

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

28 de maio de 2025



## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS realiza webinar para divulgar dados econômico-financeiros do 1º tri/2025](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Estudo sobre jornada oncológica revela falhas e reforça busca por eficiência na saúde suplementar](#) - Fonte: Saúde Business

[Sinistralidade dos planos de saúde: Como calcular e reduzir o índice](#) - Fonte: Saúde Business

[Posicionamento do Idec sobre o recuo da ANS no âmbito das discussões sobre o sandbox regulatório](#) - Fonte: Tudo Rondônia

[Planos de saúde coletivos devem ter reajuste de dois dígitos pelo quarto ano seguido](#) - Fonte: O Globo

[Mais de 3 milhões de brasileiros acionam operadoras de planos de saúde na justiça](#) - Fonte: SEGS

[ANS vai aguardar decisão final do STJ para concluir análise sobre plano de saúde sem emergência e internação](#) - Fonte: O Globo

[Varas especializadas em saúde devem trazer mais coerência às decisões e desafogar juízes](#) - Fonte: Conjur

# ANS REALIZA WEBINÁRIO PARA DIVULGAR DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO 1º TRI/2025

Gov (ANS)– 27/05/2025

Evento será no dia 3/6, com transmissão ao vivo pelo YouTube, a partir das 14h.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, na próxima terça-feira, 3/6, um webinar para apresentar os resultados econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde do 1º trimestre de 2025. O evento terá início às 14h e será transmitido ao vivo pelo [canal da Agência no YouTube](#).

Na mesma data, esses dados econômico-financeiros estarão disponíveis no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, no portal da Agência. A ferramenta trará novos gráficos neste trimestre, como a evolução das despesas judiciais e a relação entre patrimônio e resultado das operadoras.

Qualquer interessado poderá participar do evento. Para se inscrever, [clique aqui](#).

---

## ESTUDO SOBRE JORNADA ONCOLÓGICA REVELA FALHAS E REFORÇA BUSCA POR EFICIÊNCIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Business – 27/05/2025

Apresentado no Fórum IESS na Hospitalar 2025, levantamento aponta lacunas no cuidado ao paciente e destaca soluções para ampliar o acesso e reduzir desperdícios no setor.

Estratégias para ampliar o acesso dos pacientes à saúde suplementar e garantir um cuidado mais qualificado marcaram os debates do “Fórum IESS na Hospitalar 2025”, realizado na manhã da última quinta-feira (23), durante a principal feira do setor na América Latina. Apesar de abordarem temas distintos, os dois painéis do evento convergiram para a mesma mensagem: o cuidado adequado gera benefícios para os pacientes e torna o sistema mais eficiente e sustentável.

“Ter eficiência é fundamental para garantir acesso a serviços e tecnologias em um cenário de recursos cada vez mais escassos”, destacou Luiz Celso Dias Lopes, presidente do Conselho Diretor do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), na abertura do fórum.

### Falta de apoio na jornada oncológica

O primeiro painel apresentou o estudo Jornada do Paciente Oncológico na Saúde Suplementar, conduzido pela consultoria Design para Estratégia. Disponível em [jornadadopacienteonco.com.br](http://jornadadopacienteonco.com.br), o levantamento revelou falhas na orientação de beneficiários para exames de detecção precoce e na condução dos casos após os resultados.

Segundo Vini de Castro, diretor da consultoria, o modelo atual não garante suporte contínuo ao paciente. “Na saúde suplementar, ninguém se responsabiliza por assegurar que o paciente realize os exames e tome as providências necessárias com base nos resultados”, afirmou.

O estudo também apontou desassistência no momento mais crítico: o pós-diagnóstico. “O paciente enfrenta essa fase navegando por sistemas automatizados, sem apoio humano”, relatou Castro, reforçando a necessidade de mudanças na atuação de todos os elos da cadeia, inclusive médicos. “Hoje, o acolhimento ocorre por empatia, não por processos estruturados”, acrescentou.

Na sequência, Ana Luísa Seleme, diretora da consultoria MedH, compartilhou experiências com equipes multidisciplinares no acompanhamento de pacientes oncológicos. Ela destacou o papel estratégico das enfermeiras no aumento da adesão ao tratamento, na identificação precoce de efeitos colaterais e no monitoramento contínuo da jornada do paciente. “Ter um profissional de referência contribui significativamente para a eficiência do processo”, disse.

Além dos ganhos clínicos, ela ressaltou impactos econômicos indiretos, como a redução no tempo de diagnóstico, mais agilidade no cuidado e maior satisfação de pacientes e familiares.

### Cuidados pós-agudos e desospitalização em foco

O segundo painel discutiu modelos de transição de cuidado para pacientes no pós-agudo, reforçando a importância da desospitalização como ferramenta para ganhos clínicos e redução de desperdícios.

“O cuidado pós-agudo representa uma oportunidade de oferecer um atendimento mais adequado e a custos compatíveis”, afirmou Anderson Mendes, diretor de Negócios da Premium Care. Ele destacou que o envelhecimento populacional exige novos modelos assistenciais, como hospitais de transição e cuidados domiciliares. “Falta estratégia. Quando o hospital de transição é visto apenas

como mais um credenciamento, perde-se a chance de aplicar o cuidado certo, no momento e local corretos”, alertou.

Felipe Vecchi, diretor médico e de Operações da BSL, apontou o “abismo” existente entre o hospital e a casa do paciente. Ele citou estudo da UFMG que revela que quase 9% das hospitalizações na saúde suplementar — o equivalente a 83 mil diárias por ano — são evitáveis e resultam em readmissões em até 30 dias, gerando um custo superior a R\$ 450 milhões. “É um enorme potencial de economia e eficiência”, disse.

José Cechin, superintendente executivo do IESS, defendeu a ampliação dos cuidados paliativos fora do ambiente hospitalar, com foco na dignidade do paciente no fim da vida. Na mesma linha, Regina Mello, gerente executiva de Saúde da Vivesp, alertou para a sinistralidade no último ano de vida, que pode alcançar 1.177%. “A questão não é apenas o custo,

mas o tipo de cuidado que está sendo oferecido. O ideal seria que esse valor refletisse uma assistência de melhor qualidade, o que nem sempre acontece”, afirmou.

A Vivesp vem apostando em modelos de cuidado coordenado, com foco em prevenção e estruturas assistenciais alternativas aos hospitais. Essa abordagem também demanda um novo tipo de relação com os familiares do paciente.

Lidiane Furtado, assistente social da Amil, reforçou que o sucesso da desospitalização depende da conscientização da família. “É essencial envolvê-la no processo e garantir uma comunicação clara sobre os papéis e responsabilidades de cada um”, concluiu.

A íntegra do evento será disponibilizada em breve no canal do IESS no YouTube.

## SINISTRALIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE: COMO CALCULAR E REDUZIR O ÍNDICE

Saúde Business – 26/05/2025

Para reduzir a sinistralidade dos planos de saúde, uma boa estratégia é firmar parcerias com prestadores de serviços, buscando condições comerciais mais vantajosas e, assim, reduzir os custos assistenciais. Outra medida é adotar políticas de coparticipação e franquias, que estimulam o uso consciente dos serviços pelos beneficiários. Saiba mais!

Nos últimos anos, o setor de saúde suplementar no Brasil tem enfrentado grandes desafios relacionados à sinistralidade dos planos de saúde. Esse indicador, que mede a proporção das receitas das operadoras destinadas ao pagamento de despesas assistenciais, é crucial para avaliar a sustentabilidade financeira dos planos.

Em 2024, observou-se uma melhora nesse cenário. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a sinistralidade das operadoras médico-hospitalares atingiu 82,2% no quarto trimestre de 2024, representando a menor taxa para esse período desde 2018. Essa redução contribuiu para um lucro líquido de R\$ 11,1 bilhões no setor, um aumento de 271% em relação ao ano anterior.

Apesar dessa recuperação, o setor ainda enfrenta desafios. Levantamento da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) indica que 44% das operadoras encerraram 2024 com prejuízo operacional, um aumento em comparação aos 33% registrados em 2019.

Além disso, uma pesquisa conduzida pelo SESI e FIESP revelou que 41% das indústrias não adotam estratégias para reduzir a sinistralidade, evidenciando a necessidade de ações mais eficazes na gestão dos custos assistenciais.

### O que é sinistralidade dos planos de saúde?

A sinistralidade representa a relação entre os custos assistenciais (sinistros) e as receitas obtidas pelas operadoras de planos de saúde. Em outras palavras, ela reflete o quanto a operadora gasta com atendimentos médicos em comparação ao valor arrecadado com as mensalidades dos beneficiários.

Esse índice avalia a eficiência operacional das operadoras e garante a sustentabilidade financeira dos planos de saúde. Uma sinistralidade elevada pode indicar desequilíbrios que comprometem a viabilidade do plano, enquanto uma sinistralidade controlada contribui para a estabilidade e a qualidade dos serviços prestados.

### O que é o índice de sinistralidade?

O índice de sinistralidade é expresso em porcentagem e calculado pela fórmula:

$$\text{Índice de Sinistralidade (\%)} = (\text{Despesas Assistenciais} / \text{Receitas com Prêmios}) \times 100$$

Por exemplo, se uma operadora teve R\$ 150.000,00 em despesas assistenciais e arrecadou R\$ 100.000,00 em prêmios, o índice de sinistralidade seria:  
$$(150.000 / 100.000) \times 100 = 150\%$$

Um índice acima de 100% indica que as despesas superaram as receitas, o que pode levar a prejuízos e necessidade de reajustes nos planos.

## Impacto financeiro dos sinistros e despesas assistenciais

A utilização excessiva dos serviços de saúde pelos beneficiários eleva os custos assistenciais, impactando diretamente na sinistralidade.

Esse aumento pode ser resultado de diversos fatores, como envelhecimento da população, prevalência de doenças crônicas e falta de programas preventivos.

Consequentemente, a alta sinistralidade pode levar a reajustes nas mensalidades, tornando os planos mais onerosos para os usuários e afetando a competitividade das operadoras no mercado.

### Reajuste por aumento de sinistralidade: quando ocorre e como evitar?

O reajuste por sinistralidade é comum em planos coletivos e ocorre quando há um desequilíbrio financeiro devido ao aumento das despesas assistenciais. Para aplicar esse reajuste, as operadoras devem seguir critérios estabelecidos em contrato e apresentar justificativas baseadas em dados atuariais.

Evitar esse tipo de reajuste envolve o monitoramento constante da sinistralidade e a implementação de estratégias que promovam o uso consciente dos serviços de saúde, além de programas de prevenção e promoção da saúde.

## Como reduzir a sinistralidade dos planos de saúde?

Reduzir a sinistralidade é fundamental para manter a sustentabilidade dos planos de saúde. Algumas estratégias eficazes incluem:

- **Gestão de custos em saúde suplementar:** Implementar políticas de coparticipação e franquias pode incentivar o uso responsável dos serviços de saúde pelos beneficiários.
- **Programas de promoção à saúde e prevenção de doenças:** Investir em campanhas de vacinação, check-ups regulares e programas de controle de doenças crônicas ajuda a reduzir a incidência de complicações e internações.
- **Educação dos beneficiários sobre uso consciente:** Promover a conscientização sobre a importância do uso adequado dos serviços de saúde contribui para a diminuição de procedimentos desnecessários.
- **Parcerias com redes credenciadas e negociação de serviços:** Estabelecer acordos com prestadores de serviços de saúde para obtenção de melhores condições comerciais pode reduzir os custos assistenciais.
- **Utilização de tecnologia e análise de dados:** Adotar sistemas de gestão e análise de dados permite identificar padrões de uso e áreas de risco, facilitando a implementação de ações preventivas.

---

## POSICIONAMENTO DO IDEC SOBRE O RECUO DA ANS NO ÂMBITO DAS DISCUSSÕES SOBRE O SANDBOX REGULATÓRIO

Tudo Rondônia – 24/05/2025

Além disso, a agência também decidiu suspender a discussão até o julgamento de um recurso no âmbito do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre cartões de desconto.

Em reunião da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), realizada nesta sexta-feira, dia 23 de maio, a agência decidiu instaurar uma câmara técnica específica para avaliar o teste de um produto de saúde de menor abrangência, que somente cobrirá exames e procedimentos eletivos e de menor complexidade. Além disso, a agência também decidiu suspender a discussão até o julgamento de um recurso no âmbito do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre cartões de desconto.

O Idec avalia que o recuo em continuar as discussões sobre o sandbox é fruto da pressão de entidades de consumidores, como o próprio instituto, especialistas, pesquisadores, profissionais do SUS, o Ministério Público Federal e do próprio corpo técnico da agência, que não foi escutado no processo regulatório.

O teste do produto sugerido pela ANS não representa uma inovação e tem o grande potencial de atentar contra a vida,

saúde e segurança dos consumidores brasileiros, como também é extremamente prejudicial ao sistema público de saúde. Arranjos comerciais com cobertura inferior ao patamar mínimo definido na Lei de Planos de Saúde criam a expectativa enganosa de que as pessoas terão suas necessidades de saúde atendidas. Na prática, problemas já existentes serão amplificados, como negativas de cobertura, reajustes descontrolados, cancelamentos sem motivo, piora na rede credenciada e na qualidade dos serviços.

Por fim, o Idec lembra que cartões de desconto não são planos de saúde. Já há avaliação do próprio corpo técnico da agência alertando sobre os riscos desta modalidade de produto e diferenciando-os expressamente dos planos de saúde.

O Idec seguirá acompanhando o tema, atento para tentativas de retrocesso e para evitar que a proteção da Lei de Planos de Saúde não seja flexibilizada.

# PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS DEVEM TER REAJUSTE DE DOIS DÍGITOS PELO QUARTO ANO SEGUIDO

O Globo – 23/05/2025

Percentual em 2025, porém, deve ser inferior ao praticado nas últimas revisões. Para analistas, sinistralidade e inflação médica mais baixas explicam alívio.

Os Planos de saúde coletivos devem ter reajustes de dois dígitos pelo quarto ano consecutivo, mas num patamar abaixo do registrado no ano passado. Uma análise do BTG Pactual com base nos dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostra que, entre dezembro e fevereiro, o aumento médio foi de 12,8%, o que sinaliza para reajustes mais amenos dos contratos em 2025.

O patamar é abaixo da média de correção dos planos coletivos no ano passado, quando o reajuste acumulado fechou em 13,8%, e também inferior aos 14,25% registrados em 2023.

O mercado de planos de saúde tem hoje 52 milhões de usuários, 83% deles em contratos coletivos, principalmente em planos coletivos empresariais.

Diferentemente dos planos individuais, cujo reajuste tem um teto definido pela ANS, a correção dos contratos coletivos é definida pelas operadoras de planos de saúde em negociação com os contratantes. Para os analistas Samuel Alves e Yan Cesquim, os dados trimestrais gerais dos planos coletivos oferecem uma visão "mais clara" sobre o ciclo de reajustes do mercado.

"Parece que a desaceleração nos ajustes de preços está atingindo um novo patamar de estabilidade", afirmam em relatório.

Quando se considera apenas os planos de até 29 vidas — geralmente contratados por MEIs e pequenas e médias empresas (PMEs) —, as principais operadoras do setor têm aplicado reajustes também em trajetória de desaceleração, com percentuais em torno de 15%, como calcularam Alves e Cesquim no início do mês. O patamar está, em geral, abaixo do registrado no ano passado. Em alguns casos, a correção é inferior em até 5 pontos aos reajustes anteriores.

## MAIS DE 3 MILHÕES DE BRASILEIROS ACIONAM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NA JUSTIÇA

SEGS – 23/05/2025

Número de ações cresce e alcança patamar histórico, segundo pesquisa concluída pela FGV.

O número de ações judiciais contra operadoras de planos de saúde no Brasil alcançou um patamar inédito em 2024, com 298.755 novos processos registrados, mais que o dobro do total de 2020, segundo dados do Conselho Nacional de

### Sinistralidade mais baixa

A previsão de algum arrefecimento nos percentuais de carteiras coletivas é compartilhada pela consultoria Mercer Marsh, que faz a gestão de benefícios de cerca de 5 milhões de usuários de planos coletivos empresariais. Thomás Ishizuka, superintendente atuarial da companhia, calcula que a média de reajustes da carteira em 2024 foi de 15,5%, o que deve ficar entre 10% e 12% neste ano.

Ele atribui o cenário mais favorável à redução da sinistralidade. A fatia da receita das operadoras usada para custear a assistência médica dos usuários encerrou 2024 na Mercer em 79,5%. A média geral do mercado, segundo a ANS, está em 80,7%, numa trajetória de queda desde 2021: naquele ano, o índice ficou em 86,9%, o que caiu para 83,8% em 2022 e 82,2% em 2023.

Ishizuka ainda observa que a inflação médica também vem caindo. Além da variação dos preços de medicamentos, equipamentos e outros custos, o índice também leva em consideração a frequência de uso. Na carteira da Mercer, o percentual passou de 11,8% em 2023 para 6,96% no ano passado.

### Menos reembolsos e rede credenciada

Marcelo Borges, diretor executivo da consultoria Mercer Marsh Benefícios, ainda destaca que pesa na redução dos percentuais de reajuste a queda nos prejuízos das operadoras com fraudes:

— No ano passado, as operadoras olharam mais para isso. Em 2022, por exemplo, 12% dos pedidos de reembolso, que são o grande alvo das fraudes, eram de exames simples, como de sangue ou ultrassonografia. Isso caiu para 2,1% no ano passado. Também por isso, a tendência é vermos reajustes dos contratos empresariais menores este ano, mas ainda em dois dígitos.

Justiça (CNJ). As principais causas dessas demandas incluem negativas de cobertura para tratamentos médico-hospitalares, fornecimento de medicamentos e reajustes contratuais considerados abusivos.

Fato é que um em cada 16 usuários de planos de saúde no Brasil já acionou a Justiça contra sua operadora. Embora o

índice pareça modesto, de apenas 6%, tal estatística representa cerca de três milhões de pessoas, considerando o total de aproximadamente 50 milhões de segurados no país. Os dados são da pesquisa “Raio-X da Saúde Suplementar no Brasil”, conduzida pela FGV.

A judicialização da saúde suplementar, fenômeno em que consumidores recorrem ao Judiciário para garantir acesso a tratamentos ou contestar decisões das operadoras, foi tema central do estudo, que ouviu dois mil brasileiros em todas as regiões do país, entre os dias 16 e 22 de maio deste ano. O levantamento incluiu tanto usuários quanto não usuários de planos de saúde e foi realizado em parceria com o Ipespe.

Entre os principais motivos que levam os usuários a entrar com ações judiciais estão as negativas de cobertura assistencial, com destaque para cirurgias (51%) e medicamentos (12%), somando 65% dos casos. Em seguida, aparecem a suspensão de contratos, muitas vezes por alteração de cláusulas (59%), cancelamento sem aviso prévio (19%) ou inadimplência (12%), e os aumentos nas mensalidades, responsáveis por 14% dos processos.

“O número de ações é impressionante e revela uma desconfiança estrutural dos usuários em relação às operadoras. A negativa de procedimentos que deveriam estar cobertos é o estopim para a maioria das demandas judiciais”, explica o advogado Thayan Fernando Ferreira, especialista em direito de saúde e direito público, membro da comissão de direito médico da OAB-MG e diretor do escritório Ferreira Cruz Advogados.

De volta ao estudo, os dados ainda revelaram que 78% dos entrevistados não conhecem o termo “judicialização da saúde”. Contudo, após uma explicação breve sobre o conceito, 63% dos participantes passaram a considerar essa prática como uma ferramenta legítima e eficaz para garantir os direitos dos consumidores.

Ainda para Thayan, o cenário é preocupante não apenas pela quantidade de processos, mas pelos reflexos na confiança do consumidor: “A judicialização se torna, muitas vezes, o único caminho viável para que o paciente receba o tratamento necessário. Isso indica que o sistema está falhando em sua função básica de proteger o usuário”, completa.

O advogado também aponta que a suspensão de contratos de forma unilateral por parte das operadoras, especialmente em momentos críticos, é uma das práticas mais agressivas. “Há casos de cancelamento de plano durante tratamentos oncológicos, o que é uma violação flagrante da boa-fé contratual e da dignidade do paciente”.

“A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) precisa atuar de forma mais eficaz na fiscalização das operadoras e na atualização do rol de procedimentos obrigatórios, garantindo que os consumidores tenham acesso aos tratamentos necessários sem precisar recorrer à Justiça. A judicialização não pode ser tratada como um problema do Judiciário. Ela é, na verdade, um sintoma da crise de confiança na saúde suplementar. E a solução passa pela revisão das práticas das operadoras e pela fiscalização efetiva das agências reguladoras”, finaliza o advogado especialista em negativas de planos de saúde.

## ANS VAI AGUARDAR DECISÃO FINAL DO STJ PARA CONCLUIR ANÁLISE SOBRE PLANO DE SAÚDE SEM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO

O Globo – 23/05/2025

Produto com cobertura apenas para consultas eletivas e exames simples era visto com preocupação por especialistas e até servidores da agência.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) decidiu nesta sexta-feira suspender temporariamente o projeto que criava, em caráter experimental, um plano de saúde simplificado, com apenas consultas eletivas e exames simples, mas sem cobertura para atendimentos de emergência, internação, cirurgias, tratamentos e terapias. Considerado pelas operadoras como uma estratégia de ampliação do setor, o projeto preocupava especialistas e até servidores do órgão regulador.

O modelo estritamente ambulatorial — e mais barato — foi proposto pelo órgão em fevereiro. Em reunião hoje, a diretoria colegiada da ANS deliberou que o projeto ainda precisa de “aprofundamento técnico”, inclusive em temas relacionados aos direitos dos consumidores e questões de regulação do setor.

Para isso, deverá ser criada uma câmara técnica para “examinar criticamente os aspectos técnicos, jurídicos, econômicos e regulatórios” da proposta, criando um entendimento sobre o tema que deverá subsidiar a decisão final da diretoria da ANS sobre o projeto.

O órgão colegiado será composto por representantes da diretoria da agência, dos servidores e da Câmara de Saúde Suplementar (Camss), formada por entidades do setor, como hospitais, operadoras de planos e profissionais de saúde, além de empresas empregadoras e trabalhadores.

Dessa forma, a tramitação interna do projeto na agência continuará, mas uma decisão final vai depender do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

No fim de 2023, o ministro Herman Benjamin definiu, em decisão monocrática, que cabe à ANS a fiscalização e regulamentação dos cartões de desconto e benefícios. O

crescimento desse serviço — geralmente oferecido por clínicas populares, onde o usuário paga uma mensalidade que garante descontos em consultas e exames laboratoriais — foi usado pela ANS como argumento para a criação de um plano simplificado. Por isso, até que o tema transite em julgado, o projeto ficará suspenso.

"Propõe-se como medida cautelar a suspensão da tramitação do presente feito após a conclusão dos trabalhos da câmara técnica, e até que ocorra o trânsito em julgado da decisão a ser proferida para a segunda turma daquela corte superior. Tal encaminhamento visa preservar a integridade dos atos administrativos praticados, assegurar a harmonização entre as esferas administrativas e judicial e garantir que as decisões da agência se pautem com o propósito de legalidade, eficiência e responsabilidade institucional", afirmou Alexandre Fioranelli, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro).

A suspensão temporária do projeto coincide com a saída da agência de Fioranelli, grande defensor do projeto. O mandato dele termina na próxima semana.

Para as operadoras, o novo tipo de contrato é uma oportunidade de expandir o setor e disputar o espaço ocupado por cartões de benefícios. Hoje, 52,1 milhões de brasileiros têm planos de saúde, pouco acima das 50,5 milhões de vidas cobertas há dez anos. Noutro ponto, a ANS

estima que ao menos 50 milhões de pessoas usem serviços de cartões de desconto.

— No fim das contas, essas empresas vendem um atendimento de baixa complexidade e depois, se for o caso, o usuário vai pro SUS. Mas isso precisa ser mais estruturado. Temos infraestrutura para ocupar esse espaço que já está tomado pelos cartões de benefícios e trazer mais segurança para o usuário — defendeu Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), em entrevista ao GLOBO no início do mês.

Mas o projeto preocupa outros especialistas e até servidores do órgão regulador. No fim de abril, o Ministério Público Federal (MPF) encaminhou uma nota técnica à ANS pedindo novos estudos e a reformulação da proposta, destacando que a agência não realizou estudos técnicos e que faltava participação de representantes do Ministério da Saúde nas discussões.

Além disso, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) levou o tema à Justiça numa ação civil pública em março, pedindo a suspensão da proposta, mas na semana passada a 19ª Vara Federal de São Paulo reconheceu a legalidade e conformidade jurídica da proposta. Ainda assim, a diretoria da ANS decidiu hoje pela suspensão da tramitação.

## VARAS ESPECIALIZADAS EM SAÚDE DEVEM TRAZER MAIS COERÊNCIA ÀS DECISÕES E DESAFOGAR JUÍZES

Conjur – 23/05/2025

A criação de varas especializadas em saúde complementar deve melhorar a qualidade das decisões sobre o tema e gerar precedentes mais apurados tecnicamente e coerentes, segundo especialistas ouvidos pela revista eletrônica Consultor Jurídico.

Essa especialização é relevante em um setor que enfrenta grande judicialização, muitas vezes causada pela falta de clareza na regulação ou pelo descumprimento de contratos por parte das operadoras, dizem advogados que atuam na área.

A primeira Vara de Saúde Suplementar do país foi inaugurada no dia 30 de abril em São Luís, no Maranhão. A criação da jurisdição cumpre recomendações instituídas pela Resolução 530/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que incentiva a criação de varas especializadas em matéria de saúde suplementar.

Entre fevereiro e maio de 2025, a vara já recebeu 325 processos, redistribuídos de outras jurisdições cíveis. A saúde suplementar é um dos temas que mais gera litígios no Brasil. Dados do painel Justiça em Números do CNJ indicam, até 30 de abril deste ano, havia 377.336 processos contra planos de saúde pendentes no Judiciário.

### Decisões mais precisas

Uma estrutura especializada permite que magistrados, assessores e servidores desenvolvam expertise técnica mais apurada na área, o que leva a decisões mais rápidas, precisas e alinhadas com as particularidades do setor, dizem os advogados entrevistados.

“Como sabemos, o setor é altamente regulado, complexo e envolve questões sensíveis tanto do ponto de vista jurídico quanto da saúde dos beneficiários. A especialização tende a aprimorar a segurança jurídica, reduzir a dispersão de entendimentos e conferir maior previsibilidade às decisões”, afirma o advogado Tertius Rebelo.

Para Henderson Fürst, advogado e diretor da Sociedade Brasileira de Bioética, evita-se uma loteria judicial com a maior uniformidade das decisões. “Isso possibilitará apreciar com maior celeridade questões que, usualmente, são urgentes”, diz.

Stefano Ribeiro Ferri, especialista em Direito da Saúde e membro da 6ª Turma do Tribunal de Ética da Ordem dos Advogados do Brasil de São Paulo, vai além: para ele, a jurisprudência mais previsível pode influenciar o

comportamento das operadoras — seja para evitar litígios desnecessários, seja para ajustar práticas administrativas. Além disso, ele afirma que a padronização tende a tornar as decisões mais rápidas e menos sujeitas a recursos.

### Problema estrutural

O advogado Sílvio Guidi, por outro lado, não vê uma grande necessidade de aprimoramento técnico nos magistrados. “Essas ações viraram uma realidade presente para esses juízes todos. Eu diria que, no final das contas, a gente não tem grandes desafios intelectuais, interpretativos. O que a gente tem, na minha percepção, é um desafio estrutural”, salienta.

Para o especialista, o Judiciário enxerga as operadoras de saúde com as mesmas restrições que a sociedade, especialmente no atual momento de crescimento dos cancelamentos unilaterais de contratos e descumprimento dos acordos. Na opinião do advogado, antes de criar mais varas especializadas, essa relação precisaria ser pacificada na esfera administrativa.

“A realidade é que o Judiciário enxerga a saúde suplementar como um grupo de instituições que cobram muito caro e não entregam o serviço que operam. Eu particularmente não concordo com essa posição, mas ela é prevalente”, aduz.

Guidi também não acredita que ter juízes focados somente em saúde resulte em resoluções mais céleres. Segundo ele, isso vai depender de como os casos serão distribuídos. “Nessa história toda, pode ser que a celeridade seja eventualmente comprometida. Não acredito que vá haver um grande ganho de eficiência”, completa o advogado.

### Poder concentrado

Os juízes cíveis têm que entender de cheques, bancos, planos de saúde e contratos de locação. É uma tarefa difícil decidir sobre tantos assuntos e, em um primeiro momento, a vara especializada permite desafogar os julgadores, diz o advogado Elton Fernandes, especializado em litígios envolvendo planos de saúde.

Entretanto, diz Fernandes, a concentração dos casos nas mãos de poucos juízes traz o risco de que pensamentos divergentes não sejam mais aceitos.

“O problema é que a jurisprudência fica segmentada na mão de poucos magistrados e, claro, há conceitos prévios que eles acabam tendo sobre a matéria. Há o risco de não oxigenar nunca as decisões”, salienta o advogado Elton Fernandes.

É necessário amadurecer a ideia antes de expandir o projeto, diz o advogado. O ideal, em sua visão, seria capacitar os juízes e servidores das varas já existentes. “Quando há muitos refletindo, é possível compreender o Direito e evoluir”, diz.

O advogado Tertius Rebelo, que enxerga um balanço positivo na criação da vara especializada, também se mostra receoso com um possível engessamento da jurisprudência. “Isso pode, eventualmente, beneficiar mais uma parte — seja o consumidor, seja a operadora. Embora extremamente bem-vinda, a especialização precisa ser acompanhada de mecanismos de constante atualização”, diz.

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto ‘Remover’ no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://www.milliman.com)