

PANORAMA

Saúde Suplementar

Rio de Janeiro - v.1 – nº 1 | julho 2023 – 1º 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 Fukuyama, 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.1 n. 1, 1º trimestre de 2023. Rio de Janeiro: ANS, 2023.

2,8MB

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)

APRESENTAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresenta sua nova publicação periódica sobre dados do setor de planos de saúde: o **Panorama - Saúde Suplementar**.

Serão quatro edições por ano com dados atualizados trimestralmente. O objetivo é disponibilizar informações relevantes e de qualidade, configurando uma fonte confiável para todos que se interessam pelo setor.

O boletim **Panorama – Saúde Suplementar** 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.

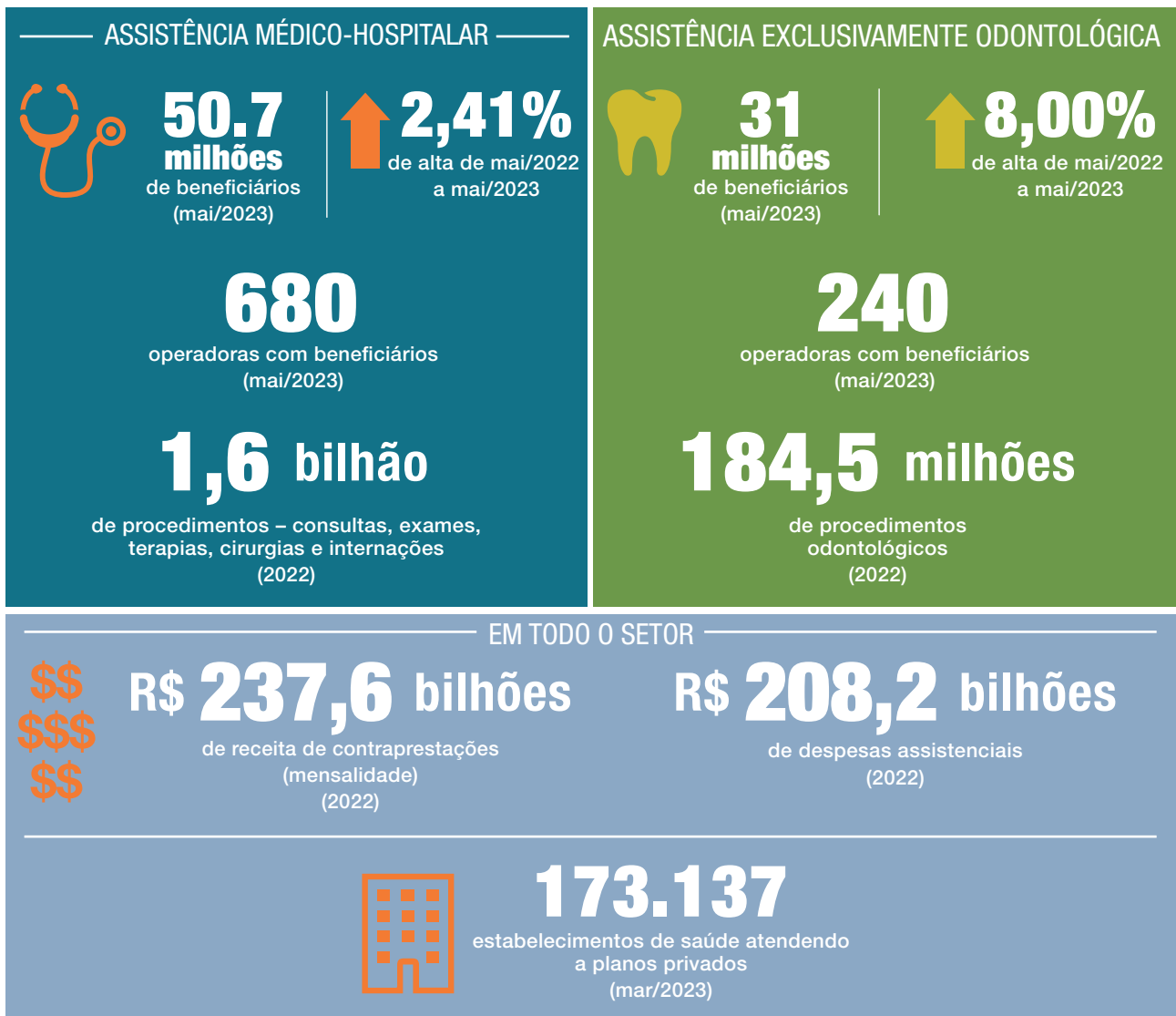
Os dados são extraídos das bases de dados de envio obrigatório alimentadas pelas operadoras de planos de saúde, bem como das bases de dados nacionais custodiadas pela ANS.

Esta primeira edição traz dados do primeiro trimestre de 2023 e contempla análises de um período mais abrangente, em uma perspectiva histórica. Os reflexos da pandemia de Covid-19 e seus possíveis desdobramentos no setor de planos de saúde também são abordados em diferentes seções desta publicação.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
1 GRANDES NÚMEROS DO SETOR.....	5
2 BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE	5
3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE	12
4 CENÁRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO	17
5 DEMANDAS DE CONSUMIDORES	25
6 PROGRAMAS E PROJETOS DA ANS	29
7 ASPECTOS NORMATIVOS E LEGAIS	31

1 GRANDES NÚMEROS DO SETOR



2 BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Os dados sobre os usuários de planos de saúde são extraídos do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), que é alimentado pelas próprias operadoras, com dados de cada contrato ao qual uma pessoa está vinculada. Dessa forma, se um indivíduo possui dois planos de saúde - é dependente em um plano e titular em outro, por exemplo -, ele tem dois vínculos. O termo “beneficiário”, portanto, refere-se a cada vínculo à plano de saúde que um indivíduo possui.

Recorde de beneficiários em maio de 2023

O mês de maio de 2023 teve o maior número de beneficiários de toda a série histórica, tanto em planos de assistência médica quanto em planos exclusivamente odontológicos.

Para beneficiários em planos de assistência médica, foi o segundo mês consecutivo do recorde. O anterior havia acontecido em novembro de 2014, quando o número chegou a 50.541.430. Já os planos exclusivamente odontológicos seguem uma trajetória de crescimento contínuo desde janeiro de 2022.

A figura 1 apresenta os números de beneficiários por unidade federativa, em maio de 2023.

■ **Figura 1 - Distribuição de beneficiários pelas Unidades da Federação**



Fonte: SIB/ANS/05-2023

Evolução do número de beneficiários entre 2000 e 2023

Em pouco mais de duas décadas, de dezembro de 2000 a maio de 2023, cerca de 19,7 milhões de beneficiários contrataram planos privados de assistência médica, um crescimento de 63,3%. No mesmo período, os planos exclusivamente odontológicos cresceram 1.093,8%, ou seja, 12 vezes, com cerca de 28,5 milhões de novos beneficiários. Cabe observar, que os resultados do Censo Demográfico de 2022, recentemente divulgados pelo IBGE, indicam um crescimento populacional de 19,6% no período¹.

¹ As datas de referência de ambos os Censos é 1º de agosto. Os dados do Censo Demográfico de 2022 podem ser vistos com mais detalhes em <https://censo2022.ibge.gov.br/>

Na tabela 1 pode-se observar o crescimento populacional e sua relação com o crescimento dos beneficiários na saúde suplementar. São apresentados os dados de junho de 2000, período inicial da atuação da ANS e junho de 2022.

Importante lembrar, como mencionado no início desta seção, que a proporção de beneficiários com a população brasileira considera o número de beneficiários como a quantidade de contratações de planos privados de assistência à saúde (vínculos).

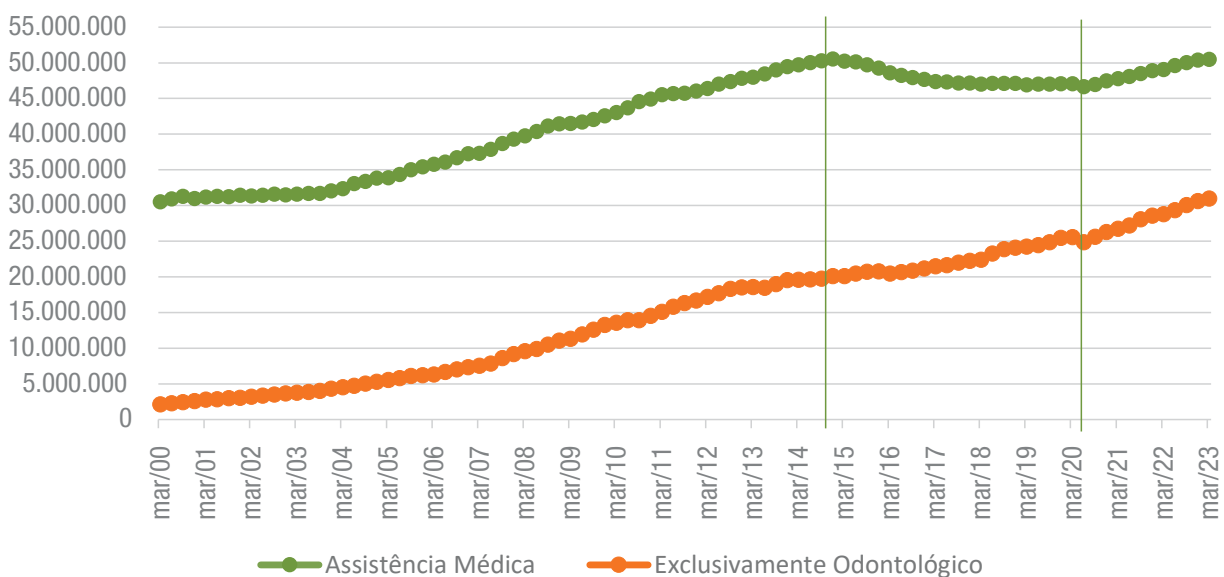
Tabela 1 - População residente, beneficiários e taxa de cobertura Brasil - 2000 e 2022

	2000		2022	
População residente	169.799.170		203.062.512	
Beneficiários em planos privados de assistência médica	30.909.969	18,2%	49.641.853	24,4%
Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	2.283.388	1,3%	29.042.536	14,3%

Fonte: SIB/ANS/MS - 05/2023 e IBGE – Censos Demográficos 2000 e 2022

Pode-se dizer que, no caso do mercado de planos de assistência médica, nestes 23 anos experimentou-se três períodos distintos: um de crescimento longo e contínuo, até dezembro de 2014, um segundo, de declínio, que atingiu seu menor nível no início da pandemia do coronavírus e um terceiro, nos últimos dois anos, de retomada do crescimento (gráfico 1). O mercado de planos exclusivamente odontológicos apresentou um crescimento quase constante, com curta pausa durante a pandemia (gráfico 1).

Gráfico 1 - Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial Brasil - dezembro/2000-maio/2023



Fonte: SIB/ANS/MS - 05/2023

O número de beneficiários de planos de assistência médica, que mostrou uma lenta e persistente redução desde o fim de 2014, atingiu seu menor valor em junho de 2020, nos primeiros meses da pandemia. A partir do mês seguinte a recuperação foi constante.

Os planos exclusivamente odontológicos também tiveram um curto período de redução do número de beneficiários (apenas entre março e junho de 2020) e, depois seguiram um ritmo acelerado de crescimento durante o período da pandemia.

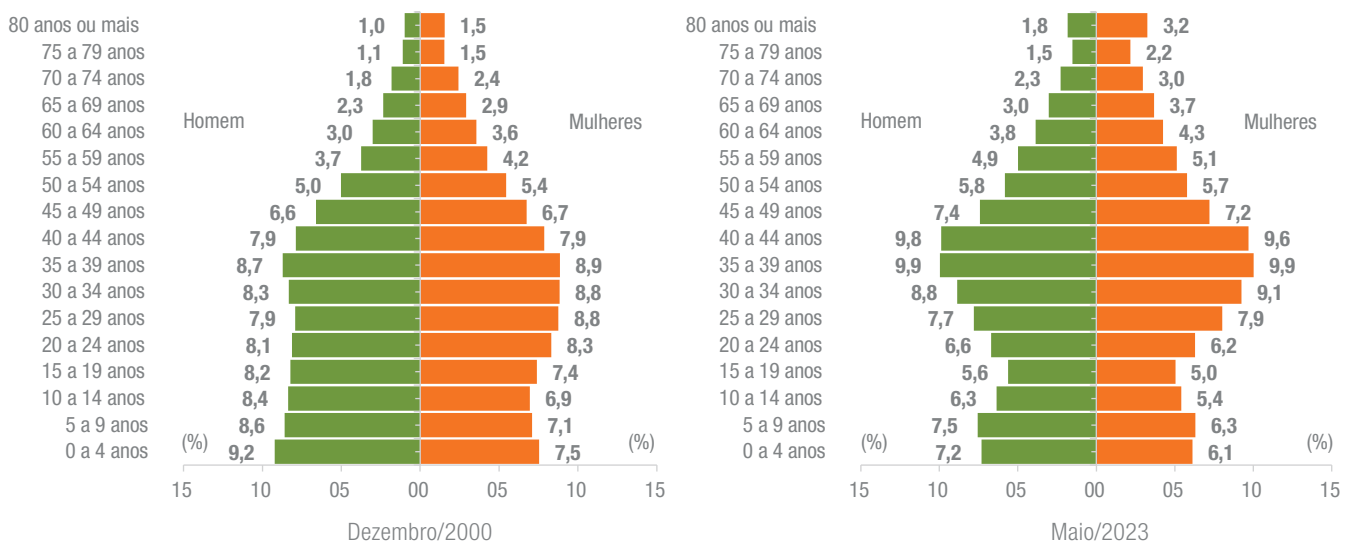
Considerando o período pré-pandemia (dezembro de 2019) a maio de 2023, o crescimento do número de beneficiários de planos de assistência médica foi de 7,6% e dos planos exclusivamente odontológicos foi de 22,2%.

Mudança no perfil etário

Observa-se no período de 2000 a 2023, uma mudança no perfil etário do conjunto de beneficiários de planos de assistência médica. O envelhecimento da carteira, acompanha o envelhecimento da própria população brasileira. A ANS reconhece a relevância da questão, que afeta diretamente um dos principais pilares da saúde suplementar, o mutualismo. Trata-se do desafio de encontrar a sustentabilidade do setor por meio de financiamento coletivo.

As pirâmides etárias abaixo (gráfico 2), ilustram claramente esta tendência, mostrando o estreitamento da base e o deslocamento das maiores frequências para as faixas etárias maiores.

Gráfico 2 - Pirâmide etária dos beneficiários de planos de assistência médica Brasil – dezembro/2000 e maio/2023



Fonte: SIB/ANS/MS - 05/2023

Distribuição de beneficiários por tipo de contratação

A variação do número de beneficiários da saúde suplementar está fortemente associada ao desempenho da economia e do mercado de trabalho. Neste sentido, planos coletivos empresariais, por serem um importante benefício trabalhista, tiveram um crescimento de 11,9% no número de beneficiários, adicionando mais de 3,8 milhões de beneficiários, entre dezembro/2019 e maio/2023. Este segmento passou a representar 70,2% de todo o mercado (era 67,5%, em dezembro de 2019).

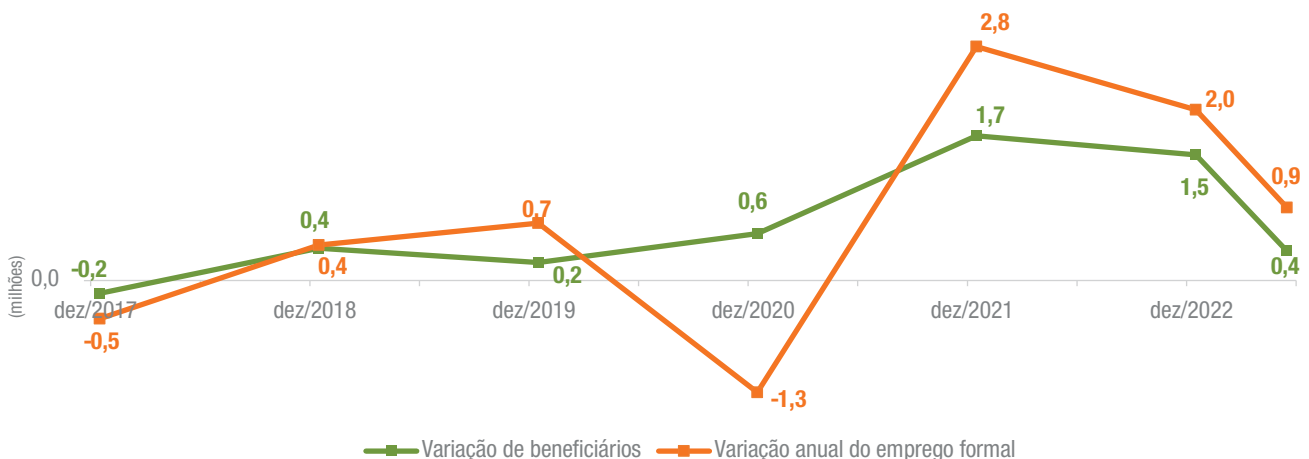
Por outro lado, os planos individuais continuaram em sua tendência de queda, perdendo quase 135 mil beneficiários e representando, em maio de 2023, apenas 17,6% do mercado.

Correlação dos empregos formais com o número de beneficiários

De acordo com o Novo CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados)², o estoque de empregados, que é a quantidade total de vínculos celetistas ativos, em maio de 2023, contabilizou 43.309.785 vínculos, o que representa uma variação acumulada em 12 meses de +4,3%.

O gráfico 3 demonstra a variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais no Brasil, entre dezembro de 2017 e maio de 2023.

Gráfico 3 - Variação anual de beneficiários em planos novos coletivos de assistência médica e de empregos formais, Brasil – dezembro/2017-maio/2023



Fontes: Elaboração própria, a partir de dados SIB/ANS/MS - 05/2023, CAGED/SEPRT/ME e eSocial/SEPRT/ME.

Notas:

1. Desde janeiro de 2020, o uso do Sistema do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) foi substituído pelo Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (eSocial) para parte das empresas, conforme estabelecido pela Portaria SEPRT nº 1.127, de 14/10/2019. Permanece a obrigatoriedade de envio das informações por meio do Caged apenas para órgãos públicos e organizações internacionais que contratam celetistas. Embora a maior parte das empresas esteja obrigada a declarar o eSocial, muitas deixaram de prestar informações de desligamentos a este sistema. Para viabilizar a divulgação das estatísticas do emprego formal durante esse período de transição, foi feita a imputação de dados de outras fontes. Embora tenhamos mantido a série histórica neste gráfico, alterações metodológicas importam em mudança na configuração de análise do cenário em questão. Para mais detalhes, ver <http://pdet.mte.gov.br/o-que-e-novo-caged>.

Em razão da estreita relação do número de beneficiários com o número de empregos formais no Brasil, as curvas seguem a mesma tendência. Mesmo no período da pandemia, especialmente entre 2020 e 2021, as curvas seguiram a mesma direção. A variação do número de beneficiários foi mais suave, o que pode estar relacionado ao receio dos beneficiários de ficarem sem atendimento na saúde suplementar em momento de crise sanitária.

O crescimento recente do número de beneficiários de planos de saúde vem em consonância com outros dados que apontam para uma possível recuperação da economia do País, tal como o Produto Interno Bruto (PIB).

Correlação do PIB com o número de beneficiários

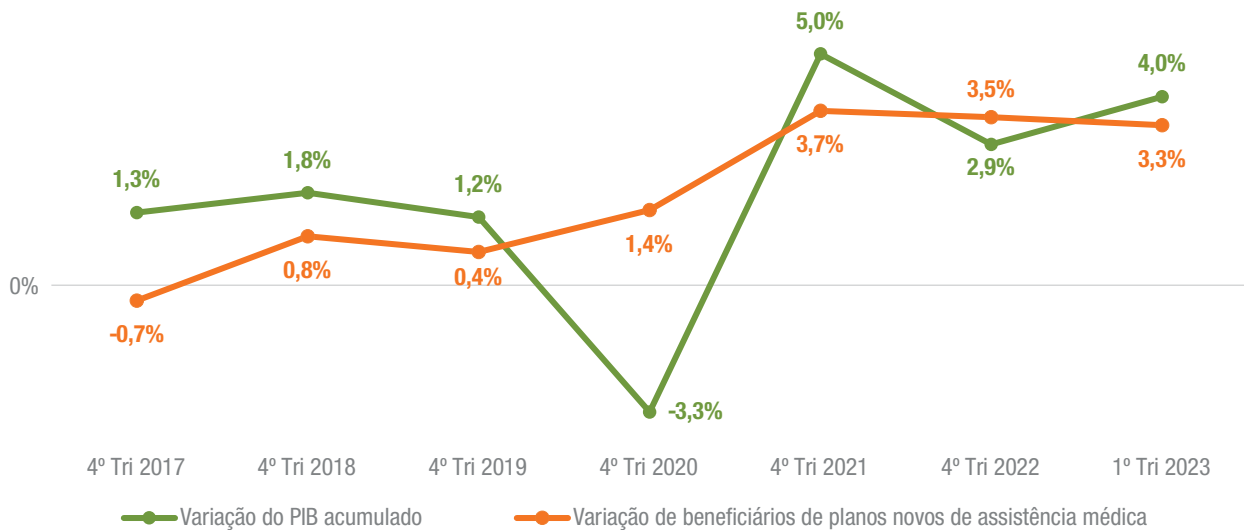
O Produto Interno Bruto (PIB) encerrou o ano de 2022 crescendo 2,9% em relação a 2021. Em decorrência dessa alta, o PIB per capita alcançou R\$ 46.154,6 (em valores correntes) em 2022, um avanço (em termos reais) de 2,2% em relação ao ano anterior.

De acordo com o IBGE (Contas Nacionais, 4T, 2022), no 4º Trimestre de 2022 o PIB apresentou variação negativa de 0,2% na comparação com o terceiro trimestre do ano, levando-se em consideração a série com ajuste sazonal. A Indústria retraiu 0,3%, enquanto a agropecuária e os serviços apresentaram variação positiva de 0,3% e 0,2%, respectivamente.

A variação do número de beneficiários em planos de assistência médica também costuma flutuar em consonância com os movimentos do PIB, demonstrando uma importante correlação do mercado de saúde suplementar com o crescimento econômico nacional.

Da mesma forma que o observado em relação ao emprego formal, a queda considerável do PIB no período da pandemia (todo ano de 2020) não correspondeu a uma queda tão acentuada no número de beneficiários de planos de assistência médica, no mesmo período. Historicamente os dois indicadores caminharam alinhados, como pode ser observado no gráfico 4.

■ **Gráfico 4 - Variação do PIB acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos novos, Brasil – 4º trimestre/2017-1º trimestre/2023**



Fontes: IBGE e SIB/ANS/MS - 05/2023

Notas:

1. Valor do PIB a valores constantes de 1995.

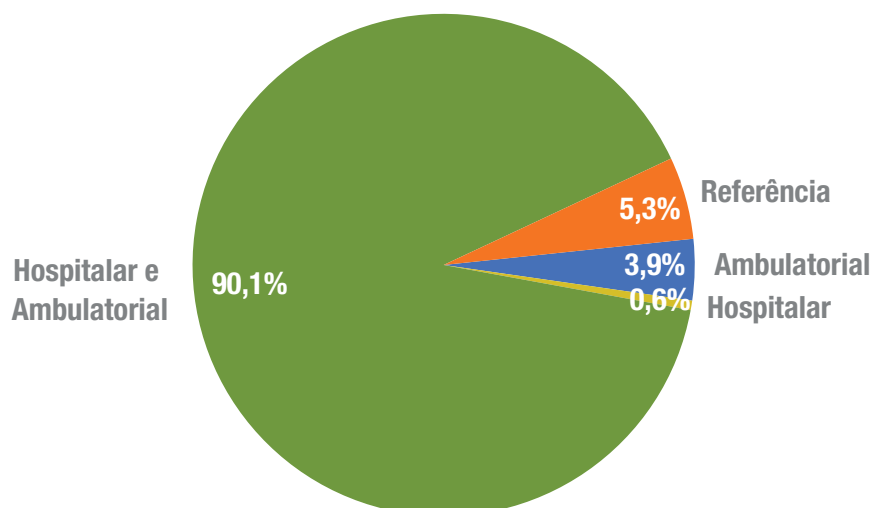
2. Taxa é calculada pela razão entre PIB/Beneficiários acumulados no trimestre do ano corrente e PIB/Beneficiários acumulados no mesmo trimestre do ano anterior.

3. Valores do PIB ajustados retroativamente, seguindo divulgação do IBGE correspondente ao 1º trimestre de 2023.

Segmentação assistencial

Incluindo os planos Referência, os planos de segmentação hospitalar e ambulatorial continuam predominantes (gráfico 5). Em maio de 2023, 95,4% dos beneficiários tinham essa cobertura.

■ **Gráfico 5 - Beneficiários de planos de assistência médica, por segmentação assistencial**



Fonte: SIB/ANS/MS - 05/2023

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 beneficiário³ (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 1º trimestre de 2019, com dados enviados pelas operadoras ao Sistema de Informações de Produtos (SIP) até o 1º trimestre de 2023⁴.

As consultas por beneficiário, que já vinham apresentando um declínio ao longo de 2019, alcançaram seu ponto mínimo no 2º trimestre de 2020, com o início da pandemia e as medidas de isolamento social adotadas para o enfrentamento do novo Coronavírus. A relação de consultas por beneficiário está paulatinamente retornando aos níveis pré-pandemia, mas ainda se encontra em patamar inferior ao observado no 1º trimestre de 2019.

As terapias ambulatoriais⁵ e os procedimentos odontológicos apresentaram queda a partir do 1º trimestre de 2020 e, assim como as consultas médicas ambulatoriais, também não retornaram ao patamar observado em 2019 no 1º trimestre de 2023.

As internações e outros atendimentos ambulatoriais⁶ por beneficiário apresentaram, no início de 2023, comportamento bem próximo ao observado antes da pandemia (2019), apontando para uma tendência de normalização da frequência de utilização.

Dos grupos de procedimentos informados ao SIP, o que apresenta um aumento mais significativo da relação evento/beneficiário são os exames ambulatoriais⁷. No 1º trimestre de 2023, houve um aumento de exames realizados em comparação ao 1º trimestre de 2019. Importante destacar que embora o número de consultas por beneficiário tenha caído, o número de exames realizados aumentou significativamente; o índice de variação do total de serviços médico-hospitalares no 1º trimestre de 2023 ficou acima do observado em 2019.

3 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.

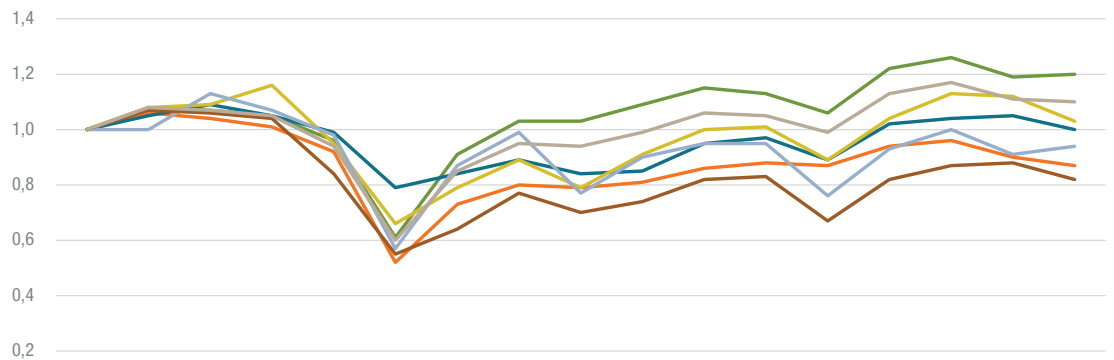
4 Os dados do SIP referentes ao 1º trimestre de 2023 são preliminares e podem sofrer alterações por envio de arquivos extemporâneos ou substitutivos pelas operadoras nos próximos meses.

5 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.

6 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.

7 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.

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

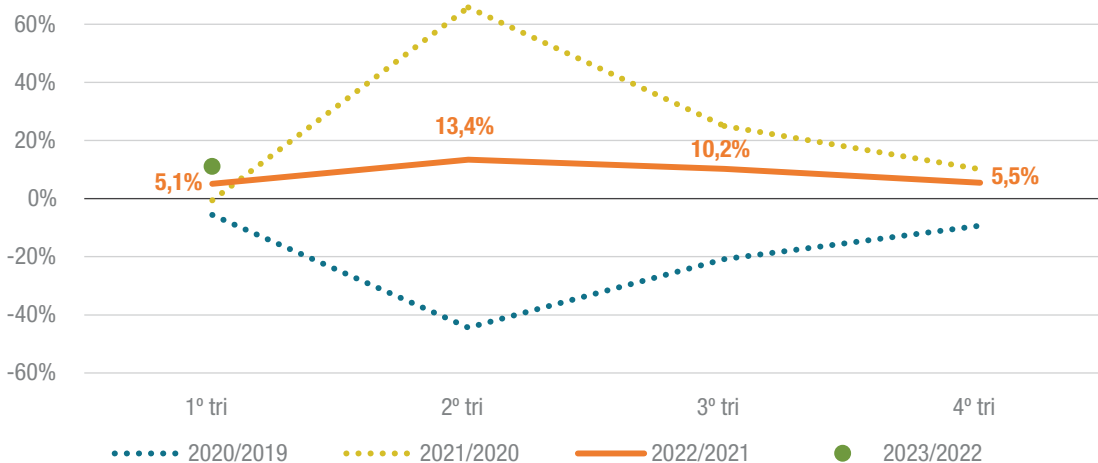


	1T2019	2T2019	3T2019	4T2019	1T2020	2T2020	3T2020	4T2020	1T2021	2T2021	3T2021	4T2021	1T2022	2T2022	3T2022	4T2022	1T2023
Consultas Médicas	1,00	1,06	1,04	1,01	0,92	0,52	0,73	0,80	0,79	0,81	0,86	0,88	0,87	0,94	0,96	0,90	0,87
Exames	1,00	1,08	1,07	1,05	0,96	0,61	0,91	1,03	1,03	1,09	1,15	1,13	1,06	1,22	1,26	1,19	1,20
Internações	1,00	1,05	1,09	1,05	0,99	0,79	0,84	0,89	0,84	0,85	0,95	0,97	0,89	1,02	1,04	1,05	1,00
Outros Atendimentos Ambulatoriais	1,00	1,08	1,09	1,16	0,95	0,66	0,79	0,89	0,79	0,91	1,00	1,01	0,89	1,04	1,13	1,12	1,03
Procedimentos Odontológicos	1,00	1,00	1,13	1,07	0,98	0,57	0,87	0,99	0,77	0,90	0,95	0,95	0,76	0,93	1,00	0,91	0,94
Terapias	1,00	1,07	1,06	1,04	0,84	0,55	0,64	0,77	0,70	0,74	0,82	0,83	0,67	0,82	0,87	0,88	0,82
Total Geral MH	1,00	1,08	1,07	1,05	0,94	0,60	0,85	0,95	0,94	0,99	1,06	1,05	0,99	1,13	1,17	1,11	1,10

Fonte: SIP/ANS (data de extração 02/07/2023) e SIB/ANS (extraído do ANS Tabnet em 25/06/2023 e sala de situação para o 1º trimestre de 2023)

No gráfico 7, a variação da utilização dos 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 produção assistencial 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 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 seguinte.

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

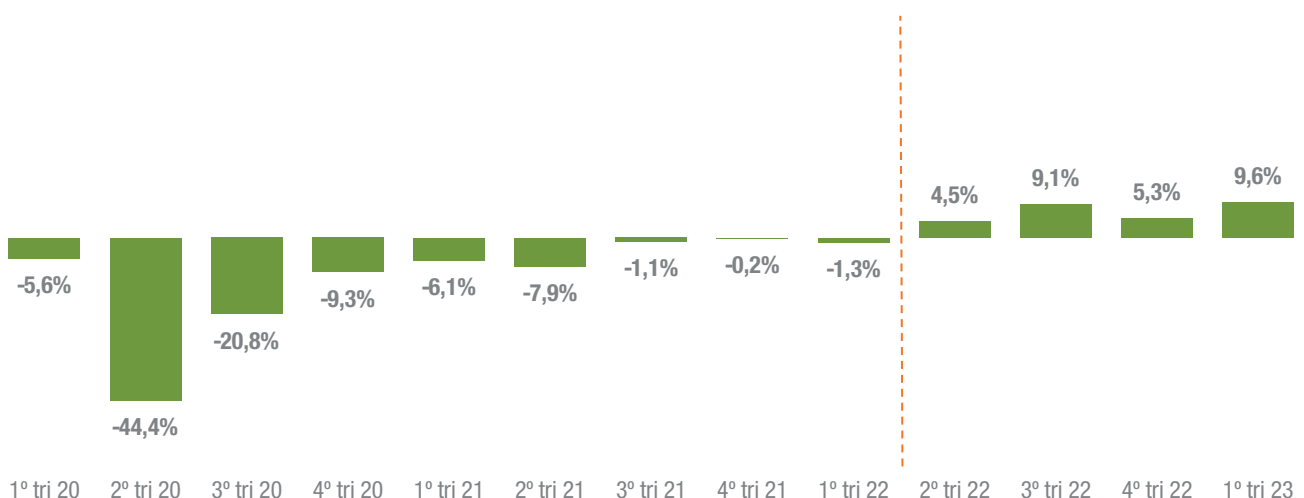


Fonte: SIP/ANS (data de extração 02/07/2023) e SIB/ANS (extraído do ANS Tabnet em 25/06/2023 e da Sala de Situação para o 1º trimestre de 2023)

*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)



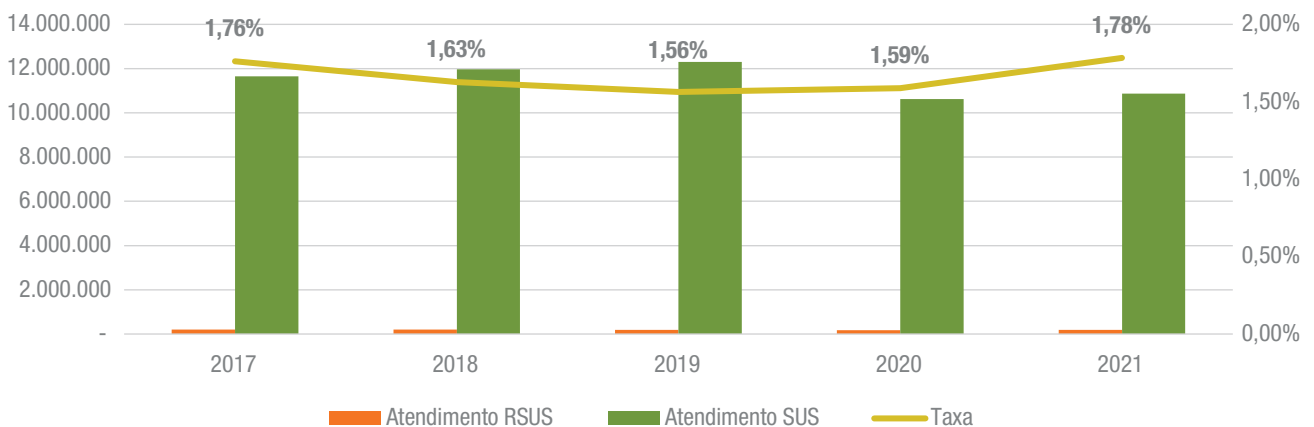
Fonte: SIP/ANS (data de extração 02/07/2023) e SIB/ANS (extraído do ANS Tabnet em 25/06/2023 e sala de situação para o 1º trimestre de 2023)

Utilização da rede SUS por beneficiários

Internações

Historicamente, o Sistema Único de Saúde (SUS) realiza, em média, 11 a 12 milhões de internações a cada ano, registradas em Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Em cerca de 1,7% destas, os pacientes são identificados como beneficiários de planos privados de saúde com cobertura para a realização do procedimento por meio de financiamento da operadora, e configuram o conjunto a ser tratado no processo de Ressarcimento ao SUS, operacionalizado pela ANS (gráfico 9).

Gráfico 9 - Internações SUS, internações identificadas no âmbito do Ressarcimento ao SUS e taxa de internações identificadas, Brasil – 2017-2021



Fonte: Sistema de Gestão do Ressarcimento – SGR/ANS.

Nota: Dados compilados por ano de ocorrência da internação.

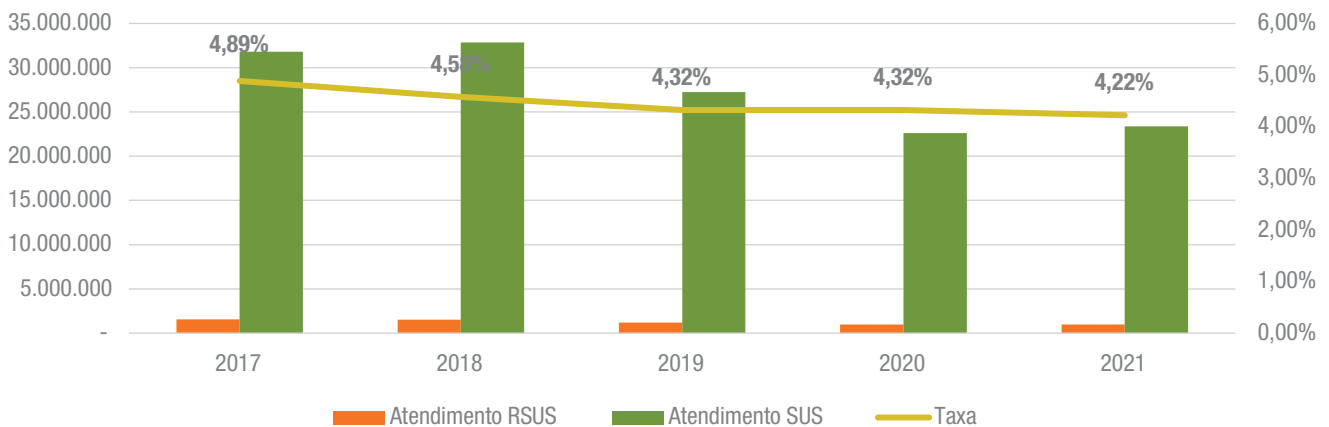
Legenda: RSUS – Procedimentos identificados como tendo sido realizados por beneficiários no SUS, sendo alvo do procedimento de ressarcimento ao SUS.

No gráfico 9, destaca-se o impacto da pandemia pelo Covid-19 sobre a utilização do SUS em 2020 e 2021, com redução do número absoluto de casos. Nesses anos, houve redução também no volume de internações identificadas no âmbito do Ressarcimento ao SUS, trazendo, conseqüentemente, pequeno impacto sobre a taxa de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde.

Procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade

No caso dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade registrados em APACs (Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade), são realizados, em média, cerca de 27,5 milhões de procedimentos por ano. Desse total, aproximadamente, 4,5% são atendimentos prestados a beneficiários de planos de saúde. Nesses casos, o período pandêmico teve maior impacto sobre a redução na utilização dos procedimentos, seja pela suspensão de atendimentos eletivos, ou pela própria redução de demanda devido ao isolamento praticado pela população. A taxa de utilização de procedimentos ambulatoriais em beneficiários de planos de saúde também foi afetada, passando de 4,89% em 2017 para 4,22% em 2021, conforme pode ser observado no gráfico 10.

Gráfico 10 - Procedimentos ambulatoriais SUS identificados no âmbito do Ressarcimento ao SUS e taxa de procedimentos ambulatoriais identificados, Brasil – 2017-2021



Fonte: Sistema de Gestão do Ressarcimento – SGR/ANS.

Nota 1: Dados compilados por ano de ocorrência do procedimento.

Nota 2: Os procedimentos ambulatoriais incluídos nesta análise pertencem aos subgrupos: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica; 03 – Procedimentos clínicos; 04 – Procedimentos cirúrgicos; 05 – Transplantes de órgãos, tecidos e células; 07 – Órteses, próteses e materiais especiais.

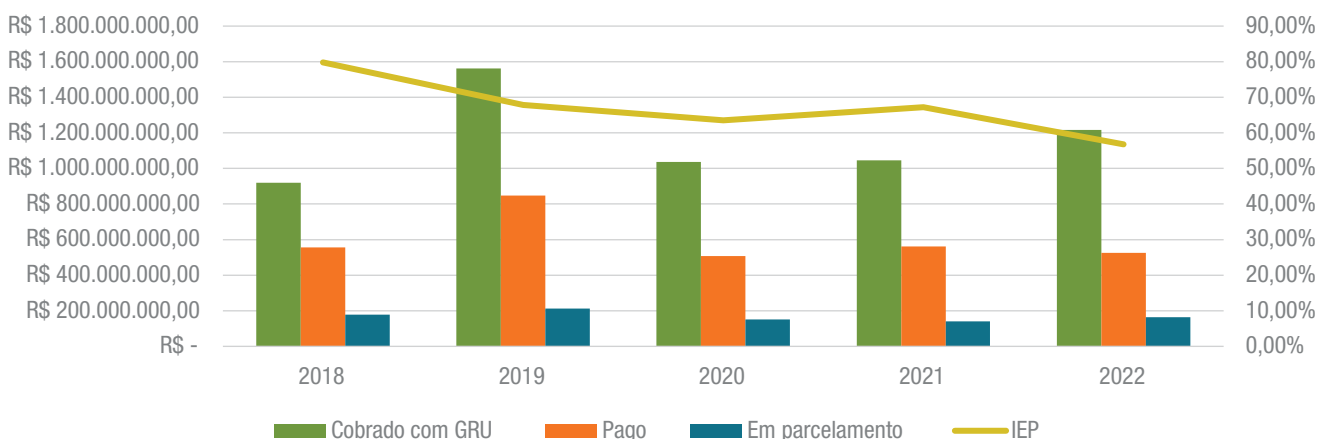
Legenda: RSUS – Procedimentos identificados como tendo sido realizados por beneficiários no SUS, sendo alvo do procedimento de ressarcimento ao SUS.

Cobrança e efetivo pagamento

A partir de 2014, a ANS passou a identificar e notificar, além das internações, os atendimentos ambulatoriais prestados no SUS e registrados por meio de APAC (Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade). Nos últimos anos, por conta da melhoria na metodologia do processo de ressarcimento ao SUS, houve aumento considerável dos valores cobrados, ultrapassando a marca de R\$ 1,5 bilhão cobrados em 2019, e mantendo a média de cerca de R\$ 1 bilhão por ano.

Do total cobrado, parte significativa é paga na data de vencimento, outra parte, menos volumosa, é parcelada, e, por fim, há débitos inadimplentes ou sendo discutidos judicialmente (gráfico 11).

Gráfico 11 - Cobrança, pagamento e índice de Efetivo Pagamento do Ressarcimento ao SUS, Brasil – 2018-2022



Fonte: Sistema de Gestão do Ressarcimento – SGR/ANS.

Nota: Dados compilados por ano de vencimento das GRUs.

GRU - Guia de Recolhimento da União | IEP - Índice de Efetivo Pagamento

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. Acesse [aqui](#).

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 operacional⁸, resultado financeiro⁹ e resultado líquido¹⁰.

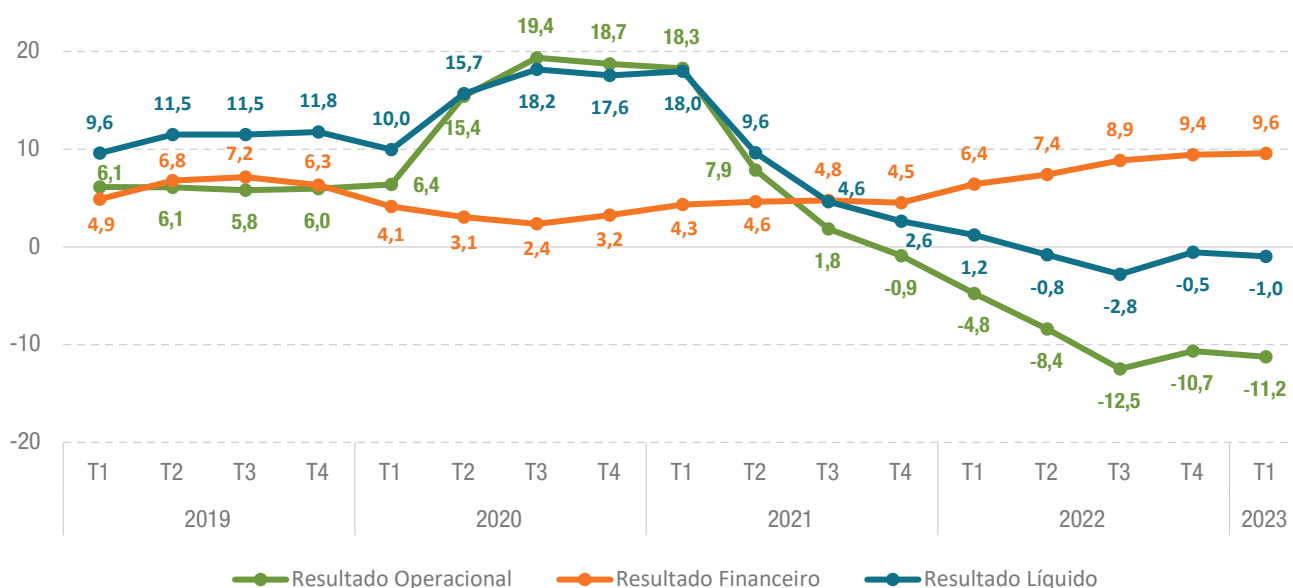
No gráfico 12 verifica-se, inicialmente, um crescimento relevante do resultado operacional das operadoras a partir do segundo trimestre de 2020, saindo de patamar em torno de R\$ 6,1 bilhões durante o ano de 2019 para ser triplicado no primeiro trimestre de 2021, atingindo R\$ 18,3 bilhões. Tal resultado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

8 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).

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

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

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



Fonte: ANS/DIOPS e Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar¹¹

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.

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\$ 9,6 bilhões comparado a R\$ 11,2 bilhões de prejuízo operacional) na última janela de 12 meses analisada. O resultado financeiro 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, seguindo o aumento da taxa de juros, vem apresentando crescimento constante em todos os trimestres, tendo seu valor quadruplicado no último período analisado.

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. Nos últimos dois períodos este indicador apresentou melhora, ainda que permaneça em prejuízo da ordem de R\$ 1 bilhão.

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

Sinistralidade

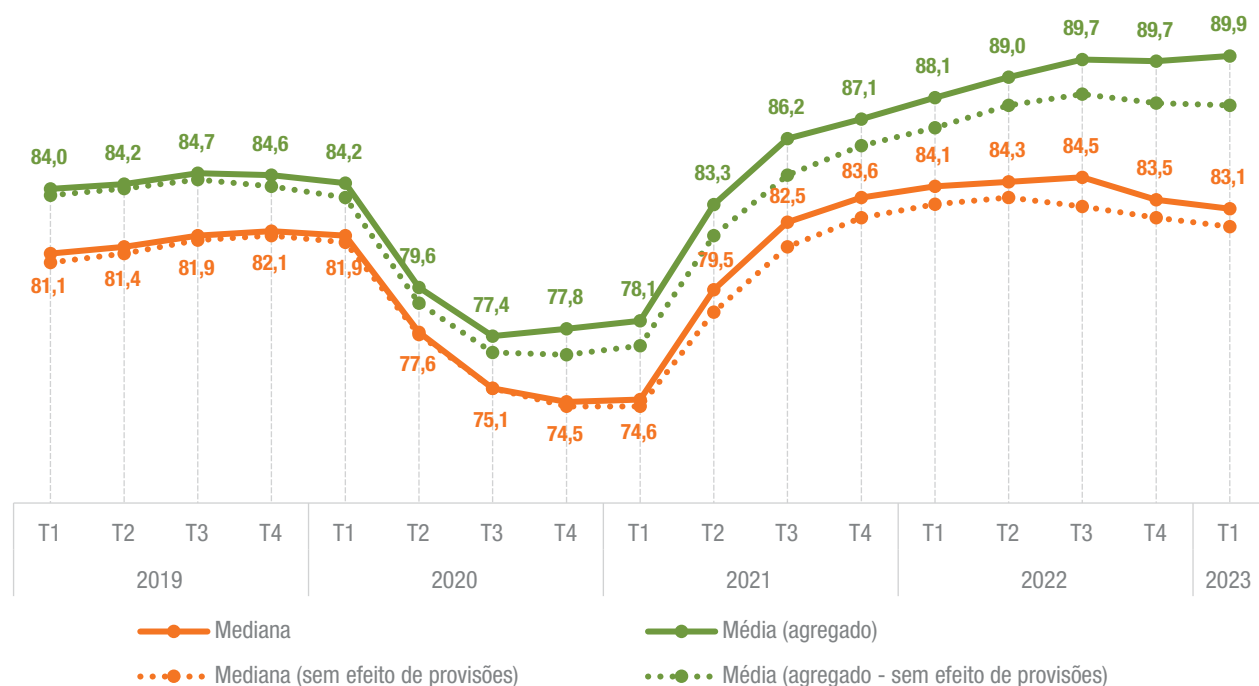
A sinistralidade¹² é um dos indicadores mais relevantes na operação de planos de saúde e representa, grosso modo, a porcentagem das receitas com contraprestações (mensalidades) pagas pelos contratantes que é consumida com o pagamento de eventos indenizáveis (despesas assistenciais), indicando, desta forma, a situação operacional do setor.

A sinistralidade do mercado é apresentada aqui através da média agregada¹³ e da mediana¹⁴ 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.

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 Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar¹⁵

12 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.

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

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

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

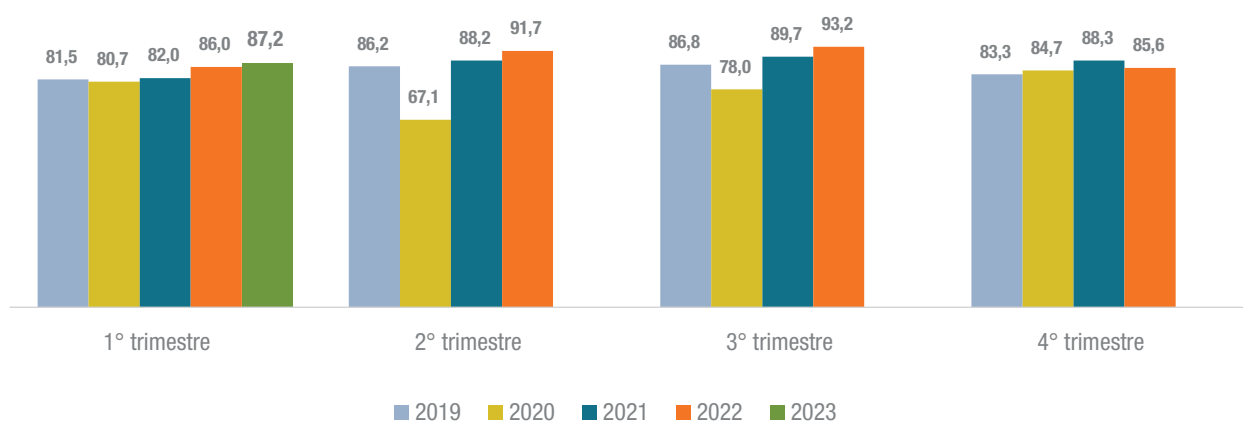
A partir do segundo trimestre de 2021, nota-se um crescimento ininterrupto nos dois indicadores até o terceiro trimestre de 2022. Nos dois trimestres mais recentes, nota-se estabilização da sinistralidade média e uma sinistralidade mediana com tendência de queda. Ao longo da série histórica a média apresenta 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 primeiro trimestre de 2023 foi a maior para um primeiro trimestre entre os períodos analisados.

■ Gráfico 14 - Sinistralidade média no trimestre (%)

Operadoras médico-hospitalares



Fonte: ANS/DIOPS e Painel Contábil da Saúde Suplementar16.

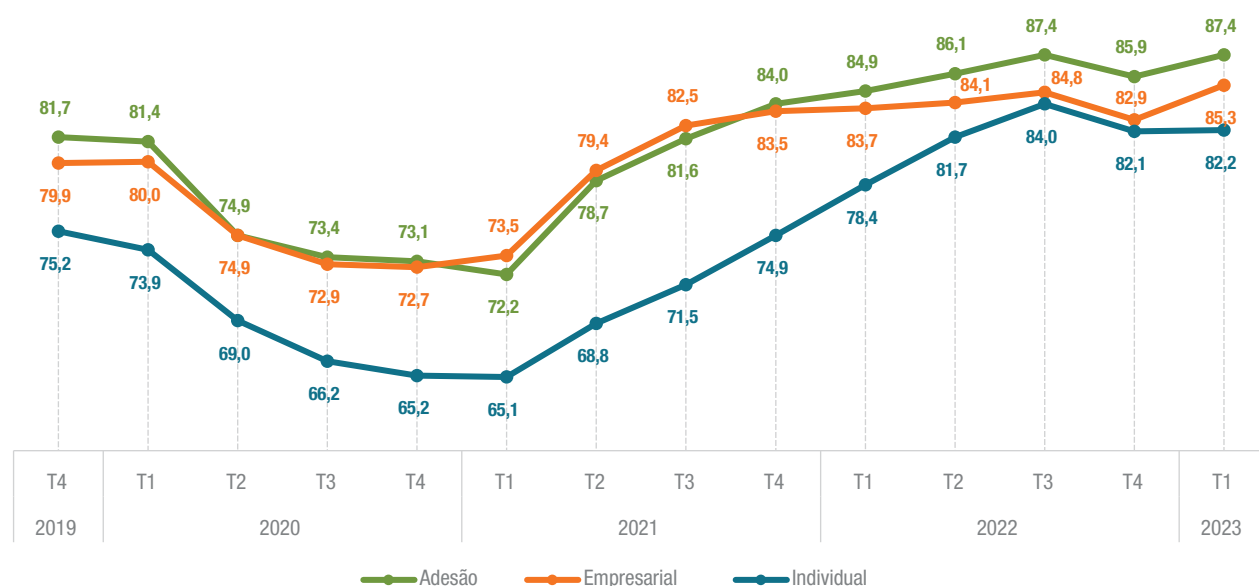
Quando a avaliação da sinistralidade média é feita por tipo de contratação (individual, empresarial e por adesão), observa-se que o indicador por carteira difere da sinistralidade

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.

■ 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.

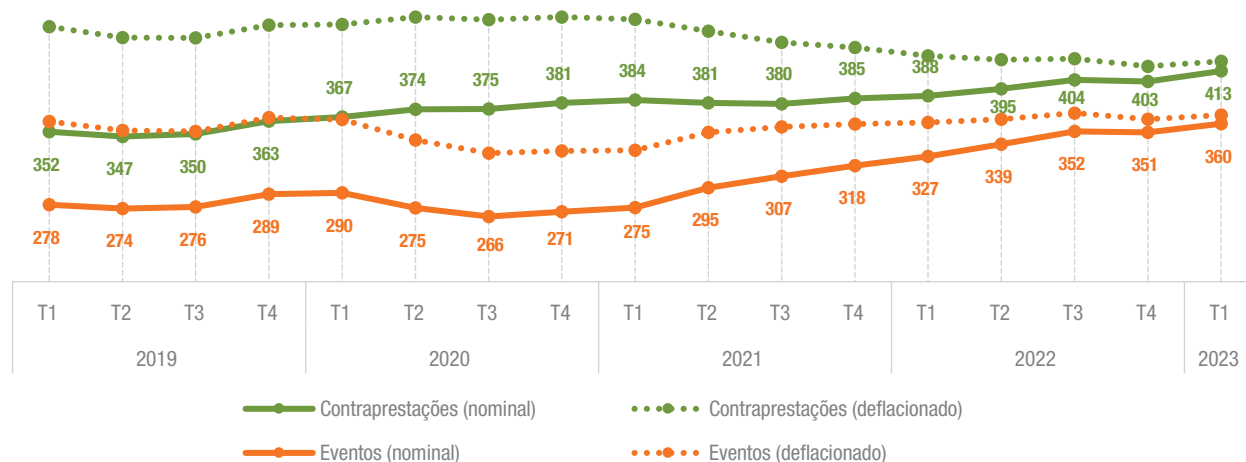
Todos os segmentos apresentaram queda na sinistralidade no quarto trimestre de 2022 da ordem de 2 pp comparado ao trimestre anterior. No primeiro trimestre de 2023, o aumento na sinistralidade em comparação com o trimestre anterior foi puxado pelo segmento empresarial (+2,4 pp) e adesão (+1,5 pp) enquanto a sinistralidade do segmento individual ficou estável.

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 Suplementar¹⁷

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 eventos per capita 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 sessão de Assistência

¹⁷ Painel Contábil da Saúde Suplementar publicado trimestralmente na sessão de painéis dinâmicos da página de [Dados e Indicadores do Setor](#) no site da ANS

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 8). 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.

Outro fator que pode ter contribuído para o aumento das despesas assistenciais é a mudança no perfil dos procedimentos executados. Como se observou no gráfico 6 da sessão de Assistência à Saúde, houve alteração na frequência dos eventos por beneficiário em 2021 e 2022, com aumento da frequência de exames ambulatoriais e redução das consultas médicas.

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\$ 298 contra R\$ 271. Já no primeiro trimestre de 2023, identifica-se uma variação de 2,3% em relação ao quarto trimestre de 2022 e de 9,7% 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 - IPCA¹⁸, 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 no primeiro trimestre 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). Apesar da leve recuperação no primeiro trimestre de 2023 comparado ao quarto trimestre de 2022, as contraprestações ficaram 10% abaixo do mesmo trimestre de 2019, 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. Esse efeito será comentado em mais detalhe a seguir.

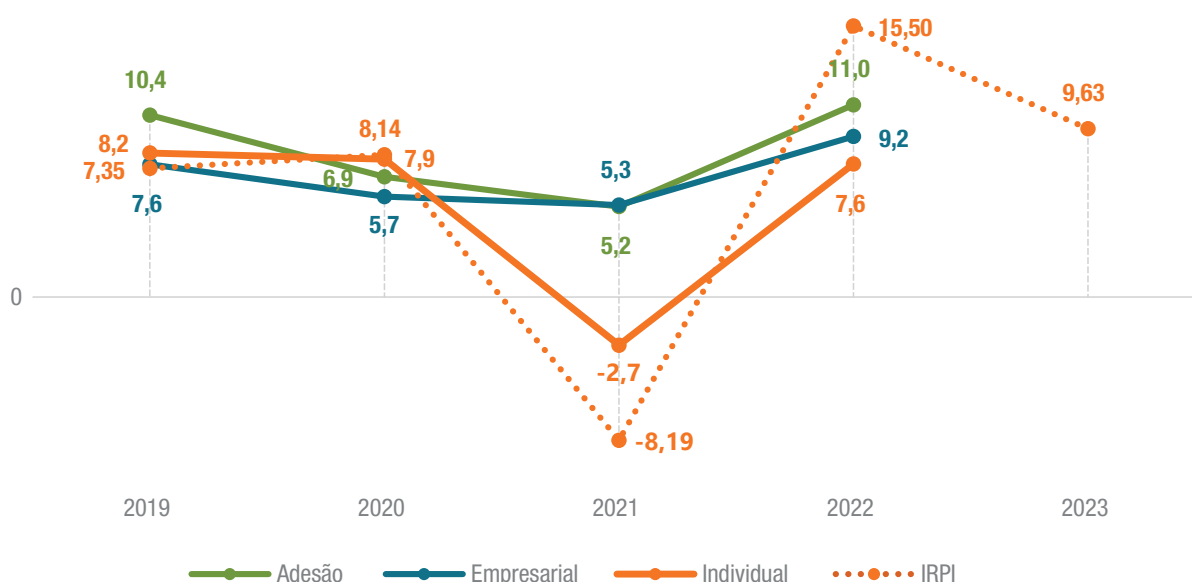
Reajustes

O reajuste médio é um indicador que reflete a média dos percentuais dos reajustes aplicados sobre as contraprestações da parcela de contratos que sofreram renovação no seu respectivo mês de aniversário. Portanto, esse indicador aponta para impactos futuros

¹⁸ [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

em parte das receitas assistenciais, já que as mensalidades reajustadas serão reconhecidas ao longo do período restante de vigência daqueles contratos que forem renovados. O gráfico 17 mostra a média anual dos reajustes, ponderada pela quantidade de beneficiários nos contratos renovados em cada mês. O gráfico inclui, a título de referência, o Índice Máximo de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) autorizado pela ANS para aplicação a partir de maio de cada ano.

■ Gráfico 17 - Reajuste médio anual por tipo de contratação e IRPI (%)



Fonte: ANS/RPC e Painel de Reajustes Coletivos¹⁹, ANS/SIB e ANS/IRPI.

Notas:

Média anual dos reajustes aplicados a cada mês ponderada pelos beneficiários em contratos reajustados.

O IRPI reflete o Índice de Máximo de Reajuste Individual autorizado para os meses de maio a abril do ano subsequente.

O objetivo do reajuste anual é permitir a continuidade da prestação de serviços assistenciais projetando um aumento de receita que busque preservar ou recompor o equilíbrio financeiro das carteiras. Dessa forma, é esperado que os reajustes guardem alguma relação com o comportamento das despesas assistenciais observado no período imediatamente anterior ao cálculo do reajuste.

Em 2020, a despesa assistencial per capita caiu 6,8% em termos nominais em comparação ao ano anterior (gráfico 16), influenciada por uma forte queda na frequência de utilização, conforme já mencionado. Assim, em 2021, os reajustes médios dos diferentes segmentos refletem quedas em comparação com os reajustes de anos anteriores (gráfico 17). Da mesma forma, o aumento dos reajustes aplicados ao longo de 2022 nos três segmentos também acompanha a retomada das despesas assistenciais observada em 2021.

A queda dos reajustes em 2021 (gráfico 17) afetou a receita de contratos renovados e, por consequência, a sinistralidade das carteiras, tanto em 2021 quanto em 2022. A receita per capita em valores nominais permanece praticamente estável a partir do quarto trimestre de 2020 e só retoma trajetória de crescimento a partir do segundo trimestre de 2022 (gráfico 16), influenciada em parte pela retomada dos reajustes em 2022.

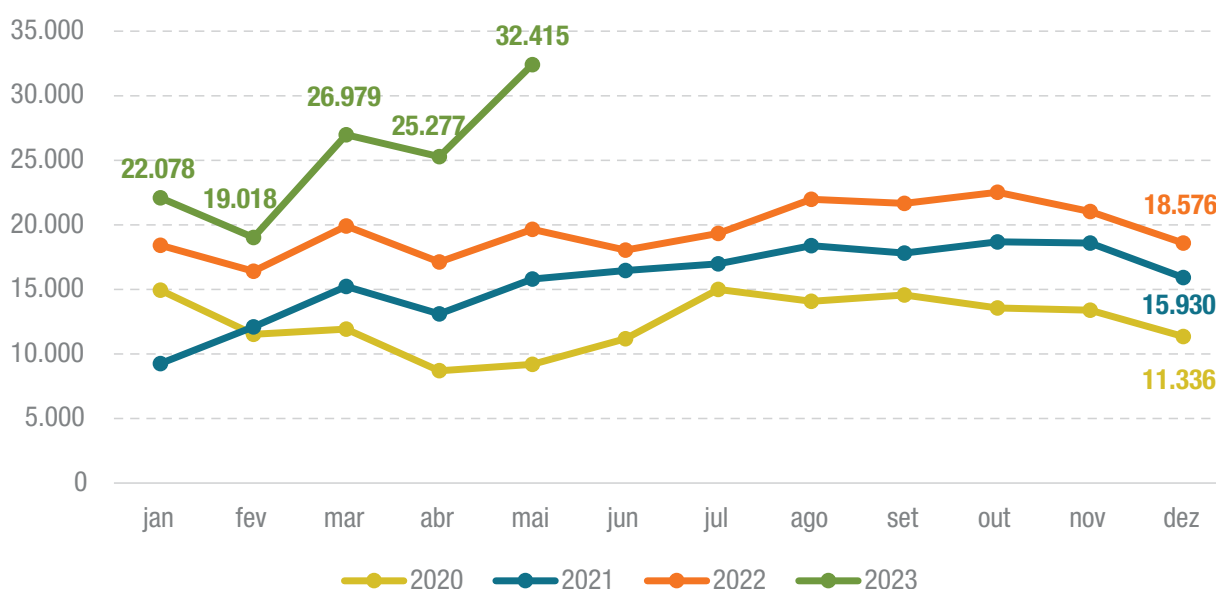
¹⁹ Painel de Reajustes Coletivos publicado trimestralmente na sessão de painéis dinâmicos da página de [Dados e Indicadores do Setor](#) no site da ANS.

O Índice Máximo de Reajuste de Planos Individuais – IRPI autorizado para aplicação em contratos com aniversário entre maio de 2023 e abril de 2024 é de 9,63% e foi impactado por um crescimento de 12,69% das despesas assistenciais per capita do segmento individual em 2022.

5 DEMANDAS DE CONSUMIDORES

As informações apresentadas nesta seção referem-se ao acompanhamento mensal das reclamações registradas junto aos canais de atendimento da ANS. O gráfico 18 apresenta a evolução das reclamações tratadas por meio na Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), tanto as assistenciais como as não assistenciais.

Gráfico 18 - Evolução de reclamações (assistenciais e não assistenciais)



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

Durante o período de 2020 a 2022, o número de demandas de reclamação e de informação relacionadas à pandemia esteve diretamente ligado a alguns acontecimentos. Os principais foram a adoção de medidas mais rigorosas de isolamento social, a divulgação de notícias na mídia sobre incorporações de exames relacionados ao novo coronavírus no Rol da ANS, a suspensão ou prorrogação dos prazos máximos para procedimentos de saúde, os aumentos da incidência da doença, impulsionados à medida do surgimento de novas variantes do vírus, e, posteriormente, o arrefecimento da doença.

Mesmo diante deste cenário, os registros de reclamação e de pedidos de informação relacionados ao novo coronavírus representaram menos de 10% do total de reclamações NIP cadastradas na ANS, na maior parte do período. Destaca-se, ainda, que os registros foram diminuindo gradualmente, acompanhando a redução da incidência da Covid-19.

Por outro lado, com o arrefecimento da pandemia, observou-se um aumento da utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários, já esperado, em função da redução de utilização

destes nos momentos mais críticos. Contudo, não se constatou um aumento extraordinário e repentino, conforme destacado nesta publicação e nas edições do Boletim Covid-19 – Saúde Suplementar, divulgados pela ANS²⁰.

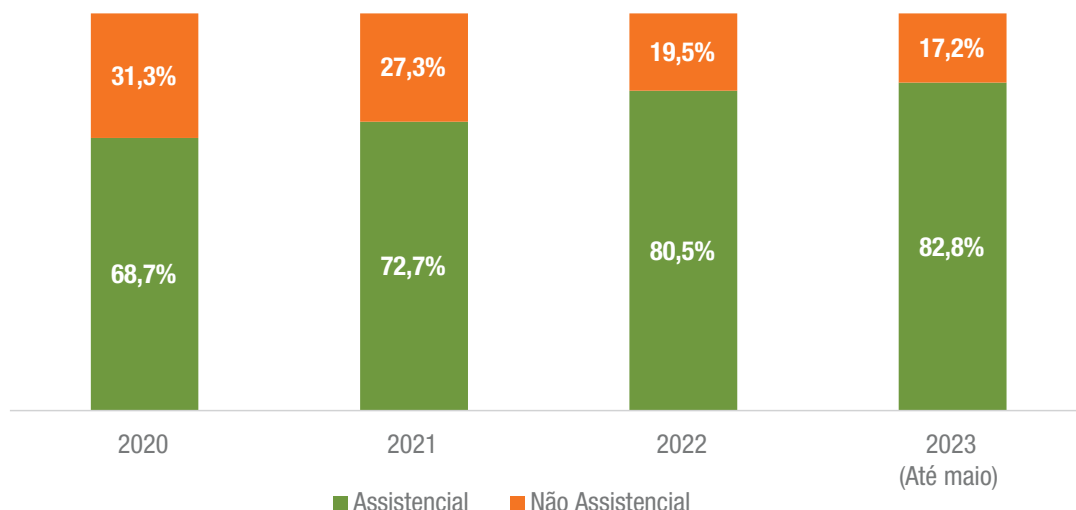
Neste contexto, desde 2021, a ANS vem recebendo mais questionamento relacionados a temas de natureza assistencial como, por exemplo, reclamações sobre dificuldade de acesso ou negativas de cobertura.

Também deve-se considerar que aumentos sazonais de questionamentos são historicamente observados, como é o caso de demandas sobre reajustes do plano de saúde, após a divulgação pela ANS do índice máximo para os planos de saúde individuais e familiares regulamentados (contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98).

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 82,8% (em 2023, até maio) do total de reclamações NIP cadastradas na ANS (gráfico 19).

■ Gráfico 19 - Distribuição percentual de reclamações por natureza das demandas



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

Índice Geral de Reclamações (IGR)

Em linhas gerais, o Índice Geral de Reclamações (IGR)²¹ 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

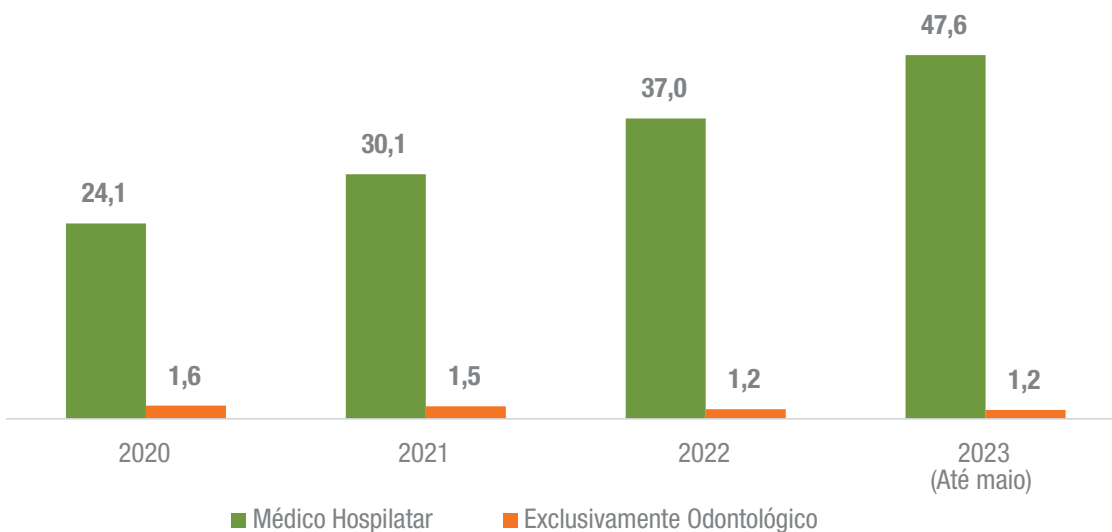
20 <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19>

21 <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieOTFhZkZkNDk0MjEwLWZlZDQ1YjcwZGM3NjEzIiwidCI6IjYmE0ODBiLlRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNmYmU1ZiJ9>

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 20, abaixo, mostra que, em média, os planos de assistência médica tiveram 47,6 reclamações para cada 100 mil beneficiários enquanto, os planos exclusivamente odontológicos tiveram em média 1,2 reclamação para a mesma quantidade de beneficiários nos primeiros 5 meses de 2023.

■ **Gráfico 20 - Índice Geral de Reclamações (IGR) por 100 mil beneficiários, por cobertura assistencial**



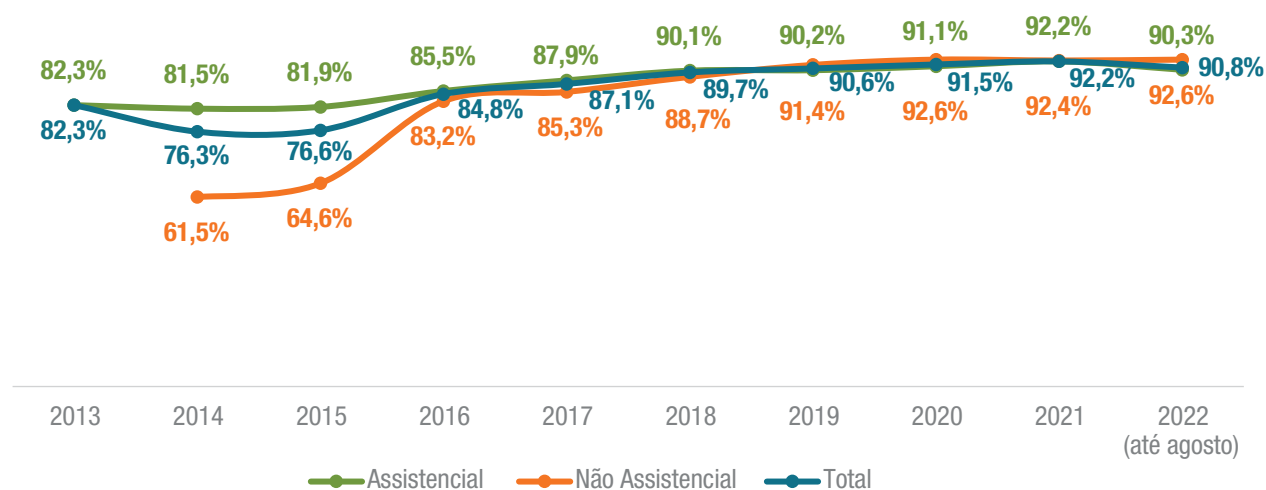
Fonte: Sistema Integrado de Fiscalização (SIF/ANS) e Sistema de Informação de Beneficiários (SIB/ANS), de janeiro de 2020 a maio de 2023.

Taxa de Resolutividade (TR)

Entre os meses de janeiro de 2020 e agosto de 2022, a Taxa de Resolutividade (TR)²² da mediação de conflitos feita pela ANS por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (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 21)

22 <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoibNzcNzkzMTUtZGFkOC00OTIzLWI3NzgtNjM1ZjMzNmVjYjAyliwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctND-JmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

Gráfico 21 - 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

Incentivo à Melhoria da Qualidade Assistencial na Saúde Suplementar

Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - PROMOPREV

O Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PROMOPREV) é o programa mais antigo voltado para a indução da qualidade do cuidado prestado pelas operadoras de planos de saúde e teve seu início em 2004.

Atualmente, são desenvolvidos:

- 655 programas aprovados pela ANS - são analisados pela Agência de acordo com critérios de análise pré-estabelecidos; e
- 602 informados à ANS - são desenvolvidos pelas operadoras, porém não são avaliados pela ANS.

Os programas podem ser realizados em diversas áreas de atenção: Saúde Bucal da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde do Homem, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Saúde do Portador de Deficiência.

Atualmente, os programas de PROMOPREV abarcam cerca de dois milhões de beneficiários de planos de saúde (dados de março, 2023).

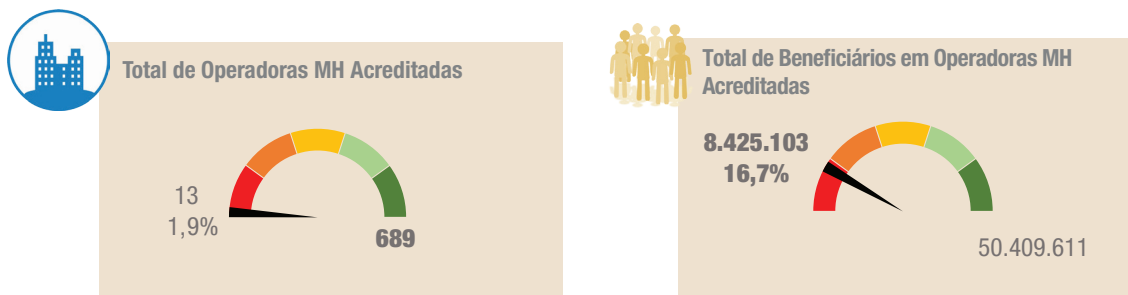
Programa de Acreditação de Operadoras

O Programa de Acreditação de Operadoras teve início em 2011, e foi totalmente reformulado em 2020. Prevê uma avaliação voluntária de operadoras, realizada por

Entidades Acreditoras (EA) homologadas pelo Inmetro que se baseiam em Manual de boas Práticas publicado pela ANS.

Atualmente, 13 operadoras possuem o selo de acreditação, obedecendo os critérios mais rigorosos da RN 507/2022. Todas são do segmento médico-hospitalar e representam, aproximadamente, 2% do número total de operadoras classificadas neste segmento. Como mostra a figura 4, as operadoras acreditadas têm cerca de 8,5 milhões de beneficiários, o equivalente a 16,7% do total de beneficiários de planos médico-hospitalares.

Figura 4 - Operadoras acreditadas e total de beneficiários em operadoras acreditadas, 2023



Fonte: GEEIQ/DIDES/ANS, 2023

Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar

O Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM Qualiss) avalia e divulga o desempenho dos hospitais por meio de um conjunto de indicadores, de modo a induzir a melhoria da qualidade da rede. A participação é voluntária e tem como critérios de inclusão hospitais gerais com acreditação em nível máximo ou certificados (ONA 1 ou ONA 2).

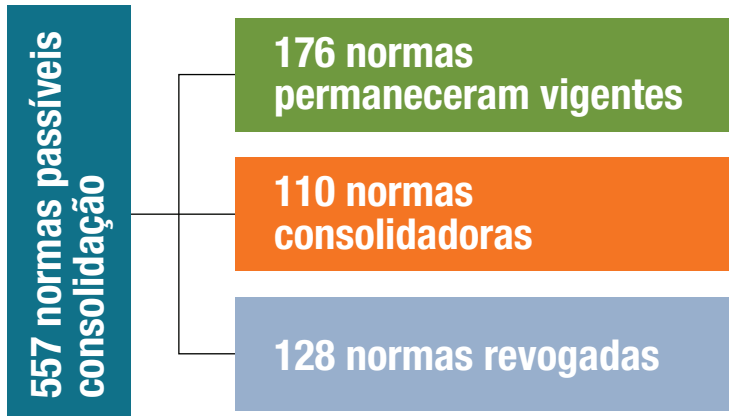
Até junho de 2023, já havia 174 hospitais participantes de forma voluntária no Programa, que estão distribuídos em 23 unidades da federação.

7 ASPECTOS NORMATIVOS E LEGAIS

Consolidação normativa

Em 2022, a ANS realizou a consolidação de seus normativos obedecendo à determinação do Decreto nº 10.139/2019. Essa tarefa teve como origem a triagem dos normativos da Agência, especificamente 557 normas passíveis de consolidação. Após a conclusão das ações, 176 normas permaneceram vigentes, 110 normas consolidadoras foram editadas e o restante dos normativos foi revogado (figura 5). Dessa maneira, a ANS caminhou para uma significativa simplificação normativa. Um novo ciclo de consolidação de atos normativos se iniciará neste ano de 2023.

■ **Figura 5 - Consolidação dos normativos da ANS, 2022**



Fonte: Presidência ANS, 2023.

Qualidade regulatória

Em outubro de 2022, com a edição da Resolução Normativa nº 548, a ANS aprovou a regulamentação do processo de Análise de Impacto Regulatório (AIR), uma importante ferramenta para subsidiar a tomada de decisões sobre a pertinência da edição de normativos. A RN nº 548/2022 também regulamentou o processo de Participação Social na Agência. Os dois temas possuem estreita relação e contribuem para o aperfeiçoamento da regulação em saúde suplementar com base em evidências e na participação social com transparência e diálogo entre as partes interessadas.

A resolução está totalmente alinhada à Lei nº 13.874/2019 (Lei de Liberdade Econômica), à Lei nº 13.848/2019 (Lei das Agências Reguladoras) e ao Decreto nº 10.411/2020, que regulamentou a AIR no âmbito do Poder Executivo Federal.

Selo Ouro de qualidade regulatória

A RN nº 569/2022, que dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde, foi agraciada com Selo Ouro de Qualidade Regulatória. O sistema de selos é uma iniciativa criada pelo Ministério da Economia, em 2022, que visa a atender às recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) constantes em seu relatório de Peer Review sobre a Reforma Regulatória no Brasil. Nesse sentido, o sistema tem o objetivo de identificar boas práticas regulatórias no país e propiciar o reconhecimento dos atos normativos elaborados com maior rigor técnico.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

Em 2022, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde foi atualizado por meio da publicação de 15 Resoluções Normativas, seguindo os ditames da Lei 14.307 de 2022, que tornou contínuo o seu processo de revisão.

Foram incorporadas para cobertura obrigatória na saúde suplementar 42 novas tecnologias (tabela 2). Além das novas tecnologias incorporadas, também foram alteradas algumas diretrizes de utilização (DUT), o que incluiu cerca de 60 itens, entre procedimentos, medicamentos, novas indicações e ampliações de uso, bem como ampliações importantes para pacientes com transtornos de desenvolvimento global, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), e o fim dos limites para consultas e sessões de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, desde que indicadas pelo médico que acompanha o paciente.

Até março de 2023, três novas Resoluções Normativas com atualização do Rol foram publicadas, e sete 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)
Terapia antineoplásica oral	20	1
Terapia imunobiológica e outras terapias para infusão	9	4
Testes diagnósticos (laboratoriais e de imagem)	7	2
Procedimentos	6	-
Total	42	7

Fonte: GGRAS/DIPRO/ANS, março 2023

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

Lei nº 14.307

Em março de 2022, foi sancionada a Lei nº 14.307, que alterou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da Saúde Suplementar (conversão da Medida Provisória nº 1.067, de 2 de setembro de 2021). As principais alterações introduzidas pela lei no processo de revisão do Rol da ANS, foram:

Instauração de processo administrativo para cada demanda de incorporação; prazo definido, de cento e oitenta dias (prorrogáveis por mais noventa dias) para encerrar o processo; redução de prazo para a avaliação dos medicamentos antineoplásicos orais para cento e

vinte dias (prorrogáveis por mais 60 dias); determinação de inclusão no Rol da ANS das tecnologias avaliadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), automaticamente, no prazo de sessenta dias, e; obrigatoriedade de realização de audiência pública para justificar cada recomendação negativa de incorporação.

Lei nº 14.454

No dia 29 de agosto de 2022, o Projeto de Lei nº 2.033/2022 foi aprovado no Senado Federal com o mesmo texto aprovado anteriormente na Câmara dos Deputados. A norma foi sancionada pelo Presidente da República, em 21 de setembro de 2022, sendo publicada a Lei nº 14.454, que alterou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para estabelecer as hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

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.reguladora



@ANS_reguladora



company/ans_reguladora



@ans.reguladora



ansreguladoraoficial



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

