

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

02 de julho de 2025



---

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS tem novas regras para o relacionamento entre operadoras e beneficiários](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Saúde suplementar registra lucro histórico, mas sustentabilidade preocupa setor](#) - Fonte: Valor Econômico

[Recorde em planos de saúde empresariais reforça: cuidar de pessoas é bom para os negócios](#) - Fonte:SEGS

[Planos de saúde sobem 327% em 18 anos, acima da inflação no período](#) - Fonte: O Globo

[Setor de saúde discute novo modelo de plano restrito a consultas e exames](#) - Fonte: O Globo

[O salto dos novos processos judiciais contra planos de saúde](#)- Fonte: O Globo

# ANS TEM NOVAS REGRAS PARA O RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E BENEFICIÁRIOS

(Gov) ANS – 01/07/2025

Medidas passam a valer em 1º de julho e visam garantir agilidade, transparência e qualidade no atendimento

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que, no dia 1º de julho de 2025, entram em vigor as novas regras para o relacionamento entre as operadoras e os beneficiários de planos de saúde. A norma tem como objetivo melhorar a experiência do consumidor, garantido mais agilidade, rastreabilidade e resolutividade nas respostas às suas demandas. As novas regras estão regulamentadas na [Resolução Normativa \(RN\) nº 623/2024](#).

A medida marca um novo modelo de fiscalização na saúde suplementar, baseado em princípios da fiscalização responsiva, com foco na prevenção de falhas e na promoção de boas práticas. Desde 2016, a ANS já possuía regras para esse tipo de atendimento, mas o aumento expressivo das reclamações a partir de 2019 evidenciou a necessidade de revisão. “Antes, a atuação da ANS era predominantemente repressiva. Agora, queremos estimular a resolução dos problemas na origem”, explica Eliane Medeiros, diretora de Fiscalização da ANS.

A nova resolução estabelece que as operadoras deverão:

- Tratar solicitações não ligadas à cobertura de procedimentos;
- Permitir que os beneficiários façam acompanhamento online do andamento de suas solicitações;
- Divulgar, de forma clara, no site da operadora, os canais de atendimento, inclusive da Ouvidoria;
- Fornecer respostas claras e dentro dos prazos determinados pela ANS (veja abaixo);
- Esclarecer por escrito, obrigatoriamente, as razões de negativas de cobertura, mesmo sem o consumidor pedir.

“As novas regras fortalecem os direitos dos consumidores e trazem maior transparência e previsibilidade às interações com as operadoras. Estamos atuando para que o beneficiário tenha atendimento de qualidade e respostas claras, com prazos bem definidos”, afirmou a diretora-presidente da ANS, Carla Soares.

Confira abaixo as principais mudanças estabelecidas pela ANS.

**Ampliação da clareza quanto aos prazos de resposta conclusiva das operadoras a solicitações dos beneficiários.**

A partir de 1º de julho, fica reforçado que as operadoras passam a ser obrigadas a fornecer número de protocolo ou registro ao final do atendimento. Uma novidade é a garantia de que o beneficiário possa acompanhar o andamento da sua solicitação pelo canal indicado pela operadora.

Sendo assim, o consumidor deve ser informado conclusivamente se autorizado ou não o procedimento, nos seguintes prazos:

- Resposta imediata: urgência e emergência na forma da legislação;
- Até 10 dias úteis: procedimentos de alta complexidade – PAC – ou de atendimento em regime de internação eletiva;
- Até 5 dias úteis: aplicável para os demais casos não enquadrados nos anteriores.

**Atenção:** o prazo de resposta conclusiva não se confunde com o prazo da garantia de atendimento. Os prazos máximos para a realização do procedimento não foram alterados. A resposta final é se o procedimento foi ou não autorizado. Dessa forma, a operadora não poderá utilizar termos genéricos como “em análise”, “em processamento”, justamente por não atender ao que se espera de uma resposta conclusiva. Já a instauração de junta médica pela operadora, quando autorizada pela legislação, pode interferir nesses prazos de resposta, mas não na garantia de atendimento.

Para as demais solicitações que não se referem à cobertura de procedimento, o prazo de resposta conclusiva é de 7 dias úteis. São os casos de reajuste, cancelamento de contrato, portabilidade, entre outros.

As administradoras de benefícios também deverão cumprir as novas regras de relacionamento naquilo que for compatível com suas responsabilidades perante o consumidor.

## Atendimento virtual obrigatório

Além dos canais de atendimento presencial e telefônico, que já eram obrigatórios, as operadoras deverão oferecer canais eletrônicos de atendimento, disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, acessíveis por site, aplicativo ou outras tecnologias digitais.

## Acesso à negativa de cobertura por escrito

Outro ponto relevante que a nova Resolução da ANS traz é que a Agência deverá informar por escrito toda e qualquer negativa de procedimento, independentemente da solicitação

do beneficiário. Esse documento deverá ser disponibilizado pela operadora em formato que permita sua impressão e o beneficiário deve saber sobre onde acessar essa informação.

### Índice de resolutividade dos canais de atendimento

A nova norma passa a exigir que a operadora meça a resolutividade dos seus canais de atendimento. A ANS poderá requisitar informações sobre essa medição.

### Reforço do papel da Ouvidoria da operadora

A RN nº 623/2024 estimula o papel da Ouvidoria da operadora, seja pela obrigatoriedade de acompanhamento da resolutividade dos canais de atendimento, seja pela reanálise da solicitação do beneficiário quando houver resposta negativa por parte da central de atendimento. O acesso à Ouvidoria deve ser facilitado pela operadora.

### Acompanhamento e fiscalização

A Diretora de Fiscalização da ANS, Eliane Medeiros, destaca que a nova resolução integra um conjunto de medidas de aprimoramento da atuação regulatória da Agência. “Vamos acompanhar a implementação da norma e fiscalizar seu cumprimento com rigor. O foco é assegurar que os

beneficiários sejam devidamente atendidos e que seus direitos sejam respeitados”, afirmou.

A nova RN nº 623/2024 é o primeiro pilar do modelo de fiscalização responsiva da ANS, ao lado das RNs nº 483/2022 (procedimentos de fiscalização) e nº 489/2022 (sanções). O foco é evitar falhas, atuar preventivamente e induzir melhorias no setor.

A fiscalização será feita com base nos instrumentos já existentes e, principalmente, na análise das reclamações recebidas pela ANS.

Além disso, a ANS passará a reconhecer as operadoras que se destacarem em boas práticas, por meio de metas de excelência e redução do Índice Geral de Reclamações (IGR). Esse desempenho poderá influenciar, por exemplo, na aplicação de agravantes ou abatimentos nos valores de multas nos processos sancionadores, além de divulgar, em seu site, as operadoras com melhor desempenho.

Com essas medidas, a ANS busca fortalecer a cultura da prevenção e da indução regulatória, promovendo melhorias contínuas no relacionamento entre operadoras e beneficiários.

## SAÚDE SUPLEMENTAR REGISTRA LUCRO HISTÓRICO, MAS SUSTENTABILIDADE PREOCUPA SETOR

Valor Econômico – 30/06/2025

Apesar dos resultados positivos, entidades do mercado advertem para os desafios estruturais e estagnação no número de usuários

O setor de saúde suplementar no Brasil vem apresentando recuperação financeira significativa desde meados de 2024. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), divulgados em 3 de junho, mostram um lucro líquido expressivo das operadoras de planos de saúde. Nos primeiros três meses de 2025, foram R\$ 7,1 bilhões, um salto de 114% em comparação com o mesmo período do ano anterior. Esse valor corresponde a 7,7% da receita total de R\$ 92,9 bilhões. É o maior resultado líquido da série histórica desde 2018.

Apesar dos resultados positivos, entidades do mercado advertem para os desafios estruturais que o setor ainda enfrenta. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) acende um alerta sobre a sustentabilidade: o lucro operacional – que mede a rentabilidade da atividade principal – foi significativamente menor que o lucro líquido em 2024. “Embora os dados de 2024 indiquem uma melhora, os resultados seguem 33% abaixo dos patamares pré-pandemia”, diz Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge. Ele acrescenta que 44,4% das operadoras médico-hospitalares, que cobrem 15,2 milhões de beneficiários, encerraram o ano com prejuízo.

“O setor está intrinsecamente ligado à performance do mercado formal de trabalho, pois a maioria dos contratos é coletivo-empresarial”, ressalta Bruno Sobral, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Ele aponta que, até abril (dado mais recente do Caged), a geração de empregos formais caiu 4,5% em relação a 2024. “A instabilidade macroeconômica, com a alta taxa de juros, tende a frear a atividade e impacta diretamente a captação de novos beneficiários”, acrescenta.

Além do cenário econômico, medidas legislativas e regulatórias implementadas a partir de 2022, como o fim do rol taxativo e a ampliação de coberturas para terapias específicas, impuseram maiores custos e impactaram os prêmios, com efeitos restritivos sobre o potencial de crescimento futuro. “Neste ano, até março, o total de beneficiários dos planos oscilou apenas 0,1%”, diz Sobral. Ribeiro, da Abramge, reforça a preocupação com o número de beneficiários: “Houve um aumento marginal de 1,63% entre março de 2024 e março de 2025 – de 51,29 milhões para 52,12 milhões. Um resultado modesto, considerando que cerca de 74% da população ainda depende do SUS [Serviço Único de Saúde] – um sistema que, apesar da excelência, sofre com gargalos para atender à demanda nacional”.

A lista de desafios, segundo as companhias que lideram o setor, é longa e inclui desde aumento dos custos, inflação médica, judicialização, fraudes, envelhecimento populacional e a incorporação de medicamentos e tratamentos cada vez mais caros, “nem sempre com valor assistencial condizente”, aponta Sobral. Para enfrentá-los, as operadoras têm apostado em estratégias como ampliação do portfólio, produtos flexíveis e customizados, programas de promoção da saúde, novos modelos comerciais, maior uso da inteligência artificial (IA) e a verticalização de operações, com ampliação das redes próprias.

A Bradesco Saúde encerrou 2024 com cerca de 3,8 milhões de beneficiários, número estável em relação a 2023, e um índice de satisfação de 85%. O faturamento conjunto das empresas do grupo cresceu 10,45% em 2024. A Hapvida, outra gigante do setor, registrou receita líquida de R\$ 7,5 bilhões no primeiro trimestre deste ano, um aumento de 7,3% em relação ao mesmo período de 2024. “Os números foram impulsionados principalmente pelos reajustes contratuais e pelo aumento do tíquete médio dos planos de saúde, que cresceu 9% em um ano, atingindo R\$ 284,40”, explica Luccas Adib, vice-presidente de finanças, RI, tecnologia e inovação. Ele destaca investimentos contínuos na verticalização e integração de suas operações. “A companhia foca em atuar em regiões com rede própria, o que garante maior qualidade e gestão eficiente dos custos”, afirma. A Hapvida fechou o trimestre com 87 hospitais e 815 unidades próprias.

É consenso que a expansão da IA é um caminho estratégico para otimizar processos e reduzir o impacto de fraudes. “Inovações como a biometria facial e o uso de análise preditiva reforçam a segurança, trazendo mais eficiência para o setor”, diz Carlos Marinelli, diretor-presidente da Bradesco Saúde. Na Hapvida, a IA também é prioridade. “A companhia aprimora sua governança para aumentar as entregas de alta tecnologia com produção intensa de inteligência artificial e automação, tanto em backoffice quanto em linhas assistenciais”, afirma Adib.

Pouco antes da pandemia, a Prevent Senior iniciou o uso de IA em diagnósticos, de acordo com Fernando Parrillo, CEO da empresa. “Com a rápida evolução, cada vez mais a tecnologia é incorporada aos processos”, conta. A telemedicina, incipiente antes da pandemia, hoje é utilizada quando necessário. Na opinião de Parrillo, o desafio é maximizar as possibilidades da IA como ferramenta de apoio na identificação, prevenção e tratamento de doenças. A Prevent Senior encerrou 2024 com 564 mil beneficiários e resultado positivo, superando os efeitos da pandemia e a demanda reprimida. A sinistralidade, segundo Parrillo, reduziu-se gradualmente, atingindo 81%, inferior à média do mercado. “Isso indica a volta do equilíbrio.”

Para Renato Manso, CEO da Amil, a incorporação de novas tecnologias deve obedecer a critérios claros de custo-efetividade. “Equilibrar esse dilema é um grande desafio”, afirma o executivo, que sublinha a palavra recuperação para definir 2024 para a Amil. “A companhia vinha de seguidos prejuízos que ameaçavam sua sustentabilidade”, conta. “Com

racionalização administrativa, centralização de compras, desinvestimento de ativos não estratégicos, novo mix de produtos mais acessíveis, equilíbrio dos contratos empresariais e lançamento de novos serviços, foi possível recuperar o balanço sem comprometer a qualidade assistencial dos 5,2 milhões de clientes. “Para manter os beneficiários, a Amil investe no pós-venda e em programas de prevenção e saúde mental. “São iniciativas importantes na retenção de talentos e na redução de absenteísmo nas empresas-clientes”, diz Manso.

A Porto Saúde investe cada vez mais em planos regionalizados e personalizados, como o Time Médico Porto e a verticalização virtual, “que permite oferecer medicina e serviços de excelência por meio de parcerias estratégicas, sem a necessidade de estrutura física própria, diz Sami Foguel, CEO da empresa. No primeiro trimestre, a Porto Saúde cresceu 25% no número de vidas do seguro-saúde, atingindo 702 mil beneficiários. Como exemplo do sucesso, Foguel afirma que a sinistralidade da empresa ficou em 70,8, queda de 1,9 ponto percentual em relação ao período anterior. A digitalização de jornadas e o aumento da eficiência operacional também são fatores relevantes para esses resultados.

O crescimento da Omint tem sido impulsionado por uma gestão estratégica, soluções de alto padrão e um modelo centrado na atenção primária e na prevenção de doenças, incluindo saúde mental. “A companhia entende que o cuidado integral e preventivo é essencial não apenas para a sustentabilidade, mas também para a geração de valor real aos beneficiários”, diz Cícero Barreto, diretor comercial e de marketing. Ele ressalta que o aumento das fraudes em 2023 e 2024 comprometeu receitas e ampliou o risco de desequilíbrio. “Além disso, desafios estruturais persistem, como a judicialização crescente e a obrigatoriedade de cobertura irrestrita para determinadas terapias, o que pressiona os custos assistenciais e reduz a previsibilidade financeira das operadoras.”

Esses temas mobilizam a atenção de todas as empresas. Contra a judicialização, as operadoras buscam melhorar a comunicação com o cliente investindo em canais de relacionamento humanizados. Neste ano, a ANS passou a disponibilizar um quadro com os valores de despesas judiciais informadas nos balancetes, buscando aumentar a transparência e fornecer informações relevantes para os debates do setor. O advogado Rafael Robba, sócio do escritório Vilhena Silva, aponta que cabe à ANS regular pontos conflituosos e fiscalizar o cumprimento da legislação. “Quando busca a Justiça, a maioria dos consumidores sai vitoriosa”, diz Robba. “Mas todos saem perdendo com essa tensão, pois a situação compromete a previsibilidade financeira das empresas, elevando os custos assistenciais”, pontua Barreto, da Omint. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 360 mil processos relacionados à saúde suplementar estavam pendentes de julgamento ao final de 2024.

Em relação às fraudes, um estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostra que mais de R\$ 30 bilhões são desperdiçados anualmente. Um levantamento da Abramge, com base na ANS, aponta que o prejuízo estimado com fraudes em reembolsos entre 2019 e 2024 alcançou R\$ 12 bilhões. “Estamos falando de uma quantia que impacta a coletividade dos beneficiários e compromete o setor”, diz Ribeiro, da Abramge.

As fraudes vão desde falsificação de carteirinhas até a simulação de atendimentos e pedidos de reembolso por serviços inexistentes.

Para a Unimed CNU, esses são desafios recorrentes e, para que o mercado os enfrente, o presidente da empresa, Luiz Otávio Fernandes de Andrade, cobra atenção da ANS. “A agência, como reguladora essencial, desempenha papel estratégico na sustentabilidade do setor, e buscamos um diálogo constante para alinhar interesses.” Muitos entraves enfrentados pela operadora em 2024 se devem, segundo Andrade, aos impactos da judicialização (que impõe coberturas experimentais) e à ampliação do rol da ANS sem aumento proporcional de receita. “Custos assistenciais com oncologia e TEA representaram 35% dos gastos, além de fraudes e das limitações legais aos reajustes”, pontua.

Outro fator que eleva os custos, e sobre o qual é preciso agir, é o uso indiscriminado do pronto-socorro para situações não emergenciais. “Em outros países há a atuação dos ‘gatekeepers’, médicos responsáveis por direcionar pacientes aos especialistas na rede”, diz Andrea Huggard-Caine, diretora de benefícios flexíveis da corretora WTS. Uma saída que ela aponta para atender melhor o mercado são os planos

customizados. “Os usuários finais podem escolher diferentes modelos, como priorizar a saúde mental ou focar na saúde física”, exemplifica.

Na ótica da AJA Seg, um hub de negócios para pequenas e médias corretoras, o desafio central continua sendo o aumento do custo assistencial, agravado pela incorporação de tecnologias, câmbio elevado e o envelhecimento da população. “Muitas operadoras têm adotado medidas como a revisão dos acordos com a rede prestadora, maior controle da sinistralidade, uso de ferramentas de analytics para segmentação de risco e fortalecimento de programas de atenção primária”, explica Bruno Autran, CEO da empresa. Antecipar riscos é outra preocupação recorrente no mercado das corretoras. “Sem mudanças estruturais, inclusive na regulação e no modelo de financiamento, o setor pode caminhar para uma crise sistêmica”, diz o diretor-executivo da It’sSeg, Marcio Tosi.

“Há tempos, o número de usuários não evolui, estabilizado em cerca de 50 milhões de pessoas com plano privado”, diz Marcelo Borges, diretor-executivo da Mercer Marsh Benefícios. É um número baixo para o país, e a legislação, segundo representantes do setor, não oferece espaço para a criação de novos produtos, como planos individuais, que poderiam atender à população que não está empregada ou empresas de menor porte. A medida para impulsionar também reduziria gastos do Estado. Com incentivos fiscais e em maior escala, os planos teriam custos menores. “Para chegarmos a esse modelo, no entanto, é preciso que todos se sentem à mesa e discutam novas possibilidades, como planos com cobertura limitada e mais verticalizados.

## RECORDE EM PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS REFORÇA: CUIDAR DE PESSOAS É BOM PARA OS NEGÓCIOS

SEGS – 30/06/2025

O número de beneficiários em planos de saúde empresariais no Brasil atingiu um novo recorde. Com mais de 37,6 milhões de pessoas com acesso à saúde suplementar por meio de suas empresas, chegamos ao maior patamar já registrado no país. O dado, divulgado recentemente por entidades do setor, traz um sinal claro: as organizações seguem como protagonistas no cuidado com a saúde da população.

Esse movimento, porém, é mais do que uma consequência da recuperação do emprego formal. Ele reflete, principalmente, a valorização crescente do bem-estar no ambiente corporativo. Cada vez mais, as companhias entendem que um plano de saúde bem estruturado supera a ideia de obrigação ou de um benefício padrão. Trata-se de uma escolha estratégica, com impacto direto na produtividade, no engajamento e na retenção de talentos.

Em um cenário onde profissionais buscam mais do que um salário competitivo, priorizando também segurança e

qualidade de vida, os planos de saúde corporativos ganham ainda mais relevância. Para milhões de brasileiros, eles são o principal, e muitas vezes único, canal de acesso a atendimentos de qualidade, diagnósticos preventivos e tratamentos especializados.

Contudo, esse avanço exige responsabilidade. Com a alta na adesão, cresce também a importância de uma gestão ativa e inteligente desses benefícios. Isso envolve o acompanhamento de indicadores de uso, a promoção de ações de educação em saúde e a parceria com consultorias especializadas, que ajudem a otimizar o investimento e a garantir o melhor cuidado para os colaboradores.

A boa notícia é que o recorde de beneficiários não apenas mostra um setor em expansão, mas também aponta para uma maior maturidade das organizações, que passam a encarar a saúde como parte essencial de sua estratégia. Empresas que cuidam bem de suas equipes constroem relações mais

duradouras, ambientes mais saudáveis e, consequentemente, resultados mais consistentes.

É hora de reforçar esse compromisso e enxergar o benefício saúde como ele realmente é: uma ponte entre o presente das empresas e o futuro das pessoas.”

## PLANOS DE SAÚDE SOBEM 327% EM 18 ANOS, ACIMA DA INFLAÇÃO NO PERÍODO

O Globo – 29/06/2025

Estudo mostra que mensalidades subiram muito acima da inflação geral no período, que avançou 170%. Incorporação de tecnologias, mudanças demográficas e reajustes autorizados explicam o aumento

Comprometendo uma fatia cada vez maior do orçamento das famílias e das empresas, os planos de saúde acumularam uma alta de 327% entre 2006 e o ano passado, quase o dobro da inflação geral do país, medida pelo IPCA, que subiu 170% no período. Os números são de uma análise antecipada ao GLOBO pelo Instituto de Estudos de Políticas de Saúde (Ieps), com base nas estatísticas do IBGE.

O setor discorda de análises de variação de preço com base no IPCA. Operadoras e até a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) argumentam que a precificação dos planos leva em conta não só a variação dos custos de insumos e tecnologias, mas também a frequência de uso dos convênios pelos usuários. A ideia dos pesquisadores, porém, foi analisar o quanto consumidores têm desembolsado com os contratos.

— O objetivo era olhar o quanto está saindo do bolso e sendo pago por famílias e empresas ao longo do tempo comparado a outros itens da cesta de consumo — explica o economista Vinicius Peçanha, um dos autores do estudo.

Os pesquisadores concluíram que o preço dos planos foi o principal fator de pressão nos custos da cesta de saúde e cuidados pessoais acompanhada pelo IBGE. Outros serviços de saúde subiram num ritmo menor no período analisado: serviços médicos e dentários acumularam alta de 233%, enquanto os laboratoriais e hospitalares ficaram em 179%.

Além disso, o documento aponta que, nos 18 anos analisados, enquanto a inflação dos convênios disparou 327%, alimentos e bebidas ficaram 276% mais caros; a alta de educação foi de 203%; e os gastos com habitação subiram 176%. Outra constatação é que o Brasil está entre os países com maior aumento nos preços dos planos de saúde, superando a inflação geral em maior grau do que países como Alemanha, França e EUA.

### Impacto para empresas

Peçanha analisa que o aumento pode ser atribuído a fatores como a incorporação de tecnologias mais caras, reajustes autorizados pelos órgãos reguladores e ineficiências regulatórias, além de mudanças demográficas e

epidemiológicas que elevam a demanda por assistência médica, como o envelhecimento da população.

Ele observa que o aumento dos preços torna o acesso à saúde privada cada vez mais oneroso para as famílias, principalmente aquelas com idosos, e para as empresas. Hoje, 72% dos 52,3 milhões de usuários de planos estão em contratos coletivos empresariais:

— O Brasil tem gasto privado per capita de saúde muito mais alto do que a renda per capita, e muito disso vem do plano de saúde. As operadoras atuam numa pressão estrutural de custos, mas o aumento acelerado dos preços pode tornar o mercado proibitivo para parte da população e pressionar mais o SUS.

O IBGE apura a inflação das mensalidades de forma homogênea. Se a variação de preços for esmiuçada por tipo de plano, o percentual de 327% pode estar subdimensionado.

É o que aponta Marcelo Borges, diretor executivo da Mercer Marsh, consultoria que faz a gestão de benefícios de 5 milhões de usuários de planos coletivos empresariais.

Isso porque, nesses contratos, não há um teto para o reajuste anual, composto por duas variáveis. Uma delas é o perfil do contrato, ou seja, se os usuários utilizam muito ou pouco o plano, e quais coberturas são mais demandadas.

### Inflação médica passa por frequência de uso

A outra variável é a inflação médica da operadora, definida pela variação dos custos — como remédios, equipamentos, internações e consultas — e também pela frequência de uso dos usuários.

— O plano de saúde já representou 7% da folha de pagamento das empresas, hoje é 15%, o segundo maior custo, e a expectativa para esse ano é que seja 15,79% — afirma Borges, citando pesquisa da consultoria com base na sua carteira. — Empresas que não se dedicarem a uma melhor gestão da saúde ocupacional, com ações de prevenção e comunicação, vão usar mais, e o plano e a conta vão ficar mais caros.

O executivo pondera que nos últimos anos pesam o envelhecimento da população, os avanços nos tratamentos e a judicialização crescente, que pressionam previsões financeiras das empresas, gerando reajustes mais altos.

Bruno Sobral, diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), reconhece que o desembolso cada vez maior dos consumidores com os contratos “é um fenômeno mundial”, impulsionado por tecnologias e medicamentos mais caros:

— A tecnologia em saúde não substitui a anterior, mas se agrega. A judicialização precisa ser trabalhada, porque desorganiza a projeção de despesas. Mas, acima de tudo, temos uma saúde suplementar e uma qualidade assistencial muito melhor do que em 2006, e isso tudo tem custo.

### Sem capacidade de pagar

Superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Marcos Novais diz que influenciam na conta dos planos a variação dos preços, a incorporação de tecnologias e a frequência de uso. E avalia que o impacto vem da velocidade na incorporação dos avanços nos tratamentos ao rol da ANS e da alta expressiva nos preços de exames e medicamentos:

— Em 2006, a grande discussão era um aparelho de ressonância que custava R\$ 1 mil por exame. Hoje, falamos de medicamentos que chegam a R\$ 20 mil a caixa — lembra.  
— As terapias vêm pesando muito nos custos. De 2022 para 2023, aumentaram 41,4%.

Diferentemente dos contratos coletivos, planos individuais têm limite máximo definido anualmente pela ANS, e são cada

vez menos ofertados pelas operadoras. Para 2025, por exemplo, o teto de reajuste autorizado foi de 6,06%. Por isso, muitos usuários recorrem a contratos coletivos por adesão, sem teto de revisão.

— As famílias estão ficando sem capacidade de pagar o plano. Temos clientes aposentados em que o benefício previdenciário vai quase inteiro para pagar a mensalidade, e os familiares precisam ajudar a fechar o orçamento — cita o advogado Marcos Patullo, sócio do escritório Vilhena Silva.

Cleide de Barros, farmacêutica de 57 anos, vive com a filha, Paula, de 23 anos. As duas trocaram de plano. Em 2024, o item chegou a comprometer 40% da renda familiar. Hoje, ainda é o maior gasto fixo.

— Nos últimos cinco anos, fui tendo reajustes, até que não tive como pagar mais e no ano passado precisei trocar. Quando optei por outra operadora, o valor diminuiu, mas a cobertura não era tão grande — diz.

Em nota, a ANS afirmou que “é de amplo conhecimento que em vários países os custos em saúde crescem a taxas superiores à variação média dos demais preços da economia”, mas defendeu que “estimativas de comprometimento de renda não devem considerar apenas a diferença entre reajustes acumulados nos planos de saúde e a variação do índice de preços do país, mas também fatores como variação dos rendimentos do trabalho e mudanças de planos pelos beneficiários ao longo dos anos.

## SETOR DE SAÚDE DISCUTE NOVO MODELO DE PLANO RESTRITO A CONSULTAS E EXAMES

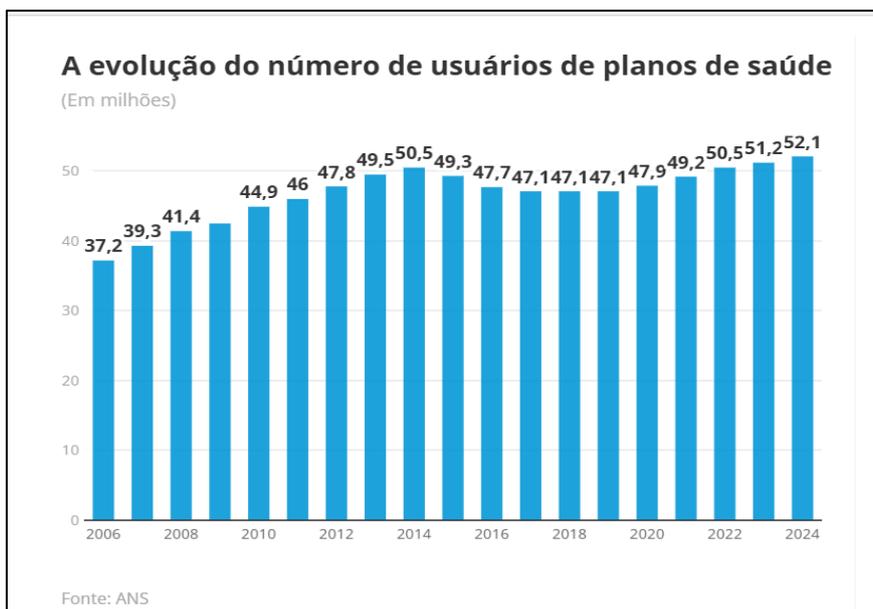
O Globo – 29/06/2025

Público-alvo é o que não tem plano e hoje recorre a clínicas populares, como os trabalhadores informais

Avaliada pelas operadoras como uma forma de ampliar o setor — estagnado em pouco mais de 50 milhões de usuários há dez anos — a proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que cria um plano de saúde só para consultas e exames entrou em compasso de espera no fim de maio. Uma câmara técnica vai avaliar aspectos do projeto, que deixa de fora da cobertura atendimentos de urgência e internação e que suscita discussões: um plano de saúde mais restrito faz sentido? Quais os prós e contras?

O modelo simplificado — e mais barato — foi proposto pela ANS em fevereiro. Para a agência, a medida pode ampliar o acesso dos brasileiros ao setor. O órgão argumenta que o público-alvo são consumidores sem plano de saúde tradicional, que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que acessam serviços pagos, oferecidos por clínicas populares e cartões de desconto.

A visão da ANS é compartilhada pelas operadoras, que avaliam que esse novo tipo de contrato representa uma oportunidade para expandir e disputar o espaço ocupado por cartões de desconto. Sem regulação, nesse serviço o usuário paga mensalidade que garante descontos em consultas e exames laboratoriais.



O número de usuários desse mercado é uma incógnita. Algumas projeções falam em 40 milhões de pessoas, enquanto a própria ANS já estimou que são 60 milhões de consumidores, 8 milhões a mais que os 52 milhões cobertos por planos de saúde regulados.

#### Cartões de desconto

CEO da consultoria Eloss, de estratégia em saúde para operadoras e empresas empregadoras, Luciane Infanti avalia que há sinais de que esse setor vem crescendo.

A empresa cruzou dados da ANS, da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2019, ambas do IBGE e últimas edições disponíveis, e informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad, também do IBGE) e concluiu que há “evidente comprometimento” do orçamento das famílias mais pobres com gastos privados em saúde.

Para ela, isso é impulsionado pela procura por serviços de clínicas populares e seus cartões de desconto.

O cruzamento mostra que, dos 81,2 milhões de brasileiros da Classe C, 34% são dependentes exclusivamente do SUS, enquanto 20% têm plano de saúde e 46% recorrem a atendimentos privados, mas fora das operadoras.

Luciane cita ainda estimativas apuradas pela Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), que calculam que, em 2023, as despesas com saúde privada no Brasil movimentaram R\$ 578,03 bilhões.

Do total, R\$ 275,27 bilhões foram pagos a planos de saúde por famílias e empresas, enquanto um valor superior, de R\$ 302,76 bilhões são custeios de outras despesas, como medicamentos, atendimentos particulares e, segundo Luciane, possivelmente, cartões de desconto.

A especialista avalia que o crescimento desse segmento aponta interesse maior das famílias em produtos privados em saúde com preços mais acessíveis:

— A gente precisa ampliar o portfólio de produtos possíveis para as pessoas. Quem busca cartão de desconto quer ter serviço diferenciado quando precisa. Ter produto regulado, pré-pago, que dê garantia de acesso ao cuidado básico pode fazer sentido para algumas famílias, e o modelo de assinatura desses cartões não garante isso, só reduz preço.

#### 27,6 milhões de informais não têm plano pela empresa

Outra frente apontada pela consultora é a possibilidade de planos simplificados atenderem os 27,6 milhões de trabalhadores formais que não têm plano de saúde como benefício do emprego, como aponta cruzamento feito por ela com números da ANS e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

— Sei que há preocupação com downgrade (quando empresas rebaixam benefícios dos funcionários), mas pode ser opção para empregadores que ainda não oferecem plano de saúde a empregados, ou para um trabalhador informal que não consegue pagar.

Além de ampliar o acesso a planos de saúde, a ANS argumenta que o plano com cobertura para consultas e exames pode desafogar a fila do SUS na atenção primária, ampliando diagnósticos precoces.

#### Demora para exames

A demora no agendamento de exames, cirurgias ou consultas com especialistas é o principal problema da saúde pública para 42% dos brasileiros, aponta pesquisa recente do Instituto Locomotiva. O estudo ouviu 2,5 mil pessoas em todo o país e constatou que só 16% avaliam o SUS positivamente.

A pesquisa aponta que, por conta da demora das filas, 7% declaram possuir cartões de desconto, cerca de 11 milhões de pessoas. O número de usuários, porém, é provavelmente muito maior, já que o cartão atende um núcleo familiar.

— Como eu resolvo isso? Com parcerias público-privadas. Uma delas é poder ter um plano exclusivamente ambulatorial. E isso já existe, mas as pessoas estão pagando muito mais caro com os cartões de saúde, que oferecem apenas desconto, sem uma cobertura ilimitada para consultas — defende Renato Meirelles, presidente do Locomotiva, citando que 76% dos ouvidos avaliam que parcerias com o setor privado seriam benéficas.

A pesquisa perguntou aos entrevistados especificamente sobre o produto simplificado desenhado pela ANS: 24% disseram ter muito interesse, 37% ter algum interesse e 39% rejeitaram a ideia.

Com a previsão de que o plano proposto cubra apenas atendimentos básicos, quem precisar de atendimentos mais complexos, como uma biópsia de tumor, uma cirurgia ou até quimioterapia, vai precisar pagar do próprio bolso ou recorrer ao SUS.

A proposta da ANS tem o risco de sobrecarregar os já pressionados atendimentos de média e alta complexidade do sistema público, “que são o grande gargalo do SUS”, avalia Rudi Rocha, professor da FGV EAESP e diretor de pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps).

Além disso, o SUS não é obrigado a aceitar exame do setor privado. Logo, caso a proposta da ANS de um plano limitado vingue e o paciente que aderiu a esse tipo de produto precise fazer algum procedimento no SUS que não é coberto pelo plano, ele terá que entrar na fila como qualquer outro cidadão que busca atendimento na rede pública.

## O SALTO DOS NOVOS PROCESSOS JUDICIAIS CONTRA PLANOS DE SAÚDE

O Globo – 25/06/2025

O volume de novos processos movidos contra planos de saúde saltou 6,8% entre janeiro e maio, na comparação com o mesmo período do ano passado, segundo levantamento feito pela coluna a partir de informações que acabam de ser disponibilizadas no banco de dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Foram 126.113 novos processos este ano, contra 118.041 entre janeiro e maio de 2024. A alta é ainda mais significativa quando se leva em conta que, no ano passado como um todo, o volume total de novos casos já havia saltado 31% — para mais de 305 mil — na comparação com 2023.

O Goldman Sachs, porém, está olhando o copo meio cheio: o número para o mês de maio, 24.142 processos, representou um recuo de 12,5% em relação a abril.

“Embora os números ainda apontem para uma desaceleração modesta nos volumes de judicialização, isso pode sinalizar uma redução futura na constituição de depósitos judiciais no setor — o que continua sendo uma das principais preocupações dos investidores, inclusive no caso da Hapvida”, escreveram os analistas do banco de investimento americano, em relatório a clientes.

### Mas o banco ponderou:

“Ressaltamos, no entanto, que esses dados não se traduzem necessariamente em alívio imediato nos depósitos/provisões da própria Hapvida, já que, conforme mencionado pela gestão, a empresa ainda lida com um volume relevante de processos judiciais pendentes. Acompanharemos se essa tendência de moderação irá se manter nos próximos meses para avaliar se estamos diante de um alívio estrutural na judicialização do seto

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do 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)