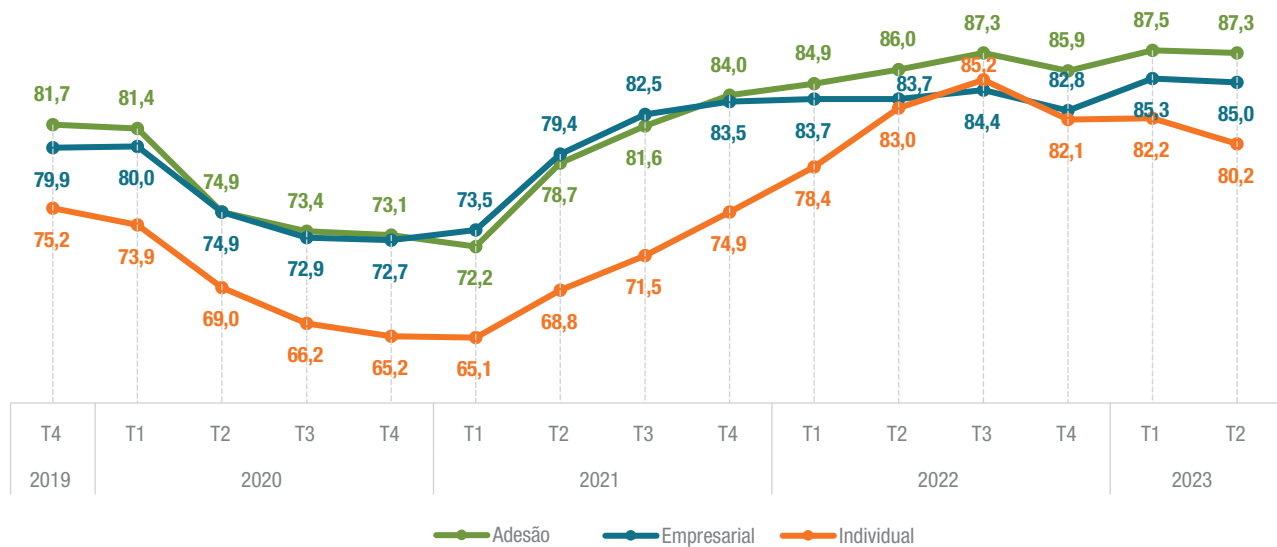
Quando a avaliação da sinistralidade média é feita por tipo de contratação (individual, empresarial e por adesão), observa-se que o indicador por carteira difere da sinistralidade média geral em alguns aspectos-chave. Ele reflete a sinistralidade da carteira própria da operadora (i.e., excluindo-se valores de corresponsabilidade que tratam de despesas e receitas assistenciais incorridas no atendimento a carteiras de outras operadoras) dos planos de cobertura médico-hospitalar regulamentados, com formação de preço preestabelecida, e desconsidera os efeitos de provisões e de tributos diretos.

No gráfico 15, nota-se que a queda da sinistralidade no período afetado pela pandemia, já observada na visão agregada do setor, ocorreu nos três tipos de contratação com magnitudes similares: entre 7 e 10 pontos percentuais (pp) de queda entre o quarto trimestre de 2019 e o primeiro trimestre de 2021. Desde então, o indicador aumentou, sucessivamente, em todas as contratações, mas de forma mais acentuada na carteira individual, que observou aumento de quase 20 pp entre o primeiro trimestre de 2021 e o terceiro trimestre de 2022. Nesse período, o indicador atingiu seu percentual máximo sem, no entanto, superar a sinistralidade registrada nos coletivos. Nos coletivos, o aumento foi mais acelerado ao longo de 2021. O segmento empresarial observou certa estabilização da sinistralidade anualizada ao longo de 2022, se mantendo entre 83,7% e 84,8% nos três primeiros trimestres do ano, enquanto o segmento adesão manteve tendência de alta.

15 Painel Contábil da Saúde Suplementar publicado trimestralmente na sessão de painéis dinâmicos da página de [Dados e Indicadores do Setor](#) no site da ANS.

Gráfico 15 - Sinistralidade da carteira própria por tipo de contratação (%)

Carteira de planos médico-hospitalares, acumulado em 12 meses



Fonte: ANS/DIOPS

Notas: Sinistralidade média agregada, desconsiderando provisões e tributos diretos.

Apenas planos regulamentados com formação de preço preestabelecida.

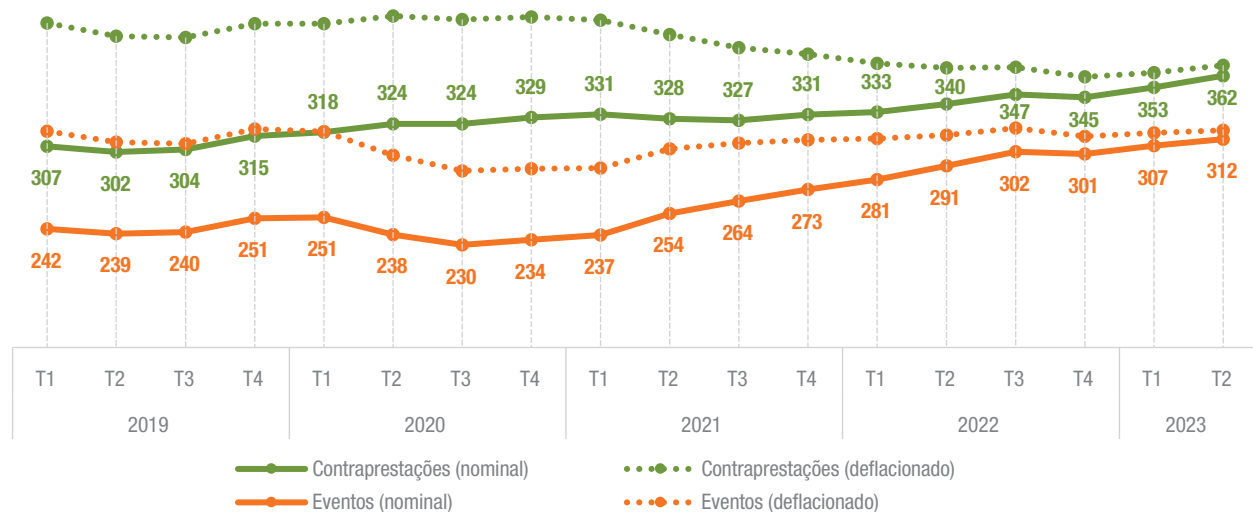
Todos os segmentos apresentaram queda na sinistralidade no quarto trimestre de 2022 da ordem de 2 pp comparado ao trimestre anterior. Em 2023, enquanto os segmentos adesão e empresarial apresentam certa estabilidade, o individual mostrou queda relevante no indicador: 2,8 p.p. em relação ao ano anterior, atingindo o mínimo desde o primeiro trimestre de 2022.

Receitas e Despesas Assistenciais

O gráfico 16 apresenta a evolução trimestral das contraprestações (receitas assistenciais) e eventos (despesas assistenciais) *per capita* acumulados em 12 meses, em valores nominais e em valores reais (descontada a inflação). Esses índices compõem o indicador de sinistralidade, sendo importante analisá-los separadamente para compreender sua evolução.

Gráfico 16 - Contraprestações e Eventos *per capita*, valores nominais e deflacionados (R\$/mês)

Operadoras médico-hospitalares, acumulado em 12 meses



Fonte : ANS/DIOPS, ANS/SIB, SIDRA/IBGE e Painel Contábil da Saúde Suplementar¹⁶

Notas:

Total de contraprestações e eventos dos últimos 12 meses, exceto tributos diretos e variações de provisões técnicas, dividido pela soma de beneficiários nos últimos 12 meses.

Valores deflacionados correspondem a valores nominais, descontada a inflação medida pelo IPCA.

Apenas planos com formação de preço preestabelecida.

A relação entre os valores nominais de receitas e despesas do gráfico 16 define o patamar de sinistralidade apresentado nos gráficos anteriores. Analisando-se a evolução das contraprestações e dos eventos *per capita* ambos apresentaram comportamento semelhante, crescendo lentamente ao longo dos cinco primeiros trimestres da série, de janeiro de 2019 a março de 2020. Nos quatro trimestres seguintes, as medidas de distanciamento social para enfrentamento da pandemia de COVID-19 causaram uma redução em procedimentos eletivos e consequente queda expressiva das despesas com eventos assistenciais *per capita* que perdurou até o primeiro trimestre de 2021. Como as contraprestações ficaram relativamente estáveis nesse período, a redução da sinistralidade foi motivada pela queda das despesas assistenciais.

A partir do primeiro trimestre de 2021, com o relaxamento das medidas de distanciamento social, nota-se um crescimento da despesa de eventos *per capita*, voltando a patamares próximos ao período pré-pandemia a partir do segundo trimestre de 2021. Os dados observados sobre frequência de utilização de serviços de saúde na seção de Assistência à Saúde desta publicação indicam que houve retomada gradativa na utilização ao longo de 2021. De fato, a frequência de utilização superou os níveis de 2019 somente a partir do segundo trimestre de 2022 (gráfico 6). Esses dados sugerem que a variação de despesas assistenciais em 2021 foi mais influenciada por um aumento do custo médio por procedimento do que pela frequência de utilização de serviços de saúde.

16 Painel Contábil da Saúde Suplementar publicado trimestralmente na sessão de painéis dinâmicos da página de [Dados e Indicadores do Setor](#) no site da ANS

Em termos nominais, o gráfico 16 demonstra que a despesa assistencial *per capita* mensal de 2022 aumentou 10% comparada a 2021, encerrando o ano em R\$ 301 contra R\$ 273. Já no segundo trimestre de 2023, identifica-se uma variação de 1,6% em relação ao primeiro trimestre de 2023 e de 7,2% em relação ao mesmo período do ano anterior. Como já visto no gráfico 7 a quantidade de procedimentos realizados por beneficiário aumentou em todos os trimestres de 2022 em relação a 2021. A variação dos preços médios dos eventos para as operadoras não foi objeto de avaliação, mas o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA¹⁷), que mede a variação média de preços dos desembolsos diretos realizados por consumidores, apontou aumentos de 13,52% em produtos farmacêuticos, 7,97% em serviços médicos e dentários e de 7,05% em serviços laboratoriais e hospitalares no ano de 2022.

Em termos reais, a despesa de eventos *per capita* não teve variações expressivas no ano de 2022 e nos dois primeiros trimestres de 2023. Ao final de 2022, o aumento foi de 1%, descontada a inflação, comparado aos doze meses de 2021 (gráfico 16).

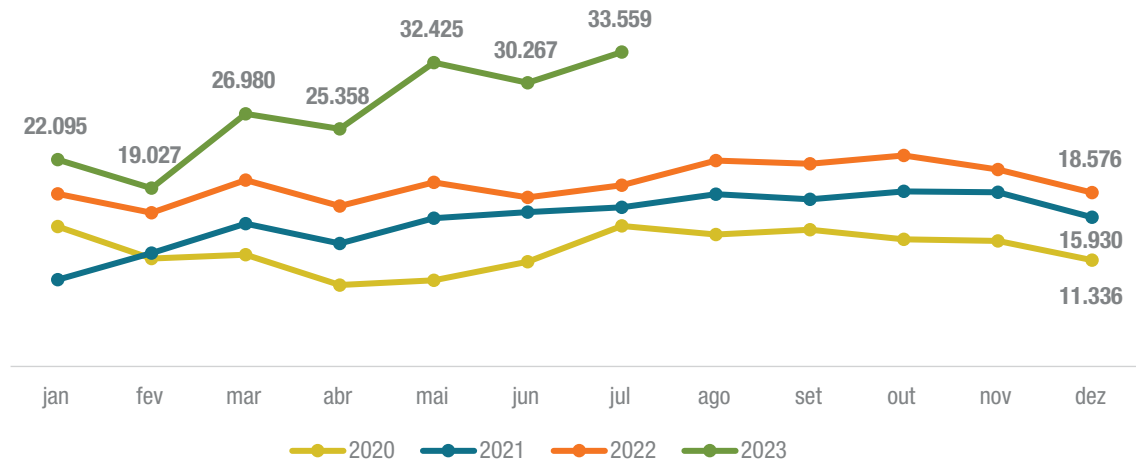
Já a receita de contraprestações *per capita* apresentou queda em termos reais a partir do primeiro trimestre de 2022 (gráfico 16). Já a partir do quarto trimestre de 2022, parece-se formar uma reversão desta tendência, com aumento nos últimos dois trimestres, ainda que se encontre em patamares afastados dos máximos encontrados na série histórica analisada, indicando que o aumento da sinistralidade se deu principalmente pela não recomposição das receitas em termos reais. Como explicado anteriormente, parte da redução observada em 2021 e 2022 se deve ao início da constituição de provisões técnicas. Outro fator importante é o lapso temporal entre a apuração e a aplicação dos reajustes nos contratos que cria um hiato entre o aumento das despesas e a recomposição de receita de contratos renovados.

5 INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DO CONSUMIDOR

As informações apresentadas nesta seção referem-se ao acompanhamento mensal das reclamações registradas junto aos canais de atendimento da ANS. O gráfico 17 apresenta a evolução das reclamações tratadas por meio na Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), tanto as assistenciais como as não assistenciais.

17 [SIDRA/IBGE](#), Tabela 7060: IPCA - Variação mensal, acumulada no ano, acumulada em 12 meses e peso mensal, para o índice geral, grupos, subgrupos, itens e subitens de produtos e serviços

■ **Gráfico 17 - Evolução de reclamações NIP (assistencial e não assistencial)**



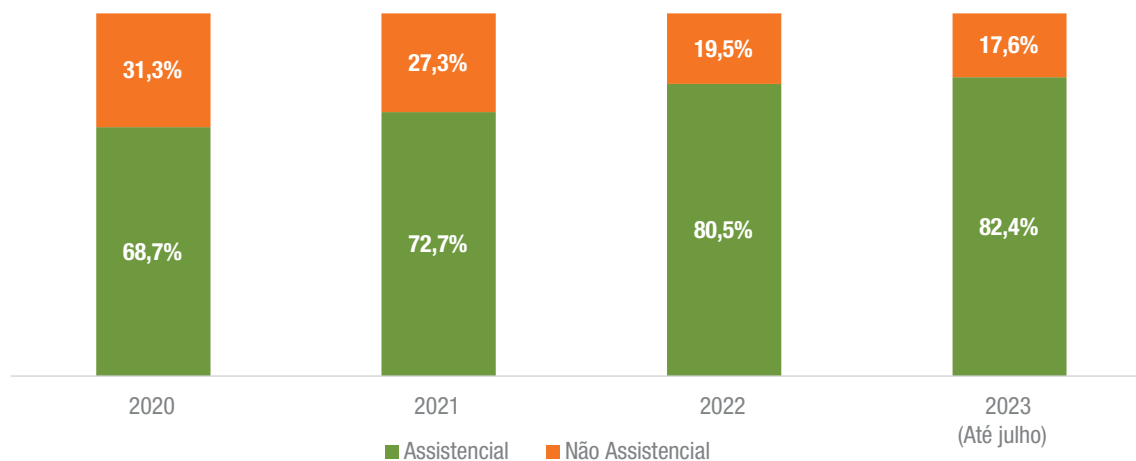
Fonte: Sistema Integrado de Fiscalização (SIF/ANS), de janeiro de 2020 a julho de 2023.

O aumento de reclamações cadastradas na ANS, sobretudo em 2023, tem sido objeto de olhar atento da Diretoria Colegiada da ANS, e as questões informadas pelos consumidores têm contribuído para a realização do Projeto-Piloto das Ações Planejadas Focais de Fiscalização. Estas Ações somam-se a outras iniciativas da ANS, que, como a NIP, adotam a regulação indutora. O objetivo é corrigir os problemas na origem, incentivando o exercício da autorregulação pelas operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, através da identificação das suas causas e a adoção de medidas para a adequação ou correção de questões operacionais, e posterior acompanhamento pela ANS.

Natureza das demandas

As demandas de natureza assistencial têm tido um peso cada vez mais relevante, representando 68,7% (em 2020), 72,7% (em 2021), 80,5% (em 2022) e 82,4% (em 2023, até julho) do total de reclamações NIP cadastradas na ANS (gráfico 18).

■ **Gráfico 18 - Distribuição percentual de reclamações NIP por natureza das demandas**



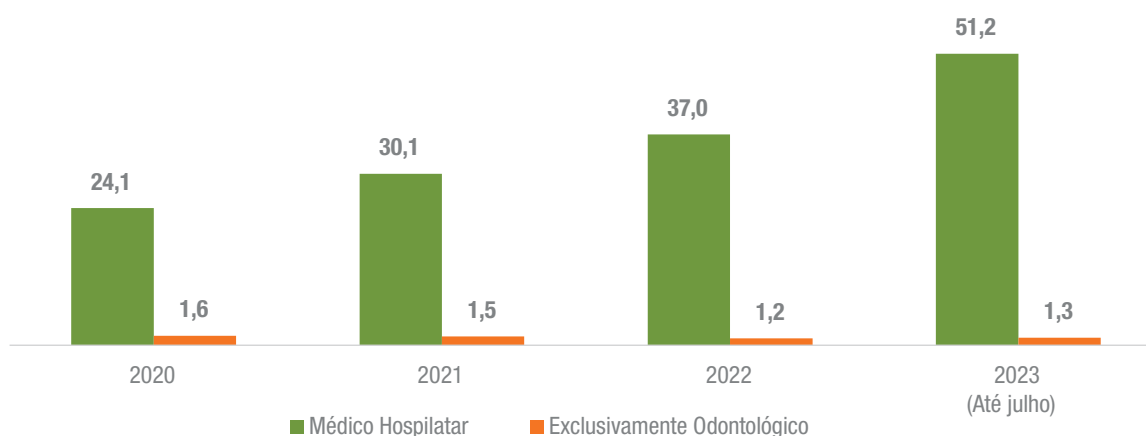
Fonte: Sistema Integrado de Fiscalização (SIF/ANS), de janeiro de 2020 a julho de 2023.

Índice Geral de Reclamações (IGR)

Em linhas gerais, o Índice Geral de Reclamações (IGR)¹⁸ apresenta aumento ano a ano para planos de assistência médica e redução para planos de cobertura exclusivamente odontológica. Importante destacar que o índice apresenta uma relação inversamente proporcional à satisfação dos beneficiários. Ou seja, quanto menor o valor do IGR, maior é a satisfação dos beneficiários com as operadoras. Além disso, é importante destacar que o IGR não é calculado para as Administradoras de Benefícios.

O gráfico 19, abaixo, mostra que, em média, os planos de assistência médica tiveram 51,2 reclamações para cada 100 mil beneficiários enquanto, os planos exclusivamente odontológicos tiveram em média 1,3 reclamação para a mesma quantidade de beneficiários nos primeiros 7 meses de 2023.

■ **Gráfico 19 – Índice Geral de Reclamações (IGR) por 100 mil beneficiários, por cobertura assistencial**



Fonte: Sistema Integrado de Fiscalização (SIF/ANS) e Sistema de Informação de Beneficiários (SIB/ANS), de janeiro de 2020 a maio de 2023.

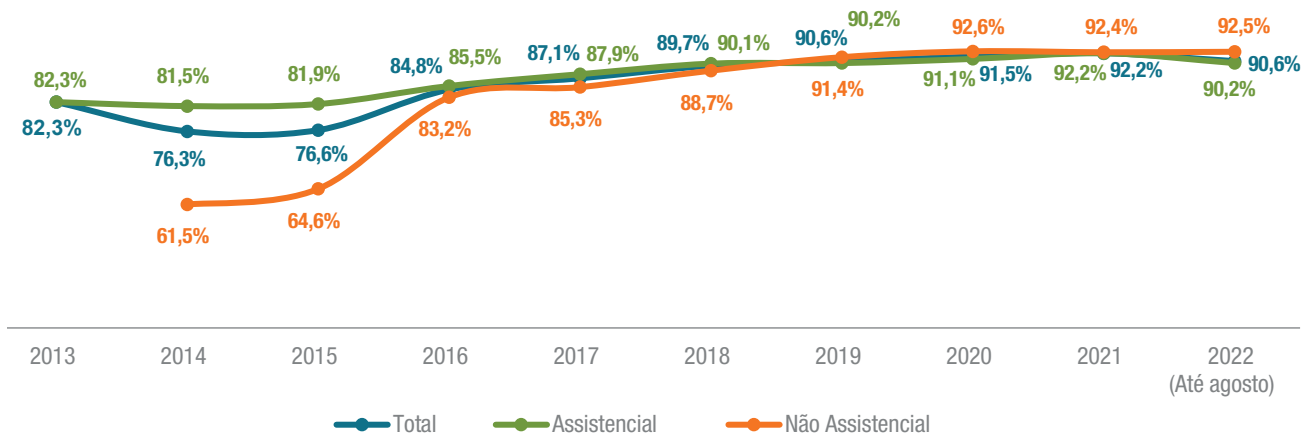
Taxa de Resolutividade (TR)

Entre os meses de janeiro de 2020 e agosto de 2022, a Taxa de Resolutividade (TR)¹⁹ da mediação de conflitos feita pela ANS por meio da NIP, tanto assistencial quanto não assistencial, alcançou índices superiores a 90%, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período que foram passíveis de mediação (gráfico 20).

18 <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTFhZkZkNDEtNGM1MC00MTg5LWl3NGMtNDQ1YjcwZGM3NjEzIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctND-JmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

19 <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNzc3NzZkMTUzZGFkOC00OTIzLWl3NzgtNjM1ZjMzNmVjYjAyIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctND-JmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

Gráfico 20 - Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais)



Fonte: Sistema Integrado de Fiscalização (SIF/ANS), de janeiro de 2013 a agosto de 2022.

6 PROGRAMAS E PROJETOS DA ANS

Certificação em Atenção Primária à Saúde (APS)

A Certificação em Atenção Primária à Saúde (APS) é a primeira iniciativa do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde e propõe um modelo inovador para reorganização da rede de atenção à saúde com base nos cuidados primários de saúde. Sua previsão normativa encontra-se na RN 506/2022, alterada pela RN 572/2023.

A metodologia está descrita no Manual de Certificação em Atenção Primária, lançado em dezembro de 2019, e conta com 7 requisitos e 63 itens de verificação. A proposta é induzir a qualificação e a reorganização da rede de atenção das operadoras de forma que a APS seja a principal porta de entrada do paciente no sistema de saúde por meio da certificação. Além disso, a metodologia prevê que a APS seja a coordenadora do cuidado, orientando a trajetória do paciente na rede, nos vários níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

A iniciativa é baseada nos principais atributos de estruturação dos cuidados primários em saúde previstos na literatura científica nacional e internacional: acolhimento, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2001).

O programa é de adesão voluntária e prevê a concessão de certificado às operadoras de planos de saúde que cumprirem requisitos pré-estabelecidos nessa estratégia. Além disso, o programa não está voltado a um ou mais produtos da operadora, nem se confunde com a oferta de um benefício. O programa foi desenhado para uma operadora, estabelecendo uma cobertura populacional mínima de acordo com seu porte.

As operadoras que certificadas em APS continuam tendo todas as obrigações previstas na Lei 965/98 e sua regulamentação, tais como: oferecer as coberturas previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde, garantir os tempos de atendimento, cumprir regras para substituição e descredenciamento de rede e as demais obrigações contratuais.

Para obter o certificado, as operadoras devem buscar uma Entidade Acreditadora reconhecida pela ANS para realizar a auditoria de acordo com as regras do Programa. Estão previstos três níveis de certificação: básica, intermediária e plena, a depender da abrangência populacional e da pontuação obtida nos requisitos previstos para certificação.

Atualmente existem cinco operadoras certificadas em APS cujos benefícios potenciais podem ser avaliados pela ampliação do acesso a médicos generalistas; a vinculação de pacientes com condições crônicas complexas a coordenadores do cuidado; a redução de idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência; a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária e a ampliação da proporção de pessoas que fazem uso regular de um mesmo serviço de saúde.

Quadro 1 – Operadoras certificadas em Atenção Primária à Saúde, set/2022

Registro da operadora	Operadora	Nível de Certificação	Área de atenção	Operadora a creditada pelo Programa de Acreditação de Operadoras*	Nota de desempenho da Operadora no IDSS 2022 (ano-base 2021)
303356	Unimed Litoral Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.	Nível I	Saúde da Criança Saúde da Mulher Saúde do Adulto e Idoso Saúde Mental	Sim. Nível I	1,0
354295	Unimed Chapecó Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense	Nível I	Saúde da Mulher Saúde do Adulto e Idoso	Sim. Nível I	1,0
384577	Unimed Uberlândia Cooperativa Regional de Trabalho Médico	Nível III	Saúde da Mulher Saúde do Adulto e Idoso	Não	1,0
320862	Unimed de Paranavaí Cooperativa de Trabalho Médico	Nível II	Saúde do Adulto e Idoso	Não	0,7165
303267	Unimed de Jundiá Cooperativa de Trabalho Médico	Nível III	Saúde do Adulto e Idoso	Não	0,9434

Fonte: ANS, 2023.

Note-se que todas as 5 operadoras certificadas em APS são de pequeno porte (com menos de 100 mil beneficiários), e apresentaram bom desempenho no Programa de Qualificação das Operadoras (PQO) com Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) acima 0,7 em 2021, sendo que 3 operadoras obtiveram nota máxima no IDSS e uma obteve nota acima de 0,9.

Destaca-se que das 5 operadoras certificadas em APS, duas também são Acreditadas pelo Programa de Acreditação Operadoras no nível máximo, demonstrando seus esforços para terem reconhecida sua competência.

Todas as 5 investem em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, com ao menos um programa aprovado pela ANS, totalizando 32 programas.

Projeto Cuidado Integral à Saúde

Com o objetivo de subsidiar a implantação de projetos-piloto em APS na saúde suplementar e apoiar as operadoras a se prepararem para uma futura certificação, a ANS estabeleceu uma parceria com o Institute for Healthcare Improvement, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, que conta com 15 operadoras e serviços de APS participantes.

Com adoção da APS pelas operadoras, a ANS busca oferecer um modelo de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial do setor, caracterizado principalmente pela fragmentação e descontinuidade do cuidado. A APS é, reconhecidamente, um modelo mais efetivo no cuidado das condições de saúde mais frequentes; melhora a adesão e organiza o itinerário terapêutico dos pacientes. Ademais, pode reduzir custos desnecessários e melhorar os desfechos em saúde.

7 ASPECTOS NORMATIVOS E LEGAIS

Arcabouço normativo

No segundo trimestre de 2023, foram publicados quatro novos normativos, sendo duas Resoluções Normativas referentes a alterações no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS; e mais a RN nº 579, com simplificações sobre o rito do processo sancionador; e a RN nº 580, sobre alterações nas regras sobre o uso do Programa Transmissor de Arquivos – PTA para envio das bases da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), dos Comunicados de Reajustes de Planos Coletivos (RPC) e do Sistema de Informações de Produtos (SIP).

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

De abril a junho de 2023, duas novas Resoluções Normativas com atualização do Rol foram publicadas, e três novas tecnologias foram incorporadas (tabela 2).

■ **Tabela 2 - Tecnologias incorporadas no Rol de procedimentos da ANS, por grupo, 2022-2023**

Grupo	2022	2023 (1º trimestre)	2023 (2º trimestre)
Terapia antineoplásica oral	19	1	3
Terapia imunobiológica e outras terapias para infusão	9	4	-
Testes diagnósticos (laboratoriais e de imagem)	7	2	-
Procedimentos	6	-	-
Total	41	7	3

Fonte: GGRAS/DIPRO/ANS, 2023

Alterações no marco legal da Saúde Suplementar (Lei 9.656/1998)

Lei nº 14.538

Em março de 2023, foi sancionada a Lei nº 14.538, que alterou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para assegurar às pacientes a substituição do implante mamário utilizado na reconstrução mamária ou na simetrização da mama contralateral sempre que ocorrerem complicações ou efeitos adversos a ele relacionados, bem como assegurar às pacientes acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado na hipótese que especifica. Esta Lei, publicada em 03 de abril de 2023, entrou em vigor após decorridos 90 (noventa) dias.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



**Formulário
Eletrônico**
www.gov.br/ans



**Atendimento presencial
em Núcleos da ANS**
Acesse o portal e
confira os endereços



**Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos**
0800 021 2105



[ans.regulador](https://www.facebook.com/ans.regulador)



[@ANS_regulador](https://twitter.com/ANS_regulador)



[company/ans_regulador](https://www.linkedin.com/company/ans_regulador)



[@ans.reguladora](https://www.instagram.com/ans.reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

