

PANORAMA

Saúde Suplementar

Rio de Janeiro - v.9 – nº 11 | junho 2026 – 1º trimestre 2026





© 2025 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>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
ANS Diretoria de Gestão – DIGES
Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SECEX/PRESI
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20021-040 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel: +55 (21) 2105-0000
Disque-ANS: 0800 701 9656
www.gov.br/ans

DIRETORIA COLEGIADA – DICOL

Diretor-Presidente e Diretor de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Wadih Nemer Damous Filho

Diretora de Gestão Interina - DIGES

Carla de Figueiredo Soares

Diretora de Fiscalização – DIFIS

Eliane Aparecida de Castro Medeiros

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Jorge Antônio Aquino Lopes

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Lenise Barcellos de Mello Secchin

EQUIPE TÉCNICA:

Andrey Corrêa, Juliana Machado, Daniel Sasson, Rosana Neves
Isabella Eckstein, Angela De Marchi, Carolina Hilal, Marcos Pinheiro, Marcio Nunes de Paula, Pedro Villela, Fernanda de Castro Souza, Sanya Franco Ruela, Gislaine Afonso de Souza, Marly Corrêa Peixoto, Ana Cecília Faveret, Jacqueline Torres, Kátia Audi, Aline Pilar, José Felipe Riani, Raquel Lisboa, Rosilene Santos, Adriana Bion, Angela Lugão Luiz Vieira, Flavia Tanaka, Maria Tereza Pasinato, Sophia Fukayama, Graziela Scalercio, Lalucha Parizek, Cátia Mantini, Maria Rachel Jasmim, Flavia Marques de Souza, Flávio Alcoforado, Alexandre Fiori, Leonardo Fernandes Ferreira, Nina Zander, João Franco Rabelo Saraiva, Cláudia Akemi Ramos Tanaka, Rodolfo Cunha, Marluce Cristina Iotte de Almeida Chrispim, Frederico Yasuo Noritomi, Cristiano dos Reis Moura, Daniele Silveira, Claudia Zouain, Mirella Amorim, Iola Vasconcelos Robson Faria, Fabio Kazuo, Michela Feitosa, Vanessa Maria Gomes de Carvalho, Sonia Marinho, Bruno Ramalho, Tatiana Pereira, Bruno Cortat.

PROJETO GRÁFICO:

Gerência de Comunicação Social (GCOMS/SECEX/PRESI)

NORMALIZAÇÃO:

Sergio Pinheiro Rodrigues (CGDOP/GEQIN/DIGES)

Ficha Catalográfica

A265b Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
Boletim panorama: saúde suplementar. v. 9 n. 11, dados de dezembro de 2025 e 1º semestre de 2026.
11 ed. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2026.
4,1Mb; ePub.
1. Saúde suplementar. 2. Dados em saúde. 3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 3. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. I. Título.

CDD 302.23

APRESENTAÇÃO

O primeiro Panorama da Saúde Suplementar de 2026 apresenta uma reformulação editorial, trazendo mais infográficos e análises do setor. Com dados de dezembro de 2025, e outros mais recentes, do primeiro semestre de 2026, a publicação ressalta a qualificação do setor de planos de saúde, evidenciada pelo bom desempenho nos programas de qualificação tanto de operadoras quanto de prestadores de serviços de saúde.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Programa de Acreditação de Operadoras registrou crescimento superior a 39% entre dezembro de 2024 e dezembro de 2025, com o número de operadoras acreditadas passando de 21 para 29. Além da expansão do programa, os resultados indicam melhor desempenho dessas operadoras nos indicadores de qualidade do setor: no IDSS 2025 (ano-base 2024), 75% das operadoras acreditadas apresentaram desempenho acima da média, destacando-se em 18 dos 22 indicadores avaliados, nos quais obtiveram resultados superiores aos das operadoras não acreditadas.

Em relação à qualificação hospitalar, em 2025 o setor contava com aproximadamente 412 hospitais gerais acreditados que atuam na saúde suplementar dos quais 270 hospitais participavam do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-Qualiss), o que representa cerca de 65,5% dos hospitais acreditados inseridos no programa.

Com relação às operadoras, o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) também apresenta resultados positivos. No mesmo ano, a nota média do setor foi de 0,7930, em uma escala de zero a um, o que indica que aproximadamente 75% das operadoras apresentaram bom desempenho.

Quanto à satisfação dos beneficiários dos planos privados de saúde, o Índice Geral de Reclamações mostra que os planos de assistência médico-hospitalar registraram, em 2024, uma média de 58,2 reclamações por 100 mil beneficiários. Em 2025, esse indicador caiu para 49,6, o que representa uma redução de aproximadamente 14,8% em relação ao ano anterior.

Outro destaque desta edição do Panorama é que, em 2026, até o mês de junho, cerca de R\$ 39,8 milhões em dívidas de ressarcimento ao SUS foram revertidos em ações de cuidado integral e cirurgias eletivas no país. Destaca-se ainda que, em 2025, foram repassados aproximadamente R\$ 977 milhões ao Fundo Nacional de Saúde.

O Panorama também evidencia a expansão do setor, que no período de abril de 2025 a abril de 2026 registrou crescimento de 1,61% ao ano nos planos de assistência médica e de 3,46% nos planos odontológicos, sendo que os planos coletivos empresariais concentram mais de 70% dos beneficiários da saúde suplementar.

Além disso, o crescimento do setor foi observado em 23 das 27 Unidades da Federação, com destaque para o aumento percentual dos planos médico-hospitalares no Distrito Federal (6,22%) e dos planos odontológicos em Santa Catarina (8%).

Os dados de receitas e despesas indicam que o setor movimentou R\$ 344,6 bilhões em receitas provenientes de mensalidades dos beneficiários e R\$ 276,9 bilhões em despesas

assistenciais, resultando em um lucro líquido acumulado de R\$ 24,4 bilhões. Nesse período, foram realizados cerca de 2,01 bilhões de procedimentos médico-hospitalares e odontológicos.

Sempre atenta à transparência de informações, a ANS publicará seis novos conjuntos de dados abertos entre 2026 e 2028, agregando aos 62 conjuntos já publicados a possibilidade de pesquisa e acesso social aos dados produzidos.

Mantendo seu compromisso com a transparência, a ANS publicará, entre 2026 e 2028, seis novos conjuntos de dados abertos, ampliando o acesso da sociedade às informações produzidas pela Agência e fortalecendo o controle social.

Boa leitura!

SUMÁRIO

1 PANORAMA GERAL DO SETOR	7
2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE	11
2.1 VARIAÇÃO DE VALORES DE DESPESAS MÉDIAS DE EVENTOS ASSISTENCIAIS	12
3 EXPERIÊNCIA DO CONSUMIDOR: RECLAMAÇÕES E RESOLUÇÃO	13
3.1 EVOLUÇÃO DAS RECLAMAÇÕES NIP	13
3.2 ÍNDICE GERAL DE RECLAMAÇÕES (IGR): COMO ESTÁ A SATISFAÇÃO DOS CONSUMIDORES?	15
3.3 TAXA DE INTERMEDIÇÃO RESOLVIDA (TIR): SOLUÇÃO EM 76,3% SEM SANÇÃO ADMINISTRATIVA NOS MESES INICIAIS DE 2026	16
3.4 AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO PLANEJADA	17
4 SUSTENTABILIDADE DO SETOR	19
4.1 EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS	20
4.2 SINISTRALIDADE	20
4.3 RECEITAS E DESPESAS ASSISTENCIAIS	22
5 INTEGRAÇÃO COM O SUS	23
5.1 IMPORTÂNCIA ESTRATÉGICA	25
5.2 UTILIZAÇÃO DA REDE SUS POR BENEFICIÁRIOS	25
5.3 PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS	29
6 QUALIDADE E MODELOS ASSISTENCIAIS	31
6.1 DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: NOTAS RECORDES NO SETOR	31
6.2 EVOLUÇÃO DA QUALIDADE REGULATÓRIA	32
6.3 DESAFIOS NO ACESSO	33
7 TEMA ESPECIAL DA EDIÇÃO	34
7.1 ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS	34
7.2 MELHOR DESEMPENHO DAS OPERADORAS ACREDITADAS NO IDSS	35
7.3 RELAÇÃO COM O CONSUMIDOR	38
7.4 RESULTADO LÍQUIDO DAS OPERADORAS ACREDITADAS	39
7.5 HISTÓRICO	39
8 DADOS E TRANSPARÊNCIA	40

1 PANORAMA GERAL DO SETOR

O setor demonstra expansão contínua, resultados financeiros positivos e uma integração estratégica inovadora entre os sistemas público e privado

Os grandes números do setor são apresentados na figura 1, a seguir, trazendo um compilado de informações de diversos sistemas de informações da ANS, de acordo com as últimas atualizações disponíveis. A quantidade de vínculos de beneficiários e operadoras, por tipo de assistência – médico-hospitalar ou odontológica, referem-se ao mês de abril de 2026. Já a variação percentual de beneficiários refere-se ao período de 1 ano (abr/2025 a abr/2026). O total de procedimentos, oriundos do Sistema de Informações de Produtos (SIP), referem-se ainda ao ano de 2024. Apresenta-se também o total em Reais de receitas de contraprestações e despesas assistenciais em 2025.

■ Figura 1 - Panorama Geral do Setor de Saúde Suplementar

Beneficiários e Tendências (Abril/2026)



PERFIL DE CONTRATAÇÃO

Coletivos empresariais
Médico: 73,1%
(37,7M pessoas)



Coletivos empresariais
Odontológico: 74,9%
(25,0M pessoas)



O BRASIL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

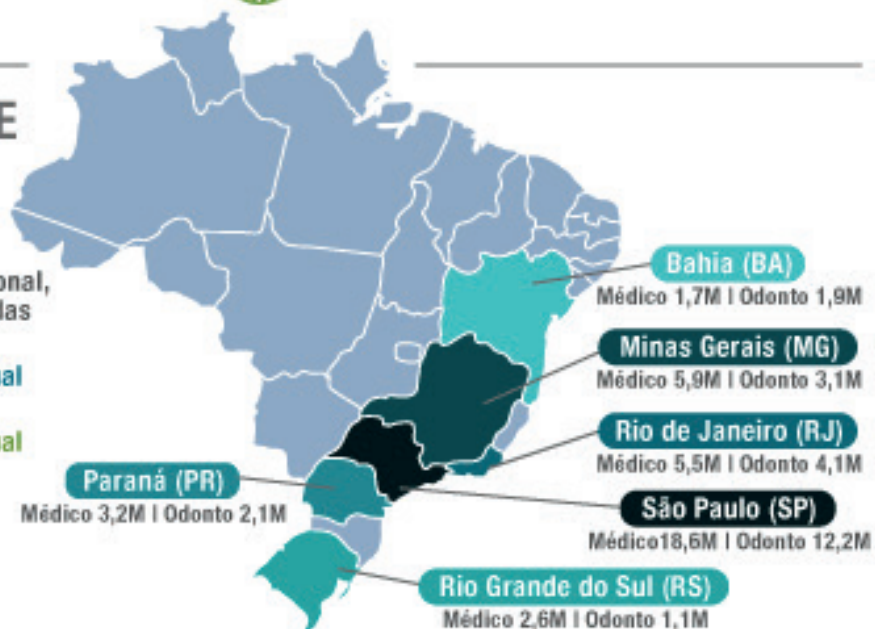
(Dados por Estado, abr/2026)

► Crescimento no território nacional, registrado em pelo menos 23 das 27 Unidades Federativas.

► **Lider de Crescimento Percentual Médico: DF (6,22%)**

► **Lider de Crescimento Percentual Odontológico: SC (8,03%)**

São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais
Maiores mercados em volume total



DINÂMICA DE MERCADO E ROTATIVIDADES

Rotatividade (Adesões vs. Cancelamentos)

Planos de Assistência Médica
(15,8 M de adesões x 15M Cancelamentos)

28,8%

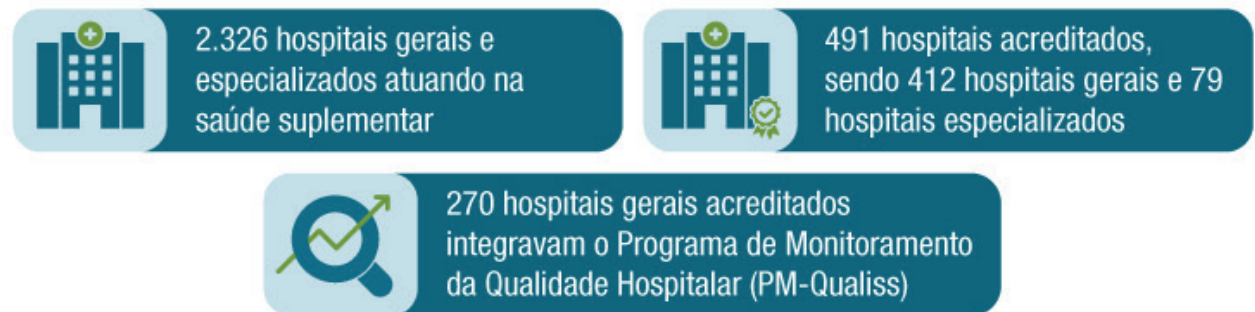
40,7%

Planos de Assistência Odontológica
(15,3 M de adesões x 14,1M Cancelamentos)

Qualidade das Operadoras



Qualidade de Prestadores Hospitalares



Cenário Econômico - 2025

Receitas e Despesas do setor

Receita de Contraprestações:
R\$ 344,6 bilhões



Despesas Assistenciais:
R\$ 276,9 bilhões



R\$ 24,4 bilhões
de Lucro Líquido Acumulado

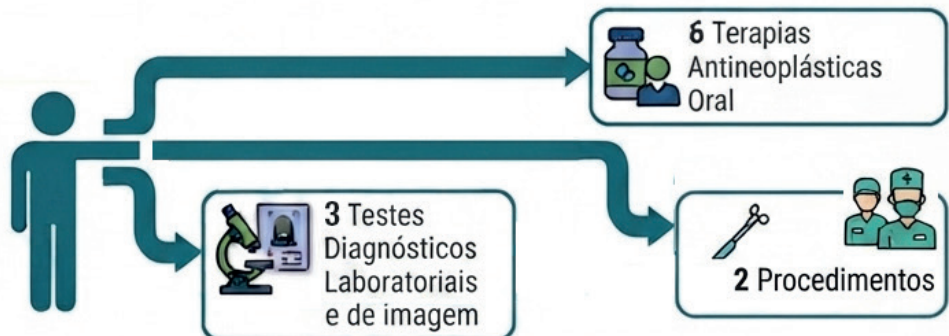


2,01 bilhões

de procedimentos médico-hospitalares e odontológicos

24 novas tecnologias incorporadas ao Rol em 2025

11 novas tecnologias incorporadas ao Rol no 1º trimestre de 2026



Satisfação do Beneficiário



Tendência de Melhora

Melhora na satisfação do consumidor em 2025,



Tendência de Mais Reclamações

porém, com tendência de mais reclamações em 2026.

Índice Geral de Reclamações (IGR) de 49,6 em 2025 e 53,2 de jan a mai de 2026.



Inovação e Integração com o SUS



R\$ 977,60 MILHÕES

repassados ao Fundo Nacional de Saúde em 2025, pelo ressarcimento ao SUS



**Agora tem
ESPECIALISTAS**
Da consulta ao tratamento

R\$ 39,8 MILHÕES

de dívidas foram negociadas e serão revertidas em atendimentos para o SUS, até junho de 2026, representando:



28.520 ofertas
de cuidado integrado



9.904
cirurgias
eletivas

Fonte: ANS/MS (diversos sistemas)

Nota: A Receita de Contraprestações refere-se a contraprestações efetivas.

2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os dados de produção assistencial do setor do ano de 2025 (fonte: Sistema de Informações de Produtos – SIP), correspondentes aos dados agregados por grupo assistencial – consultas médicas, exames, terapias, internações e outros atendimentos ambulatoriais – ficarão disponíveis no painel dinâmico do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, no portal eletrônico da ANS.

O quadro 1 a seguir apresenta o número absoluto de procedimentos ou eventos em saúde realizados no ano de 2025, por grupo assistencial.

■ Quadro 1 – Principais resultados de 2025

Grupo de procedimento ou Evento	Resultados de 2025	Varição 2025 vs. 2024
Consultas médicas	288,7 milhões	+1,5%
Outros atendimentos ambulatoriais	205,7 milhões	+1,8%
Exames ambulatoriais	1,23 bilhão	+3,9%
Terapias ambulatoriais	71,8 milhões	+6,0%

Grupo de procedimento ou Evento	Resultados de 2025	Varição 2025 vs. 2024
Internações	9,9 milhões	+8,9%
Procedimentos odontológicos	203,7 milhões	+6,7%
Total de procedimentos e eventos	2,01 bilhões	+3,7%

Fonte: Sistema de Informações de Produtos - SIP; dados extraídos em 9/6/2026

2.1 Variação de valores de despesas médias de eventos assistenciais

O indicador a seguir apresenta 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. Os dados foram extraídos do banco de dados do Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar). Essa edição do Panorama, atualizada em relação a última publicação, avalia comparativamente dados dos anos 2019 a 2025.

O gráfico 1, a seguir, indica a variação das despesas médias por eventos selecionados.

É possível observar a variação positiva das despesas médias para internações, ano-base 2019, atingindo um pico em 2021, coincidindo com o período da Pandemia da Covid-19, e das medidas de distanciamento social.

As despesas relativas às consultas médicas (39,3%) e aos Serviços Profissionais e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SP/SADT) (45,3%) foram crescentes ao longo de quase todo o período.

As despesas médias com internações, que voltaram a acompanhar o crescimento dos grupos mencionados acima, também apresentaram crescimento em 2025, com uma variação acumulada de 50,5% em relação a 2019.

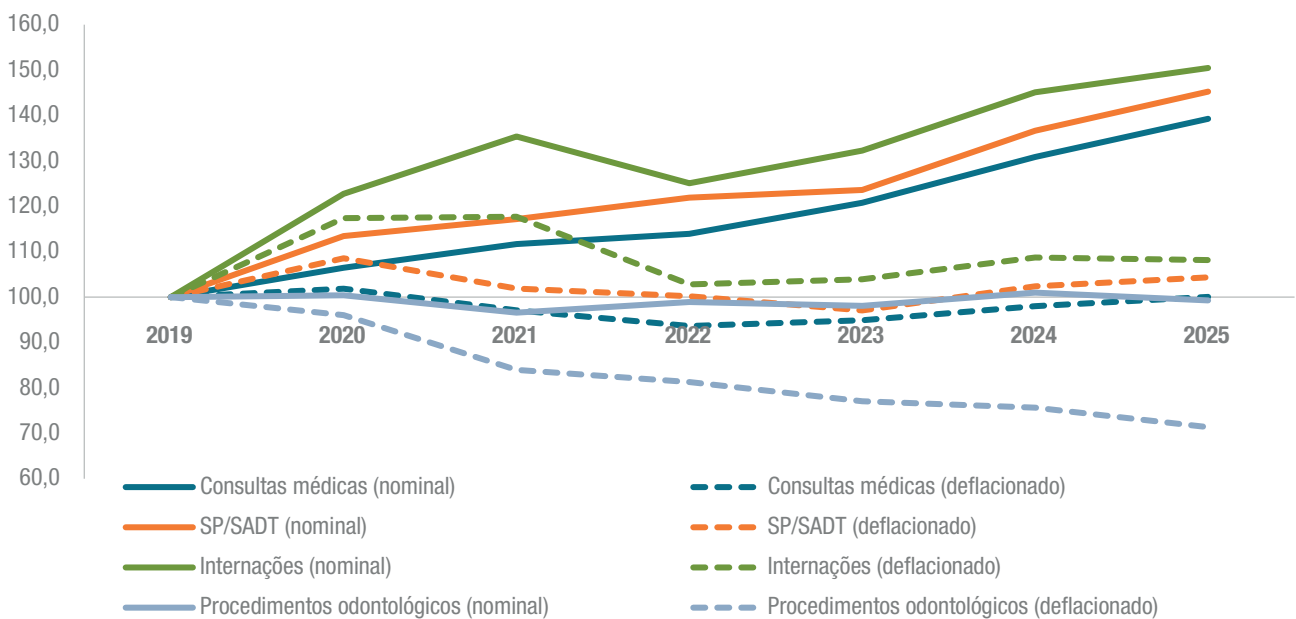
As despesas médias relativas aos atendimentos odontológicos, ao contrário, se mantiveram muito próximas dos níveis de 2019, com uma pequena redução, em 2025 (-0,7%).

Descontado o efeito da inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para mensurar a variação real das despesas médias o comportamento das curvas mostra-se bastante distinto: a maior parte da elevação nominal decorreu da recomposição inflacionária da economia, e não de um aumento efetivo do valor real pago pelas consultas.

Sob a ótica econômica, esse comportamento pode refletir fatores como restrições de reajuste impostas às operadoras e prestadores; pressão inflacionária elevada especialmente entre 2020 e 2022; dificuldade de repasse integral de custos ao setor; aumento do volume assistencial e renegociação de tabelas; mudanças no perfil de utilização dos serviços de saúde após a pandemia.

Assim, embora os valores nominais indiquem crescimento das despesas médias, a análise em termos reais demonstra que o aumento observado apenas compensou a inflação acumulada do período, sem gerar valorização significativa dos procedimentos médico-hospitalares.

**Gráfico 1 - Variação de despesa média por evento ou procedimento
Brasil – 2019-2025**



Fonte: TISS/ANS (abr./2026).

Nota: valores deflacionados: cada valor nominal foi convertido para preços constantes de 2019, ano adotado como base do índice de variação dos valores médios (2019 = 100). O valor real de cada ano corresponde ao valor nominal dividido pelo fator de inflação acumulada medido pelo IPCA entre 2019 e o ano de referência.

3 EXPERIÊNCIA DO CONSUMIDOR: RECLAMAÇÕES E RESOLUÇÃO

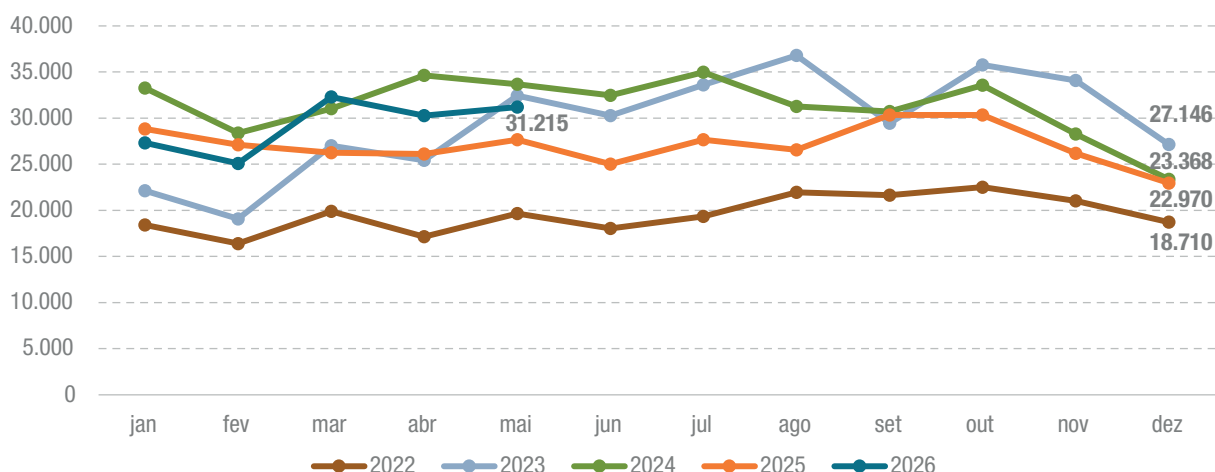
As informações apresentadas nesta seção referem-se ao acompanhamento mensal das reclamações registradas junto aos canais de atendimento da ANS.

São itens de destaque: a evolução das reclamações na Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), a avaliação por natureza das reclamações (assistenciais e não assistenciais), o Índice Geral de Reclamações (IGR) e a Taxa de Intermediação Resolvida (TIR) e as Ações Planejadas de Fiscalização.

3.1 Evolução das reclamações NIP

O gráfico 2 apresenta a evolução das reclamações tratadas por meio na NIP, tanto as demandas de natureza assistencial quanto as de natureza não assistencial. Observa-se que, nos meses de janeiro a maio de 2026, as reclamações NIP cadastradas na ANS apresentaram um comportamento análogo aos anos de 2022 e 2023, porém em um patamar acima.

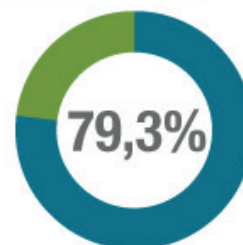
■ Gráfico 2 - Evolução de reclamações NIP (assistencial e não assistencial)



Fonte: Painéis de Fiscalização (ANS) (jan. 2022 a maio 2026).

O que mais incomodou o consumidor de plano de saúde **nos últimos anos**?

O principal problema relatado pelos beneficiários foi a dificuldade de acesso ou impedimento para realizar atendimentos ou procedimentos pelo plano de saúde, como exame, cirurgias e consultas. Em alguns casos, a questão relatada teve origem na dificuldade para contatar as operadoras de planos de saúde ou para obter informações tempestivas e esclarecedoras sobre suas solicitações.

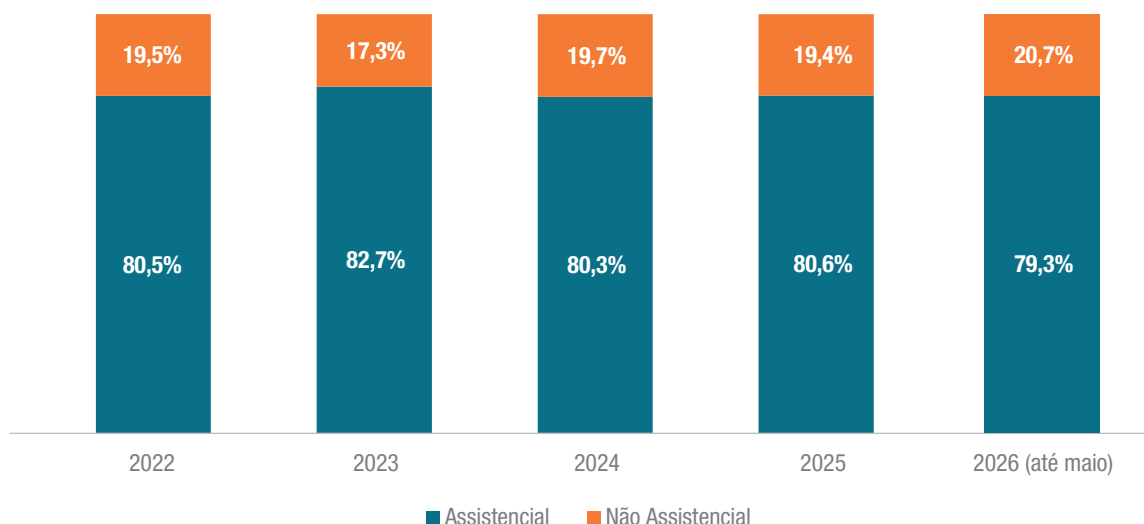


das queixas são assistencial

Sobre essas reclamações de natureza assistencial, os dados (gráfico 3) mostraram que, em 2026 (de janeiro a maio), elas representaram 79,3% do total de reclamações tratadas via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), mantendo um padrão histórico, com índices muito próximos nos anos anteriores: 80,5% em 2022, 82,7% em 2023, 80,3% em 2024 e 80,6% em 2025;

As demais queixas (20,7%, em 2026, até maio – gráfico 3) são classificadas como não assistenciais, envolvendo temas como questões financeiras (reajustes de mensalidade, coparticipação e franquia, entre outras) ou contratuais (rescisão contratual, adesão e portabilidade de carências, por exemplo).

■ Gráfico 3 - Distribuição percentual de reclamações NIP por natureza das demandas



Fonte: Painéis de Fiscalização (ANS) (jan. 2022 a maio 2026).

3.2 Índice Geral de Reclamações (IGR): Como está a satisfação dos consumidores?

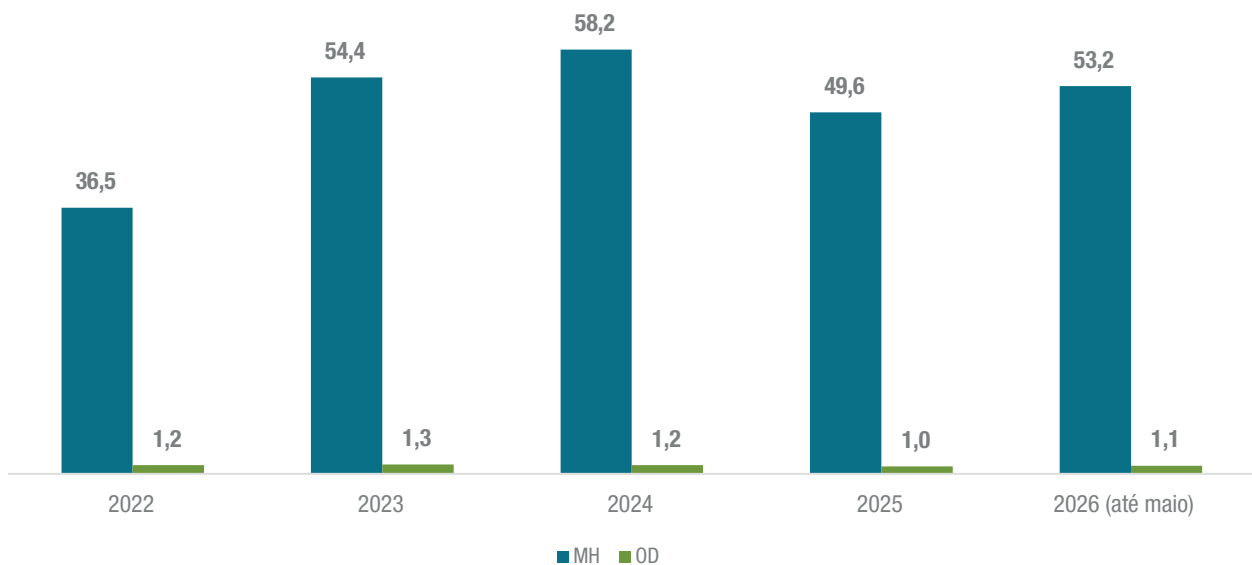
O Índice Geral de Reclamações (IGR) funciona como um “termômetro de satisfação” dos consumidores de planos de saúde. Em termos simples, ele mede quantas reclamações processadas via NIP uma operadora recebeu em relação ao número total de beneficiários que ela possui, em um mesmo período. O resultado obtido indica uma relação inversamente proporcional à satisfação dos beneficiários. Ou seja, quanto menor o valor do IGR, maior tende a ser a satisfação dos beneficiários com as operadoras.



Importante destacar que o IGR não é calculado para as administradoras de benefícios, pois ainda não possuem informações sobre o total de vidas administradas (beneficiários) junto ao Sistema de Informação de Beneficiários (SIB-ANS), o que impossibilita o cálculo do IGR.

O gráfico 4 mostra que os planos de assistência médico-hospitalar tiveram no ano de 2024 a média de 58,2 reclamações para cada 100 mil beneficiários, tendo uma queda em 2025 para 49,6 e novamente uma ascendente nos meses de janeiro a maio de 2026 para 53,2 reclamações para cada 100 mil beneficiários. Por sua vez, os planos exclusivamente odontológicos tiveram em média 1,1, nos primeiros cinco meses de 2026, mantendo o patamar aproximado dos anos anteriores.

■ **Gráfico 4 - Índice Geral de Reclamações (IGR) por 100 mil beneficiários, por cobertura assistencial**



Fonte: Painéis de Fiscalização (ANS) (jan. 2022 a maio 2026).

Este é um importante indicador utilizado pela ANS. Pelo Painel IGR é possível verificar, por exemplo, a evolução de reclamações registradas na ANS com possibilidade de consulta por período, porte de operadora ou, ainda, a evolução de uma operadora específica. Assim, é possível comparar o índice de uma operadora com a média nacional ou com o grupo de operadoras do mesmo porte, e verificar se aquela operadora está abaixo, acima ou dentro da média.

3.3 Taxa de Intermediação Resolvida (TIR): Solução em 76,3% sem sanção administrativa nos meses iniciais de 2026

A Taxa de Intermediação Resolvida (TIR) é uma métrica calculada pela ANS com base nas reclamações registradas por consumidores e que foram processadas via NIP. A TIR permite avaliar a capacidade de resolução consensual de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde e/ou administradoras de benefícios, por meio de mediação da ANS, ainda na fase eletrônica (seja a demanda de natureza assistencial ou não assistencial), sem necessidade de abertura de processo administrativo sancionador. Seus resultados são apresentados em formato de Painel Dinâmico, no site da ANS¹, atualizados mensalmente.



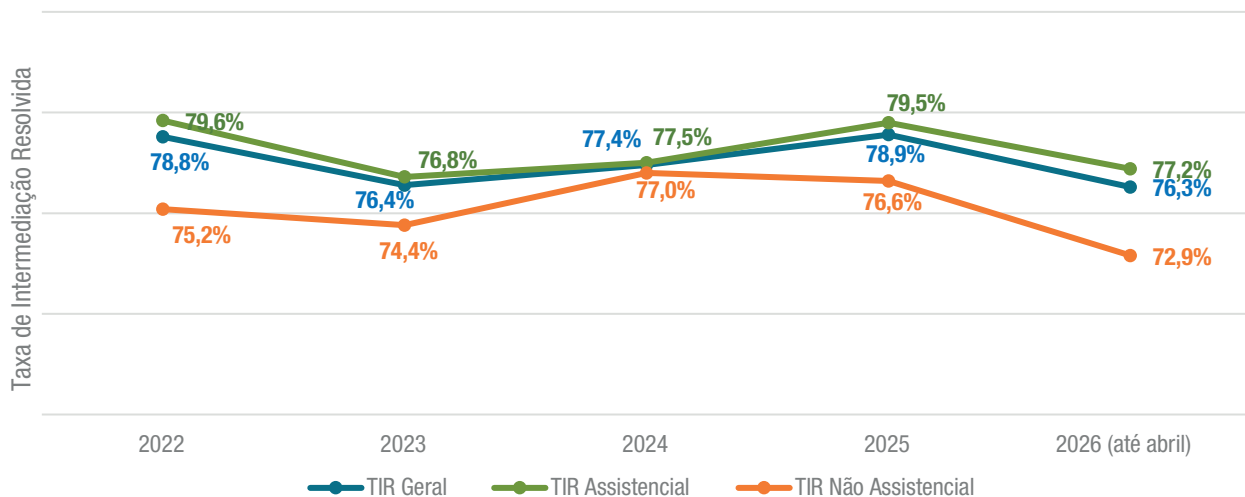
1 [TIR- Dados e Indicadores do Setor - Painéis de Fiscalização \(ANS\)](#)

Esta taxa reflete a perspectiva dos consumidores em relação à solução de suas demandas logo após a fase de mediação, apresentando a proporção daquelas consideradas resolvidas na visão do consumidor², em relação ao total de demandas NIP cadastradas no período analisado.

Tal indicador tem por finalidade dar mais transparência às informações sobre as queixas registradas por consumidores junto aos canais de relacionamento da ANS, possibilitando à sociedade saber de que forma as operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios se comportam diante dessas demandas/reclamações.

Em 2025, a Taxa de Intermediação Resolvida (TIR), da mediação de conflitos feita pela ANS por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), alcançou índice médio de 78,9%. Em 2026 (até o mês de abril), a TIR atingiu índice médio de 76,3%. Este dado refere-se ao conjunto das reclamações cadastradas na ANS, no período, e que foram passíveis de mediação (gráfico 5).

Gráfico 5 - Taxa de Intermediação Resolvida - TIR (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais)



Fonte: Painéis de Fiscalização (ANS) (de jan. 2023 a abr. 2026).

3.4 Ações de Fiscalização Planejada



² Isto é, demandas inativas com retorno do consumidor, informando que seu problema foi resolvido, bem como demandas inativadas por ausência de resposta do consumidor (presunção de resolução).

As ações de fiscalização planejada (AFPs) correspondem a um conjunto de ações fiscalizatórias de natureza sistematizada, de escalonamento gradativo, com fundamento em princípios da regulação responsiva. Elas visam estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde ao exercício da autorregulação ou ao equacionamento de questões e processos internos, para o aprimoramento dos serviços prestados aos consumidores. Nesse sentido, as operadoras são monitoradas e enquadradas em uma das modalidades das AFPs a partir de seu desempenho em índices estabelecidos pela ANS, em especial o Índice Geral de Reclamações (IGR), que pode ser acessado através do site da Agência.

Em 2025, a ANS deu prosseguimento às modalidades fiscalizatórias da ação planejada focal de fiscalização, iniciada em 2023, e da ação planejada preventiva de fiscalização, implantada em 2024. Os resultados observados ao final de 2025 foram:

- A ANS monitorou 39 operadoras através desses projetos, o que representa 45,1% de todos os beneficiários deste setor;
- Foram realizadas diligências ordinárias em 06 operadoras, sendo que, no final de 2025, 03 estavam em fase de monitoramento, ainda sem resultados aferíveis;
- Do total de empresas fiscalizadas, 22 já apresentaram redução no Índice Geral de Reclamações (IGR), indicando que a fiscalização tem ajudado a melhorar a satisfação do consumidor em relação aos serviços prestados por estas operadoras. Por outro lado 04 não apresentaram melhora significativa, enquanto 10 pioraram os seus índices;
- Do total de operadoras fiscalizadas em 2023 e 2024, no final de 2025, 02 se encontravam em regime especial de Direção Técnica, e 04 deixaram de operar no mercado por incorporação ou retirada ordenada pela ANS.

As operadoras que comercializam produtos exclusivamente odontológicos ainda não foram selecionadas para as Ações de Fiscalização Planejada (APF), por apresentarem valores de IGR muito menores em comparação aos das operadoras da segmentação médico-hospitalar.

Estas ações geraram conhecimento e subsídios para a proposta normativa de aprimoramento do modelo fiscalizatório adotado pela ANS, aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS em dezembro de 2025, que passou a vigor em 1º de maio de 2026.

Esta mudança representa um avanço na forma como a ANS acompanha e fiscaliza as operadoras ao consolidar os princípios da regulação responsiva. O novo modelo prioriza a prevenção de problemas, a melhoria no atendimento aos beneficiários e o estímulo à adoção de boas práticas pelas empresas. O foco central é o aprimoramento contínuo do atendimento ao beneficiário e a melhoria da satisfação do setor.

As ações de fiscalização planejada passam a ter papel central na atuação da ANS. Elas são definidas de acordo com a gravidade dos problemas identificados e com o desempenho das operadoras, avaliado por indicadores como o Índice Geral de Reclamações (IGR), para direcionar medidas que resultem em benefícios reais aos consumidores.

Elas podem assumir diferentes formatos, conforme o tipo e a complexidade da situação identificada, e incluem:

- Medidas preventivas e orientadoras, com foco na correção de falhas antes que elas se agravem;
- Ações voltadas a um acompanhamento mais focal, quando há indícios de recorrência de irregularidades que demandam um acompanhamento mais próximo e elaboração de plano de equacionamento pela operadora; e
- Ações estruturadas, aplicáveis a casos mais complexos, que podem resultar em multas de até R\$ 1 milhão por determinação descumprida e em outras sanções previstas em norma.



Foco em Regulação Responsiva

Além disso, está prevista a Ação Coercitiva Incidental, com possibilidade de aplicação de multa diária, em especial, quando for constatado descumprimento grave das regras, com impacto relevante para os beneficiários.

Essas mudanças fazem parte de um conjunto de resoluções normativas (RNs) aprovadas recentemente pela ANS, com vigência a partir de 1/5/2026:

- RN 656/2025 – Altera regras de dosimetria relacionadas à aplicação de penalidades;
- RN 657/2025 – Atualiza os procedimentos de fiscalização adotados pela ANS;
- RN 658/2025 – Define as regras para a estruturação e a realização das ações de fiscalização planejada;
- RN 659/2025 – Promove ajustes nas normas sobre penalidades aplicáveis às operadoras.

4 SUSTENTABILIDADE DO SETOR

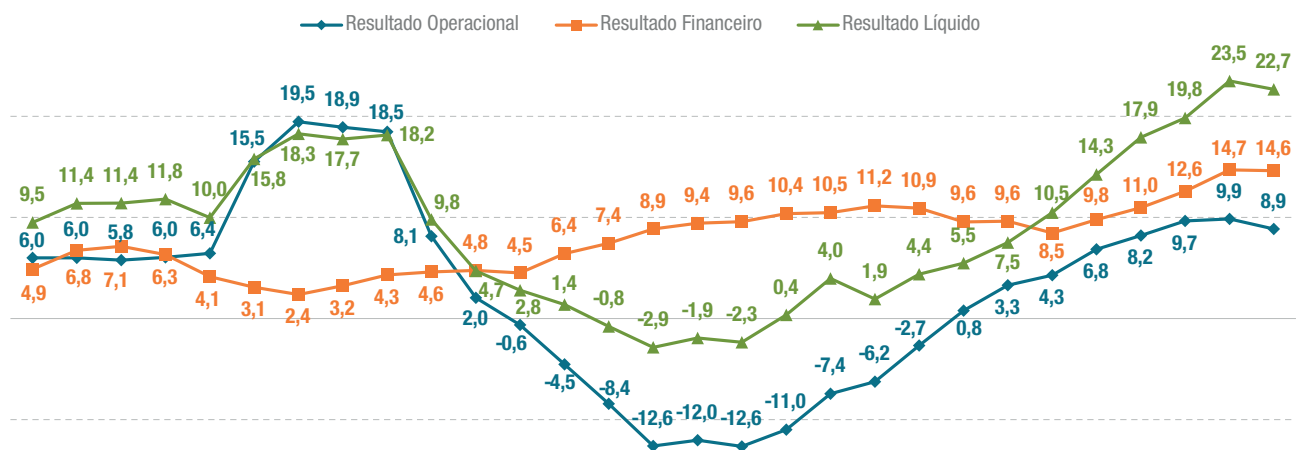
Esta seção apresenta os principais indicadores relacionados à sustentabilidade econômico-financeira das operadoras médico-hospitalares. São analisados a evolução dos resultados operacional, financeiro e líquido, o comportamento da sinistralidade e a relação entre receitas e despesas assistenciais, permitindo acompanhar o desempenho do setor e a evolução do equilíbrio entre custos assistenciais e receitas ao longo dos últimos anos.

4.1 Evolução dos resultados

O foco desta subseção 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 operacional, resultado financeiro e resultado líquido (gráfico 6).

Ao final de 2025, o setor renovou as máximas de resultados líquido e financeiro de todo o período analisado, bem como de resultado operacional, aqui excetuando-se o período pandêmico. Já no 1º trimestre de 2026, nota-se ligeira queda nos três indicadores, possivelmente influenciada, no caso dos resultados operacional e líquido, por resultado não-recorrente relevante de uma das participantes do mercado, sem que possa ser verificada reversão da tendência de alta neste momento. De toda forma, o resultado líquido acumulado nos últimos quatro trimestres atingiu R\$ 22,7 bilhões, (gráfico 6), o segundo maior registrado nesta análise, assim como o resultado financeiro, também o segundo maior no mesmo recorte.

Gráfico 6 - Resultados, Operadoras Médico-Hospitalares, Acumulado em 12 meses (em R\$ bilhões)



T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1		
2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023	2024	2024	2024	2024	2025	2025	2026

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

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.

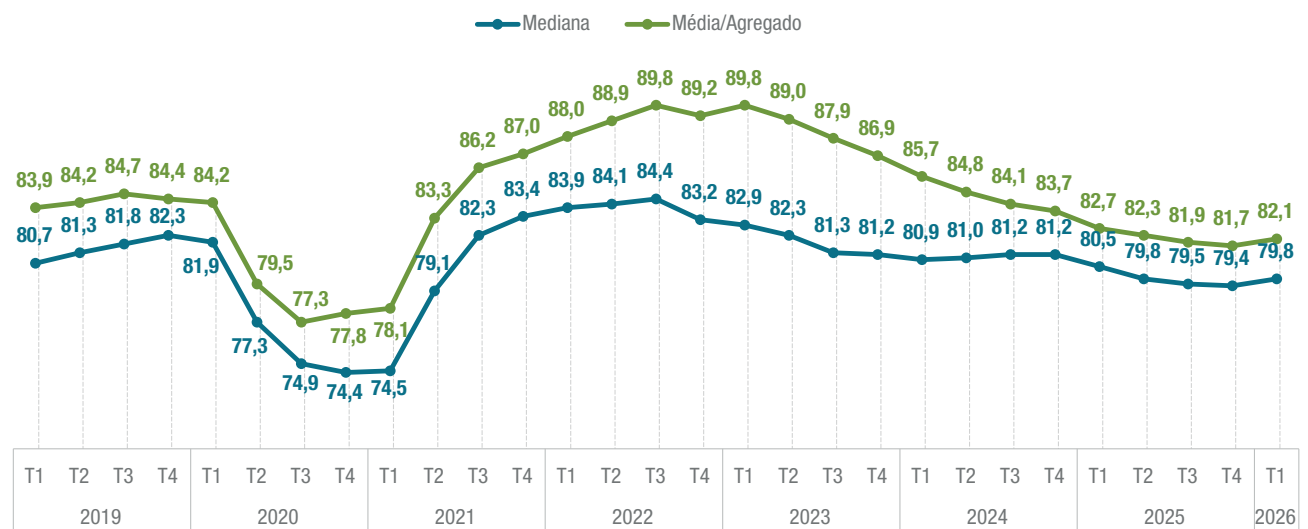
4.2 Sinistralidade

A sinistralidade 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). A sinistralidade do setor é apresentada aqui através da média agregada e da mediana deste indicador entre as operadoras de planos de saúde.

A análise da mediana permite limitar a influência de valores extremos na análise, enquanto a média é mais impactada pelas operadoras com maior volume de beneficiários.

A mediana da sinistralidade (gráfico 7) mostrou aumento de 0,4 pontos percentuais em relação à medição anterior, influenciada pela constituição relevante de provisão técnica não-obrigatória por uma participante do mercado, sem que se possa concluir pela reversão na tendência demonstrada anteriormente por este indicador. Da mesma forma, a sinistralidade agregada demonstrou aumento de magnitude similar em relação ao trimestre anterior, mas ainda inferior ao mesmo período de 2025.

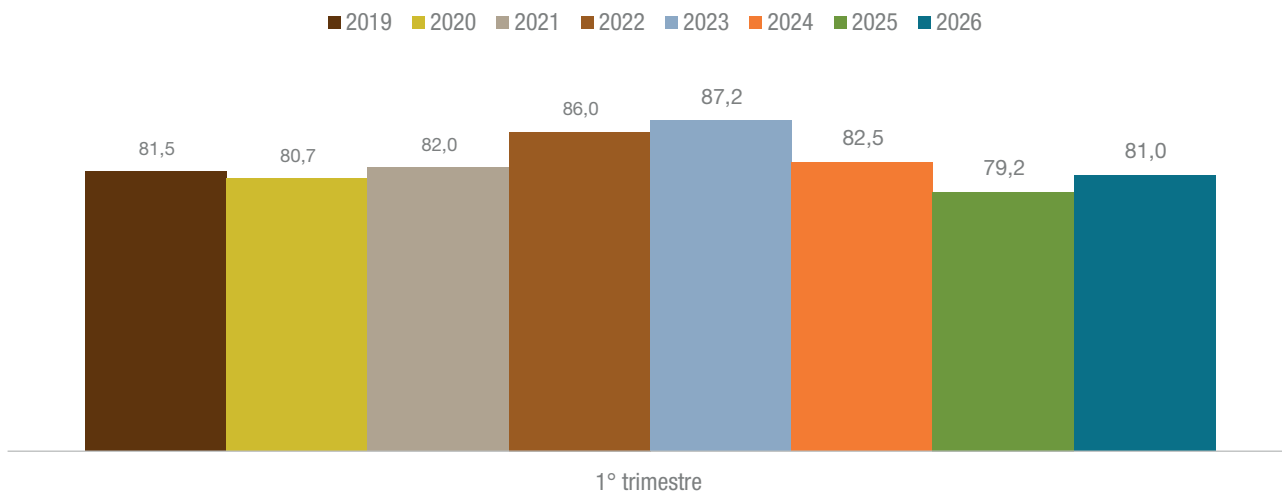
Gráfico 7 - Sinistralidade Média e Mediana (%)
Operadoras médico-hospitalares, acumulado em 12 meses



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

O gráfico 8 mostra a evolução da sinistralidade média nos primeiros trimestres de cada ano, desde 2019. Essa comparação oferece visão mais imediata do comportamento da sinistralidade e isola a sazonalidade presente na operação de planos de saúde. Para 2026, verifica-se aumento mais significativo – 0,8 pontos percentuais, dado que a análise isolada do trimestre tende a magnificar o impacto da constituição da provisão supracitada. Ainda assim, o valor observado é o segundo menor da série histórica.

Gráfico 8 - Sinistralidade média no trimestre (%) Operadoras médico-hospitalares

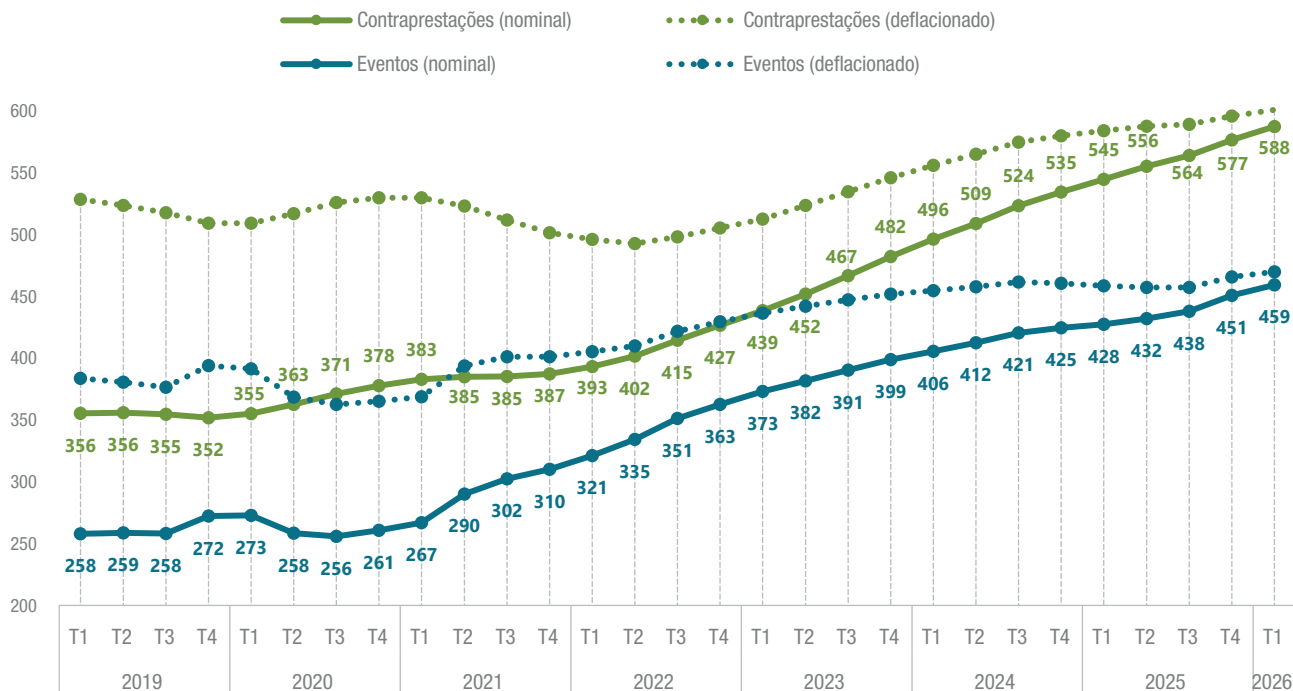


Fonte: ANS/DIOPS e Painel Contábil da Saúde Suplementar.

4.3 Receitas e Despesas Assistenciais

O gráfico 9 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 9 - Contraprestações e Eventos (Despesa Assistencial) per capita, valores nominais e deflacionados (R\$/mês) Planos médico-hospitalares, acumulado em 12 meses



Fonte : ANS/DIOPS, ANS/SIB, SIDRA/IBGE

Nota: 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, apresentadas no gráfico 9, define o patamar de sinistralidade apresentado nos gráficos anteriores. Em termos nominais, no último período analisado a receita per capita atingiu R\$ 588 por mês, continuando a tendência de aumento não-acelerado neste valor. Da mesma forma, a despesa per capita, em alta, atingiu o valor de R\$ 459, no primeiro trimestre de 2026. Cabe ressaltar que estas informações foram ajustadas em relação às divulgadas em edições anteriores, dada a dificuldade na segregação dos beneficiários de planos pré-regulamentação, de forma que os valores históricos podem apresentar diferenças embora o comportamento dos indicadores não tenha se alterado com este ajuste.

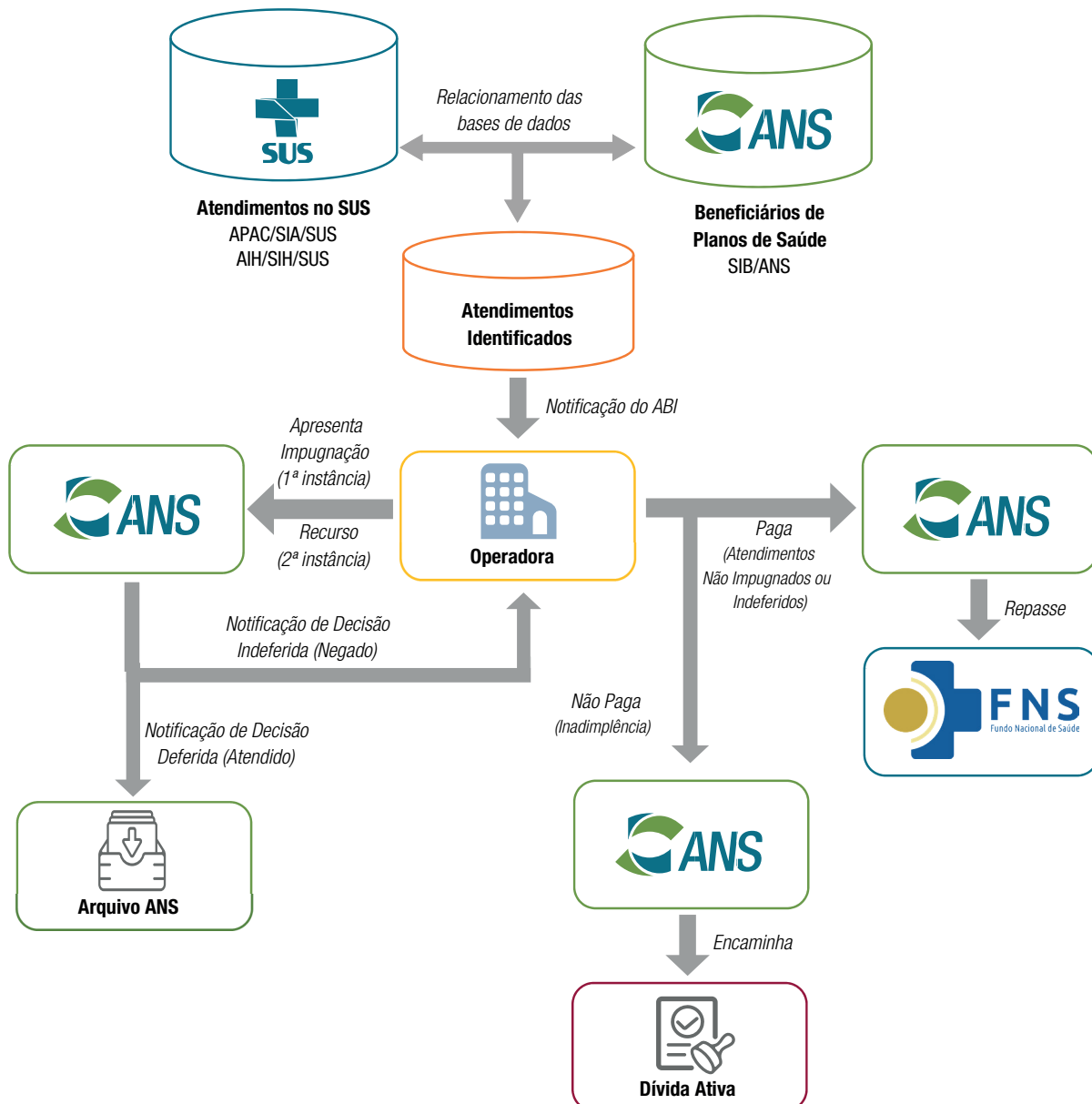
Ao expurgar o efeito da inflação nestas séries históricas verifica-se que ambos os indicadores apresentam pequena alta no trimestre.

5 INTEGRAÇÃO COM O SUS

O Ressarcimento ao SUS pela ANS é, em essência, um mecanismo de articulação entre o setor privado e o sistema público de saúde. Ele traduz a interface institucional entre a ANS e o SUS, garantindo que os custos de atendimentos realizados pelo SUS a beneficiários de planos privados sejam reembolsados pelas operadoras.

Essa integração funciona por meio de um processo coordenado de troca e análise de informações. O SUS, através do DATASUS, envia dados sobre atendimentos realizados na rede pública, e a ANS cruza essas informações com sua base de beneficiários de planos privados para identificar casos em que o ressarcimento é devido. Quando há correspondência, as operadoras são notificadas para devolver ao sistema público os valores correspondentes. Todo esse processo é acompanhado por painéis interativos, que garantem transparência e permitem o monitoramento público dos valores, processos e estatísticas.

■ **Figura 2 – Fluxo do Ressarcimento ao SUS pela ANS**

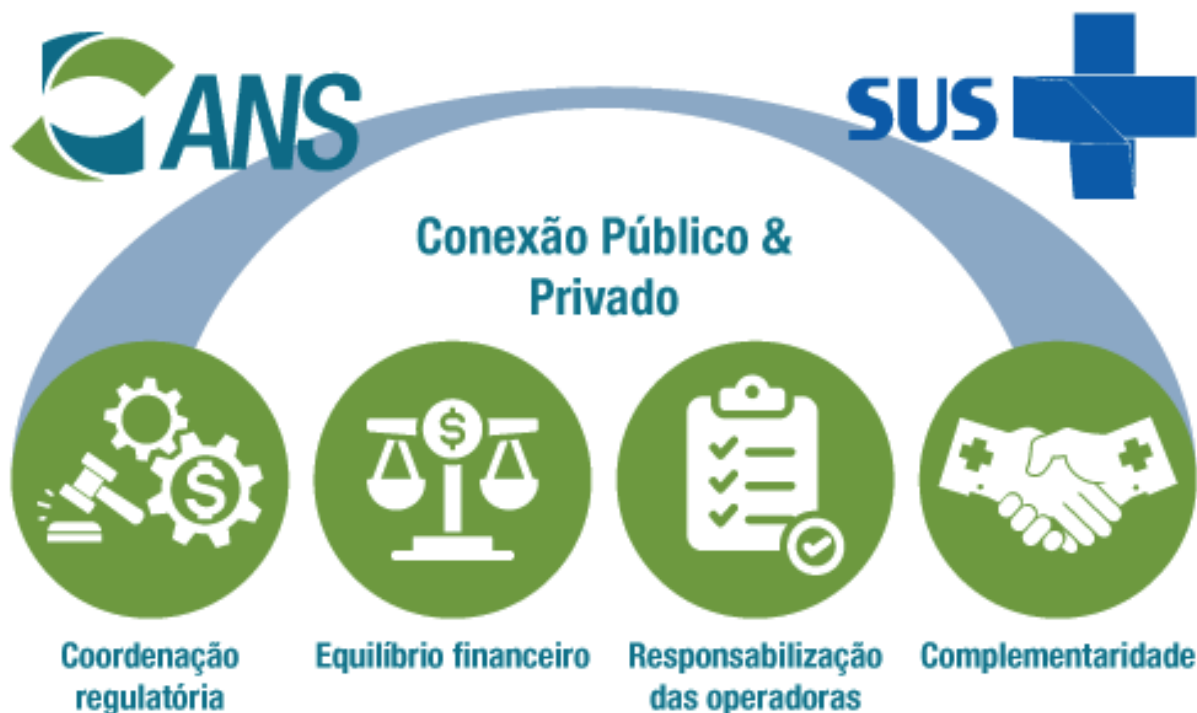


Fonte: [Espaço Ressarcimento ao SUS — Agência Nacional de Saúde Suplementar](#)

A interface entre a ANS e o SUS promove (figura 3):

- Coordenação regulatória: a ANS atua como ponte entre o SUS e as operadoras, organizando os fluxos de informação e cobrança.
- Equilíbrio financeiro: o ressarcimento evita que o sistema público absorva custos que deveriam ser privados, fortalecendo a sustentabilidade do SUS.
- Responsabilização das operadoras: reforça o princípio de que planos de saúde devem cumprir sua função contratual e não transferir ônus ao sistema público.
- Complementaridade: mostra como saúde suplementar e SUS coexistem, mas com regras que asseguram justiça no financiamento.

■ **Figura 3 – Interface ANS e SUS**



Fonte: Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS) – 2026.

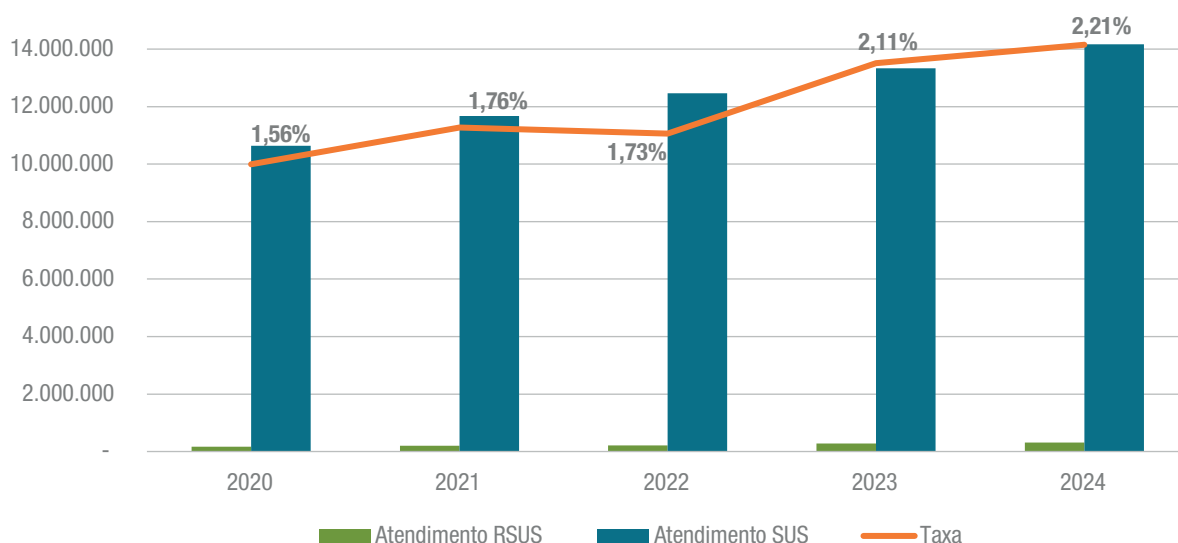
5.1 Importância estratégica

Essa interface não é apenas administrativa: ela garante que o SUS seja protegido contra sobrecarga financeira indevida, fortalece a regulação da saúde suplementar e reafirma o caráter universal do sistema público. Em termos macro, o ressarcimento é um instrumento de equilíbrio entre o público e o privado, assegurando que ambos cumpram seus papéis de forma justa e transparente.

5.2 Utilização da rede SUS por beneficiários

Entre 2020 e 2024, as internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) cresceram aproximadamente de 10 milhões anuais (em 2020) para cerca de 14 milhões (em 2024) – conforme registros em Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs). Dessas internações, em 2020, um percentual de 1,56% deu-se para pacientes vinculados a operadoras de assistência privada à saúde. No ano de 2024, o percentual foi de 2,21%. Veja-se a evolução dos dados no gráfico 10.

Gráfico 10 - Internações registradas em AIH ocorridas no SUS em beneficiários de planos de saúde – atendimentos de 2020 a 2024

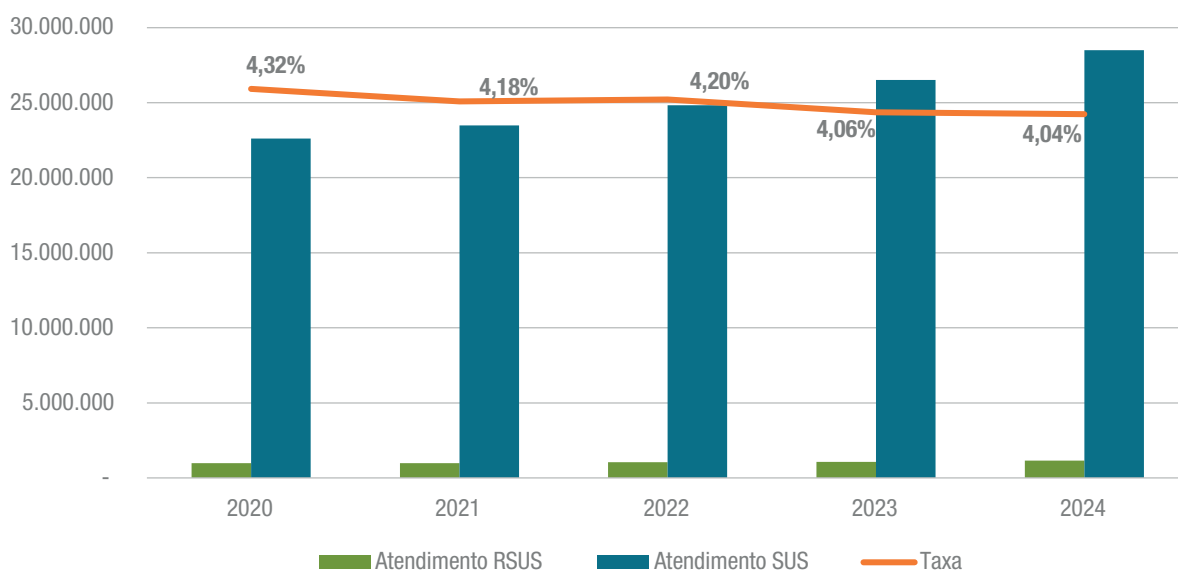


Fonte: MS/Datasus e ANS/SGR (dezembro/2025).

Nota: O gráfico exibe o ano dos atendimentos ocorridos no SUS, cuja notificação no âmbito do Ressarcimento ao SUS ocorre cerca de 1 ano depois. Resultados passíveis de atualização, ou seja, identificações realizadas até dezembro de 2025.

Entre 2020 e 2024, os atendimentos registrados em APACs cresceram de aproximadamente 20 milhões anuais (em 2020) para acima de 25 milhões (quase atingindo 30 milhões em 2024). Desses, em 2020, um percentual de 4,32% deu-se para pacientes vinculados a operadoras de assistência privada à saúde, ao passo que no ano de 2024, o percentual foi de 4,04%. Evolução dos dados no gráfico 11.

Gráfico 11- Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade registrados em APAC ocorridos no SUS e em beneficiários de planos de saúde – atendimentos de 2020 a 2024



Fonte: MS/Datasus e ANS/SGR (dezembro/2025).

Nota: O gráfico exibe o ano dos atendimentos ocorridos no SUS, cuja notificação no âmbito do Ressarcimento ao SUS ocorre cerca de 1 ano depois. Resultados passíveis de atualização.

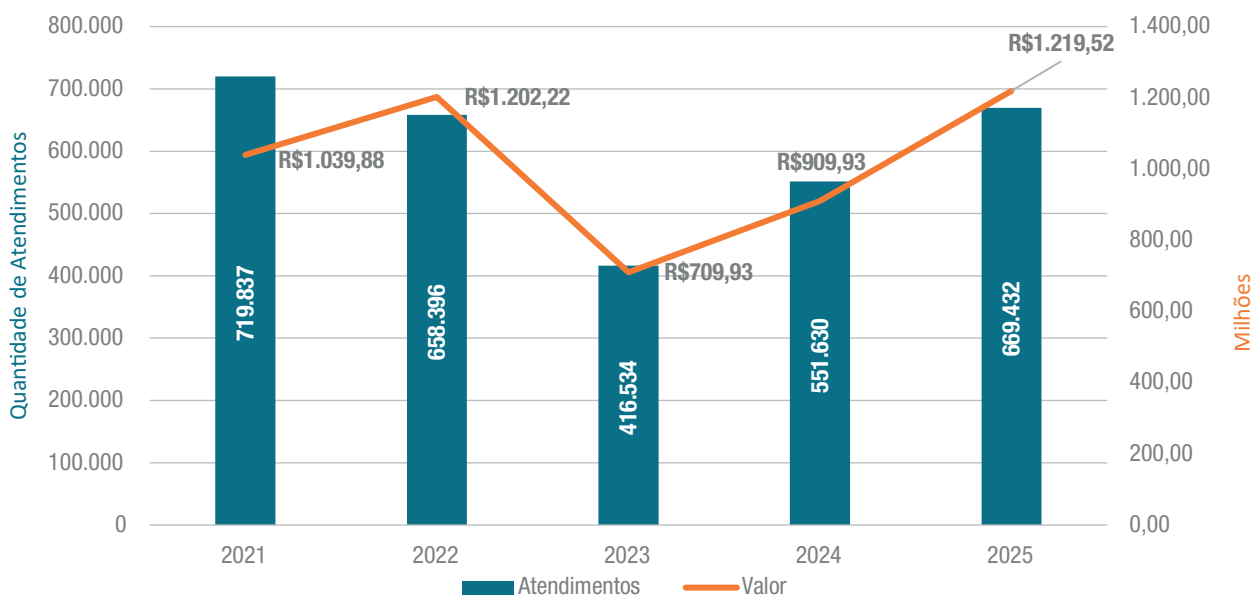
Nota 2: São incluídos na cobrança de ressarcimento ao SUS os procedimentos ambulatoriais registrados em APACs nos grupos 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica; 03 – Procedimentos Clínicos; 04 – Procedimentos Cirúrgicos; 05 – Transplantes de órgãos; e 07 - Órteses, próteses e materiais especiais.

Quanto a valores – somadas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APACs) -, o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde/SUS de atendimentos cobrou das Administradas: cerca de \$ 1.039.880.000,00, em 2021, sendo que em 2025, o montante cobrado atingiu em torno de \$ 1.219.520.000,00 (Dados de evolução de valores no gráfico 12).

Os repasses ao Fundo Nacional de Saúde, no período entre 2021 e 2025, estão apresentados no gráfico 13.

Observe-se que repasses estão associados a variações: na utilização do SUS por beneficiários, no lançamento regular de Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs), no passivo de análises de impugnações e recursos em trâmite nos processos Administrativos de Ressarcimento ao SUS, nos procedimentos de inscrição em Dívida Ativa, nas atividades de saneamento processual e de cobrança.

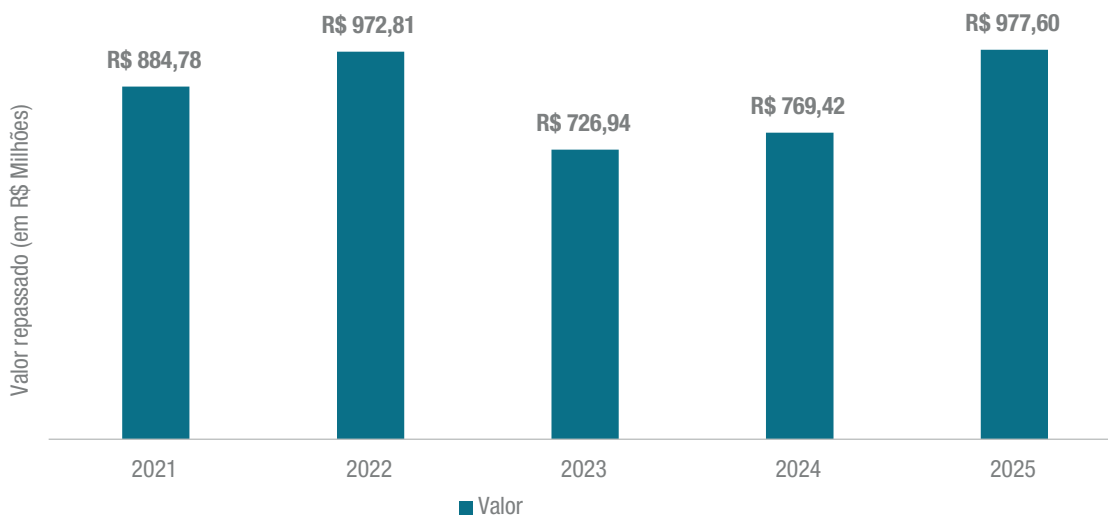
■ **Gráfico 12 - Atendimentos e valores cobrados no Ressarcimento ao SUS – Brasil (2020 a dezembro de 2025)**



Fonte: SGR/ANS (dezembro/2025).

Nota: O gráfico exibe o ano de cobrança dos atendimentos ocorridos no SUS, podendo abranger casos ocorridos em competências variadas, a depender do andamento dos processos administrativos. Resultados passíveis de atualização.

Gráfico 13 - Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde (em R\$ Milhões) – Brasil (2021 a 2025)



Fonte: SGR/ANS (dezembro/2025).

Nota: O gráfico exibe o ano de repasse dos valores cobrados e pagos dos atendimentos ocorrido no SUS, podendo abranger casos ocorridos em competências variadas, a depender do andamento dos processos administrativos. Resultados passíveis de atualização.

Para dar maior Transparência ao Processo de Ressarcimento, está em curso o redesenho do endereço de Dados e Indicadores 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>). O foco serão Painéis com Manuais de como se extrair dados desses - atualizados de modo periódico com o Processo de Ressarcimento.

Painéis são ferramentas visuais interativas que reúnem em uma única tela informações relevantes sobre um determinado tema, no caso, os diversos dados sobre o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde/SUS, como a quantidade de atendimentos prestados a beneficiários vinculados a operadoras de assistência privada à saúde, os valores estabelecidos para esses, suas cobranças, processos Administrativos vinculados às últimas e outros dados.

A principal função é transformar grandes volumes de dados em representações acessíveis, de fácil entendimento, permitindo que gestores, analistas e interessados a interpretação de resultados da dinâmica do Ressarcimento.

Já estão disponíveis os três Painéis (figura 4): Boletim Informativo do Ressarcimento ao SUS – que tem por eixo as informações sobre os Processos (ou Procedimentos) administrativos, Panorama do Ressarcimento ao SUS e Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos de Saúde.

■ **Figura 4 – Painéis do Ressarcimento ao SUS**



Fonte: Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS) - 2026

5.3 Programa Agora Tem Especialistas

A ANS participa do Programa Agora Tem Especialistas, do Ministério da Saúde, através do seu Componente Ressarcimento ao SUS, conforme estabelecido pela Medida Provisória (MP) nº 1.301/2025, convertida na Lei nº 15.233/2025; Portaria GM/MS nº 7.266/2025; Portaria Conjunta MS/AGU nº 7.702/2025, alterada pela Portaria GM/MS nº 10.020/2025; Portaria SAES/MS nº 3.199/2025, alterada pela Portaria SAES/MS nº 3.951/2026; Portaria SAES/MS nº 3.633/2025, alterada pela Portaria SAES/MS nº 3.943/2026, e; Edital MS/ANS nº 2/2026.

O Componente Ressarcimento ao SUS baseia-se na possibilidade de conversão de dívidas de operadoras de planos de saúde em prestação direta de serviços à rede pública. Em vez de realizar o pagamento financeiro dos débitos de ressarcimento ao SUS, as operadoras podem aderir voluntariamente ao programa por meio da assinatura de termos de compromisso e execução de serviços previamente aprovados pelos gestores do SUS nas regiões definidas. Dessa forma, consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos especializados passam a ser ofertados utilizando também a capacidade instalada da rede privada.

A iniciativa se destaca por unir responsabilidade regulatória, eficiência administrativa e benefício social imediato. Ao transformar recursos devidos ao SUS em atendimento direto à população, o programa contribui para reduzir filas e ampliar a oferta de serviços especializados, especialmente em áreas de maior demanda (figura 5). Nesse processo, a ANS exerce papel fundamental no acompanhamento do cumprimento dos termos de

execução e no monitoramento dos impactos sobre os beneficiários dos planos privados e sobre os processos regulares de ressarcimento ao SUS.

■ Figura 5 – Objetivos principais do PATE



Fonte: [Componente Ressarcimento ao SUS — Ministério da Saúde](#)

Outro aspecto relevante é sua contribuição para a integração e modernização das informações em saúde no Brasil. Para o componente Ressarcimento ao SUS é utilizado o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), que é o documento público que coleta os dados dos atendimentos em saúde realizados em qualquer estabelecimento de saúde do país, em cada contato assistencial. Esse fluxo de informações fortalece a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), plataforma do Ministério da Saúde destinada à interoperabilidade e à troca segura de dados entre os setores público e privado.

Para participação, as operadoras devem atender a requisitos de elegibilidade, que compreendem: capacidade comprovada e regularidade com o envio das informações periódicas à ANS; indicação dos débitos e apresentação de proposta de oferta que atenda as demandas locais de saúde, e; renúncia a contestação administrativa ou judicial anterior de dívidas de ressarcimento ao SUS apuradas pela ANS, referente aos valores que serão incluídos no programa.

Atualmente, são ofertados atendimentos ambulatoriais nas especialidades de Cardiologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oncologia, Oftalmologia e Ginecologia, englobando 35 Ofertas de Cuidado Integrado (OCIs), segundo uma lógica de cuidado mais ágil e focado no resultado. São oferecidos também 1.279 tipos de procedimentos cirúrgicos eletivos nessas mesmas especialidades e em outras, sob modelo de pagamento que prevê um percentual de complementação federal por Unidade da Federação para o procedimento principal relacionado na Tabela de Procedimentos do SUS. Nesse caso, quando o percentual de complementação federal for zero, aplica-se o Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) sobre o valor global do atendimento, ou seja, também incide sobre os procedimentos especiais e secundários compatíveis com o procedimento cirúrgico principal do registro (nos procedimentos com percentual de complementação federal definido, incide apenas sobre o procedimento principal).

Nas publicações mais recentes sobre o tema, foi disponibilizada minuta de contrato relativa ao Componente Ressarcimento ao SUS, com a possibilidade de participação do Ministério da Saúde, na condição de interveniente, conforme Portaria SAES/MS nº 3.633/2025, alterada pela Portaria SAES/MS nº 3.943/2026. E foi divulgado o Edital MS/ANS nº 2/2026, para chamamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde para participação do Programa Agora tem Especialistas, tendo por objeto a instituição dos procedimentos e fixação de regras para adesão.

Por fim, vale informar os dados totais atualizados do Componente Ressarcimento ao SUS, do Programa Agora tem Especialistas. Até maio de 2026, 28 propostas foram recebidas e 13 já foram aprovadas pelo Ministério da Saúde, referentes a 17 Termos de Execução. Desses Termos de Execução, 6 já foram contratados, com um total de R\$ 39.822.232,56 de dívidas que serão revertidas em atendimentos para o SUS, representando 28.520 OCIs e 9.904 cirurgias eletivas.

No Portal do Ministério da Saúde, estão disponibilizados textos explicativos e links para a legislação específica do Programa Agora Tem Especialistas, navegue em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas>.

6 QUALIDADE E MODELOS ASSISTENCIAIS

Com o objetivo de induzir uma assistência à saúde mais qualificada, resolutiva e centrada nas necessidades das pessoas, a ANS promove políticas, programas e modelos de atenção que incentivam operadoras e prestadores à melhoria contínua da qualidade na saúde suplementar. Nesta edição do Panorama da Saúde Suplementar, o destaque é o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), principal instrumento de avaliação do desempenho das operadoras, que oferece uma visão abrangente da qualidade dos serviços prestados e dos desafios para o aprimoramento do setor.

6.1 Desempenho da Saúde Suplementar: Notas recordes no setor

A ANS divulgou em dezembro/2025, a nota de desempenho das operadoras: o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, que faz parte do Programa de Qualificação de Operadoras da ANS. As notas do IDSS refletem os dados enviados pelas operadoras para a ANS ao longo de 2025, relativos ao ano-base 2024. O índice de cada operadora varia de zero a um, sendo um o melhor desempenho. O setor alcançou nota média³ de 0,7930, refletindo um bom desempenho geral.

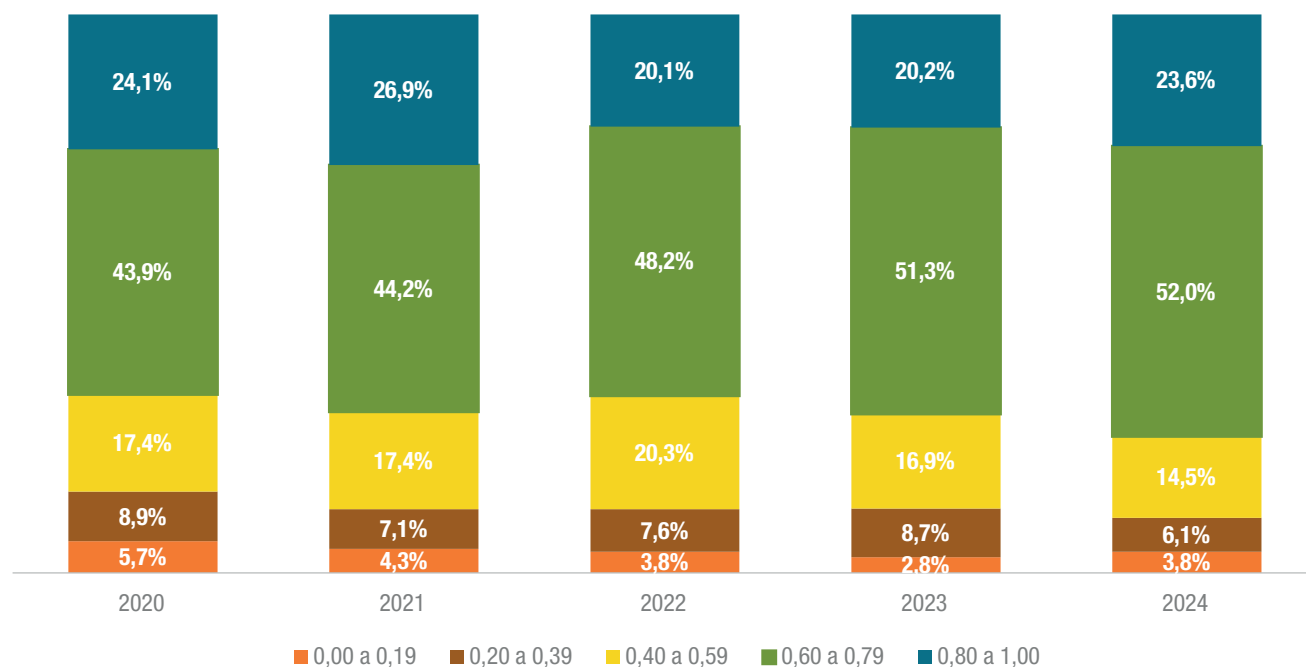
Os resultados do IDSS representam a qualidade em saúde, o acesso, a sustentabilidade no setor, e aspectos da regulação, avaliados para um total de 873 operadoras, sendo 654 atuantes no segmento médico-hospitalar, abrangendo cerca de 65 milhões de pessoas e 219 operadoras do segmento odontológico, abrangendo 19,2 milhões de beneficiários. Cada nota demonstra, de forma transparente, as informações do setor, possibilitando que os beneficiários acompanhem o desempenho de suas operadoras e façam escolhas de

3 Média da nota da operadora ponderada pelo número de beneficiários.

contratação ou mudança: uma mulher escolhendo o melhor plano para planejar um parto; um idoso que precisa de cuidado integral.

Para simplificar a análise, as notas do IDSS são avaliadas em 5 faixas de desempenho. O gráfico 14 a seguir apresenta o percentual consolidado das notas das operadoras por faixa, nos últimos 5 anos divulgados: 2021 (ano-base 2020) a 2025 (ano-base 2024).

■ **Gráfico 14 – Desempenho das operadoras por faixa avaliativa do IDSS, anos-base 2020 a 2024**



Fonte: Sistema Qualificacao (ANS).

6.2 Evolução da Qualidade Regulatória

Análise longitudinal (anos-base 2020 a 2024) demonstra expansão no topo: 75,6% das operadoras bem avaliadas (notas acima de 0,6), representando 94,2% de todos os beneficiários do setor e redução de operadoras nas faixas críticas (com notas abaixo de 0,39).

O número de operadoras nas faixas de pior desempenho (4 e 5) caiu de 14,6% em 2020 para 9,9% em 2024. O número total de operadoras avaliadas caiu de 1.001 (2018) para 873 (2024), demonstrando a saída de operadoras do setor. Apenas 1,3% dos clientes permanecem em operadoras nessas faixas inferiores. O estoque de operadoras mal avaliadas, com menor desempenho, está encolhendo, seja por melhoria administrativa, por exclusão do mercado competitivo, por saída ou por incorporação, ou devido à menor capacidade de suportar riscos.

Mais beneficiários foram bem assistidos em 2024, refletindo avanços na gestão e na qualidade dos serviços prestados pelas operadoras. Nesse cenário, a nota divulgada pela ANS não é apenas uma classificação: ela sinaliza oportunidades de melhoria e estimula a adoção de boas práticas. A experiência do setor demonstra que a evolução do

desempenho está diretamente relacionada à qualificação de dados enviados via Padrão TISS e à adesão ao Programa de Acreditação de Operadoras. Dados inconsistentes ou incompletos inviabilizam o cálculo das notas das dimensões do IDSS. Já a Acreditação é pilar estrutural para governança, e possibilita o amadurecimento dos fluxos internos de gestão organizacional e promoção da saúde. A mobilidade do setor para melhores faixas de desempenho e o esvaziamento das faixas críticas é produto da conformidade, a partir destes dois indutores de qualidade.

6.3 Desafios no Acesso

A dimensão Garantia de Acesso apresenta o menor desempenho dentre as quatro dimensões do IDSS, independente da modalidade ou porte das operadoras: a nota média do setor foi de 0,5761 no ano-base 2024. Esta dimensão reflete as condições da rede assistencial da operadora que permitem ao beneficiário acessar os serviços de saúde, abrangendo a oferta e a dispersão da rede de prestadores. O Índice de Desempenho da Dimensão Garantia de Acesso (IDGA) responde por 30% da nota final do IDSS e é composto por 10 indicadores.

O baixo desempenho no IDGA evidencia desafios estruturais persistentes na saúde suplementar, especialmente relacionados à organização da assistência e à efetividade das redes de atendimento. Observa-se um modelo ainda fortemente centrado em especialistas, com baixa utilização de profissionais generalistas responsáveis pela coordenação do cuidado, o que favorece a fragmentação assistencial. Também permanecem lacunas na cobertura geográfica e na capilaridade das redes, tanto médico-hospitalares quanto odontológicas, indicando desigualdade de oferta entre municípios e possíveis inconsistências no cadastramento das redes assistenciais junto à ANS. Na saúde bucal, os indicadores mostram que ainda há espaço para ampliar a realização de consultas odontológicas anuais e melhorar o acompanhamento dos beneficiários, de forma que as necessidades identificadas resultem, com maior frequência, nos tratamentos necessários.

Os resultados também revelam limitações relacionadas à oferta de planos individuais. A baixa expansão dos planos individuais médico-hospitalares demonstra concentração crescente no mercado coletivo e reduzido interesse das operadoras nesse segmento, cenário associado às regras de reajuste definido pela ANS e às regras mais rígidas de rescisão contratual. Além disso, os indicadores sugerem a necessidade de ampliar a participação efetiva de prestadores hospitalares ao Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM- QUALISS Hospitalar), política de qualificação da rede hospitalar acreditada, que requer o reporte completo de informações nos 12 meses do ano avaliado.

Em conjunto, os indicadores da dimensão de Garantia do Acesso refletem desafios relevantes para ampliação do próprio acesso, fortalecimento da coordenação do cuidado e melhoria da experiência assistencial dos beneficiários.

Em contrapartida, ocorreram avanços importantes na certificação e acreditação de prestadores (Qualiss). Observa-se evolução consistente na utilização de redes hospitalares

e serviços diagnósticos qualificados, refletindo maior maturidade dos prestadores de serviço em relação à adoção de certificações e acreditação, especialmente em segmentos mais padronizados, como o diagnóstico. Em razão desse desempenho superior às metas estabelecidas pela ANS, os parâmetros de avaliação foram revistos para níveis mais desafiadores nas próximas avaliações do IDSS, em linha com o princípio da melhoria contínua. Os indicadores também apontam maior capacidade das operadoras em absorver e acompanhar pacientes renais crônicos em sua própria rede, reduzindo parcialmente a dependência do SUS, embora ainda persistam lacunas relevantes de acesso e cobertura assistencial.

Para detalhes sobre o desempenho das operadoras e do setor, notas por indicador, ou em cada ano-base avaliado, consulte a página do Programa de Qualificação de Operadoras no site da ANS em: Assuntos \ Informações e Avaliações de Operadoras \ Programa de Qualificação de Operadoras ou diretamente pelo link: [Programa de Qualificação de Operadoras — Agência Nacional de Saúde Suplementar \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1)

7 TEMA ESPECIAL DA EDIÇÃO





O tema especial desta edição aborda o desempenho das operadoras que participam do Programa de Acreditação de Operadoras da ANS. Os dados analisados indicam que essas operadoras apresentam, em média, melhor desempenho nos indicadores do setor, com resultados superiores aos das operadoras não acreditadas. A seguir são apresentados os principais resultados dessa análise.

7.1 Acreditação de Operadoras

A Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca estimular a melhoria contínua dos processos e resultados, por meio de padrões e requisitos previamente definidos. O Programa de Acreditação de Operadoras, instituído pela ANS em 2011, concede um selo de qualidade às operadoras que se submetem a um processo voluntário de auditoria, realizado por Entidades Acreditadoras independentes, reconhecidas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO e homologadas pela ANS. A auditoria realizada pelas Entidades Acreditadoras avalia a adoção de um conjunto de processos, detalhados pela ANS no Manual de Acreditação de Operadoras Médico-Hospitalares (Anexo I da RN 507/2022, que conta com 169 itens de verificação) e no Manual de Acreditação de Operadoras Exclusivamente-Odontológicas (Anexo II da RN 507/2022, que conta com 121 itens de verificação). Os Manuais estão disponíveis no Portal da ANS em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1>.

A metodologia do Programa é inspirada em experiências internacionais e envolve quatro dimensões (figura 6): Gestão Organizacional, Gestão da Rede Prestadora, Gestão em Saúde e Experiência do Beneficiário. Essas dimensões abarcam todo o escopo de uma operadora, conforme figura 6:

Figura 6 - Dimensões da Acreditação de Operadoras

 <p>Dimensão 1</p>	<p>GESTÃO ORGANIZACIONAL</p> <p>Busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos à estrutura organizacional, a processos de trabalho, a governança corporativa, a gestão de riscos corporativos, a sua sustentabilidade e a melhoria da qualidade;</p>
 <p>Dimensão 2</p>	<p>GESTÃO DA REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE</p> <p>Busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários.</p>
 <p>Dimensão 3</p>	<p>GESTÃO EM SAÚDE</p> <p>Busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde; e</p>
 <p>Dimensão 4</p>	<p>EXPERIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO</p> <p>Busca avaliar o resultado da interação entre a operadora, seus beneficiários e a sociedade, incluindo potenciais beneficiários, tendo como parâmetros a percepção dos beneficiários quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como as ações promovidas pela Operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados.</p>

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

Para se submeter à acreditação, as operadoras deverão estar regulares nos programas de monitoramento econômico-financeiro, técnico-assistencial e de fiscalização da ANS, e ter nota mínima no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, conforme modalidade de operadora e nível de acreditação pretendido.

A lista de operadoras acreditadas pode ser consultada no portal da ANS, em: Assuntos \ Informações e Avaliações de Operadoras \ Acreditação de Operadoras ([link: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1)).

7.2 Melhor desempenho das Operadoras Acreditadas no IDSS

No ano-base 2024, dado mais recente consolidado disponível sobre a nota do IDSS, o setor contava com 21 operadoras acreditadas, todas do segmento médico-hospitalar, o que corresponde a 12,26% da população beneficiária desse segmento (tabela 1).

A nota final do IDSS de uma operadora acreditada está acrescida do bônus recebido na forma de pontuação adicional. Entretanto, ao avaliar-se o IDSS dessas operadoras desconsiderando a pontuação extra, observa-se que, de modo geral, elas apresentaram desempenho superior ao das operadoras que não passaram pelo processo de acreditação.

A tabela 1 demonstra que operadoras não acreditadas registraram desempenho médio de 0,7703, enquanto as operadoras acreditadas alcançaram desempenho médio superior, de 0,8401, mesmo sem a contabilização da pontuação extra (bônus).

Tabela 1 - Desempenho das operadoras acreditadas (por Nível de Acreditação) e operadoras não acreditadas- Segmento Médico-Hospitalar- IDSS-TISS ano-base 2024.

Operadora Acreditada	Total de Operadoras Médico-Hospitalares	Média de Beneficiários	IDSS médio ponderado	IDSS médio ponderado sem pontuação bônus para OPS Acreditada
Não	654	57.054.734	0,7703	0,7703
Nível I	17	29.080	1,0000	0,9279
Nível II	3	1.074.495	1,0000	0,9013
Nível III	1	6.868.248	0,9782	0,8301
Todas Acreditadas	21	7.971.823	0,9812	0,8401

Fonte: ANS - Sistema Qualificação (2025).

Assim, existe uma correlação positiva entre o fato de a operadora ser acreditada e a nota final do IDSS, expurgada do bônus relativo à acreditação. Logo, pode ser observado que o IDSS médio das operadoras acreditadas em Nível I, Nível II e Nível III, retirado o bônus (0,9279; 0,9013 e 0,8301 respectivamente), é bem superior ao das operadoras não acreditadas (0,7703). Importante destacar que, no ano-base 2024, dentre as 654 operadoras médico-hospitalares avaliadas no IDSS, 125 se situavam na faixa 1 (desempenho entre 0,8 e 1), representando 53,8% de beneficiários deste segmento (34.966.624 beneficiários). As 21 operadoras, detentoras de selos de acreditação reconhecidos pela Agência, representam 22,8% dos beneficiários enquadrados na faixa 1 de avaliação. Isto reforça ainda mais a sinergia entre o Programa de Acreditação Operadoras e a avaliação de desempenho, cuja síntese é o IDSS.

Também na análise por indicador do IDSS, dentre alguns que compõem as Dimensões do IDSS, as operadoras acreditadas apresentam desempenho médio superior em 18 de 22 (81%) indicadores analisados, com destaque para indicadores como o de consultas ambulatoriais de pediatria (em que a operadoras acreditadas, possuem desempenho 36,7% superior) e na razão de consultas médicas ambulatoriais com generalistas x especialistas focais para idosos (resultado 100,4% maior para as operadoras acreditadas), apontando para uma melhor coordenação em visão mais integrada e ampliada das necessidades de saúde da pessoa idosa. Além disso, as operadoras acreditadas apresentaram, em média, uma taxa de utilização do SUS por seus beneficiários 34,2% menor do que a média das operadoras não acreditadas. Sobre a rede assistencial, as operadoras acreditadas tiveram melhor desempenho nos diferentes indicadores de acesso a prestadores com atributo de qualidade, denotando a conformação de uma rede assistencial mais qualificada.

No quadro 2, que segue, constam os resultados comparativos do desempenho das operadoras acreditadas e das operadoras não acreditadas nos indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras passíveis de comparação no IDSS ano-base 2024.

Quadro 2 - Resultados comparativos do desempenho das operadoras acreditadas e das operadoras não acreditadas, IDSS ano-base 2024

Indicador	Medida*	Sentido**	Acreditadas	Não. Acred.	Varição %
IDQS – Qualidade em Atenção à Saúde					
Razão Generalista/Especialista – Idosos	Mediana	Maior melhor	0,3149	0,1571	+100,4%
Consultas Ambulatoriais de Pediatria (0–4 anos)	Média	Maior melhor	0,8239	0,6025	+36,7%
Taxa de Fraturas de Fêmur	Média	Menor melhor	4,7033	3,8333	+22,7%
Consultas de Pré-Natal por Beneficiária	Mediana	Maior melhor	7,2286	5,9555	+21,4%
Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal	Mediana	Maior melhor	40,0730	35,3820	+13,3%
Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada	Mediana	Maior melhor	3,0512	3,3563	-9,1%
Proporção de Partos Cesáreos	Média	Menor melhor	81,4443	84,0641	-3,1%
IDGA – Garantia de Acesso					
Freq. de Hospitais Monitorados	Mediana	Maior melhor	0,2246	0,0059	+3706,8%
SADT com Qualidade Monitorada	Mediana	Maior melhor	0,5115	0,2470	+107,1%
Freq. Utilização – Hospitais com Qualidade Monitorada	Mediana	Maior melhor	0,6739	0,3327	+102,6%
Taxa de Consultas com Generalista – Idosos	Mediana	Maior melhor	0,9955	0,4986	+99,7%
Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica	Mediana	Maior melhor	0,0696	0,0411	+69,3%
Dispersão UE	Mediana	Maior melhor	88,4575	75,0000	+17,9%
IDSM – Sustentabilidade no Mercado					
Prop. de NTRPs com Mensalidade Atípica	Média	Menor melhor	0,0225	0,1422	-84,2%

Índice Geral de Reclamações (IGR)	Média	Menor melhor	18,2616	55,2138	-66,9%
Margem de Capital Regulatório	Mediana	Maior melhor	2,3587	2,2081	+6,8%
Índice de Reajuste	Mediana	Menor melhor	0,1203	0,1136	+5,9%
Taxa de Resolutividade (TR/NIP)	Média	Maior melhor	98,2424	96,7705	+1,5%
IDGR – Gestão de Processos e Regulação					
Taxa de Utilização do SUS	Média	Menor melhor	0,0063	0,0096	-34,2%
Proporção de Glosas a Prestadores	Média	Menor melhor	0,1423	0,1297	+9,7%
Qualidade do Cadastro de Beneficiários (SIB)	Mediana	Maior melhor	99,5472	99,1385	+0,4%
Razão TISS/DIOPS	Mediana	Maior melhor	0,9620	0,9593	+0,3%

*A escolha da medida (média ou mediana) levou em consideração o padrão de dispersão dos dados de cada indicador

** “Maior melhor” significa que quanto maior o valor numérico do resultado, melhor o desempenho da operadora / “Menor melhor” significa que quanto menor o valor numérico do resultado, melhor o desempenho da operadora

Fonte: IDSS ano-base 2024

7.3 Relação com o consumidor

Nos resultados do **Índice Geral de Reclamações (IGR)**, as operadoras acreditadas também apresentaram desempenho superior ao observado no setor como um todo. Em 2025, mantiveram índices de 35,2 para as operadoras médico-hospitalares e de 0,85 para as operadoras exclusivamente odontológicas. Em 2026, esses índices foram de 38,8 e 0,99, respectivamente. Em comparação, a média do setor foi de 49,6 e 0,98 em 2025, e de 53,2 e 1,05 em 2026, respectivamente.

Resultado semelhante foi observado na **Taxa de Intermediação Resolvida (TIR)**. Em 2025, as operadoras acreditadas alcançaram índice de resolução de 80,3%, superior aos 78,9% registrados pelo setor. Em 2026, a diferença foi ainda mais expressiva, com 79,4% para as operadoras acreditadas, frente a 76,3% para o conjunto do setor, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Diferencial nos resultados dos índices IGR e TIR para operadoras acreditadas, por segmento, 2025 e 2026*

Indicador/Ano		Setor	OPS Acreditadas
IGR 2025	MH	49,6	35,2
	OD	0,98	0,85
IGR 2026 (jan a mai)	MH	53,2	38,8
	OD	1,05	0,99
TIR 2025		78,90%	80,30%
TIR 2026 (jan a abr)		76,30%	79,40%

Fonte: Painéis de Fiscalização (ANS) (*jan. a maio 2026).

Esses resultados indicam que, em média, as operadoras acreditadas apresentaram menor volume de reclamações em relação ao número de beneficiários e maior capacidade de resolução das demandas intermediadas pela ANS quando comparadas ao desempenho geral do setor.

7.4 Resultado Líquido das Operadoras Acreditadas

Além de indicadores do IDSS, as operadoras acreditadas possuem desempenho destacado também em outras análises, como a do Resultado Líquido, calculado através dos dados das demonstrações contábeis disponibilizados no portal de dados abertos da ANS ([Index of / FTP/PDA/demonstracoes_contabeis](#)), sendo o resultado da diferença entre a receita total e as despesas totais e impostos e participações (Conta 3 – Conta 4 – Conta 61). A diferença entre as médias de acreditadas e não acreditadas foi 372% em 2025, sendo 357% em 2024 e 451% em 2023 em favor das operadoras acreditadas.

Portanto, a acreditação vem se apresentando como uma estratégia relevante para o fortalecimento da qualidade setorial, alinhada aos princípios da atenção centrada na pessoa, da segurança do paciente e da promoção de modelos assistenciais mais coordenados, integrais e orientados por valor em saúde.

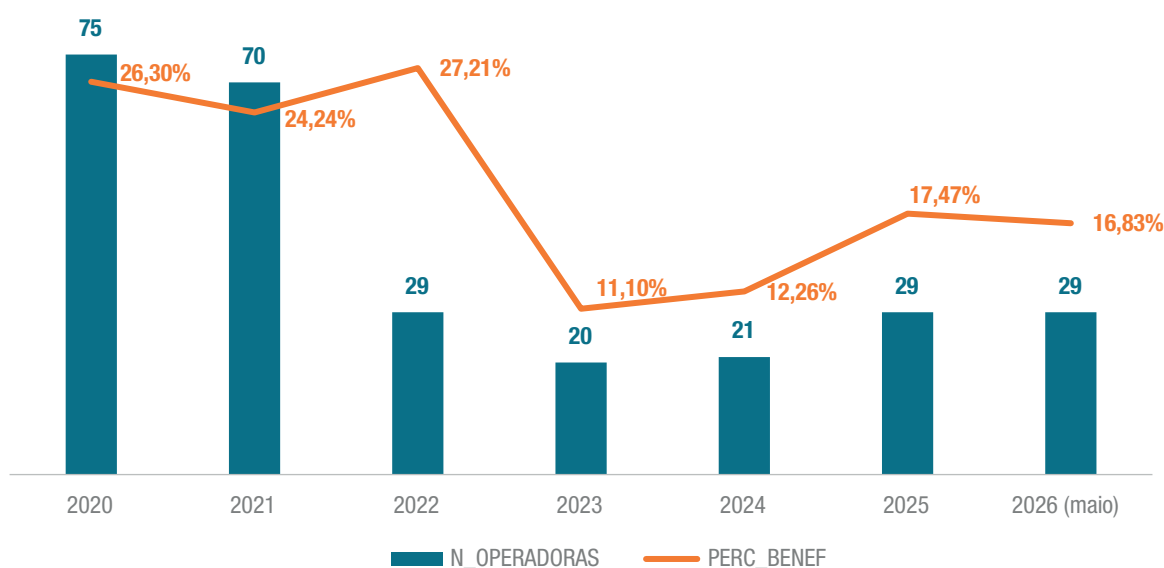
7.5 Histórico

O gráfico 15 apresenta a evolução do número de operadoras acreditadas, entre 2020 e maio de 2026, e a evolução percentual de beneficiários em operadoras acreditadas, em relação ao total de beneficiários do segmento MH, no mesmo período. Como pode ser observado neste gráfico, houve queda do número de operadoras acreditadas ocorrida a partir de 2020, associada à mudança da metodologia promovida pela RN 452/2020, sucedida pela RN 507/2022 no esforço de consolidação de normas na gestão do estoque regulatório. Além da necessidade de adaptação ao novo manual de acreditação instituído em 2020, mais desafiador e robusto tecnicamente, acrescente-se a pandemia do COVID-19, que possivelmente provocou impacto sobre decisões de investimentos

relacionados à acreditação. Esse contexto motivou a mudança de tendência de crescimento, com redução importante do número de operadoras acreditadas nos anos de 2021, 2022 e 2023, com o término progressivo da vigência dos certificados emitidos sob a regra antiga.

Entre 2024 e 2025 houve um crescimento de mais de 39% na quantidade de operadoras acreditadas, passando de 21 operadoras em de 2024 para 29 operadoras em dezembro de 2025. As 29 operadoras acreditadas concentram 17,47% do total de beneficiários em operadoras médico-hospitalares.

■ **Gráfico 15 - Evolução das Operadoras Acreditadas, 2020 a maio de 2026**



Fonte: [Historico OPS Acreditadas e Entidades Acreditadoras site 12.06.26.xlsx](#)

No que se refere à acreditação de operadoras exclusivamente odontológicas, foi evidenciada a necessidade de definir itens específicos para as operadoras deste segmento. Assim, a RN 507/2022 foi alterada pela RN 630/2025, sendo instituído um Manual específico, considerando as especificidades do segmento odontológico. A partir da publicação do Manual específico, duas operadoras exclusivamente odontológicas obtiveram a acreditação até maio de 2026, representando 26 % do total de beneficiários em operadoras exclusivamente odontológicas.

8 DADOS E TRANSPARÊNCIA

O Plano de dados abertos (PDA) da ANS é o instrumento que operacionaliza a Política de Dados Abertos do governo federal, e inclui o planejamento das ações de implementação e promoção da abertura de dados de interesse da sociedade e deve ser publicado a cada dois anos. A ANS já publicou 62 conjuntos de dados abertos que estão disponíveis no Portal Brasileiro de dados abertos, e em sua 5ª edição do PDA (2026-2028) estão previstas publicações de mais 6 conjuntos, além de ações de promoção de divulgação e incentivos ao uso dos dados abertos da Agência. Consulte aqui o novo PDA da ANS (link: [Dados Abertos — Agência Nacional de Saúde Suplementar \(www.gov.br\)](#))

A Política de Dados Abertos tem como pilar a Lei de Acesso à Informação (LAI) - Lei nº 12.527/2012, e as orientações, obrigações e seu planejamento são normatizadas pelo Comitê Gestor da Infraestrutura Nacional de Dados Abertos (CGINDA)⁵, coordenado pela Controladoria Geral da União – CGU. Seus objetivos estão descritos na figura 7, a seguir.

■ **Figura 7 – Objetivos da Política de Dados Abertos**



Fonte: elaboração própria, baseado no normativo vigente (2026).

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

