

PANORAMA

Saúde Suplementar

Rio de Janeiro - v.5 – nº 6 | outubro 2024 – 2º trimestre 2024





© 2024 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>

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Agência Nacional de Saúde Suplementar – 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 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, Daniel Sasson, Rosana Neves

Isabella Eckstein, Angela De Marchi, Carolina Hilal, Mariana de Souza, Marcos Pinheiro, Tatiana Costa Marcio Nunes de Paula, Pedro Villela, Fernanda de Castro Souza, Sanya Franco Ruela

Carla Grilo, Gislaine Afonso de Souza, Kátia Audi, Aline Pilar

Adriana Bion, Juliana Machado, Luiz Vieira

Flavia Tanaka, Maria Tereza Pasinato, Sophia Fukayama, Graziela Scalercio

Cátia Mantini, Maria Rachel Jasmim, Silvio Ghelman, Flavia Marques de Souza,

Alexandre Fiori, Leonardo Fernandes Ferreira, Washington Oliveira Alves, João Franco Rabelo Saraiva

Cláudia Akemi Ramos Tanaka, Rodolfo Cunha, Bruno Morestrello

Marluce Cristina Iotte de Almeida Chrispim, Frederico Yasuo Noritomi, Cristiano dos Reis Moura, Claudia Zouain, Mirella Amorim, Iola Vasconcelos Robson Faria, Sonia Marinho, Vanessa Maria Gomes de Carvalho, Flavio Jose Batista de Souza

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.5 n. 6, 2º trimestre de 2024. Rio de Janeiro: ANS,2024.
2,3mb; 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

Em sua sexta edição, o boletim **Panorama – Saúde Suplementar** traz dados e informações atualizadas, relativas ao 2º trimestre de 2024, e algumas análises já contemplando dados mais atuais de 2024.

A publicação reúne informações e indicadores setoriais já disponibilizados pela ANS em seu portal, em diferentes ferramentas, tais como a Sala de Situação, ANS Tabnet, e em painéis dinâmicos. O diferencial do Panorama consiste em agregar análises técnicas sobre o conteúdo, o que proporciona uma visão mais ampla e aprofundada 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.

Diante do cenário de envelhecimento populacional, nesta edição, foram abordados dados dos idosos na saúde suplementar - e algumas frentes que tratam diretamente das ações da ANS em prol da longevidade.

De agosto de 2019 a agosto de 2024, o crescimento do número de beneficiários de planos de saúde centenários foi de 42%, passando de 7.636 para 10.845, o que representa quase 1/3 da população total de centenários estimada no Brasil (37.814 em 2024).

A partir de uma análise mais detalhada do comportamento do número de idosos na saúde suplementar, no mesmo período, mostra-se um aumento expressivo de longevos nos planos de saúde.

Observa-se que, o número de beneficiários de 60 anos ou mais, em todas as faixas, cresceu significativamente.

Esses números evidenciam e mostram, de forma contundente, a relevância da saúde suplementar para os idosos brasileiros.

Na avaliação do crescimento global de beneficiários no setor, os números apontam para 2,0% de aumento entre agosto de 2023 e agosto de 2024 para planos de assistência médica, sobretudo nos planos coletivos empresariais com assistência médico-hospitalar, e 7,6% para planos exclusivamente odontológicos.

Nas informações sobre Assistência à saúde, foi analisada a frequência de utilização de consultas, exames, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais e procedimentos de odontologia, no 2º trimestre de 2024 (versus 2º trimestre de 2023).

Foi avaliada também a evolução das utilizações da rede SUS por beneficiários de planos de saúde (internações, Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade), com destaque para o repasse de R\$ 528,6 milhões ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) até o 3º trimestre de 2024.

No cenário econômico-financeiro, os dados mostram os resultados operacional, financeiro e líquido das Operadoras Médico-Hospitalares (acumulado em 12 meses), a sinistralidade

do setor, e a evolução das receitas e despesas assistenciais *per capita*, que compõem o indicador de sinistralidade do setor.

Nas informações de demandas do consumidor, a publicação apresenta a evolução das reclamações de beneficiários, de natureza assistencial e não assistencial, bem como o Índice Geral de Reclamações do Setor, e a resolutividade destas demandas, além das ações planejadas para fiscalização (APF) em andamento na ANS.

Boa leitura!

SUMÁRIO

1 GRANDES NÚMEROS DO SETOR _____	6
2 BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE _____	6
3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE _____	10
4 CENÁRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO _____	18
5 INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DO CONSUMIDOR _____	22
6 PROGRAMAS E PROJETOS DA ANS _____	28
7 ASPECTOS NORMATIVOS E LEGAIS _____	33

1 GRANDES NÚMEROS DO SETOR



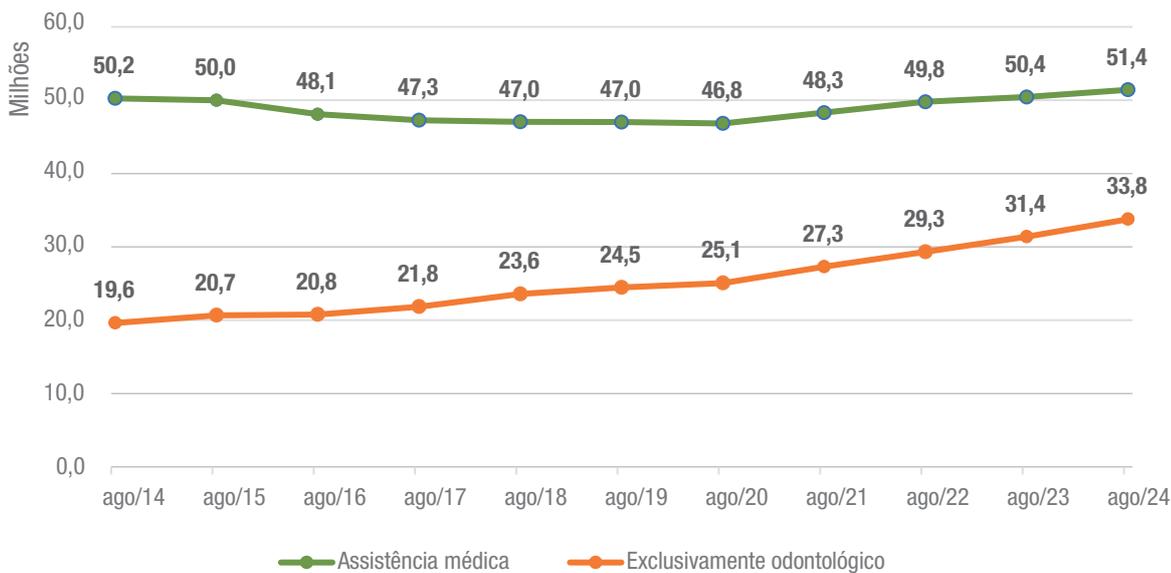
Fonte: ANS/MS (diversos sistemas)

2 BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Em agosto de 2024, foram contabilizados, a partir do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB, 51,4 milhões de vínculos de beneficiários em planos de assistência médica¹, o maior número desde o início da série. Os planos exclusivamente odontológicos tinham 33,8 milhões de beneficiários, também o maior número da série. O gráfico 1 mostra a evolução do número de beneficiários nos meses de agosto, dos últimos dez anos.

1 Consideram-se planos de assistência médica aqueles com cobertura médico-hospitalar, com ou sem obstetrícia, e os planos ambulatoriais.

■ Gráfico 1 - Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial, Brasil (ago. 2014 a ago. 2024).



Fonte: SIB/ANS/MS (ago. 2024).

Entre agosto de 2023 e agosto de 2024, o crescimento do número de beneficiários nos planos de assistência médica foi de 2,0%. Os planos coletivos empresariais cresceram 3,4%, ao passo que planos individuais e os coletivos por adesão tiveram redução de 0,5% e 3,1% respectivamente.

Os planos exclusivamente odontológicos tiveram, neste mesmo período, um crescimento de 7,6%. Nesta segmentação, os planos coletivos empresariais tiveram crescimento de 4,8% e os planos coletivos por adesão uma redução de 0,4%. Os planos individuais ou familiares apresentaram um crescimento de 23,6%. Entretanto, importante salientar que uma única operadora foi responsável por 82% deste crescimento.

A seguir, algumas considerações sobre a estrutura etária da população de beneficiários de planos de assistência médica, com foco na população idosa. Consideramos duas medidas: o percentual de beneficiários com 60 anos ou mais e o percentual de beneficiários com 80 anos ou mais.

Em agosto de 2024, 14,9% dos beneficiários em planos de assistência médica tinham 60 anos ou mais e 2,7% tinham 80 anos ou mais. Estes percentuais são ligeiramente superiores ao mesmo mês do ano anterior (14,6% e 2,6%, respectivamente).

Considerando um período maior, de 10 anos, verifica-se um crescimento mais expressivo da participação dos idosos. Em agosto de 2014, os maiores de 60 anos representavam 11,7% e os maiores de 80, 2,0%. Há que se observar, entretanto, que no período pouco maior que uma década, entre os censos demográficos de 2010 e 2022, a participação dos maiores de 60 anos ou mais na população brasileira passou de 10,8% para 15,8% e dos maiores de 80 anos passou de 1,5% para 2,3%.

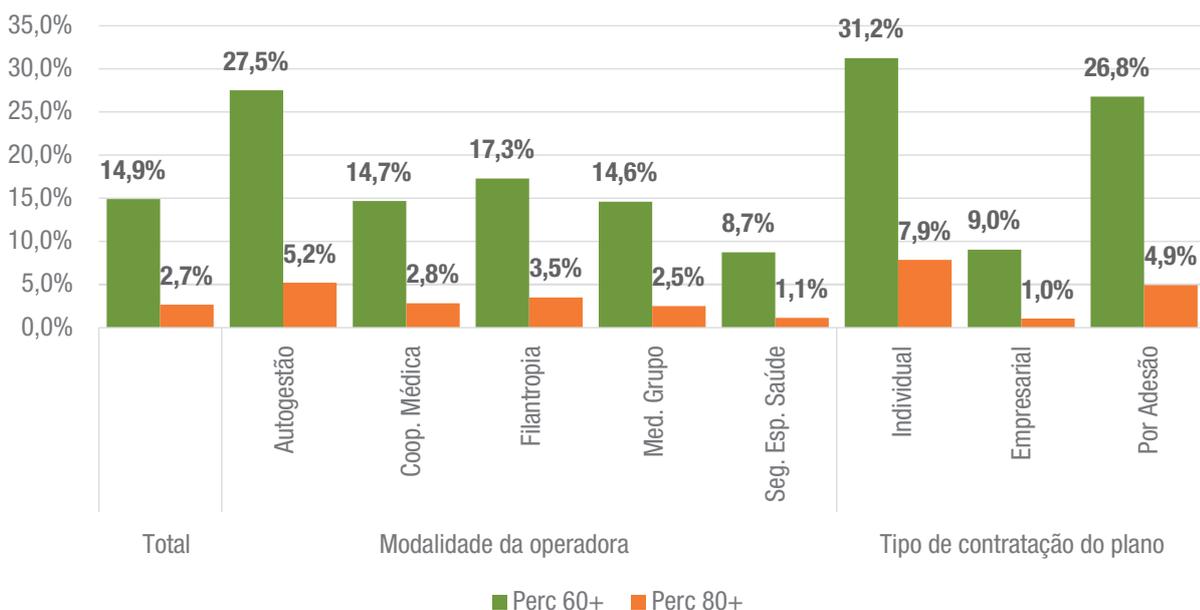
Das 682 operadoras que tinham beneficiários em planos de assistência médica em agosto de 2024, 89 eram de grande porte, ou seja, com 100.000 beneficiários ou mais. Destas, 39 operadoras somavam 38,9 milhões de beneficiários e tinham, juntas, a participação de beneficiários maiores de 60 anos maior que a média da população brasileira.

Segundo a modalidade da operadora, as carteiras mais envelhecidas são as das autogestões (27,5% são maiores de 60 anos e 5,2% são maiores de 80). Por outro lado, com a menor participação de idosos, apenas 8,7% dos beneficiários das Seguradoras Especializadas em Saúde têm 60 anos ou mais e 1,1% têm 80 anos ou mais.

Uma das possíveis explicações para este fenômeno é a composição da força de trabalho atendida pelas autogestões. Em muitos casos, os contratantes são empresas ou órgãos públicos onde a rotatividade é menor e a idade média é maior. Vale também observar que 51,2% dos beneficiários das autogestões são dependentes (na média do setor são 42,1%) e que 18,1% deles tem 60 anos ou mais (na média do setor são 9,6% em agosto de 2024).

Os planos individuais ou familiares são aqueles com o maior percentual de beneficiários com 60 anos ou mais (31,2%) e com 80 anos ou mais (7,9%). Os planos coletivos empresariais têm os menores percentuais, 9,0% e 1,0%, respectivamente. O gráfico 2 apresenta estes percentuais.

■ Gráfico 2 – Percentual de beneficiários idosos em planos de assistência médica, por modalidade da operadora e por tipo de contratação do plano, Brasil (ago. 2024).

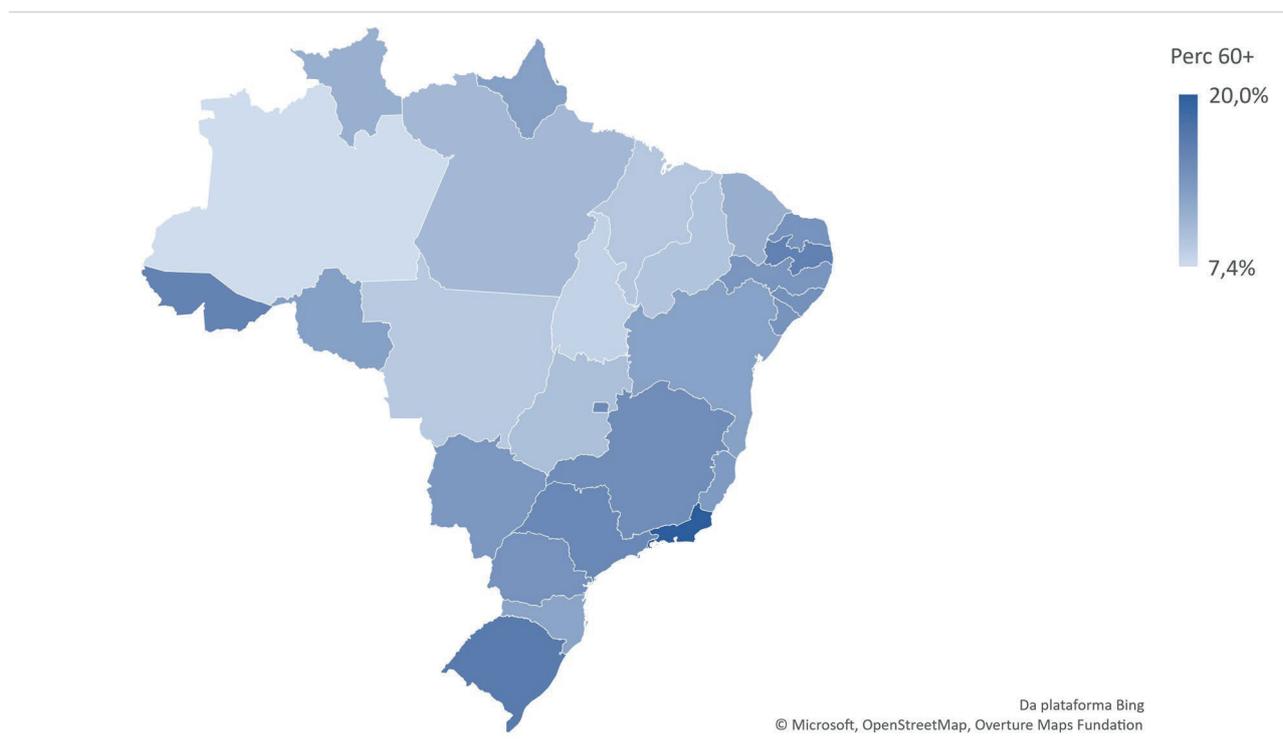


Fonte: SIB/ANS/MS (ago. 2024).

O percentual de beneficiários maiores de 60 anos (inclusive) por Unidades da Federação também difere e depende de fatores como padrão etário da população, as características do mercado de trabalho e da carteira de beneficiários. A análise utilizou o campo “município de residência do beneficiário”, reportado no SIB pelas operadoras.

Os estados com maior percentual de beneficiários idosos são Rio de Janeiro (20,0%), Rio Grande do Sul (16,6%), Paraíba (15,9%), Acre (15,7%) e São Paulo (15,1%). Os com menor percentual são Amazonas (7,4%), Tocantins (8,2%), Mato Grosso (8,9%), Maranhão (9,1%) e Piauí (9,3%), conforme ilustrado no mapa 1, a seguir.

Mapa 1 - Percentual de beneficiários de 60 anos ou mais em planos de assistência médica, por Unidades da Federação, Brasil (ago. 2024).



Fonte: SIB/ANS/MS (ago. 2024).

O aumento da longevidade experienciado na população brasileira, fruto do declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade, pode ser observado também na saúde suplementar. De agosto de 2019 a agosto de 2024, conforme tabela 1, o crescimento do número de beneficiários de planos de saúde centenários foi de 42%, passando de 7.636 para 10.845, o que representa quase 1/3 da população total de centenários estimada no Brasil (37.814 em 2024). A tabela 2 aponta o número de centenários por tipo de contratação e modalidade das operadoras. O maior percentual de centenários está em planos individuais (44,1%) e nas cooperativas médicas (37,5%). Não obstante, segundo estudos demográficos, não apenas no Brasil, os dados de população centenária estão sujeitos a erros de contagem por problemas na captura dos dados.

Tabela 1 – Beneficiários idosos, Brasil, agosto de 2019 a agosto de 2024.

Faixas etárias	ago/19	ago/20	ago/21	ago/22	ago/23	ago/24	Var. qde.	Var. %
Total	46.996.280	46.824.101	48.277.837	49.758.608	50.411.202	51.407.752	4.411.472	9,4%
Até 59 anos	40.394.757	40.099.700	41.393.287	42.612.262	43.026.972	43.746.361	3.351.604	8,3%
60 anos ou mais	6.601.523	6.724.401	6.884.550	7.146.346	7.384.230	7.661.391	1.059.868	16,1%
60 a 79 anos	5.434.367	5.526.180	5.666.311	5.889.124	6.078.261	6.293.345	858.978	15,8%
80 anos ou mais	1.167.156	1.198.221	1.218.239	1.257.222	1.305.969	1.368.046	200.890	17,2%
80 a 99 anos	1.159.520	1.189.972	1.209.699	1.248.587	1.296.398	1.357.201	197.681	17,0%
100 anos ou mais	7.636	8.249	8.540	8.635	9.571	10.845	3.209	42,0%

Fonte: SIB/ANS/MS - 08/2024

A partir de uma análise mais detalhada do comportamento do número de idosos na saúde suplementar, entre agosto de 2019 a agosto de 2024, mostra-se um aumento expressivo de longevos nos planos de saúde.

Verifica-se, por exemplo, que, enquanto o número global de beneficiários de planos médicos hospitalares teve um crescimento de 9,4%, com um acréscimo de 4.411.472 novos beneficiários, o número de idosos cresceu 16,1%, representando um aumento de 1.059.868 de beneficiários idosos.

Ademais, vale destacar que, em cada um dos anos da série, o número de idosos vem crescendo e que entre os beneficiários de 60 anos ou mais, em todas as faixas o número de beneficiários cresceu significativamente.

Esses números evidenciam e mostram a magnitude e a relevância da saúde suplementar para os idosos brasileiros.

■ Tabela 2 – Beneficiários com 100 anos ou mais por modalidade e tipo de contratação do plano, Brasil, agosto de 2024

Modalidade da Operadora	Tipo de Contratação				Total	
	Coletivo Empresarial	Coletivo por Adesão	Individual ou Familiar	Não identificado		
Autogestão	1.531	619	-	20	2.170	20,0%
Cooperativa Médica	866	1.131	1.986	88	4.071	37,5%
Filantropia	52	36	255	25	368	3,4%
Medicina de grupo	748	591	2.292	32	3.663	33,8%
Seguradora Especializada em Saúde	203	115	255	-	573	5,3%
Total	3.400	2.492	4.788	165	10.845	100,0%
Percentual	31,4%	23,0%	44,1%	1,5%	100,0%	

Fonte: SIB/ANS/MS (ago. 2024).

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O conjunto de indicadores a seguir tem por objetivo apresentar a evolução da utilização de serviços de saúde a partir de 2019, com base na relação de eventos por beneficiário² (número de procedimentos realizados por pessoa), de forma a considerar o efeito do crescimento da base de beneficiários no período.

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

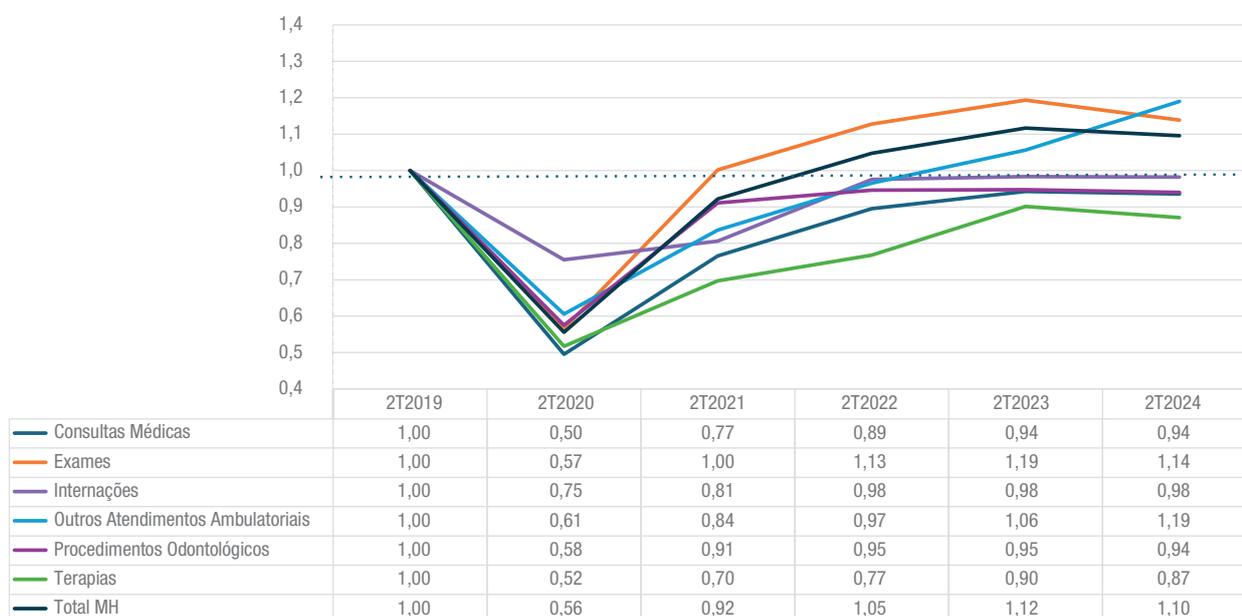
O gráfico 3 apresenta a evolução da utilização de serviços de saúde entre o 2º trimestre dos anos de 2019 a 2024³, por grupo de procedimentos, tendo por base o 2º trimestre de 2019, de modo a considerar efeitos de sazonalidade na análise dos resultados de cada trimestre.

A frequência de utilização por beneficiário relativa a outros atendimentos ambulatoriais⁴ continua com a tendência de crescimento observada desde 2021, ficando, no 2º trimestre de 2024, 19% acima do valor observado no 2º trimestre de 2019. A trajetória do índice de variação da frequência de utilização da soma dos serviços de saúde médico-hospitalares (i.e., exceto os serviços de odontologia) acompanha a evolução dos exames ambulatoriais, em que ambas as linhas, no segundo trimestre de 2024, foram superiores ao observado no mesmo trimestre de 2019.

No caso das terapias ambulatoriais, observa-se que a relação de eventos por beneficiário no 2º trimestre de 2024 permanece abaixo do patamar observado em 2019.

As consultas médicas, os procedimentos odontológicos e as internações apresentaram uma leve estabilização em patamares próximos aos observados no 2º trimestre de 2019.

■ Gráfico 3 - Índice de variação da frequência de utilização assistencial por beneficiário (base 1, 2º trimestre de 2019).



Fonte: SIP/ANS (dados de 2019 a 2022 -data de extração 2 jul. 2023, dados de 2023 – data de extração 13 maio 2024 e os dados do 2º trimestre de 2024 foram extraídos da base em 2 set. 2024) e SIB/ANS (os dados de 2019 a 2023 foram extraídos da base do SIB em 9 maio 2024 e sala de situação em 24 set. 2024 para o 2º trimestre de 2024).

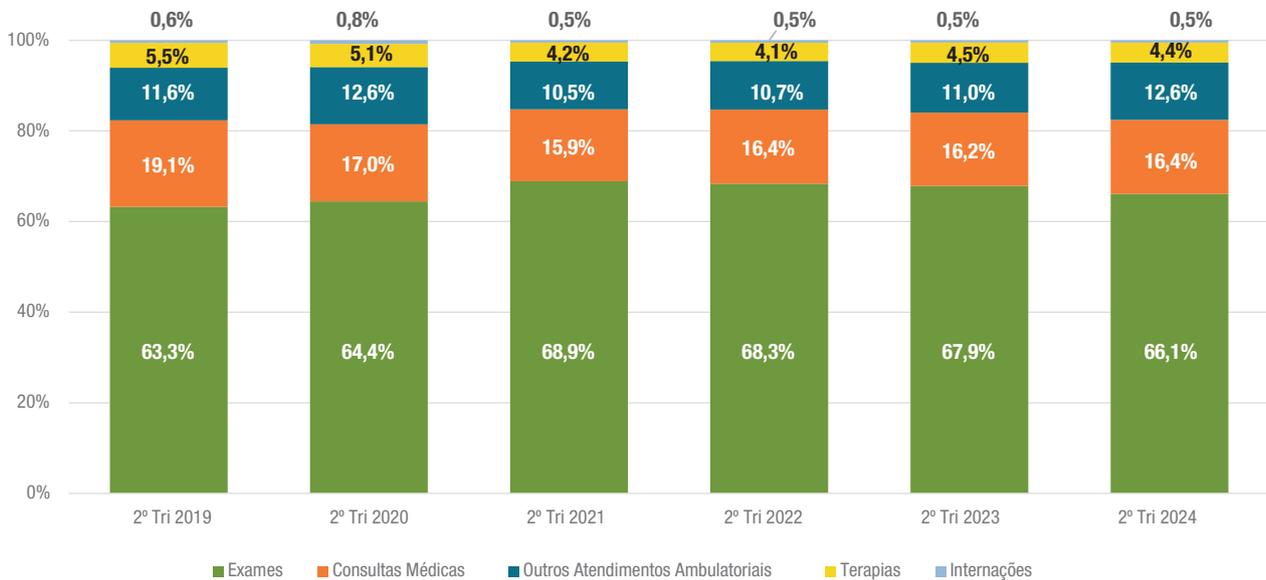
O gráfico 4 apresenta a composição da produção assistencial médico-hospitalar (i.e. sem procedimentos odontológicos) do setor, por grupo de eventos em saúde, no 2º trimestre

3 Os dados do SIP referentes aos trimestres de 2024 são preliminares e podem sofrer alterações por envio de arquivos extemporâneos ou substitutivos pelas operadoras nos próximos meses.

4 Os outros atendimentos ambulatoriais compreendem os atendimentos realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas (exceto consultas médicas, exames e terapias), nos termos da RN 551/2022.

dos anos de 2019 a 2024. Historicamente, os exames ambulatoriais representam a maior parcela da cesta de eventos em saúde, aproximadamente 2/3 do total de eventos médico-hospitalares do setor.

■ Gráfico 4 - Distribuição da Produção Assistencial Médico-Hospitalar por Grupo de Eventos (2019/2024).

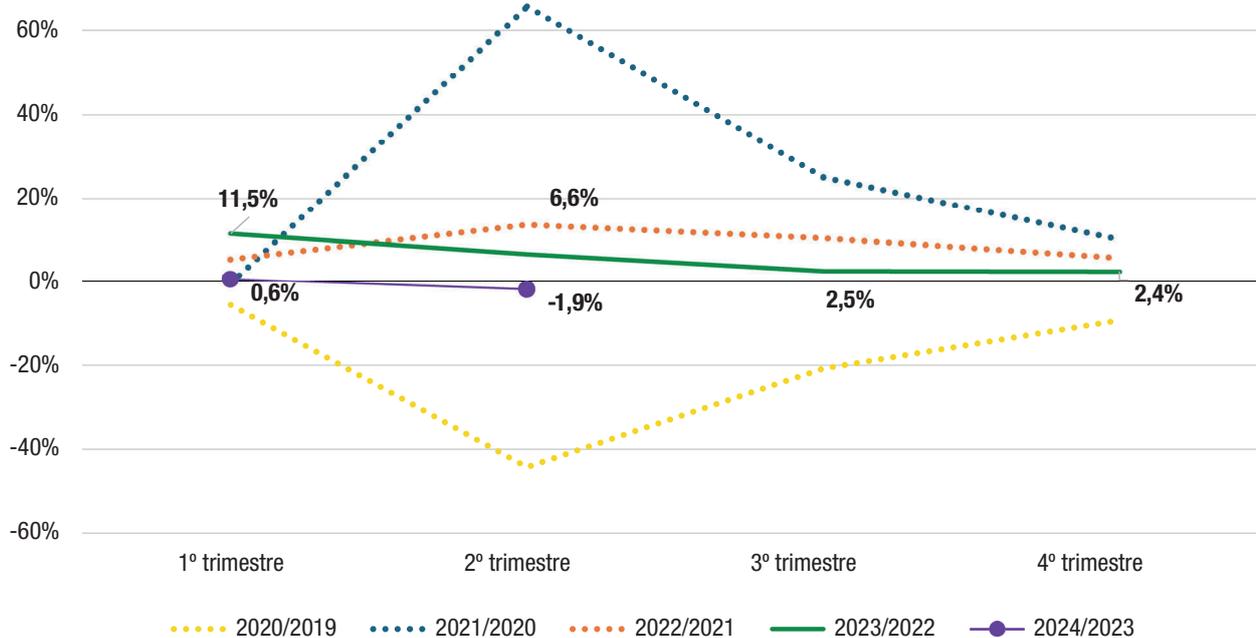


Fonte: SIP/ANS (dados de 2019 a 2022 -data de extração 2 jul. 2023, dados de 2023 – data de extração 13 maio 2024 e os dados do 2º trimestre de 2024 foram extraídos da base em 2 set. 2024)

No gráfico 5, a variação da utilização de todos os serviços de assistência médico-hospitalar por beneficiário é apresentada comparando cada trimestre com o mesmo período do ano anterior. A linha verde ilustra o total de eventos por beneficiário em 2023 em comparação com 2022. Se, por um lado, observou-se um aumento de 11,5% no 1º trimestre de 2023 em relação ao de 2022, essa variação foi diminuindo nos demais trimestres do ano, tendo se estabilizado nos dois últimos trimestres de 2023.

Essa tendência de declínio se manteve nos dois primeiros trimestres de 2024 em relação aos mesmos trimestres de 2023, com variação próxima a zero.

■ Gráfico 5 - Variação (%) do total de eventos médico-hospitalares por beneficiário em relação ao mesmo trimestre do ano anterior.



Fonte: SIP/ANS (dados de 2019 a 2022 -data de extração 2 jul. 2023, dados de 2023 – data de extração 13 maio 2024 e os dados do 2º trimestre de 2024 foram extraídos da base em 2 set. 2024) e SIB/ANS (os dados de 2019 a 2023 foram extraídos da base do SIB em 9 set. 2024 e sala de situação em 24 set. 2024 para o 2º trimestre de 2024)

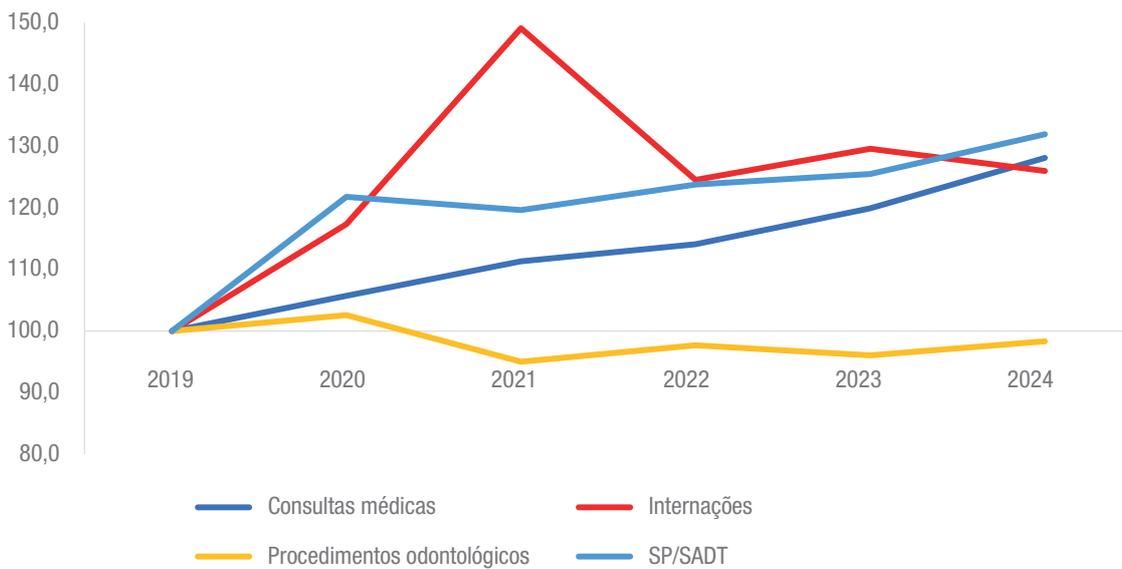
* Total de eventos de assistência médico-hospitalar informados pelas operadoras ao SIP considerando-se a soma dos grupos assistenciais (A. CONSULTAS MÉDICAS + B. OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS + C. EXAMES + D. TERAPIAS + E. INTERNAÇÕES), sobre o total de beneficiários da assistência médico-hospitalar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

Variação de valores de despesas médias de eventos assistenciais

O indicador a seguir, tem por objetivo apresentar a variação das despesas médias de alguns eventos assistenciais selecionados - Consulta Médica, Serviços Profissionais / Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SP/SADT), Internações, e Procedimentos Odontológicos. 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 primeiros semestres dos anos 2019 a 2024.

O gráfico 6, 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 de Covid-19, e das medidas de distanciamento social. As despesas relativas às internações apresentaram, no primeiro semestre de 2024, um aumento de 26,0%, em relação ao ano-base de 2019. As variações de despesas das consultas médicas e de SP/SADT mantiveram tendência de elevação a partir de 2019, atingindo em 2024 um incremento de 28,1% e 31,9%, respectivamente. As despesas médias relativas aos atendimentos odontológicos se mantiveram muito próximas dos níveis de 2019, chegando a 2024 com ligeira queda de 1,7%.

■ Gráfico 6 - Variação de despesa média por evento ou procedimento Brasil - 1º semestre/2019 a 1º semestre/2024).



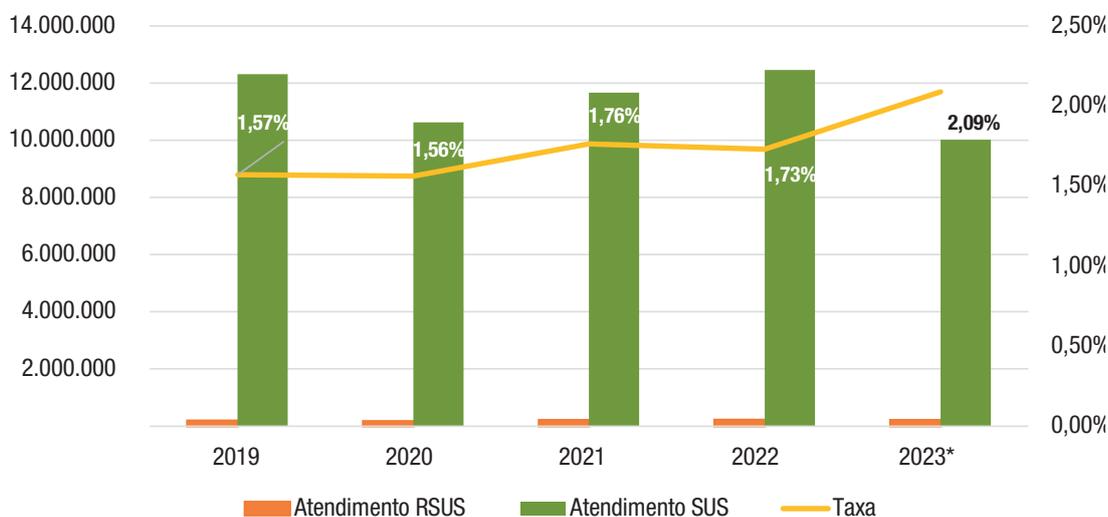
Fonte: TISS/ANS (out. 2024).

Nota: 2019 = 100.

Utilização da rede SUS por beneficiários

Nos últimos cinco anos, das cerca de 11,8 milhões de internações anuais no âmbito do SUS e registradas em Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), cerca de 1,6% ocorreu em pacientes cobertos por planos privados de saúde com assistência médica. Já as internações ocorridas no SUS até setembro de 2023, notificadas pela ANS às operadoras até março de 2024, representaram mais de 2% do total do SUS. É importante destacar que análises comparativas devem levar em consideração a existência de sazonalidade nos atendimentos, um movimento natural e esperado. Além disso, o resultado de 2023 ainda é parcial, restando acrescentar a utilização ocorrida no último trimestre (gráfico 7).

■ Gráfico 7 - Internações registradas em AIH ocorridas no SUS em beneficiários de planos de saúde – atendimentos de jan. 2019 a set. 2023.



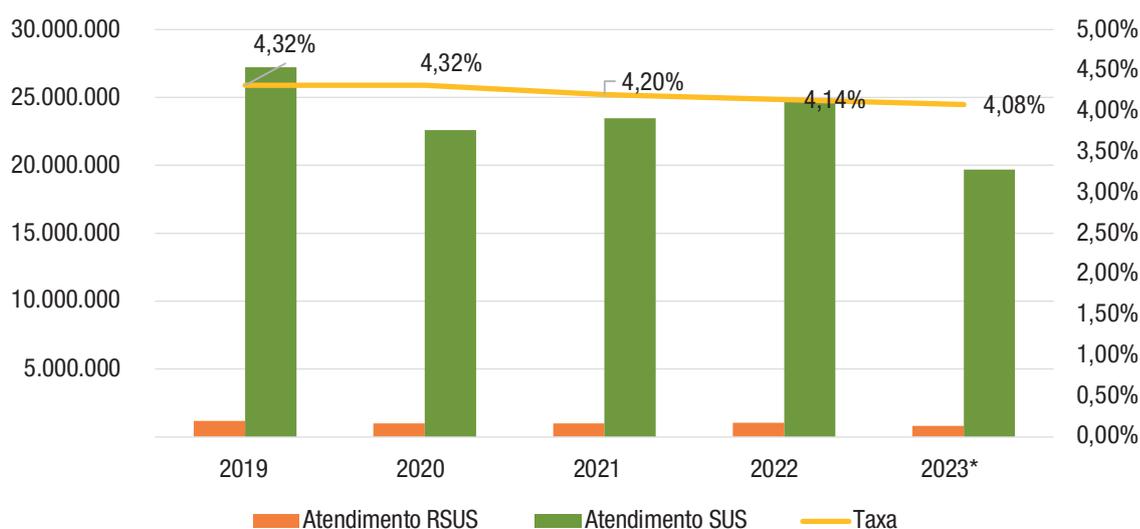
Fonte: MS/Datasus e ANS/SGR.

* 3º trimestre de 2023

Nota: O gráfico exibe o ano dos atendimentos ocorridos no SUS.

Em relação aos atendimentos ambulatoriais registrados por meio de Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Média e Alta Complexidade (APAC), registrou-se em média 26,2 milhões de procedimentos anuais no SUS, dos quais 4,3% identificados como prestados a beneficiários de planos de saúde. Para atendimentos ocorridos no SUS até setembro de 2023 e notificados pela ANS às operadoras até março de 2024, identificou-se parcela de atendimentos de beneficiários em relação ao SUS bem semelhante à média do ano de 2022 (gráfico 8).

■ Gráfico 8 - Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade registrados em APAC ocorridos no SUS e em beneficiários de planos de saúde – atendimentos de jan. 2019 a set. 2023.



Fonte: MS/Datasus e ANS/SGR

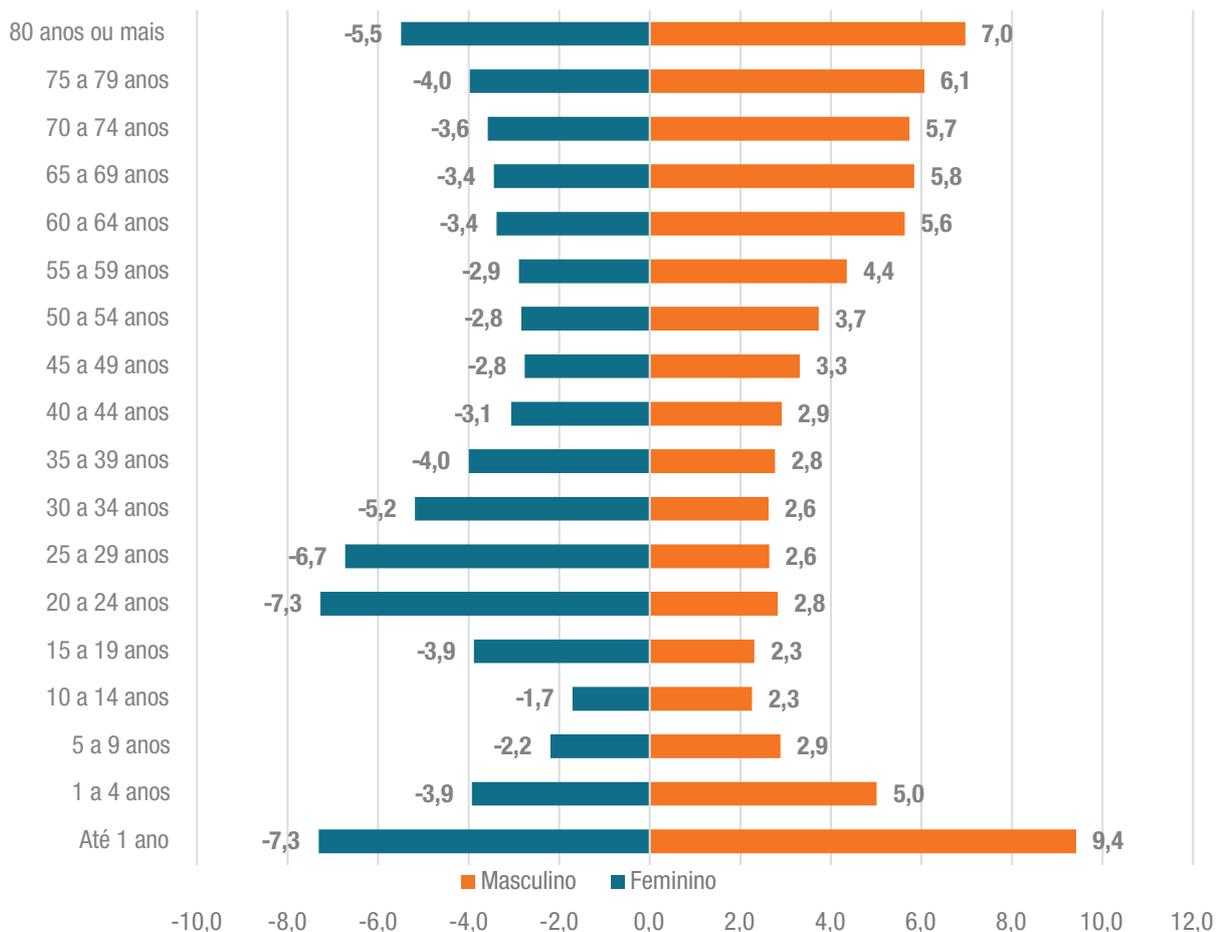
* 3º trimestre de 2023

Nota: O gráfico exibe o ano dos atendimentos ocorridos no SUS.

Se observada a taxa de utilização de internações no SUS por beneficiários de planos privados de saúde segundo faixa etária e sexo; pode-se observar padrão similar às curvas de utilização geral de serviços de saúde no país: crianças até 1 ano, mulheres em idade fértil e idosos se destacam pelos maiores resultados. Cabe destacar que, entre idosos, as taxas de utilização são superiores nos homens em relação às mulheres, desde os 60 anos e em todas as faixas etárias mais velhas (gráfico 9).

É importante ressaltar que inúmeros fatores podem contribuir para a utilização dos serviços de saúde, além da própria oferta e acesso que os planos de saúde tendem a entregar; podem-se listar, entre outros: a prevalência de morbidades, a autoavaliação do estado de saúde e da capacidade de realizar atividades rotineiras, o uso regular de serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças, fatores sociais e econômicos.

■ Gráfico 9 - Pirâmide de utilização de internações no SUS por 1.000 beneficiários em planos privados de saúde – Brasil (jan. 2019 a set. 2023).

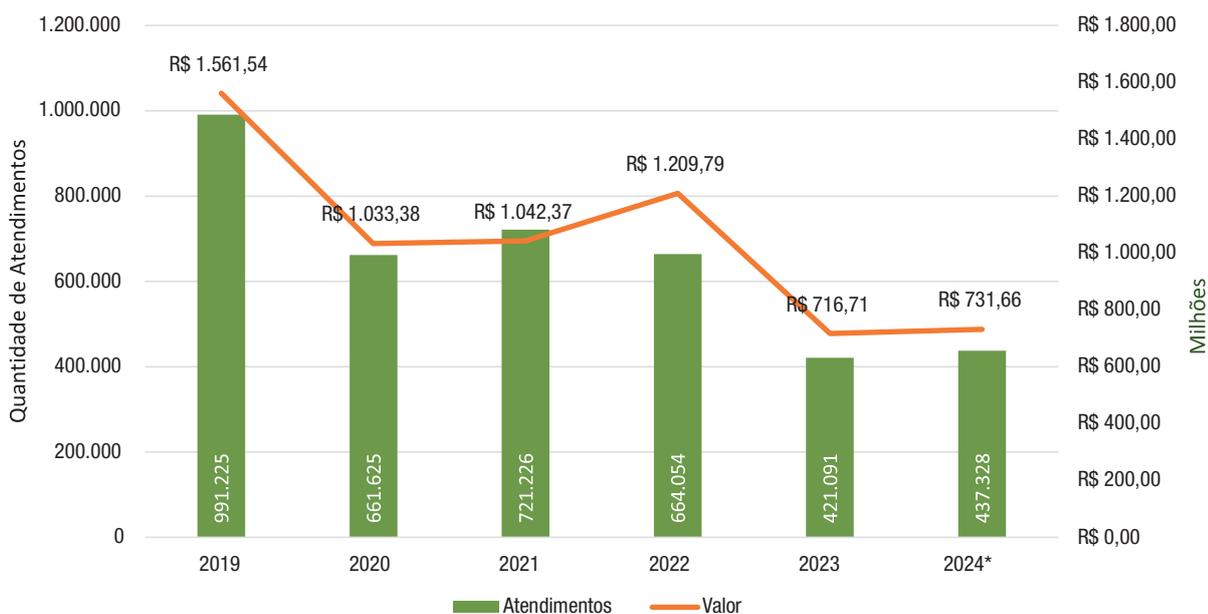


Fonte: SGR/ANS (2024) e SIB (set. 2024)

Nota: O gráfico exibe dados segundo o ano dos atendimentos ocorridos no SUS.

Quanto aos valores de atendimentos no âmbito do processo de Ressarcimento ao SUS, entre AIHs e APACs, foram cobrados mais de R\$ 1 bilhão por ano entre 2019 e 2022 (gráfico 10), alcançando um pico de R\$ 1,56 bilhões em 2019 e observando-se queda para cerca de R\$ 716,7 milhões cobrados em 2023. Até o 3º trimestre de 2024, foram cobrados R\$ 731,6 milhões e repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) R\$ 528,6 milhões (gráfico 11). Esta condição está associada a eventuais variações na utilização do SUS por beneficiários, no lançamento regular de Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs), no passivo de análises de impugnações e recursos no bojo do Processo Administrativo de Ressarcimento ao SUS, no procedimento de inscrição em Dívida Ativa, nas atividades de saneamento processual e de cobrança, com impactos sobre o resultado do Repasse ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

■ Gráfico 10 - Atendimentos e valores cobrados no Ressarcimento ao SUS – Brasil (jan. 2019 a set. 2024).

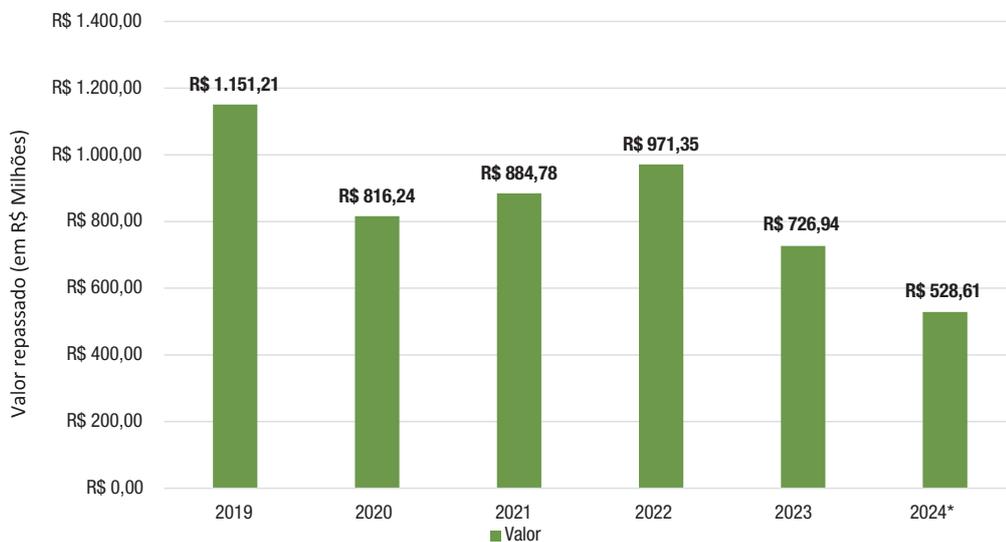


Fonte: SGR/ANS (2024)

*3º trimestre de 2024

Nota: O gráfico exibe o ano de cobrança dos atendimentos ocorridos no SUS.

■ Gráfico 11 - Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde (em R\$ Milhões) – Brasil (jan. 2019 a set. 2024).



*Valores preliminares até setembro de 2023, sujeitos a alterações.

Fonte: SGR/ANS (2024).

*Até o 3º trimestre de 2024

Nota: O gráfico exibe o ano de repasse dos valores cobrados e pagos dos atendimentos ocorrido no SUS.

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. Disponível em: (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>).

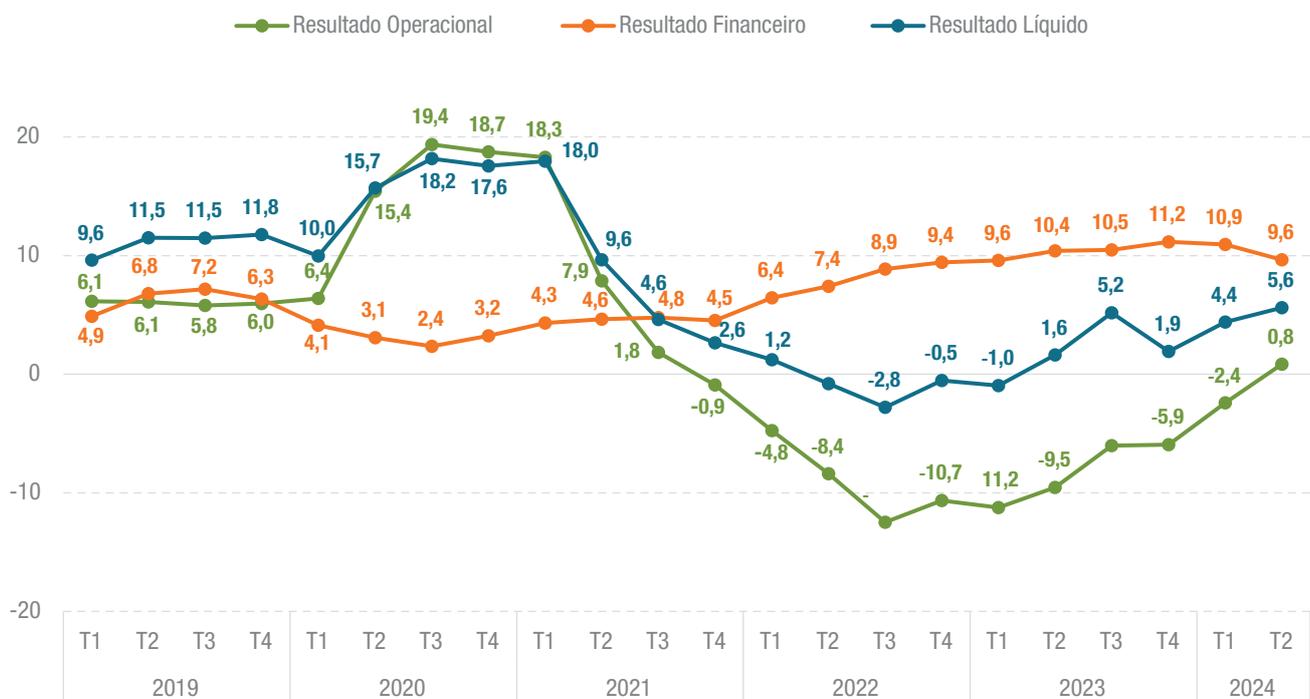
4 CENÁRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

Evolução dos resultados

O foco desta seção é o comportamento dos indicadores de resultado do setor de saúde suplementar na operação médico-hospitalar. Tais indicadores são apresentados em valores nominais (não ajustados pela inflação do período) ao longo dos últimos quatro anos, segregados entre resultado operacional⁵, resultado financeiro⁶ e resultado líquido⁷.

No 2º trimestre de 2024, o setor permanece em viés de melhora, atingindo resultado líquido acumulado em 12 meses de R\$ 5,6 bilhões, o melhor dos últimos 3 anos neste recorte. Com isso, atinge-se uma sequência de 5 trimestres consecutivos de resultados positivos, conforme indica o gráfico 12.

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



Fonte: ANS/DIOPS e Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar⁸

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.

Nota-se resultado operacional positivo pela primeira vez nos últimos 11 trimestres para o conjunto de operadoras médico-hospitalares, reafirmando a tendência que tem sido observada desde o segundo trimestre de 2023, com valores sempre crescentes neste indicador, que apresenta alta acumulada de R\$ 10,3 bilhões de reais nos últimos 4 trimestres.

5 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).

6 Resultado financeiro é a diferença entre as receitas e despesas financeiras

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

8 Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar publicado trimestralmente na sessão de painéis dinâmicos da página de Dados e Indicadores do Setor do site da ANS

Já o resultado financeiro, ainda que em patamares muito positivos, apresentou queda pelo segundo trimestre consecutivo, encerrando o período em R\$ 9,6 bilhões.

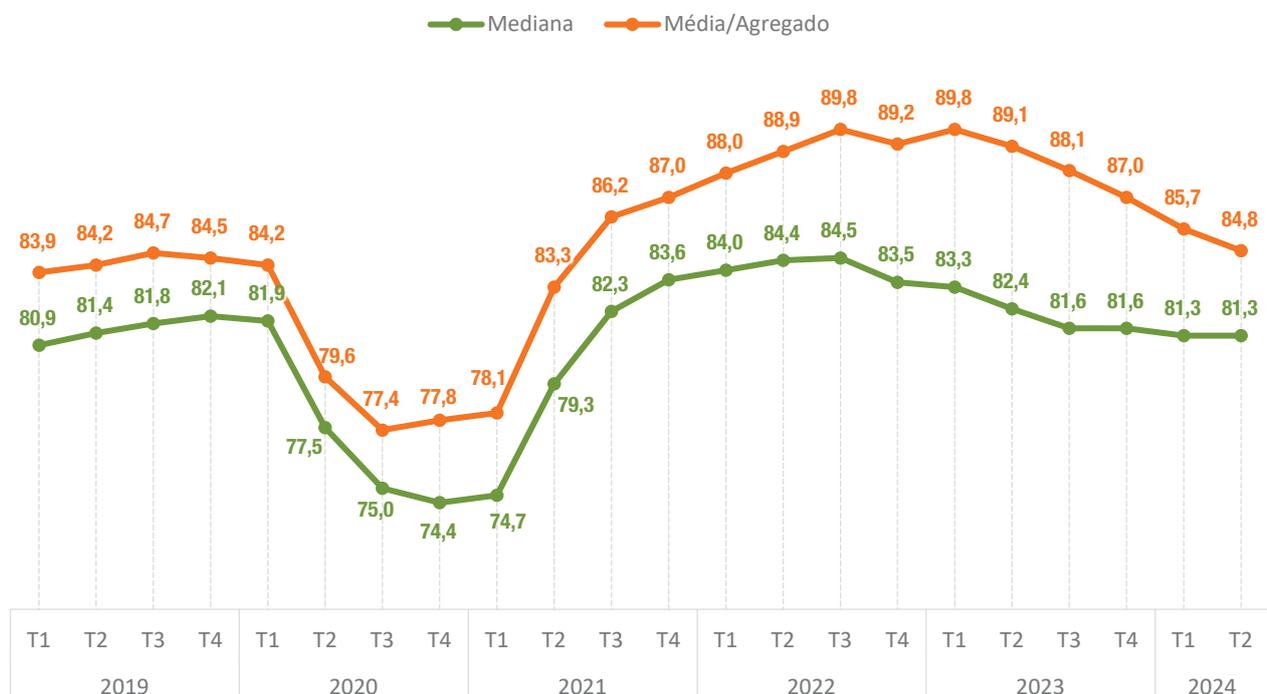
Sinistralidade

A sinistralidade⁹ 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 agregada¹⁰ e da mediana¹¹ 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 13) manteve-se estável no período, em relação à medição anterior, permanecendo em patamares muito próximos nos últimos 4 trimestres, enquanto a sinistralidade agregada continua em tendência acentuada de queda, com nova diminuição, agora de 0,9 p.p. em relação ao trimestre anterior e 4,3 p.p. quando comparada ao mesmo período do ano anterior, aproximando-se ainda mais de patamares históricos pré-pandêmicos do indicador.

■ Gráfico 13 - Sinistralidade Média e Mediana (%)
Operadoras médico-hospitalares, acumulado em 12 meses.



Fonte: ANS/DIOPS e Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar¹²

9 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.

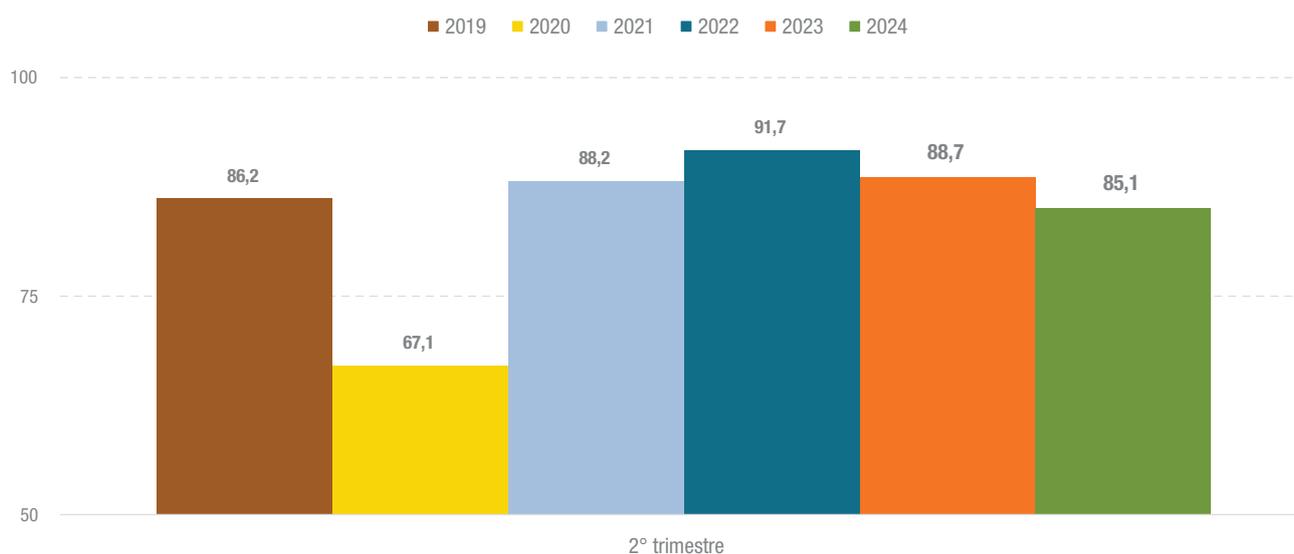
10 A média é calculada sobre os totais agregados de receitas e despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares.

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

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

O gráfico 14 mostra a evolução da sinistralidade média nos segundos trimestres do ano, desde 2019. Essa comparação oferece visão mais imediata do comportamento da sinistralidade e isola a sazonalidade presente na operação de planos de saúde. A sinistralidade média do 2º trimestre de 2024 apresentou queda de 3,6 p.p. quando comparada ao mesmo período do ano anterior. Este indicador já se apresenta inferior ao observado em período pré-pandêmico.

■ Gráfico 14 - Sinistralidade média no trimestre (%) Operadoras médico-hospitalares.



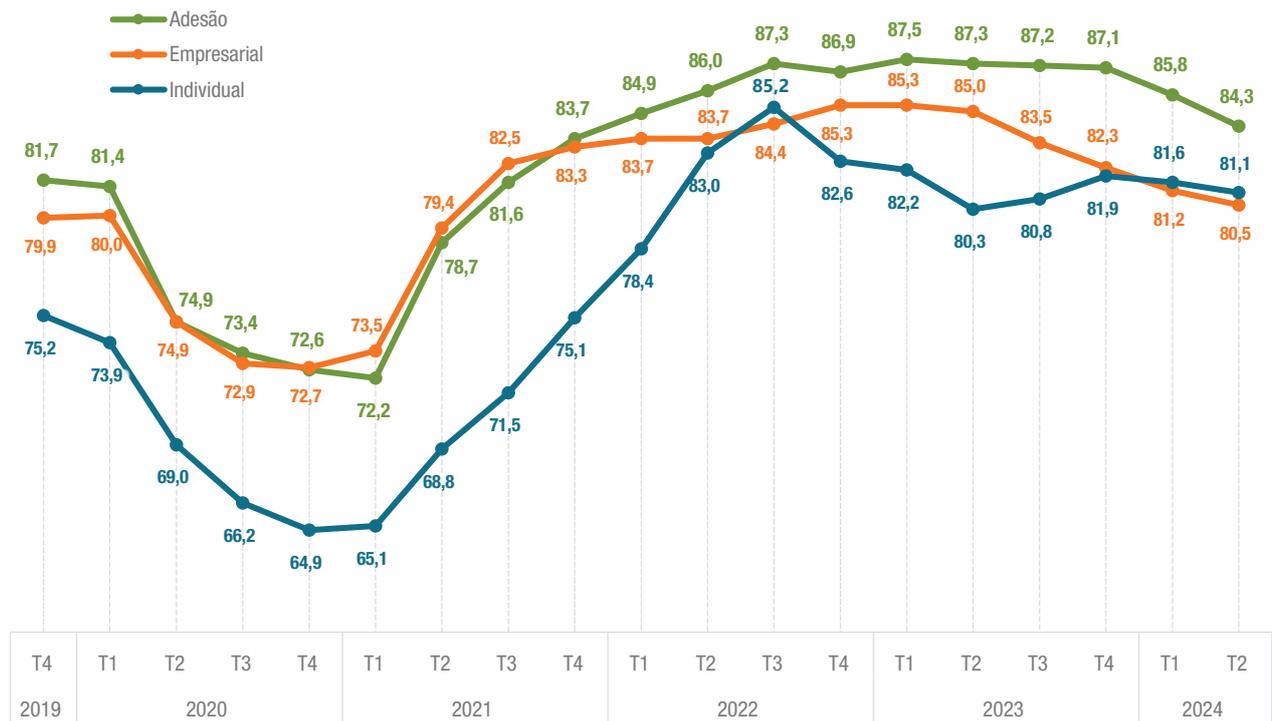
Fonte: ANS/DIOPS e Painel Contábil da Saúde Suplementar¹³.

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.

A sinistralidade média apresentou redução no segundo trimestre de 2024 em todos os tipos de contratação (gráfico 15), sendo esta mais relevante nos planos coletivos por adesão (-1,5 p.p.) que nos coletivos empresariais (-0,7 p.p.) e individuais (-0,5 p.p.). Cabe destacar que esta tendência de queda se mantém há 6 trimestres para os planos coletivos, que acumulam diminuição de 3,2 p.p. nas contratações por adesão e 4,8 p.p. nas empresariais.

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

■ Gráfico 15 - Sinistralidade da carteira própria por tipo de contratação (%) Carteira de planos médico-hospitalares, acumulado em 12 meses



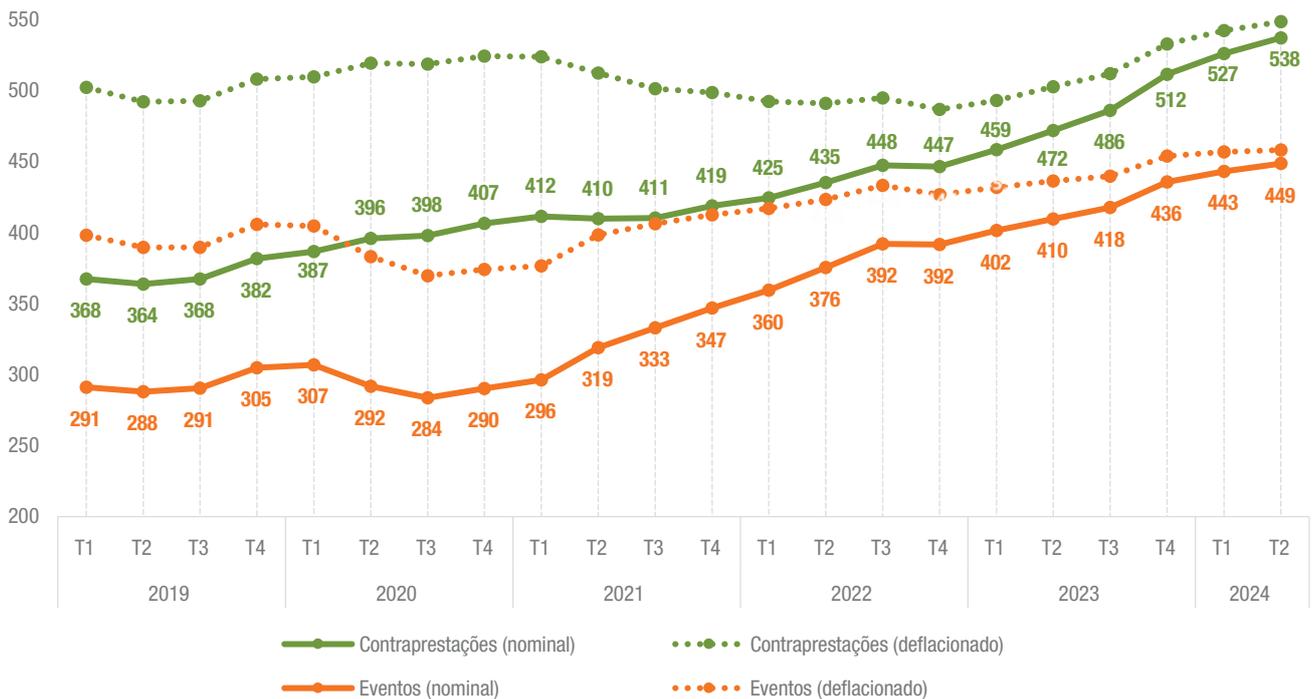
Fonte: ANS/DIOPS

Notas: Sinistralidade média agregada, desconsiderando provisões e tributos diretos. Apenas planos regulamentados e com formação de preço preestabelecida.

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 (Despesa Assistencial) *per capita*, valores nominais e deflacionados (R\$/mês) Planos médico-hospitalares, acumulado em 12 meses.



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

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. Em termos nominais, no segundo trimestre de 2024 a receita *per capita* atingiu R\$ 538 por mês, com novo aumento em relação ao trimestre anterior. A despesa *per capita* atingiu R\$ 449 por mês, também com aumento em relação ao último período.

Tanto a receita quanto a despesa *per capita* deflacionadas mantiveram a tendência de aumento observada desde o 4º trimestre de 2022, renovando as máximas dos indicadores, porém com a receita seguindo com aumento mais relevante que a despesa.

5 INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DO CONSUMIDOR

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

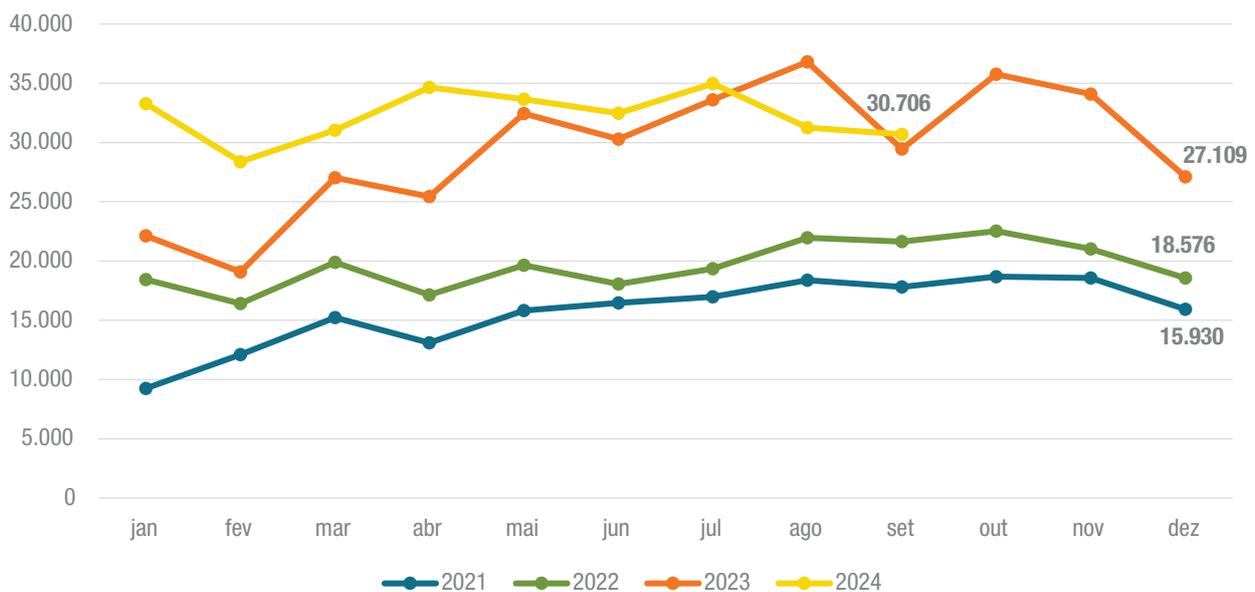
Nesta edição, apresentamos um recorte sobre as reclamações de consumidores com 60 anos ou mais, destacando sua evolução ao longo dos últimos anos, o principal meio de contato utilizado por estes beneficiários para registrar suas reclamações na Agência, os principais assuntos reclamados, dentre outros dados.

Evolução das reclamações NIP

O gráfico 17 apresenta a evolução das reclamações tratadas por meio na Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), tanto as demandas de natureza assistencial quanto as de natureza não assistencial.

Observa-se que as reclamações cadastradas nos nove primeiros meses de 2024, na ANS, tiveram alta de 13,3% em relação ao mesmo período de 2023, que se destacou pelo aumento expressivo de reclamações em comparação aos anos anteriores.

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

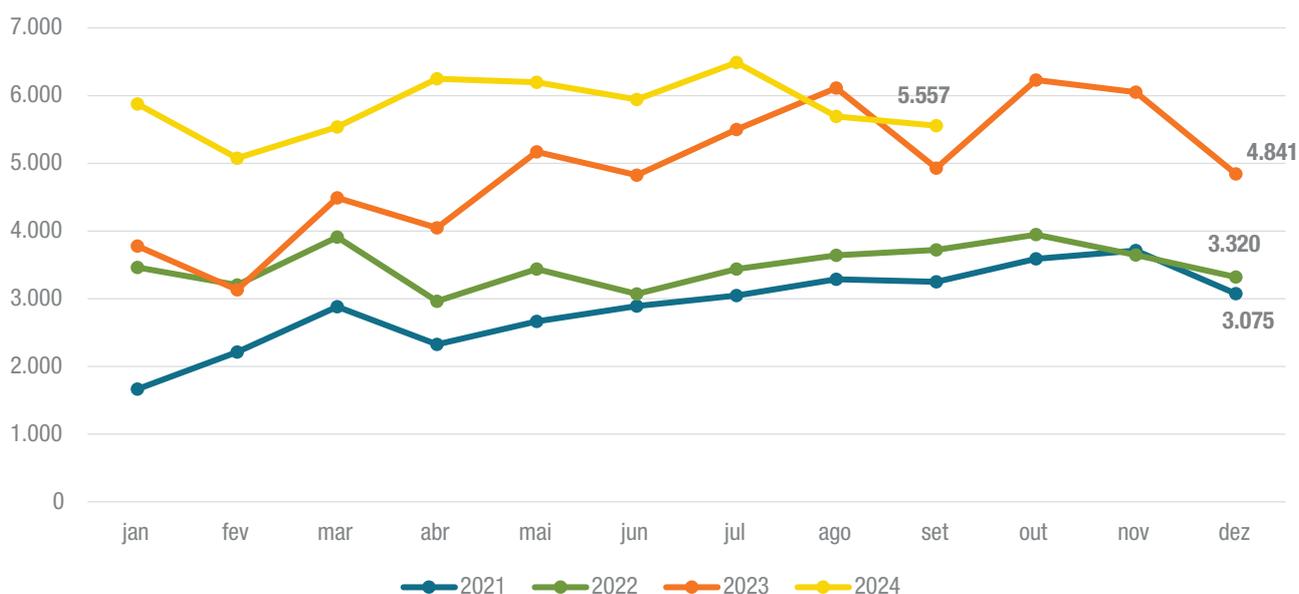


Fonte: [Painéis de Fiscalização \(ANS\)](#). (jan. 2021 a set. 2024).

Especificamente sobre as reclamações de consumidores com 60 anos ou mais, constatamos que elas representaram, em média, 17,8% (188.058) do total de reclamações registadas na ANS, no período de janeiro de 2021 a setembro de 2024. Destas 188.058 reclamações, em 50,5% (94.980), os beneficiários possuíam idades entre 60 e 69 anos, e, em 32,2% (62.378), entre 70 e 79 anos. Em relação aos beneficiários com 90 anos ou mais, foram cadastradas 5.480 reclamações (2,9%) no período em tela.

Como se pode observar no gráfico 18, há a mesma tendência de aumento em reclamações de beneficiários com 60 anos ou mais, neste período, sendo as curvas de evolução anual deste grupo muito similares às representadas no gráfico 17.

■ Gráfico 18 - Evolução de reclamações NIP (assistencial e não assistencial) – beneficiários com 60 anos ou mais.



Fonte: [Painéis de Fiscalização \(ANS\)](#) (jan. 2021 a set. 2024).

Em relação aos assuntos com maior número de reclamações para o público com 60 ou mais (tabela 3), a questão envolvendo a assistência à saúde teve um predomínio de 76%, enquanto assuntos sobre contratos e regulamentos, tais como suspensão/rescisão contratual, portabilidade e contratação de plano de saúde, representaram 17%, e, ainda, mensalidades e reajustes 7%, do total de reclamações cadastradas em nome de beneficiários com 60 anos ou mais, entre 2021 e 2024 (até setembro). Ao observarmos o total de reclamações, independente da faixa etária, constatamos que esses percentuais por tema são bem próximos, sendo de 80%, 15% e 5% respectivamente, para o mesmo período.

■ Tabela 3 - Evolução de reclamações NIP (assistencial e não assistencial) por tema – beneficiários com 60 anos ou mais.

Temas	2021	2022	2023	2024*	Total
Cobertura	23.565	32.377	46.959	40.698	143.599
Contratos e Regulamentos	7.454	6.910	8.382	8.313	31.059
Mensalidades e Reajustes	3.576	2.468	3.756	3.600	13.400
Total Geral	34.595	41.755	59.097	52.611	188.058

Fonte: SIF Consulta (jan. 2021 a set. 2024).

Ao comparar o grupo de beneficiários de planos de saúde que registraram reclamações com a ANS no período, notamos que, entre os usuários com 60 anos ou mais, o principal canal de contato foi o Disque-ANS (ver tabela 4), utilizado por 62,1% deles. O site da Agência foi o segundo meio mais utilizado, com 36,0%, enquanto os atendimentos presenciais nos Núcleos da ANS representaram 1,3%. Quando analisamos o total de reclamações registradas (de todas as idades) entre 2021 e 2024, o Disque-ANS foi a escolha de 55,7%

dos usuários, seguido pelo site, com 43,4%, e pelos atendimentos presenciais, com 0,5%. Outros meios de contato representaram 0,5% e 0,4%, respectivamente.

■ Tabela 4 - Principais canais de atendimento utilizados pelos beneficiários com 60 anos ou mais.

Meio de Atendimento	2021	2022	2023	2024*	Total
Dique ANS (Telefone)	68,2%	62,4%	58,1%	62,3%	62,1%
Site	30,9%	36,0%	39,9%	35,1%	36,0%
Núcleo (Pessoal)	0,0%	1,0%	1,5%	2,2%	1,3%
Outros meios	0,8%	0,5%	0,5%	0,4%	0,5%

Fonte: SIF Consulta (jan. 2021 a set. 2024).

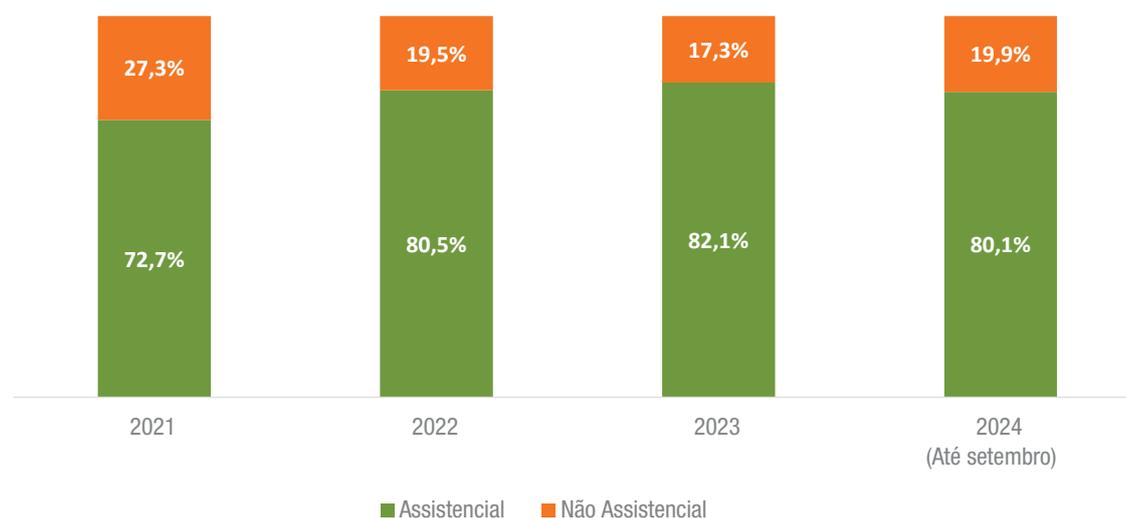
Importante destacar também que, em um pouco mais da metade destas reclamações de beneficiários com 60 anos ou mais (53,2% - 100.102 demandas), os próprios beneficiários apareceram como responsáveis pela abertura de suas demandas.

Cabe ressaltar que a Diretoria de Fiscalização faz o monitoramento destes dados, que são utilizados para o planejamento e adoção de ações tanto de caráter punitivo, quanto indutivo de boas práticas pelas operadoras de planos de saúde. Sob este aspecto, podemos citar as Ações Planejadas Preventivas de Fiscalização (APP), além das Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APF), que serão abordadas a seguir.

Natureza das demandas

As demandas de natureza assistencial, ou seja, aquelas relacionadas a toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial, representaram 80,1%, do total de reclamações NIP cadastradas nos nove primeiros meses de 2024, mantendo a preponderância em relação às demandas de natureza não assistencial (gráfico 19).

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



Fonte: Painéis de Fiscalização (ANS) (jan. 2021 a set. 2024).

Índice Geral de Reclamações (IGR)

O Índice Geral de Reclamações (IGR) é uma métrica calculada pela ANS com base nas reclamações registradas por consumidores e que foram processadas via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Seu cálculo considera a relação entre a média de reclamações registradas por consumidores, em determinado período contra operadoras de planos de saúde registradas na ANS, e a média do número de beneficiários dessas operadoras, no mesmo período.

O resultado obtido indica uma relação inversamente proporcional à satisfação dos beneficiários. Ou seja, quanto menor o valor do IGR, maior é a satisfação dos beneficiários com as operadoras.

Importante destacar que o IGR não é calculado para as administradoras de benefícios, já que essas não prestam serviço de assistência aos consumidores, razão pela qual não possuem beneficiários cadastrados junto ao Sistema de Informação de Beneficiários (SIB-ANS), o que impossibilita o cálculo do IGR.

O gráfico 20, abaixo, mostra que, os planos de assistência médica tiveram no ano de 2023 a média de 55,3 reclamações para cada 100 mil beneficiários, enquanto tal média nos primeiros nove meses de 2024 foi de 60,7 reclamações para cada 100 mil beneficiário. Por sua vez, os planos exclusivamente odontológicos tiveram em média 1,3 reclamação para a mesma quantidade de beneficiários em 2023 e 2024 (até setembro).

O resultado observado ao longo dos últimos quatro anos aponta para uma piora da satisfação dos beneficiários com os serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, e uma certa estabilidade de satisfação em relação aos serviços prestados pelos planos de cobertura exclusivamente odontológica.

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

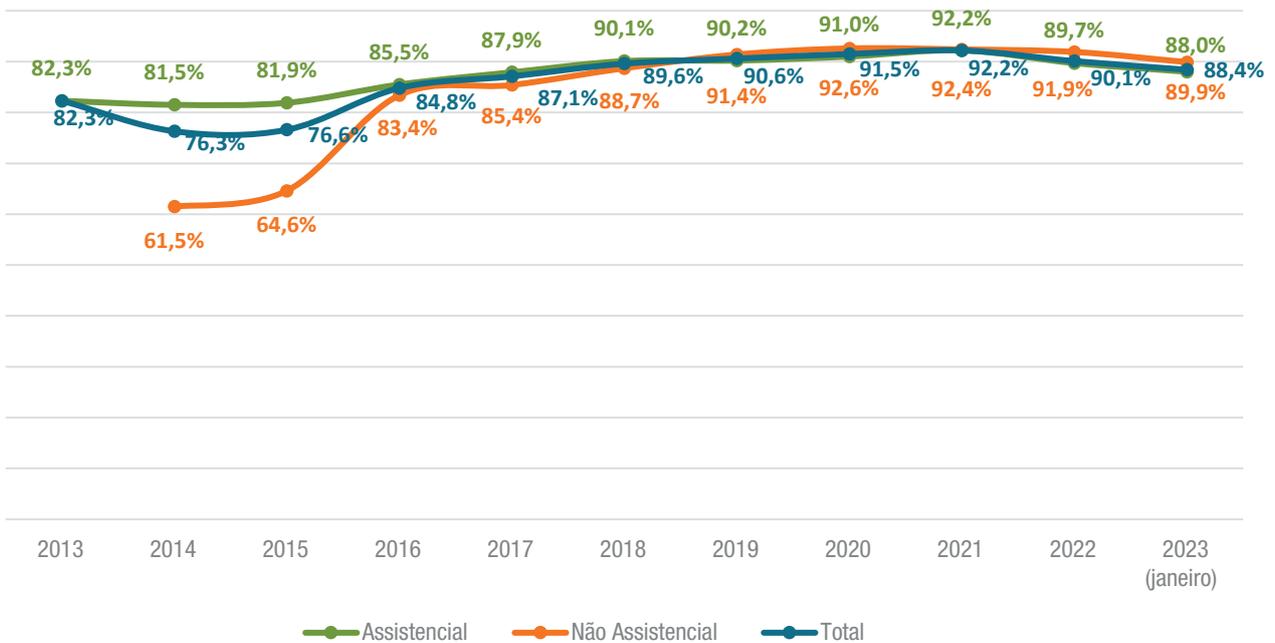


Fonte: [Painéis de Fiscalização \(ANS\)](#) (jan. 2021 a set. 2024).

Taxa de Resolutividade (TR)

Entre os meses de janeiro de 2019 a janeiro de 2023, a Taxa de Resolutividade (TR) da mediação de conflitos feita pela ANS por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), alcançou índice de aproximadamente 90%, considerando todas as reclamações cadastradas na ANS no período que foram passíveis de mediação (gráfico 21).

■ Gráfico 21 - Taxa de Resolutividade Total (Demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais).



Fonte: [Painéis de Fiscalização \(ANS\)](#) (de 2013 a jan. 2023).

Nota: A taxa de Resolutividade é calculada somente após a classificação da maioria das demandas. Contudo, devido ao aumento significativo no volume de reclamações nos últimos anos e à insuficiência de recursos para as análises, as demandas mais recentes ainda estão em fase de aguardando classificação.

Ações de Fiscalização Planejada

As Ações de Fiscalização Planejada (AFP) correspondem a um conjunto de ações fiscalizatórias de natureza sistematizada, de escalonamento gradativo, com fundamento em princípios da regulação responsiva, que 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 serão monitoradas e enquadradas para a AFP 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.

No momento, há três tipos de ações planejadas em curso, todas fundadas em princípios da regulação responsiva:

- Projeto-Piloto das Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APF), iniciado no segundo semestre de 2023, pelo qual as operadoras foram selecionadas por sua classificação nas posições mais elevadas dos rankings de reclamações da ANS. Todos os processos

estão em fase final através do monitoramento das demandas, após o encerramento dos planos de ação que visaram à adoção de medidas de adequação ou aprimoramento, para a definição do desfecho do processo. Tais desfechos podem ser o arquivamento do processo em razão do cumprimento do plano de ação, bem como da redução de demandas na ANS, ou o encaminhamento para adoção de outras medidas, sejam de fiscalização, sejam da competência de outros setores da ANS;

- Ações Planejadas Focais de Fiscalização (APF/2024) que, a partir da execução do Projeto-Piloto, em 2023, tiveram propostas medidas de aprimoramento na metodologia de seleção, no fluxo processual e na forma de acompanhamento e encerramento do processo. A alteração mais relevante foi a seleção das operadoras em blocos periódicos, de modo a realizar o acompanhamento do mercado em tempo real e permitir, de forma célere, a seleção das operadoras conforme as alterações mais recentes verificadas na entrada de reclamações junto à ANS. Destas, nove operadoras já foram fiscalizadas em 2024, divididas em 3 (três) blocos de ações, de acordo com a capacidade operacional da Diretoria de Fiscalização;
- Projeto-Piloto das Ações Planejadas Preventivas de Fiscalização (APP) - fundada nas mesmas premissas da APF, a APP tem um rito mais célere e visa a um público-alvo diverso. Nestas ações, monitoram-se as operadoras situadas nas faixas intermediárias dos indicadores da ANS, sobre as quais tenha sido verificada uma evolução anormal, recente e relevante na entrada de reclamações nos canais de atendimento da ANS. O objetivo é prevenir uma evolução negativa, que leve as operadoras às posições mais elevadas nos indicadores da ANS. A previsão é que sejam fiscalizadas de 6 (seis) a 7 (sete) operadoras, até dezembro de 2024.

Destaca-se que a execução destes diversos modelos de ações planejadas visa também a obtenção de subsídios para a reformulação das ações e estratégias fiscalizatórias no âmbito da revisão normativa em curso na Diretoria de Fiscalização da ANS.

6 PROGRAMAS E PROJETOS DA ANS

O acelerado envelhecimento populacional nas últimas décadas acarreta necessárias mudanças nas políticas públicas, inclusive da saúde. A ANS vem realizando ações para induzir a mudança dos modelos assistenciais e a melhoria da qualidade assistencial no setor de saúde suplementar.

Desde o ano de 2011, a ANS desenvolve projetos direcionados à atenção da população idosa, entendendo que o envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo do curso da vida. Fatores diversos como determinantes sociais da saúde e fatores comportamentais estão diretamente ligados ao envelhecimento, podendo afetar a qualidade de vida. Por isso, a importância e a preocupação com a qualidade assistencial do setor e com os desfechos em saúde.

Apresentam-se a seguir três frentes que tratam diretamente das ações da ANS em prol da longevidade:

- Programa de Qualificação das Operadoras;
- Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde; e
- Evento Longevidade Expo + Fórum, no qual a ANS realizou uma conferência tratando da saúde, qualidade de vida, inclusão dos idosos e do processo de longevidade.

Programa de Qualificação das Operadoras

Com o objetivo de estimular a qualidade setorial e subsidiar as ações regulatórias da ANS voltadas para o envelhecimento populacional, o Programa de Qualificação Operadoras (PQO), que avalia anualmente as operadoras de planos de saúde, prevê três indicadores, nas dimensões de qualidade da atenção à saúde e garantia do acesso, com foco no idoso, considerado o beneficiário com 60 anos ou mais. Isto significa dizer que o Programa atribui um peso importante à saúde do idoso, com maior peso relativo no total de 34 indicadores distribuídos nas quatro dimensões do PQO¹⁴. Estes indicadores estão descritos no quadro 1, a seguir:

■ Quadro 1- Indicadores para medir a saúde do idoso no Programa de Qualificação Operadoras

Dimensão	Nome Simplificado	Indicador	Peso do Indicador na dimensão*
Qualidade na Atenção à Saúde	Fratura em Idosos	1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos	2
Qualidade na Atenção à Saúde	Cuidado Integral do Idoso	1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/ Especialista para idosos	3
Garantia do Acesso	Médico de Referência do Idoso	2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos	2

*Pesos possíveis: 0, 1, 2 ou 3.

Fonte: Programa de Qualificação Operadoras (2022).

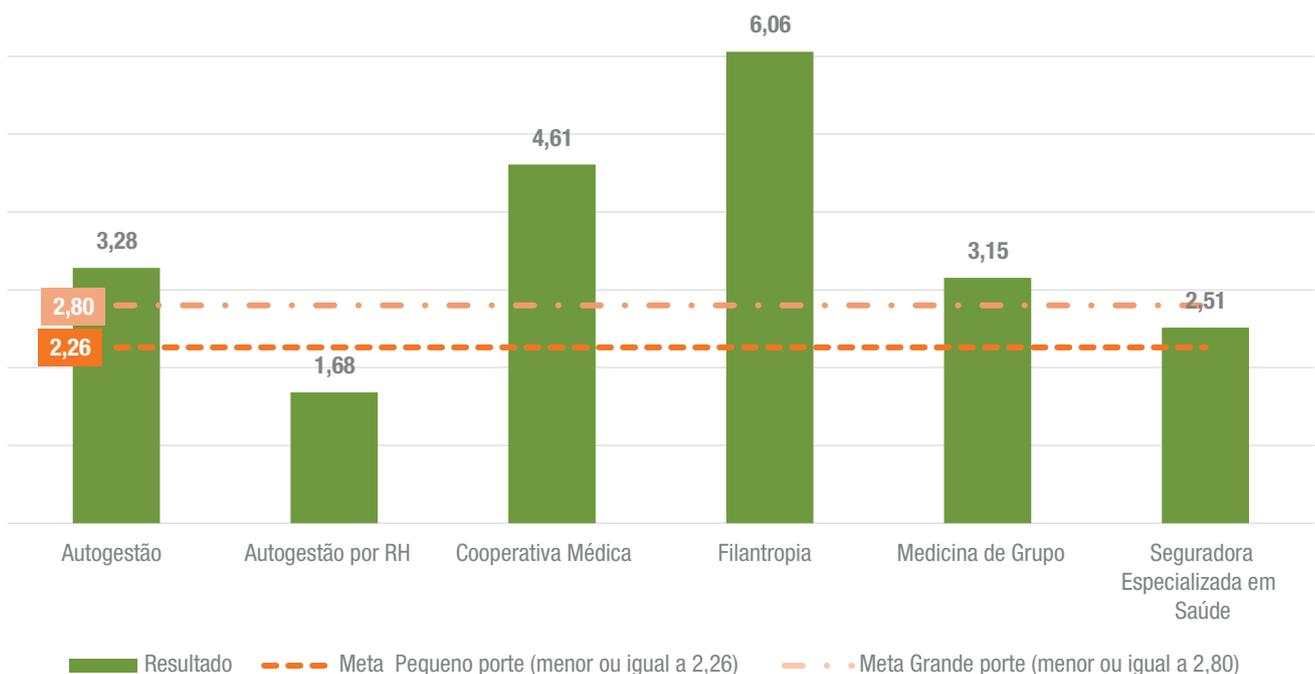
Os resultados desses indicadores estão apresentados nos gráficos a seguir, reproduzidos do Painel Dinâmico do Desempenho das Operadoras e apontam para as ações regulatórias que precisam ser implementadas no setor. Os dados referem-se ao ano-base 2022, última informação disponível, divulgada em dezembro de 2023, já que os resultados do ano-base 2023 só serão divulgados em dezembro de 2024.

14 Dimensões do PQO: Qualidade em Atenção à Saúde; Garantia de Acesso; Sustentabilidade no Mercado e Gestão de Processos e Regulação

A prevenção de fratura do fêmur em idosos envolve ações de educação em saúde, prevenção e tratamento oportuno da osteoporose, para evitar a queda do idoso, que pode acarretar a perda de sua autonomia, diminuição da qualidade de vida, ou mesmo o óbito. A queda é a segunda causa de óbito dentre as causas externas de mortalidade para pessoas com 60 anos ou mais. No Brasil, a taxa de internação por fratura de fêmur na rede pública de saúde tem apresentado aumento com diferenciais relevantes por sexo e por região.

O número médio de internações hospitalares por Fratura de Fêmur para cada mil beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais, também vem apresentando aumento na saúde suplementar. A meta do setor em 2022 era atingir um resultado menor ou igual a 2,26 fraturas para cada mil idosos em operadoras de pequeno porte; e 2,68 e 2,8 para operadoras de médio e grande porte, respectivamente. Em 2022 o resultado geral foi de 3,69 internações para cada mil idosos, acima da meta. O gráfico 22 apresenta os resultados por modalidades de operadoras, com destaque para as autogestões por RH, que atingiram a meta.

■ Gráfico 22 – Resultado do setor para o indicador Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos por modalidade (2022).

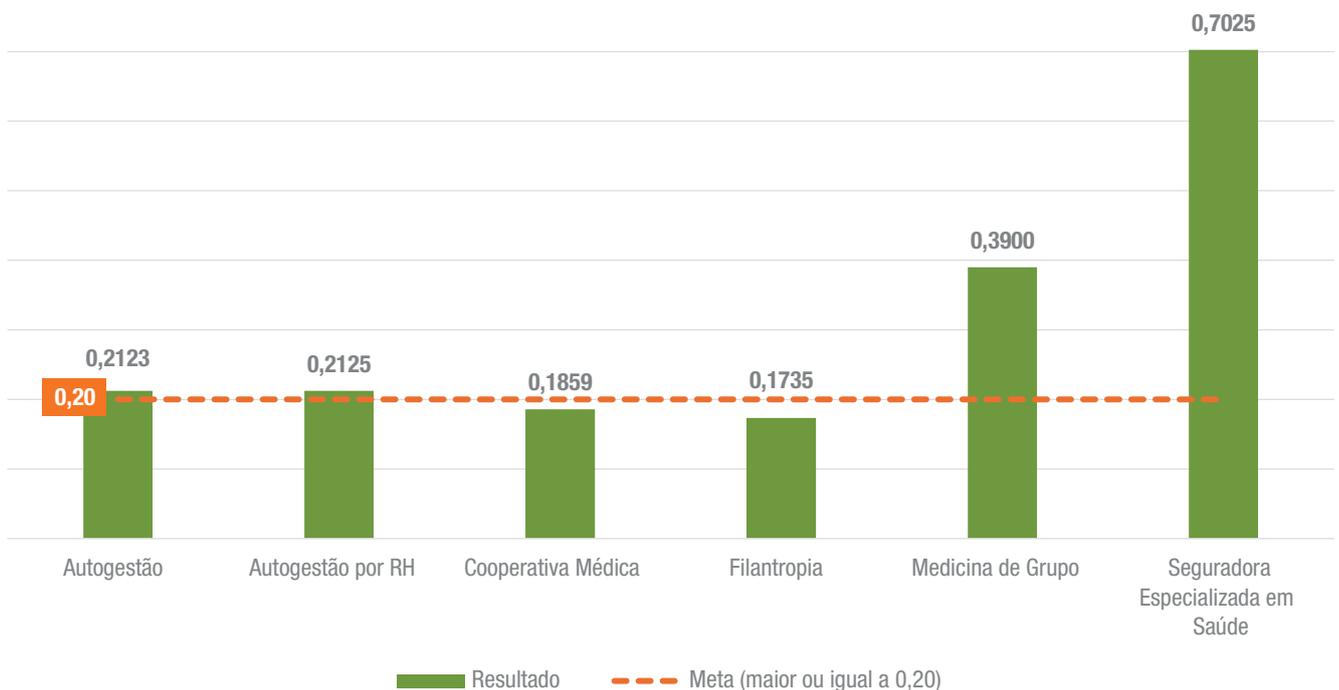


Fonte: Elaboração própria, a partir do [Painel do IDSS - ANS](#)

Outro indicador relevante para o cuidado integral ao idoso é a relação entre o total de consultas médicas ambulatoriais realizadas pelos idosos com médicos generalistas e especialistas. O objetivo do indicador é incentivar os cuidados primários, que podem resolver a maior parte dos problemas de saúde, evitando que pacientes busquem atendimento de forma desordenada, em unidades de urgência e emergência ou desnecessariamente com especialistas. Ademais, o cuidado coordenado por médicos generalistas pode evitar internações que ocorrem por condições que poderiam ter sido resolvidas na atenção primária. A meta deste indicador é estimular o aumento progressivo do acesso a médicos generalistas. Foi estabelecida em apenas uma consulta com

generalista e até cinco consultas com especialistas no ano, ou seja, resultado maior ou igual a 0,20 ($1:5 = 0,20$). O gráfico 23 apresenta os resultados por modalidade, destacando-se que as seguradoras contam com um outlier, que influenciou o resultado positivamente. Não obstante, de um modo geral, as operadoras vem atingindo a meta deste indicador, indicando maior oferta de consultas com médico das especialidades consideradas como generalistas para fins do PQO: Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e do Médico propriamente dito. Por este motivo, a ANS já tornou a meta mais desafiadora para o ano de 2024 ($1,5: 5 = 0,3$).

■ Gráfico 23 - Resultado do setor para o indicador Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos por modalidade (2022).



Nota: Valor das Seguradoras tem influência de valores outliers

Fonte: Elaboração própria, a partir do [Painel do IDSS - ANS](#)

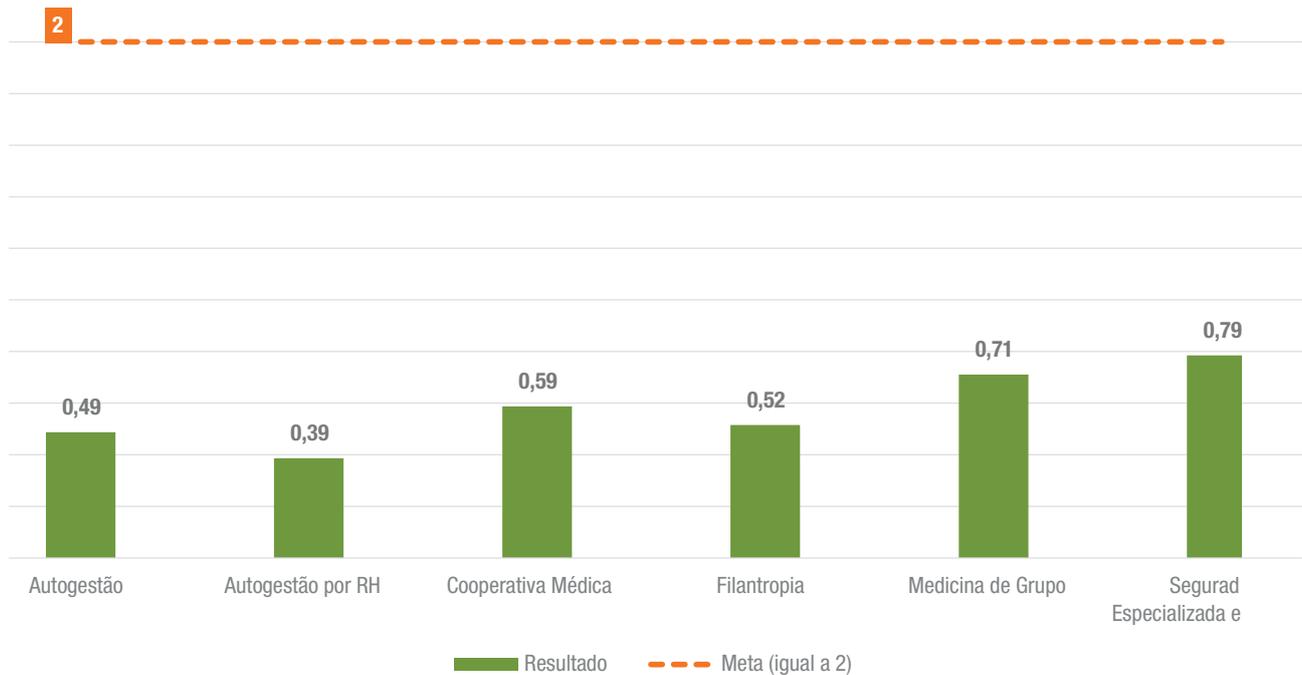
Com o olhar sobre o acesso, o indicador Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos avalia a oferta de generalistas como médico de referência para todos os idosos da carteira da operadora. A meta é atingir duas consultas anuais com generalista para cada idoso. Com esta medida é possível identificar dificuldades ou restrições para o planejamento e redimensionamento da oferta de médicos generalistas na rede credenciada da operadora. O gráfico 24 indica que o setor está muito aquém da meta de que cada idoso realize duas consultas com médico generalista no ano.

É reconhecido o déficit de médicos geriatras e com especialidade generalista no país, justificando o baixo desempenho das operadoras nesta oferta de profissionais de referência para o idoso.

O tema da formação de médicos geriatras e gerontólogos, além de médicos da família, da comunidade e profissionais da saúde com formação em saúde da família é essencial para a melhoria da qualidade assistencial dos beneficiários de planos de saúde.

A ANS em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina, Família e Comunidade (SBMFC) e outras instituições, em acordo de cooperação técnica, atuam conjuntamente no Projeto-Piloto [Cuidado Integral em Atenção Primária à Saúde \(APS\)](#) a fim de capacitar e sensibilizar as operadoras de planos participantes do projeto para a [Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde \(CBPAS\)](#).

■ Gráfico 24 - Resultado do setor para o indicador Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos por modalidade da operadora (2022).



Fonte: Painel do IDSS.

Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde

O Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (CBPAS), instituído em 2018, visa induzir a mudança do modelo assistencial adotado na saúde suplementar. Essa certificação ocorre por adesão voluntária das operadoras, que devem implantar redes de atenção ou linhas de cuidado certificadas por entidades acreditadoras reconhecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ANS desenvolve a Certificação de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde (CBPAPS), na qual há a ênfase no cuidado integral, coordenado e organizado a partir da APS. Atualmente, há cinco operadoras certificadas em Atenção Primária em Saúde¹⁵. Pensando o processo do envelhecimento que ocorre ao longo do curso da vida, a busca da longevidade com qualidade de vida dos beneficiários, e as especificidades da assistência à pessoa idosa, a ANS está desenvolvendo a Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado da Atenção Integral à Pessoa Idosa.

15 Veja a [lista operadoras certificadas em APS](#).

Longevidade Expo + Fórum

Entre 29 de setembro e 1º de outubro de 2024, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) participou da 6ª edição da [Longevidade Expo + Fórum](#), em São Paulo. Durante o evento, considerado o maior do Brasil voltado para o mercado sênior, foi realizada a Conferência ANS, que promoveu debates sobre temas relacionados à saúde e à integralidade dos indivíduos, como prevenção de riscos e doenças e promoção do cuidado, qualidade de vida, espiritualidade, trabalho, experiências com a Certificação de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde e impactos econômicos do envelhecimento.

Nos debates do evento, foram destacados a importância da iniciativa e o papel da ANS para estimular o desenvolvimento de ações voltadas às pessoas idosas, como a implantação da Atenção Primária à Saúde no setor como forma de reorganizar o cuidado, estimulando o cuidado ao longo da vida; a relação entre a qualidade de vida e a longevidade, o impacto da saúde mental e da espiritualidade nessa qualidade de vida; o mercado de trabalho e a necessária superação das barreiras para a população idosa. Além desses, o envelhecimento ativo e saudável, a longevidade com qualidade são temas essenciais para enfrentamento dos desafios atuais para as pessoas idosa, bem como para o desenvolvimento econômico do país.

Foi destacada ainda a necessidade da reorganização das operadoras de planos de saúde para o perfil demográfico e epidemiológico dos beneficiários de planos.

Para mais informações, acesse o portal da ANS sobre o evento: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/longevidade-expo-forum-debate-saude-qualidade-de-vida-e-inclusao-dos-idosos>

7 ASPECTOS NORMATIVOS E LEGAIS

Arcabouço normativo

No 2º trimestre de 2024, foram publicados sete novos normativos, sendo cinco Resoluções Normativas referentes a alterações no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS. As demais referem-se, especificamente:

- **IN nº 35, de 07 de maio de 2024:** Regulamenta a Resolução Normativa nº 485, de 29 de março de 2022, dispõe sobre o Plano de Recuperação Assistencial, sobre o regime especial de Direção Técnica e sobre o Programa de Saneamento Assistencial no curso do regime especial de Direção Técnica, e revoga a Instrução Normativa nº 50, de 22 de dezembro de 2016, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO;
- **RN nº 609 de 21 de junho de 2024:** Dispõe sobre a prorrogação do prazo de início da vigência da Resolução Normativa ANS nº 585, de 18 de agosto de 2023, para que entre em vigor em 31 de dezembro de 2024. A RN nº 585, por sua vez, dispõe sobre os critérios para as alterações na rede assistencial hospitalar no que se refere à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução; Altera

a RN nº 489, de 29 de março de 2022, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do art. 113-A; Altera a RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do Art. 8º A.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

De janeiro a setembro de 2024, 11 novas Resoluções Normativas com atualização do Rol foram publicadas e 25 novas tecnologias foram incorporadas (tabela 5).

■ Tabela 5 - Tecnologias incorporadas ao Rol de procedimentos da ANS, por grupo, 2022-2024

Grupo	2022	2023 (1º tri)	2023 (2º tri)	2023 (3º tri)	2023 (4º tri)	2024 (1º tri)	2024 (2º tri)	2024 (3º tri)
Terapia antineoplásica oral	19	1	3	1	4	-	2	2
Terapia imunobiológica e outras terapias para infusão	9	4	-	5	3	1	2	6
Testes diagnósticos (laboratoriais e de imagem)	7	2	1	1	-	1	1	-
Procedimentos	6	2	-	4	-	1	6	3
Total	41	9	4	11	7	3	11	11

Fonte: GGRAS/DIPRO/ANS (2024).

*Tomando por base a data de publicação das RNs e não a vigência da cobertura.

Monitoramento da participação social na produção normativa

A participação social na ANS ocorreu por meio de audiências públicas e consultas públicas sobre os normativos em elaboração. No segundo trimestre, foram realizadas quatro Audiências Públicas e quatro Consultas Públicas, todas encerradas no mesmo período.

O processo de elaboração do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde representou a maioria dos mecanismos de participação realizados. A exceção foi a Audiência Pública nº 43, destinada a coletar subsídios e promover debate sobre a avaliação preliminar da Diretoria de Fiscalização da ANS acerca de cenários de modelos de fiscalização para o setor de saúde suplementar vislumbrados e potenciais desdobramentos.

O quadro 2 ilustra os temas das normas e o número de contribuições em cada Consulta Pública (CP) encerrada entre abril e junho de 2024, além de trazer informações sobre as Audiências Públicas (AP) realizadas no período.

■ **Quadro 2 – Participação social, por tema e quantidade de contribuições (CPs) / número de participantes (APs), encerradas entre abril e junho 2024.**

Tipo	Descrição	Data	Nº Contribuições CP ou Nº Participantes AP	Link
CP	Consulta Pública - CP nº 127, com objetivo de receber contribuições para as recomendações preliminares relacionadas às propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.	De 04/04/2024 a 23/04/2024	686	Visualizar
CP	Consulta Pública - CP nº 128, com objetivo de receber contribuições para as recomendações preliminares relacionadas às propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	De 22/04/2024 a 11/05/2024	1615	Visualizar
CP	Consulta Pública - CP nº 129, com objetivo de receber contribuições para as recomendações preliminares relacionadas às propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	De 16/05/2024 a 04/06/2024	3056	Visualizar
CP	Consulta Pública - CP nº 132 que tem como objetivo receber contribuições para as recomendações preliminares relacionadas às propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	De 06/06/2024 a 25/06/2024	2824	Visualizar
AP	A Audiência Pública nº 41: Coletar contribuições acerca de recomendação preliminar de não incorporação para as seguintes tecnologias: (i) Bosutinibe para tratamento de segunda linha de pacientes com leucemia mieloide crônica com cromossomo Philadelphia positivo na fase crônica, fase acelerada ou fase blástica, com resistência ou intolerância a pelo menos uma terapia prévia, incluindo imatinibe (UAT nº 123); e (ii) Olaparibe para tratamento adjuvante de pacientes adultos com câncer de mama inicial de alto risco HER2 ² negativo, com mutação BRCA ³ , que foram previamente tratados com quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante (UAT nº 124).	16/04/2024, das 9h30 às 12h30	Reunião online via plataforma Microsoft Teams	Visualizar
AP	A Audiência Pública nº 42: Coletar contribuições acerca de recomendação preliminar de não incorporação para as seguintes tecnologias: (i) Brodalumabe para tratamento da psoríase em placas, moderada a grave, em pacientes adultos que são elegíveis para terapia sistêmica ou fototerapia (UAT 122).	29/05/2024, das 9h30 às 11h	Reunião online via plataforma Microsoft Teams	Visualizar

AP	A Audiência Pública nº 43: Coletar subsídios e promover debate sobre a avaliação preliminar da Diretoria de Fiscalização da ANS acerca de cenários de modelos de fiscalização para o setor de saúde suplementar vislumbrados e potenciais desdobramentos.	28/06/2024, das 14h às 18h	Reunião online via plataforma Microsoft Teams	Visualizar
AP	A Audiência Pública nº 44: Coletar contribuições acerca de recomendação preliminar de não incorporação para a seguinte tecnologia: (i) Belimumabe para tratamento de pacientes adultos com nefrite lúpica ativa que estejam em uso de tratamento padrão (UAT 120).	12/06/2024, das 10h às 11h30	Reunião online via plataforma Microsoft Teams	Visualizar

Fonte: GPLAN/SECEX/PRESI/ANS (2024).

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

