

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

06 de agosto de 2025



EVENTO RECOMENDADO

I Summit Einstein Value-Based Health Care: Explorando Futuro da Saúde

A Milliman integra o grupo de patrocinadores do I Summit Einstein Value-Based Health Care: Explorando Futuro da Saúde e contribuirá em sua programação no painel de palestrantes com o conhecimento do consultor Jason Altieri dos EUA.

Sobre o Evento

Uma imersão de um dia focada nas principais tendências de saúde baseada em valor e novos modelos de remuneração. A programação se inicia com uma dinâmica de mesa-redonda para troca de ideias e perspectivas, seguida por atividades de Team-based Learning (TBL), em que as discussões aprofundadas acontecem em equipe.

O evento trará casos práticos de implementação de Value-based Health Care (VBHC) em contextos internacionais e examinará o potencial de adaptação desses modelos para a realidade latino-americana. Em resumo, serão explorados desafios e estratégias para tornar a saúde mais eficiente, sustentável e orientada ao valor para o paciente.

[Clique aqui](#) para mais informações

ÍNDICE INTERATIVO

[Junho: Número de beneficiários de planos de saúde segue em crescimento](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Conservadorismo em planos de saúde: Entenda os custos maiores em comparação à inovação](#) - Fonte: SEGS

[Judicialização da saúde suplementar cresce 8% no 1º semestre de 2025 no Brasil](#) - Fonte: SEGS

[Saúde Suplementar no Brasil: Importância e complementariedade com o SUS](#) - Fonte: SEGS

[Reajuste do plano de saúde pressiona classe média](#) - Fonte: Terra

[ANS divulga resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial](#) - Fonte: (Gov) ANS

[SUS e planos de saúde: Especialistas comentam impactos de integração](#) - Fonte: Veja

JUNHO: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE SEGUE EM CRESCIMENTO

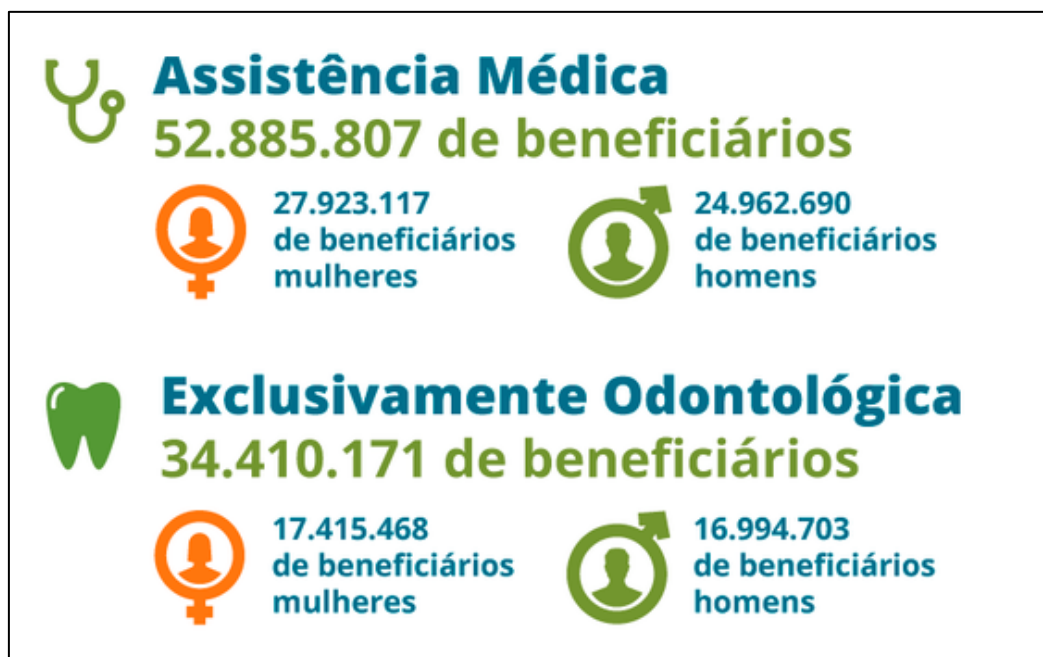
(Gov) ANS – 05/08/2025

Setor registrou mais de 52,8 milhões de usuários em planos de assistência médica e mais de 34,4 milhões em planos exclusivamente odontológicos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta terça-feira, 5/8, os números de beneficiários de planos de saúde referentes a junho de 2025. Nesse mês, o setor totalizou 52.885.807 de usuários em planos de assistência médica e 34.410.171 em planos de assistência exclusivamente odontológica. Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 1.386.794 beneficiários

em relação a junho de 2024. Já no comparativo de junho com maio de 2025, houve crescimento de 260.777 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 1.047.851 beneficiários em um ano; e redução de 311.323 na comparação de junho com o mês anterior.

Esses e outros dados podem ser conferidos na Sala de Situação, ferramenta de consulta disponível no portal da ANS. Na análise dos dados por gênero, observa-se que o público feminino é maioria nas duas segmentações, conforme apresentado na arte abaixo.



Na análise por faixa etária, em junho de 2025, é possível verificar que a faixa de 40 a 44 anos foi a que apresentou o maior número de beneficiários em planos de assistência médica (2.702.416 novos beneficiários), seguido pela faixa etária de 35 a 39 anos (2.698.239 novos beneficiários). Já as faixas etárias que apresentaram o maior número de usuários nos planos odontológicos, em junho de 2025, foram 35 a 39 anos (aumento de 1.944.207 beneficiários) e 40 a 44 anos (mais 1.926.643 beneficiários).

Em relação aos estados, no comparativo com junho de 2024, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 27 unidades federativas, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Amazonas, os estados tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, as 19 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Panorama do 1º semestre de 2025

Na variação absoluta entre dezembro de 2024 e junho de 2025 (que corresponde ao 1º semestre de 2025), o setor apresentou evolução de 815.381 beneficiários em planos de assistência médica; e redução de 74.853 em planos exclusivamente odontológicos. Na análise por gênero, houve um aumento de 420.137 beneficiárias e de 395.244 beneficiários em planos de assistência médica em todo o Brasil. Já nos planos exclusivamente odontológicos, houve redução de 186.353 beneficiários do sexo feminino e crescimento de 111.500 do sexo masculino, em todo o país.

Quanto aos dados por faixa etária, observa-se que a faixa de 45 a 49 anos foi a que apresentou, nos últimos 6 meses, o crescimento mais expressivo nos planos de assistência médica (166.956 novos beneficiários), seguido pela faixa etária de 50 a 54 anos (85.881 novos beneficiários). Já nos planos odontológicos, a faixa etária que apresentou maior evolução foi a de 45 a 49 anos (aumento de 122.330 novos

beneficiários), seguida pela faixa de 30 a 34 anos (mais 104.573 beneficiários).

Importante destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Veja nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
jun/25	38.353.709	5.891.462	250	8.615.293	25.093	52.885.807
mai/25	38.097.814	5.873.032	251	8.628.774	25.159	52.625.030
abr/25	37.844.567	5.860.791	251	8.627.471	25.108	52.358.188
mar/25	37.690.994	5.853.235	252	8.634.053	25.177	52.203.711
fev/25	37.500.861	5.859.405	252	8.659.093	25.248	52.044.859

jan/25	37.470.004	5.863.956	252	8.685.534	25.331	52.045.077
dez/24	37.437.431	5.894.702	252	8.712.626	25.415	52.070.426
nov/24	37.252.515	5.899.351	253	8.722.267	25.487	51.899.873
out/24	37.255.530	5.913.855	253	8.736.769	25.564	51.931.971
set/24	37.160.202	5.908.768	253	8.754.486	25.658	51.849.367
ago/24	37.020.367	5.912.729	253	8.760.893	25.732	51.719.974
jul/24	36.877.428	5.946.274	254	8.774.895	26.726	51.625.577
jun/24	36.718.633	5.969.715	254	8.783.515	26.896	51.499.013

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	por Adesão	não identificado			
jun/25	25.597.097	3.090.540	1.262	5.719.104	2.168	34.410.171
mai/25	25.313.932	3.070.863	1.264	6.333.261	2.174	34.721.494
abr/25	25.046.510	3.027.526	1.265	6.692.310	2.176	34.769.787
mar/25	24.867.308	3.035.602	1.265	6.670.626	2.181	34.576.982
fev/25	24.718.380	3.029.735	1.266	6.675.938	2.190	34.427.509

jan/25	24.652.826	3.043.820	1.268	6.695.376	2.197	34.395.487
dez/24	24.670.771	3.034.166	1.272	6.775.708	3.107	34.485.024
nov/24	24.493.482	3.025.310	1.273	6.793.442	3.112	34.316.619
out/24	24.363.652	3.019.899	1.273	6.793.660	3.124	34.181.608
set/24	24.166.163	2.975.557	1.274	6.859.990	3.130	34.006.114
ago/24	23.879.404	2.963.340	1.274	6.867.592	3.131	33.714.741
jul/24	23.701.425	2.943.269	1.274	6.882.520	3.136	33.531.624
jun/24	23.584.730	2.942.803	1.275	6.830.371	3.141	33.362.320

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jun/24	jun/25	jun/24	jun/25
Acre	44.679	46.206	21.613	19.766
Alagoas	387.448	389.589	428.418	422.857
Amapá	62.933	65.338	47.990	47.340
Amazonas	611.504	699.962	573.310	612.470
Bahia	1.702.946	1.782.513	1.884.487	1.873.590

Ceará	1.453.053	1.480.851	1.372.196	1.405.033
Distrito Federal	947.885	1.006.930	684.754	737.025
Espírito Santo	1.294.942	1.346.444	781.974	856.735
Goiás	1.912.336	1.957.902	951.003	958.228
Maranhão	523.646	531.098	367.543	361.495
Mato Grosso	679.894	681.464	291.949	296.803
Mato Grosso do Sul	681.669	689.368	351.334	359.157

Minas Gerais	5.769.869	5.849.161	2.941.446	2.999.314
Pará	884.174	918.948	568.789	564.873
Paraíba	457.737	474.543	534.774	553.144
Paraná	3.119.467	3.190.983	1.871.491	1.982.251
Pernambuco	1.425.834	1.455.208	1.322.723	1.367.194
Piauí	408.309	412.985	222.146	232.196
Rio de Janeiro	5.498.271	5.670.145	3.714.786	3.931.812
Rio Grande do Norte	615.476	637.694	570.552	603.350

Rio Grande do Sul	2.596.965	2.650.772	1.068.461	1.087.082
Rondônia	161.616	166.530	133.866	120.629
Roraima	31.404	31.824	13.326	14.551
Santa Catarina	1.683.981	1.729.476	911.496	972.430
São Paulo	18.061.277	18.530.617	11.329.596	11.626.284
Sergipe	338.361	342.659	258.107	255.627
Tocantins	124.805	131.095	138.039	143.335

CONSERVADORISMO EM PLANOS DE SAÚDE: ENTENDA OS CUSTOS MAIORES EM COMPARAÇÃO À INOVAÇÃO

SEGS – 05/08/2025

Nos últimos anos, o debate sobre inovação no setor da saúde se intensificou - especialmente diante dos avanços em inteligência artificial, tecnologia vestível, integração de dados e novos modelos de atendimento. No entanto, uma peça-chave desse ecossistema insiste em se mover lentamente: os planos de saúde.

A impressão é clara: enquanto o mundo avança com tecnologias que prometem mais precisão, prevenção e personalização, os planos continuam presos a um modelo que enxerga inovação como custo - não como valor. Mas até quando essa lógica se sustentará?

Os números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram um cenário revelador: os planos de saúde registraram lucro líquido de R\$11,1 bilhões em 2024, um aumento de 271% na comparação com 2023. Para colocar em perspectiva, esse resultado é superior ao obtido nos três anos anteriores somados. No entanto, a mesma ANS limitou o reajuste para planos individuais em 6,91% (maio/2024–abril/2025).

Ou seja, embora as receitas cresçam, os custos para o consumidor são mantidos relativamente controlados, deixando no ar a pergunta: onde está sendo investido esse lucro?

De acordo com o Censo 2022 do IBGE, a saúde suplementar caminha em ritmo acelerado. O número de beneficiários cresceu 12% entre 2010 e 2022 - quase o dobro do crescimento da população brasileira, que foi de 6,5% no mesmo período. Isso demonstra que a demanda por serviços privados só aumenta. Mas será que essa demanda está sendo atendida por planos que acompanham a inovação e as necessidades reais dos usuários?

É fato que vivemos em um país onde os serviços de urgência e emergência são majoritariamente responsabilidade do SUS. Ainda assim, os planos privados ocupam um papel central como articuladores do sistema. A questão é que, apesar de contarem com uma quantidade crescente de dados e soluções tecnológicas, muitos ainda preferem manter-se inertes, operando em estruturas ultrapassadas, desconectadas e com uma visão fragmentada do paciente.

Cada stakeholder desse ecossistema - hospitais, médicos, operadoras, pacientes - continua olhando apenas para o seu pedaço da jornada. E é justamente essa falta de visão sistêmica que impede avanços reais. Não é por acaso que empresas que se verticalizam e oferecem soluções ponta a ponta têm crescido. Elas enxergam o todo, conectam as

pontas e - mais importante - integram tecnologia com propósito.

A pandemia evidenciou a urgência de transformação. A flexibilização do Conselho Federal de Medicina em relação à telemedicina, por exemplo, escancarou a possibilidade de escalar o atendimento com eficiência. Hoje, é possível imaginar um médico recebendo suporte de inteligência artificial com dados contextuais antes de uma consulta - seja online ou presencial. Isso não substitui o profissional, mas amplia sua capacidade de tomada de decisão. Ainda assim, poucos planos estão investindo seriamente nessa estrutura.

Não é só uma questão tecnológica - é uma mudança de postura. Fala-se muito sobre planos super premium, com promessas de acesso a hospitais de ponta. Mas a inovação não pode ser privilégio de poucos. A verdadeira transformação está na base: integrar dados, promover a prevenção, reconhecer hábitos e personalizar os cuidados. Isso, sim, gera valor real. Isso, sim, reduz custos no médio e longo prazo.

A saúde baseada em dados não é mais um conceito futurista. Hoje, com uma simples pulseira inteligente, já consigo monitorar meus batimentos, níveis de estresse e sono. Compartilho essas informações com meu médico, que passa a atuar de forma muito mais estratégica. Às vezes, a prescrição não será um remédio, mas uma mudança de rotina. Esse é o ponto: a tecnologia não substitui o cuidado humano, mas o potencializa.

Enquanto isso, seguimos com sistemas de gestão que tratam o paciente como um número - e não como alguém com histórico, contexto e necessidades específicas. Continuamos pagando por retratamentos, exames duplicados e consultas desnecessárias simplesmente porque os sistemas não se conversam. A descentralização dos dados segue como um gargalo imenso. Grandes empresas tentaram resolver isso há mais de uma década e desistiram. Mas o problema persiste. O que falta, então? Visão. Coragem. Liderança. Os planos de saúde precisam deixar de enxergar a inovação como ameaça. Precisam entender que o maior risco hoje é continuar apostando em um modelo ultrapassado, que privilegia o volume em detrimento da qualidade. A inovação não é um custo: é a única forma de tornar o sistema sustentável no futuro.

E aqui está a provocação: quanto vai custar manter o modelo atual pelos próximos cinco anos? Talvez seja hora de repensar não apenas a tecnologia, mas a mentalidade. Porque no fim do dia, inovar na saúde é cuidar melhor de pessoas - com inteligência, com empatia e com visão de longo prazo.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR CRESCE 8% NO 1º SEMESTRE DE 2025 NO BRASIL

SEGS – 05/08/2025

No mesmo período de 2024 foram 144.542 novos processos contra 156.482 neste ano, de acordo com o CNJ; Anadem alerta que número ameaça sustentabilidade do sistema.

De acordo com dados do painel Estatísticas Processuais de Direito à Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), durante o primeiro semestre de 2025 foram abertos 156.482 novos processos relacionados à saúde suplementar. Um crescimento de 8,2%, se comparado ao mesmo período de 2024, quando o número chegou a 144.542.

As principais queixas são relacionadas a negativas de cobertura para tratamentos médico-hospitalares, reajustes contratuais e ao fornecimento de medicamentos. Em relação aos processos baixados (encerrados), no primeiro semestre do ano passado, foram 94.057. Neste ano, 135.497.

Para o presidente da Anadem (Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética), Raul Canal, “a crescente judicialização do sistema suplementar de saúde revela fragilidades estruturais graves, especialmente em relação à transparência na regulação e à previsibilidade das coberturas. Esse cenário gera insegurança tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários, que veem na Justiça o único caminho para salvar seus direitos”.

Canal também destaca que a combinação de crescimento de custos médicos, envelhecimento populacional e expectativas

elevadas de atendimento impõem novos desafios à saúde suplementar brasileira.

“É preciso promover um diálogo mais transparente entre operadoras, Judiciário e órgãos reguladores, buscando soluções que garantam o equilíbrio do sistema e o acesso justo aos tratamentos pelos usuários”, completou o especialista em Direito Médico.

Em abril deste ano, a Anadem analisou o recorde de lucros do sistema suplementar de saúde em 2024 e reforçou que o crescimento do valor dos planos não necessariamente impacta positivamente a prestação dos serviços aos usuários e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Em maio, dados divulgados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), por meio da Nota de Acompanhamento de Beneficiários 104 (NAB 104), mostram que, em fevereiro deste ano, o número de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares chegou a 52,1 milhões.

ANADEM

A Anadem foi criada em 1998. Como entidade que luta pela categoria e pelos seus direitos, promove o debate sobre questões relacionadas ao exercício da medicina e da odontologia, além de realizar análises e propor soluções em todas as áreas de interesse dos clientes, especialmente no campo jurídico.

SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: IMPORTÂNCIA E COMPLEMENTARIEDADE COM O SUS

SEGS – 05/08/2025

A Saúde Suplementar fechou o mês de maio de 2025 com 52.593.934 milhões de beneficiários, com uma taxa de cobertura de 25,9% no território nacional, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Houve crescimento de 1.137.467 beneficiários nos planos médico-hospitalares, em relação a maio de 2024. Já no comparativo de maio de 2025 com abril de 2025, houve um aumento de 287.235 usuários.

Segundo a ANS, esse é mais um novo recorde em relação ao número total de planos ativos no país. Números do Censo IBGE e da ANS mostram uma taxa de crescimento constante de 12% na ampliação do número de planos entre 2010 e 2022, enquanto o aumento populacional foi de 6,5% nesse período. Desde a pandemia de covid-19, houve uma aceleração na busca pela garantia e qualidade da assistência à saúde e o plano de saúde se tornou um dos itens mais cobiçados, além de ser o benefício mais desejado pelos brasileiros na busca por empregos.

Na prática são 52,6 milhões de brasileiros que não dependem do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com a garantia dada pela Constituição de 1988. O segmento ajuda a desafogar a rede pública de saúde e permite que o governo possa acumular recursos e energia a serem aplicados na assistência à população de menor renda. Ou seja, tem um papel relevante no incremento da economia do país.

Os planos de saúde realizaram 1,93 bilhão de procedimentos – entre consultas, exames, terapias, cirurgias e procedimentos odontológicos – em 2024, conforme levantamento da ANS. Podemos imaginar quantos empregos diretos e indiretos são gerados, além do montante em impostos arrecadados.

O investimento no setor também chama a atenção. No primeiro trimestre de 2025, a receita da Saúde Suplementar foi em torno de R\$ 92,9 bilhões para atender 52,2 milhões de beneficiários. O Ministério da Saúde por sua vez deve

direcionar em 2025 recursos na ordem de R\$ 246 bilhões para atender mais de 190 milhões de brasileiros. Com base nesses números, é possível verificar que, aproximadamente, R\$ 1.779,69/ano foram destinados por beneficiário na saúde privada, enquanto o Governo Federal investiu para cada cidadão na saúde pública o montante de R\$ 1.294,00/ano. A pandemia trouxe para toda a sociedade a necessidade de se refletir sobre o funcionamento, as demandas e as dificuldades de acesso ao SUS. Mas é preciso também pensar a urgência da população e do próprio Governo olhar a Saúde Suplementar como um aliado. É cada vez mais inequívoca a necessidade de a saúde pública e privada trabalhem em parceria, de maneira complementar e coordenada.

Mesmo com o seu papel estratégico, constata-se ainda a carência de políticas de incentivo por parte do governo federal, estados e municípios com a meta de criar condições favoráveis para que um número mais expressivo de pessoas possa ser absorvido pelo mercado privado. Mesmo com desafios, a estrutura de assistência da saúde privada possui uma enorme relevância no sistema de saúde brasileiro e para a economia.

Nota-se que o dispêndio vai muito além da saúde, afetando de forma significativa a economia. Pesquisa da Harvard Business Review aponta que 40% de queda na performance nas empresas é decorrente dos afastamentos frequentes. Além de prejudicar a rotina e os prazos internos, o absenteísmo gera custos diretos e indiretos: a Organização

Internacional do Trabalho (OIT) estima em até 4,5% a perda da folha de pagamento anual das empresas. O custo médio de substituição de um colaborador afastado por mais de 15 dias pode chegar a R\$ 4.800, considerando produtividade perdida, substituição e encargos (Fonte IPEA). De acordo com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), em 2023 o Brasil perdeu o equivalente a R\$ 340 milhões de dias de trabalho por afastamentos médicos.

É preciso pensar em formas de se fortalecer e aprimorar o atendimento por parte da saúde privada, bem como de se pensar em formas de integrações de dados, informações e de pessoas entre os dois sistemas. O avanço da tecnologia possibilita que isso possa ser feito e torne os atendimentos em ambos os sistemas ainda mais ágil e eficiente. Já há iniciativas como a da criação da Rede Nacional de Dados em Saúde, que visa estabelecer a infraestrutura nacional para o compartilhamento seguro e padronizado de dados de saúde. Ainda estamos longe disso, mas é preciso pensar em aprimorar cada vez mais esse sistema.

Para isso, é preciso que haja uma discussão ampla sobre o assunto, envolvendo o Congresso Nacional, órgãos públicos e privados, agentes e instituições de saúde, médicos, academias, entidades do setor e operadoras de planos de saúde, considerando a importância do SUS e do sistema de saúde privada. Construir novos caminhos para o segmento será salutar, essencialmente, para a população brasileira que paga, de alguma forma, essa pesada conta.

REAJUSTE DO PLANO DE SAÚDE PRESSIONA CLASSE MÉDIA

Terra – 04/08/2025

Reajustes de planos de saúde coletivos, que atingiram 383,5% entre 2015 e 2025, superaram o teto da ANS e pressionam a classe média brasileira.

A escassez de planos de saúde individuais e familiares no mercado tem pressionado o orçamento da classe média brasileira que enfrenta dificuldades crescentes para se manter vinculada a um mesmo contrato no longo prazo.

alta nos preços de itens essenciais, como a alimentação, tem feito com que famílias da classe média enxuguem despesas, como o plano de saúde, para manter o mínimo de conforto, conforme explicou André Braz, coordenador dos índices de preços da Fundação Getúlio Vargas (FGV), à Veja.

Atualmente, a maioria dos contratos comercializados é de natureza coletiva, o que implica que seus reajustes não seguem automaticamente o índice definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que em 2025 ficou em 6,06%.

Nos últimos anos, planos coletivos registraram aumentos de preços significativamente superiores ao índice estipulado pela agência reguladora, impactando diretamente as finanças das famílias que dependem desses contratos para ter acesso à saúde privada no país.

Entre 2015 e 2025, os reajustes acumulados dos planos de saúde coletivos, que abrangem 43,6 milhões de beneficiários, atingiram 383,5%, enquanto os planos individuais acumularam variação de 146,48%. No mesmo período, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que mede a inflação geral, subiu 84%, com projeção de 5,2% para 2025.

Para o advogado especialista em ação contra planos de saúde, Elton Fernandes, esse cenário resulta em uma alta rotatividade dos consumidores nos contratos atuais. "É comum ver idosos vinculados a um mesmo plano de saúde há 20 ou 30 anos. Mas, nos contratos atuais, o reajuste aplicado aos planos coletivos é justamente o fator que dificulta essa permanência no longo prazo", explica o profissional.

Segundo a consultoria Mercer Marsh, que administra uma carteira de 5 milhões de usuários, o gasto com planos de saúde representava 11,5% da folha de pagamento das empresas em 2015, mas deve alcançar 15,8% em 2025. Esse incremento reflete o peso crescente dos convênios médicos no orçamento, tanto para empresas quanto para os trabalhadores que arcam com parte dos custos.

Planos falso coletivos têm reajustes superiores ao índice da ANS

A falta de planos individuais e familiares no mercado, que atualmente representam apenas 16,4% (8.627.508) dos 52,3 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil, tem levado muitas famílias a recorrerem aos planos coletivos.

Esses contratos, firmados por meio de microempreendedores individuais (MEIs) ou pequenas empresas com até cinco usuários, totalizam 5,4 milhões de beneficiários, quase o mesmo volume dos planos por adesão. Além disso, estão sujeitos a reajustes muito superiores ao teto de 6,06% definido pela ANS para os planos individuais e familiares, válido de maio de 2025 a abril de 2026.

Um estudo do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), publicado em agosto de 2023, mostrou que os reajustes dos planos de saúde coletivos foram até duas vezes maiores que os dos individuais entre 2017 e 2022. Enquanto os planos individuais registraram aumento de 35,41%, os coletivos empresariais com até 29 vidas subiram 82,36%, os coletivos por adesão com até 29 vidas, 74,33%, os coletivos por adesão com 30 vidas ou mais, 67,68%, e os coletivos empresariais com 30 vidas ou mais, 58,94%.

Falta de regulação da ANS compromete planos coletivos

Carla Soares, diretora-presidente interina e responsável pelas Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, explicou em nota que o reajuste dos planos individuais considera o aumento das despesas assistenciais das operadoras em 2024, incluindo o custo dos procedimentos e a frequência de uso dos serviços. "Nosso objetivo é garantir equilíbrio ao sistema: proteger o consumidor de aumentos abusivos e, ao mesmo tempo, assegurar a sustentabilidade do setor", afirma. No entanto, a ausência de um teto regulatório para os planos coletivos, que abrangem 83,5% dos usuários de planos de saúde, segundo dados da ANS de maio de 2025, é apontada como uma falha por especialistas. Marina Paullelli,

coordenadora do Programa de Saúde do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), destacou que "o teto anunciado deixa de fora parcela considerável dos contratos do setor, reajustada em patamares histórica e significativamente superiores".

"O tema está em discussão no Judiciário, e decisões reiteradas têm afastado os reajustes aplicados a contratos coletivos quando constam apenas integrantes de uma mesma família. Nesses casos, o critério adotado costuma ser a finalidade do contrato, e não apenas sua classificação formal", explica o advogado Elton Fernandes.

Desempenho financeiro das operadoras

Apesar dos desafios enfrentados pelos consumidores, as operadoras de saúde registraram recuperação financeira. No primeiro trimestre de 2025, o lucro líquido do setor atingiu R\$ 6,9 bilhões, mais que o dobro dos R\$ 3,1 bilhões do mesmo período em 2024. Esse desempenho reflete a recomposição de margens após anos de prejuízos, como o de R\$ 10 bilhões em 2022, quando as operadoras elevaram as mensalidades para compensar perdas operacionais.

Segundo analistas do Goldman Sachs, o reajuste de 6,06% para os planos individuais está dentro da faixa esperada (6% a 7%) e é inferior aos 6,91% de 2024 e 9,63% de 2023, indicando uma desaceleração dos custos médicos após os impactos da pandemia.

No entanto, os planos coletivos, especialmente os corporativos e para PMEs, continuam registrando reajustes superiores, frequentemente acima de 20%, mesmo com a recuperação financeira do setor. Segundo o advogado Elton Fernandes, a falta de regulação específica sobre os reajustes dos planos coletivos contribui para a aplicação de aumentos mais elevados nesses contratos, o que pode impactar o orçamento das famílias que dependem da saúde suplementar.

ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

(Gov) ANS – 01/08/2025

Informações relativas ao 1º trimestre de 2025 estão disponíveis para consulta.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 1º trimestre de 2025. A operadora poderá acessar seu resultado consultando o documento PRONTUÁRIO DE RESULTADOS - MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

O Mapeamento do Risco Assistencial é composto por indicadores distribuídos exclusivamente em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos, de acordo com os normativos [RN nº 479/2022](#) e [IN DIPRO nº 58/2022](#). As fichas técnicas atualizadas dos indicadores podem ser acessadas na página do Programa. [Clique aqui e acesse.](#)

Os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados, impreterivelmente, até o dia 18/8/2025, não havendo prorrogação, conforme prazo regulamentar previsto no art. 11 da Instrução Normativa (IN) da DIPRO nº 58/2022.

O envio dos questionamentos deve ser feito via protocolo eletrônico da ANS, de acordo com as orientações a seguir.

Utilização do Protocolo Eletrônico:

Caso o usuário seja o representante legal, o protocolo eletrônico já estará disponível de forma automática. Lembrando que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras;
- Clicar “Iniciar petição”;
- Escolher “Monitoramento do Risco Assistencial”;

- Escolher “Questionamento ao Resultado Preliminar”;
- Seguir as orientações de preenchimento; e
- Selecionar o trimestre.

Caso não possua acesso, será necessário que, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, o representante legal conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”:

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico
- Protocolos DIPRO – Consultar petição
- Protocolos DIPRO – Gerar petição
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação.

SUS E PLANOS DE SAÚDE: ESPECIALISTAS COMENTAM IMPACTOS DE INTEGRAÇÃO

Veja – 30/07/2025

Especialistas ouvidos por VEJA dizem que medida pode ajudar a reduzir filas, mas é necessário fiscalizar oferta de assistência.

A fila de pacientes por atendimento com especialistas na rede pública é histórica e um gargalo que afeta o controle e resolução de problemas de saúde. Não surpreende, assim, o apoio dado por entidades à estratégia anunciada nesta semana pelo Ministério da Saúde e Advocacia-Geral da União (AGU) da troca de dívidas de operadoras por atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em planos de saúde. VEJA ouviu especialistas sobre a iniciativa e eles destacaram os benefícios, mas alertaram para a necessidade de acompanhamento da medida para garantir o atendimento daqueles que aguardam por assistência.

Referência nacional no que diz respeito ao SUS, o professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) Gonzalo Vecina explica que é necessário estabelecer uma série de ações para contornar o problema do acesso a consultas, exames e cirurgias, e o ressarcimento com serviços pode fazer parte desse conjunto.

“Existe um problema de oferta frente a uma demanda muito grande que é muito clara. Não temos instrumentos imediatos para suprir essa demanda para consultas e exames com especialistas que é trabalhada desde antes do SUS. Aumentar a oferta por meio da diminuição da dívida, não vai resolver, mas vai diminuir o tamanho da fila”, avalia.

Segundo ele, o fortalecimento das medidas nas chamadas Regiões de Saúde, blocos com municípios próximos que compartilham similaridades socioeconômicas e de infraestrutura, é o caminho mais adequado para reestruturar a oferta e demanda por atendimento, bem como estabelecer uma medida durável.

Vecina destaca que a importância de receber a assistência especializada é visível em doenças graves, caso do câncer, mas é algo essencial para qualquer tipo de enfermidade.

“Sair da fila significa encaminhar a resolução de um problema de saúde, porque o paciente precisa marcar consulta, exame e cirurgia para continuar o seu projeto de tratamento. Quanto antes a gente intervém, menos efeitos colaterais a pessoa vai ter e o tratamento precoce é fundamental em todas as doenças.”

O advogado Rafael Robba, sócio do Vilhena Silva Advogados, diz que a medida é interessante para reaver o reembolso do que não foi pago pelas empresas. “O ressarcimento é obrigatório quando um beneficiário do plano utiliza o SUS, só que as operadoras, normalmente, ficam devendo valores muito altos. Seria uma forma de viabilizar o atendimento de usuários do SUS e, por outro lado, ainda que de forma indireta, cobrar o ressarcimento dessas operadoras.”

Fiscalização

Para o médico sanitário e professor da Fundação Getúlio Vargas (FGV) Walter Cintra Ferreira, a iniciativa demanda fiscalização do Ministério da Saúde para verificar se as operadoras realmente vão prestar o atendimento previsto aos pacientes do SUS.

“Como uma medida emergencial para tentar mitigar uma fila acumulada é válida, mas o governo precisa ser rígido com as operadoras, porque elas estão em dívida com a União. Tem um acúmulo muito grande de pacientes e essas pessoas não podem esperar. É preciso ver se o atendimento que precisa ser feito será cumprido.”

Ferreira defende a resolução de problemas como o subfinanciamento do SUS para avanços na assistência na rede pública de saúde. “Assim, o SUS pode contratar os serviços e dar conta da demanda de necessidade da população.”

Advogado especializado em Direito Médico e Hospitalar, Pedro Stein disse que a solução é inovadora, mas complexa, considerando o fato de que algumas operadoras de saúde já operam perto do limite.

“A portaria que regulamenta o programa menciona a fiscalização dos serviços contratados, mas não estabelece regras sobre filas separadas ou horários exclusivos para pacientes do SUS nos prestadores privados. Isso pode gerar sobrecarga e confusão se não houver uma boa organização operacional por parte dos estados e municípios.”

Stein afirma ainda que a assistência não pode fazer distinção entre os pacientes. “O mais importante é que os serviços oferecidos aos pacientes do SUS tenham qualidade equivalente à da rede privada.”

Entenda a iniciativa

Para reduzir as filas em atendimento na rede especializada, o Ministério da Saúde anunciou no início desta semana que as dívidas de ressarcimento ao SUS das operadoras de saúde poderiam ser convertidas em assistência aos pacientes da rede pública nos planos de saúde. A medida integra o programa Agora Tem Especialistas e deve ter ressarcimento inicial de R\$ 750 milhões.

A iniciativa prioriza as seis áreas que são gargalos para o SUS: oncologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia e ginecologia. A adesão deve ser feita de forma voluntária pelas operadoras, que vão passar por análise do ministério, e o serviço será gratuito para os pacientes. Os beneficiários dos planos não serão prejudicados, de acordo com a Associação Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo o ministério, o rol de serviços vai funcionar “como uma prateleira de atendimentos especializados com os quais os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão contar”.

CIBERATAQUES AMEAÇAM SAÚDE BRASILEIRA E REVELAM VULNERABILIDADES DO SETOR

Saúde Business – 24/07/2025

Com 12% dos incidentes globais e movimentando R\$ 980 bilhões anuais, setor enfrenta desafios para proteger dados sensíveis enquanto acelera sua transformação digital.

O setor de saúde se tornou o principal alvo de ataques cibernéticos no mundo, ultrapassando empresas do setor financeiro e de consumo, segundo a pesquisa Digital Trust Insights 2025, da PwC. O estudo, que ouviu mais de 4 mil executivos de negócios e tecnologia em 77 países, incluindo o Brasil, revela que hospitais, clínicas e operadoras de planos de saúde estão no centro da mira dos criminosos digitais devido ao vasto volume de dados sensíveis que armazenam.

No Brasil, o cenário é ainda mais crítico. O país está entre os mais vulneráveis a ataques cibernéticos na área da saúde, com 12% dos incidentes globais registrados no setor apenas no primeiro semestre de 2023, de acordo com dados globais. Paralelamente, o segmento representa cerca de 10% do PIB brasileiro e deve movimentar R\$ 980,3 bilhões até o final de 2024, conforme o relatório Panorama e Perspectivas da Cadeia de Saúde do Brasil 2024.

Esse crescimento exponencial é impulsionado por investimentos globais no setor de cibersegurança, que movimentaram US\$ 12,2 bilhões em 2023, com expectativa de atingir US\$ 34,7 bilhões até 2029, segundo a National Library of Medicine. No Brasil, essa transformação é facilmente identificada pelo aumento da oferta de serviços online aos pacientes: entre 2022 e 2023, o agendamento de consultas pela internet subiu de 13% para 34%, e a visualização de prontuários eletrônicos dobrou no mesmo período, conforme levantamento do Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br). Além disso, a

telemedicina se consolidou como uma ferramenta essencial para ampliar o acesso à saúde, com um salto de 172% nas consultas remotas entre 2020 e 2023, atingindo a marca de 30 milhões de atendimentos virtuais, segundo a Fenasaúde.

Paradoxo da digitalização e vulnerabilidades

A revolução digital na saúde apresenta um paradoxo preocupante: ao mesmo tempo em que melhora a eficiência dos serviços médicos, amplia a superfície de ataque para cibercriminosos. Informações médicas não são apenas confidenciais; podem ser utilizadas para extorsão, fraudes e até manipulação de diagnósticos. Um vazamento dessa magnitude não afeta apenas a reputação das instituições, mas coloca em risco a vida de pacientes.

Além dos ataques externos, as fragilidades internas do setor agravam o problema. Muitas instituições ainda enfrentam desafios estruturais, como a falta de profissionais especializados em cibersegurança, dificuldades para acompanhar a evolução das ameaças e o alto custo das soluções de proteção digital. Frequentemente, a cibersegurança é tratada como questão secundária, quando deveria estar no centro das decisões estratégicas. A falta de investimento e de cultura em segurança abre brechas que tornam os sistemas vulneráveis.

Impactos além da privacidade

O impacto dos ataques vai além da privacidade dos dados. A interrupção de sistemas pode significar cancelamento de cirurgias, perda de acesso a históricos médicos e falhas críticas

no atendimento. O problema não se limita apenas ao cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que estabelece diretrizes para a segurança de informações pessoais no Brasil, mas representa uma questão de infraestrutura essencial para a sociedade. Um hospital com sistema paralisado por um ataque pode ter seu atendimento comprometido, afetando centenas de pessoas em questão de minutos e por tempo indeterminado.

Diante dessa realidade, a segurança cibernética precisa ser encarada como prioridade estratégica na área de saúde. Com o avanço da tecnologia, a proteção digital não pode ficar em segundo plano. Sem planejamento robusto e investimentos contínuos em segurança, o setor de saúde corre o risco de se tornar um dos mais impactados por ataques cibernéticos nos próximos anos, comprometendo não apenas dados, mas também a qualidade e continuidade dos serviços prestados à população.

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.br.

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

© 2025 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.
