NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

19 de agosto de 2026

LEITURA RECOMENDADA

Milliman – 19/08/2026

Recomendamos a leitura do artigo publicado na revista IBA - Instituto Brasileiro de Atuária de Agosto de 2026, escrito por João Longo, Consultor Atuarial da Milliman.

Reenquadramento Etário da Contraprestação Pecuniária no Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar

Este artigo discute o reenquadramento etário nos planos de saúde, analisando os desafios atuariais decorrentes do envelhecimento da população, do modelo de mutualismo adotado no setor e da crescente judicialização dos reajustes por faixa etária. Com base em dados da ANS, o estudo avalia os impactos desses fatores sobre a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras e a necessidade de aperfeiçoamento das regras vigentes.

Clique aqui

ÍNDICE INTERATIVO

Longevidade avança, mas saúde ainda corre atrás da transformação - Fonte: Saúde Business

Avança projeto que regulamenta profissão de Corretor de Planos e Seguros Saúde - Fonte: CQCS

Uso dos planos de saúde cresce quase o dobro da carteira e desafia sustentabilidade do setor - Fonte: CQCS

Saúde: receita com operações somou R$ 155 bilhões no 1º semestre - Fonte: CQCS

Planos de saúde: ações contra reajustes crescem 218% em cinco anos - Fonte: R7

ANS apresenta prévia de dados econômico-financeiros do 1º semestre de 2026 - Fonte: Gov (ANS)

Estudo analisa o que as pessoas sentem ao ligar para planos de saúde - Fonte: Veja Abril

ANS trabalha para ampliar acesso a terapias inovadoras nos planos de saúde - Fonte: Segs

Plano sem profissional apto: justiça reconhece reembolso - Fonte: O Globo

LONGEVIDADE AVANÇA, MAS SAÚDE AINDA CORRE ATRÁS DA TRANSFORMAÇÃO

Saúde Business – 19/08/2026

Envelhecimento acelerado expõe limites de um sistema estruturado para uma população mais jovem e coloca coordenação do cuidado, autonomia e adaptação dos serviços no centro do debate

O Brasil está envelhecendo em um ritmo que desafia a capacidade de adaptação do sistema de saúde. A transformação demográfica ocorreu em poucas décadas, sem que cidades, serviços, instituições e políticas públicas conseguissem antecipar todas as consequências desse processo. O resultado é um descompasso que já aparece na assistência e que tende a se tornar mais evidente à medida que a população envelhece.

Esse será um dos pontos centrais do painel “O dilema moderno da longevidade: mudança acelerada sem coordenação e o custo do atraso estrutural”, que integra a programação do Healthcare Innovation Show 2026. Entre os participantes, está Antonio Antonietto, diretor de Governança Clínica do A.C.Camargo Cancer Center, que chama atenção para a velocidade da transição demográfica brasileira e para a dificuldade de preparar o sistema na mesma proporção.

“Nós envelhecemos muito rapidamente e, como sociedade, não conseguimos antecipar todas as consequências dessa mudança. Em muitos aspectos, o problema apareceu antes de começarmos a nos preparar para ele”

O envelhecimento já chegou à assistência

Para Antonietto, os sinais desse descompasso estão tanto no cotidiano das cidades quanto dentro das instituições de saúde. Se ainda existem barreiras básicas de mobilidade, como calçadas inadequadas, ausência de rampas e dificuldades de acesso a estabelecimentos, a adaptação de hospitais e serviços também enfrenta limitações.

Na saúde, a mudança demográfica já se manifesta no aumento da idade média das pessoas internadas, na necessidade de profissionais preparados para atender essa população e na dificuldade de organizar o cuidado de quem vive sozinho ou distante da família.

Na oncologia, o impacto ganha uma dimensão adicional. O envelhecimento aumenta a ocorrência do câncer, enquanto os avanços terapêuticos permitem que mais pessoas convivam por períodos prolongados com a doença. Isso cria dois cenários que precisam ser considerados pelo sistema: pacientes que desenvolvem câncer em idade avançada e pessoas que chegam à velhice convivendo com a doença como condição crônica.

“Ou a pessoa desenvolve o câncer quando está mais velha, ou chega à velhice convivendo com ele como uma condição crônica. O sistema precisa estar preparado para as duas situações”, destaca.

Longevidade não se resume à idade

Para os gestores, um dos desafios é abandonar uma visão homogênea da população idosa. Pessoas com a mesma idade cronológica podem apresentar necessidades completamente diferentes, desde indivíduos com boa autonomia até aqueles que precisam de cuidado contínuo e suporte intensivo.

Antonietto aponta cognição e mobilidade como duas dimensões centrais para a longevidade. Preservar uma sem cuidar da outra, segundo ele, limita a autonomia.

Mas a discussão vai além da assistência estritamente clínica. Saúde mental, solidão, convivência, alimentação, higiene, segurança dentro de casa e formação de cuidadores passam a fazer parte de uma agenda que precisa ser incorporada ao planejamento da saúde.

São situações aparentemente simples que podem determinar a evolução de um quadro: quem percebe que uma pessoa que vive sozinha deixou de se alimentar adequadamente? Quem identifica uma dificuldade de mobilidade dentro de casa? Quem consegue garantir que ela tome banho com segurança ou não deixe uma situação de risco passar despercebida?

Esse cenário também pressiona a formação e a disponibilidade de profissionais. A demanda não estará restrita à geriatria. Enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, educação física, gerontologia e cuidadores também precisarão estar preparados para atender às particularidades do envelhecimento.

O problema da falta de coordenação

É justamente na organização da jornada que aparece um dos principais dilemas apontados pelo diretor de Governança Clínica do A.C.Camargo Cancer Center.

Hospitais, operadoras, clínicas, profissionais, serviços de transição, atenção domiciliar, familiares e comunidades ainda atuam de maneira pouco integrada. O resultado pode ser uma tomada de decisão orientada pelo custo imediato, sem considerar o que acontece antes e depois de determinado episódio assistencial.

Um paciente pode, por exemplo, precisar permanecer temporariamente em um serviço de transição para se recuperar e, ao mesmo tempo, permitir que a família seja preparada para recebê-lo em casa. Quando essa articulação

não existe, a alta pode não representar o fim do problema, mas apenas a transferência da complexidade para outro ponto da jornada.

“Quando esse diálogo não existe, a decisão costuma ser tomada apenas pelo custo imediato”, afirma Antonietto.

A fragmentação também aparece entre diferentes regiões do país. Enquanto grandes centros já dispõem de tecnologias capazes de identificar remotamente uma queda ou alterações no padrão de movimento de uma pessoa em casa, outras localidades ainda enfrentam problemas básicos de infraestrutura, transporte e acesso aos serviços.

Por isso, uma resposta única não seria suficiente. “Precisamos regionalizar a resposta e compreender as características de cada território”, defende.

O custo de não agir antes

O atraso estrutural tem consequências que ultrapassam o balanço financeiro das organizações. Quando o sistema atua apenas depois que o problema aparece, situações potencialmente evitáveis podem evoluir para complicações mais graves.

Uma queda, uma orientação que não foi compreendida, um medicamento que o paciente não consegue engolir, uma alta sem treinamento adequado da família ou uma dificuldade de higiene não identificada podem resultar em infecção, perda de mobilidade, reinternação, institucionalização ou permanência hospitalar prolongada.

Para as organizações de saúde, isso significa maior ocupação, necessidade de mais profissionais, aumento da demanda por reabilitação e sobrecarga de familiares e cuidadores.

O desafio, portanto, também passa por mudar a forma de medir resultado. Em vez de olhar apenas para sinistralidade, custo de procedimentos ou valor de um episódio, seria necessário acompanhar se o paciente recuperou autonomia, voltou para casa, evitou procedimentos desnecessários e se a família foi preparada para continuar o cuidado.

“Precisamos olhar para o resultado final. Quanto aquela pessoa melhorou? Quantos procedimentos desnecessários foram evitados? Ela recuperou autonomia? Conseguiu voltar para casa? A família foi preparada?”, questiona.

Hospitais precisam repensar a jornada

O envelhecimento também coloca em xeque estruturas e processos desenhados para uma população mais jovem. Isso envolve desde arquitetura e equipamentos até contratos, interfaces digitais, comunicação e protocolos assistenciais.

Uma pessoa idosa que não escuta bem pode precisar de recursos que garantam que realmente compreendeu uma orientação. Textos e contratos precisam ser legíveis. Telas e assinaturas digitais devem considerar diferentes capacidades. Medicamentos podem exigir adaptação de dose ou apresentação. O risco de queda precisa ser considerado. E protocolos não podem ser aplicados de forma automática, sem levar em conta a realidade daquele paciente.

Para Antonietto, conhecer a biografia da pessoa também faz parte desse processo. Afinal, alguém que acumulou 80, 90 ou 100 anos de experiências não pode ser reduzido à idade ou ao diagnóstico.

A jornada, por sua vez, não termina na alta hospitalar. É preciso saber onde a pessoa mora, se vive sozinha, quem poderá acompanhá-la a tratamentos, se está conseguindo se alimentar e se a residência oferece condições de segurança.

Tecnologia ajuda, mas não coordena sozinha

Tecnologia, dados e inteligência artificial aparecem como importantes ferramentas para responder aos desafios da longevidade. Dispositivos vestíveis podem identificar quedas e alterações de movimento; sistemas de monitoramento podem detectar longos períodos de inatividade; e dados podem apoiar estratégias de prevenção e acompanhamento.

Mas, para Antonietto, a tecnologia não é suficiente quando não existe integração.

“Um sensor pode avisar que alguém caiu, mas não organiza sozinho o cuidado depois da queda. Um algoritmo pode indicar um risco, mas não conversa com a família, não prepara a casa, não treina o cuidador e não pergunta ao paciente o que ele deseja”

Há ainda o desafio de garantir que a inovação seja acessível e adequada a diferentes contextos. Uma solução sofisticada pode funcionar em ambientes de alto poder aquisitivo, mas não necessariamente ser aplicável em um sistema universal e marcado por desigualdades regionais.

Nesse sentido, a própria inovação precisa ser repensada: não basta desenvolver novas tecnologias; é necessário desenhá-las para as pessoas que efetivamente vão utilizá-las.

Uma agenda que ultrapassa a saúde

O debate sobre longevidade também exige uma mudança de perspectiva sobre o próprio envelhecimento. Para Antonietto, tratar a população idosa apenas como fonte de custos é uma visão limitada.

Pessoas de 50, 60 ou 70 anos continuam trabalhando, consumindo, produzindo, ensinando e levando experiência para as organizações. Ao mesmo tempo, a longevidade aumenta a pressão sobre uma estrutura na qual haverá proporcionalmente menos pessoas jovens trabalhando para sustentar uma população aposentada maior.

A resposta, portanto, passa também por adaptar o trabalho e criar condições para que as pessoas permaneçam produtivas por mais tempo. “A longevidade também gera valor”, resume.

O desafio colocado para o setor de saúde é transformar essa mudança demográfica em uma agenda de adaptação estrutural — e não apenas em uma resposta aos problemas que surgem com o avanço da idade.

É nesse ponto que o painel do Healthcare Innovation Show 2026 pretende avançar: como preparar o sistema para uma sociedade que já está envelhecendo, antes que o custo da falta de coordenação se torne ainda maior? Garanta seu ingresso no site oficial do evento e confira a programação completa.

AVANÇA PROJETO QUE REGULAMENTA PROFISSÃO DE CORRETOR DE PLANOS E SEGUROS SAÚDE

CQCS – 19/08/2026

O deputado Marcos Tavares (PDT-RJ) foi designado relator, na Comissão de Trabalho da Câmara do projeto de lei que regulamenta a atuação do Corretor de Planos e Seguros de Saúde. Além disso, a proposta avançou com a definição do prazo de cinco sessões para a apresentação de emendas.

Como o CQCS noticiou, o projeto, elaborado pelo deputado Doutor Luizinho (PP/RJ), engloba todos os profissionais que atuam, em nome próprio ou como representantes de terceiros, na prospecção, apresentação, intermediação, negociação e formalização de contratos de planos ou seguros privados de assistência à saúde suplementar, em conformidade com as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os profissionais que já atuam nesse segmento terão prazo de dois anos para adequarem-se aos requisitos previstos.

Pela proposta, o Corretor de Planos e Seguros de Saúde terá autorização para atuar em todo o território nacional observado os requisitos previstos na Lei.

O projeto lista como deveres essenciais do Corretor de Planos e Seguros de Saúde prestar informações claras, precisas, completas e transparentes sobre as coberturas, carências, rede credenciada, reajustes, fatores moderadores, incluindo coparticipação e franquia, e exclusões dos planos e seguros de saúde ofertados; agir com diligência, lealdade e boa-fé nas negociações com os consumidores; zelar pelo sigilo das informações pessoais e de saúde dos proponentes; e cumprir as normas e regulamentos estabelecidos pela ANS e pelo Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

O texto proíbe ao Corretor de Saúde omitir ou prestar informações falsas ou enganosas ao consumidor; prometer ou oferecer coberturas, benefícios ou vantagens não previstos nos termos contratuais; concretizar a venda de planos com análise de risco sem a coleta de dados de saúde de forma adequada e transparente, como por meio da Declaração de Saúde ou outros documentos comprobatórios; e atuar sem a devida vinculação ou autorização legal de uma operadora de planos de saúde, seguradora de saúde, administradora de benefícios ou pessoa jurídica correlata.

O exercício da profissão ficará condicionado ao atendimento dos seguintes requisitos: idade mínima de 18 anos; comprovação de conclusão do ensino médio ou equivalente; aprovação em curso de qualificação ou obtenção de certificação profissional específica, reconhecida por entidade ou instituição certificadora legalmente habilitada, observados os conteúdos programáticos mínimos a serem definidos em regulamento; e inscrição regular e situação ativa no Cadastro Nacional de Corretores de Planos e Seguros de Saúde (CNCPSS), a ser criado e mantido por órgão competente.

O Corretor de Saúde deverá observar integralmente as normas estabelecidas pela ANS.

USO DOS PLANOS DE SAÚDE CRESCE QUASE O DOBRO DA CARTEIRA E DESAFIA SUSTENTABILIDADE DO SETOR

CQCS – 17/08/2026

A utilização dos planos de saúde cresceu em ritmo quase duas vezes superior ao avanço da carteira de beneficiários entre 2019 e 2025, segundo dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Enquanto o número de beneficiários de planos médico-hospitalares aumentou 11,8% no período, a produção assistencial avançou 23,2%, fazendo a média de procedimentos por beneficiário passar de 31,2 para 34,4 ao ano.

O movimento coloca pressão sobre os custos das operadoras e amplia o desafio de manter a sustentabilidade da saúde suplementar sem comprometer o acesso dos beneficiários. Para Josafá Ferreira Primo, proprietário da Salagah Corretora de Seguros, uma combinação de fatores ajuda a explicar esse aumento.

Entre eles estão a maior preocupação com a saúde após a pandemia de Covid-19, a retomada de consultas e exames que haviam sido adiados, o envelhecimento da população e

as dificuldades de acesso ao sistema público. A incorporação de novas tecnologias, tratamentos e terapias também amplia as possibilidades de atendimento e, consequentemente, a utilização dos planos.

“O envelhecimento populacional, na faixa acima de 50 anos, cresce mais que o total de beneficiários, porque pessoas mais velhas consomem muito mais serviços”, explica Primo.

Segundo ele, a maior procura por atendimento também está relacionada à busca por prevenção e acompanhamento contínuo da saúde. Ao mesmo tempo, o crescimento dos planos empresariais amplia o número de pessoas que passam a utilizar a saúde suplementar por meio do benefício oferecido pelas empresas.

Quando a utilização cresce acima da quantidade de beneficiários, o impacto aparece diretamente nos custos assistenciais. Consultas, exames, internações e tratamentos passam a ser realizados com maior frequência, pressionando a sinistralidade das operadoras.

O cenário é agravado pela inflação médica, que inclui aumentos de medicamentos, insumos, salários e custos relacionados à incorporação de novas tecnologias. Primo também cita a judicialização e a ampliação de coberturas como fatores que podem aumentar as despesas de toda a cadeia.

Essa pressão chega aos reajustes dos planos, embora de maneiras diferentes de acordo com o tipo de contrato. Nos planos individuais e familiares, os percentuais são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Já nos contratos coletivos empresariais, os reajustes consideram, entre outros fatores, a sinistralidade do grupo e as condições negociadas.

Para Primo, esse descompasso pode gerar dificuldades para o setor caso os custos assistenciais continuem crescendo em ritmo superior ao dos reajustes permitidos em determinados produtos.

Nesse cenário, o corretor também precisa mudar sua atuação. Para o executivo, o profissional deixa de ser apenas responsável pela venda e passa a exercer uma função de consultoria especializada.

“Na minha leitura, sai da lide de vendedor para consultor especialista, e não basta mais comparar preço e rede credenciada”, afirma.

Isso significa explicar ao cliente a relação entre utilização, sinistralidade e reajustes, além de orientar sobre coparticipação, carências, coberturas, portabilidade, regras da ANS e características das diferentes modalidades de planos.

No segmento empresarial, o corretor pode acompanhar a utilização da carteira, identificar comportamentos que elevem a sinistralidade e propor medidas preventivas antes da renovação do contrato.

A tecnologia também pode contribuir para essa transformação. Ferramentas digitais podem agilizar processos como cotação e emissão, liberando o profissional para dedicar mais tempo à análise do perfil do cliente e à gestão estratégica da carteira.

Para Primo, manter a sustentabilidade da saúde suplementar não significa restringir o acesso aos serviços. O caminho passa pela prevenção, pelo cuidado coordenado e pela utilização adequada da estrutura disponível.

O acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, pode ajudar a evitar agravamentos e internações de maior custo. A atenção primária e a telemedicina também podem contribuir para que o beneficiário receba atendimento mais rápido e adequado, reduzindo a necessidade de recorrer diretamente a serviços de alta complexidade.

Outra possibilidade está na oferta de produtos mais flexíveis, com diferentes níveis de cobertura e coparticipação, permitindo adequar o plano ao perfil de utilização e à capacidade financeira de cada cliente.

A educação do beneficiário também é considerada fundamental. Orientar sobre quando procurar um pronto-socorro, quando utilizar a telemedicina e como funciona a coparticipação pode estimular um uso mais consciente dos serviços.

Para o corretor, essa transformação representa uma oportunidade de ampliar sua relevância junto a empresas e famílias. Em um mercado pressionado pelo aumento da utilização e dos custos, o profissional que conseguir combinar conhecimento técnico, tecnologia e gestão de riscos poderá ajudar o cliente a encontrar um equilíbrio entre qualidade da assistência, acesso e previsibilidade financeira.

SAÚDE: RECEITA COM OPERAÇÕES SOMOU R$ 155 BILHÕES NO 1º SEMESTRE

CQCS – 17/08/2026

Dados oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que as receitas apuradas especificamente com as operações de saúde somaram R$ 154,9 bilhões no primeiro semestre, enquanto as despesas assistenciais alcançaram R$ 126,4 bilhões. De acordo a agência, esse

recorte considera apenas operadoras de médio e grande porte e, portanto, não correspondem à totalidade do mercado.

Segundo a ANS, descontados os valores pagos em impostos e participações, o lucro/sobra acumulado por esse universo de operadoras até junho chegou a R$ 8,5 bilhões, o equivalente a 5,5% das receitas de operações de saúde.

Já a sinistralidade acumulada da base mensal chegou a 82,2% em junho de 2026. Em comparação com essa mesma amostra referente a 2025 quando o indicador era de 81,3%, observa-se aumento de 0,9 ponto percentual. Ainda assim, o resultado permanece abaixo dos 83,4% registrados em junho de 2024.

As informações foram detalhadas durante evento promovido pela ANS, no início desta semana. Na ocasião, o diretor da agência, Jorge Aquino destacou que o avanço no monitoramento mensal não encerra o processo de aprimoramento das informações econômico-financeiras.

Ele ressaltou a importância desse acompanhamento para ampliar o conhecimento sobre o conjunto do setor. “Nem todas as operadoras estão listadas em Bolsa, possuem comunicado de fato relevante. Então, a sociedade precisa desse nosso trabalho para conhecer o mercado como um todo”, pontuou Aquino.

PLANOS DE SAÚDE: AÇÕES CONTRA REAJUSTES CRESCEM 218% EM CINCO ANOS

R7 – 17/08/2026

Brasil registra média de 195 novos processos por dia; especialista explica quando aumento pode ser contestado

Em seis meses, a Justiça brasileira recebeu **35.301 novos processos questionando o reajuste contratual** de planos de saúde. O número é equivalente a uma média de **195 ações por dia**, segundo dados do **Painel da Saúde do DataJud**, do CNJ (Conselho Nacional de Justiça).

Entre 2020 e 2025, o número anual de processos saltou **de 19.328 para 61.475**, um **aumento de 218%**. Este ano, quem lidera o levantamento é a Bahia (14.330 processos abertos), seguido por São Paulo (8.587), Pernambuco (4.559) e Rio de Janeiro (2.126).

De janeiro até junho, a Justiça julgou 28.159 casos relacionados a reajustes e em **38,7% deles (10.860 processos) houve decisão total ou parcialmente favorável ao consumidor.**

Pontos questionados

O advogado especialista em Direito da Saúde com atuação na área de saúde suplementar Cristiano Lustosa explica que “o aumento da mensalidade de um plano de saúde não é, por si só, ilegal”.

“O que precisa ser analisado é qual foi o tipo de reajuste aplicado, qual é a **natureza do contrato**, o que está previsto contratualmente e **se o percentual utilizado pode ser devidamente justificado pela operadora**”, pontua.

Segundo o especialista, o primeiro passo para o consumidor é identificar se o aumento ocorreu por reajuste anual, mudança de faixa etária ou pela combinação dos dois fatores.

“Nos planos individuais e familiares regulamentados, o reajuste anual está sujeito ao percentual autorizado pela ANS. Já nos planos coletivos, a lógica é diferente: **não existe um teto anual fixado pela agência da mesma forma**, mas isso não significa que a operadora tenha liberdade para aplicar qualquer percentual”, informa.

Lustosa pontua que o “reajuste precisa observar o contrato, os critérios aplicáveis e possuir fundamentação que permita verificar sua razoabilidade”.

Outro ponto de atenção é o reajuste por faixa etária. “O fato de o consumidor atingir determinada idade não autoriza automaticamente qualquer aumento. **O reajuste precisa estar previsto no contrato, respeitar as normas regulatórias e observar os critérios estabelecidos pela jurisprudência**”, conta

ANS APRESENTA PRÉVIA DE DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO 1º SEMESTRE DE 2026

Gov (ANS) – 13/08/2026

Informações de junho reúnem 214 operadoras e mostram lucro/sobra de R$ 8,5 bilhões no primeiro semestre

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou, nesta terça-feira (11/8), uma prévia dos dados econômico-financeiros do setor de planos de saúde referentes ao primeiro semestre de 2026. As informações

foram detalhadas durante o webinário “Informações Econômico-Financeiras da Saúde Suplementar – edição base junho/2026”, promovido pela Agência. O recorte considera operadoras de médio e grande porte enquadradas nos segmentos S1 ou S2 da classificação prudencial da ANS e que encaminham mensalmente o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS). Por isso, os dados não correspondem à totalidade do mercado.

Na abertura do encontro, o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, Jorge Aquino, destacou a importância de transformar as informações recebidas pela Agência em dados que permitam compreender a situação do mercado. “É uma missão nossa retornar à sociedade com a tabulação dos dados e a visão do órgão regulador”, declarou.

Das 697 operadoras que precisam enviar os dados por meio do DIOPS referente ao 2º trimestre para a ANS, 214 (30,7%) fizeram o envio mensal referente a junho (para não repetir o termo DIOPS). Juntas, elas reuniram 43,9 milhões de beneficiários, o equivalente a 84,2% considerados nessa base. “Essa seleção permite à ANS acompanhar de forma antecipada uma parcela expressiva do setor”, pontuou o gerente de Habilitação e Estudos de Mercado da ANS, Washington Alves.

Os números apresentados por meio do documento mensal mostram R$ 173,2 bilhões em receitas totais e R$ 161,5 bilhões em despesas totais no primeiro semestre. Descontados R$ 3,2 bilhões em impostos e participações, o conjunto de operadoras da amostra registrou lucro/sobra de R$ 8,5 bilhões, o equivalente a 4,9% das receitas totais ou a 5,5% das receitas de operações de saúde.

As receitas efetivas de operações de saúde já reportadas somaram R$ 154,9 bilhões, enquanto as despesas assistenciais alcançaram R$ 126,4 bilhões. A sinistralidade acumulada da base mensal chegou a 82,2% em junho de 2026. Em comparação com essa mesma amostra referente a 2025 quando o indicador era de 81,3%, observa-se aumento de 0,9 ponto percentual. Ainda assim, o resultado permanece abaixo dos 83,4% registrados em junho de 2024.

Monitoramento mais frequente

O Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) é a principal fonte de informações econômico-financeiras das operadoras, especialmente, dos registros contábeis encaminhados à ANS. Tradicionalmente, a consolidação dessas informações ocorre em bases trimestrais. Com a implementação do fluxo mensal de dados, regulamentado a partir das alterações promovidas pela Resolução Normativa nº 594/2023, a Agência passou a dispor de informações com maior frequência.

A série histórica apresentada no webinário também mostrou a recuperação gradual dos resultados do segmento médico-hospitalar a partir de 2023, após resultados negativos em 2021 e 2022. Segundo o gerente Washington Alves, a recuperação do resultado operacional foi acompanhada pela redução da sinistralidade e por ajustes nas mensalidades.

No resultado financeiro, o ambiente de juros elevados e o crescimento do volume de aplicações também tiveram impacto. Em junho de 2026, as aplicações financeiras das operadoras incluídas na base mensal somavam cerca de R$ 121,8 bilhões.

A possibilidade de acompanhar indicadores como esses com maior frequência foi destacada durante o webinário como um dos avanços do monitoramento econômico-financeiro. O diretor-adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, Cesar Serra, ressaltou que a maior precisão e atualidade das informações favorecem a análise do setor. “Quanto mais precisos e atualizados os dados, melhor o ambiente para a tomada de decisão”, afirmou.

No encerramento, Jorge Aquino destacou que o avanço no monitoramento mensal não encerra o processo de aprimoramento das informações econômico-financeiras. O diretor ressaltou a importância desse acompanhamento para ampliar o conhecimento sobre o conjunto do setor. “Nem todas as operadoras estão listadas em bolsa, possuem comunicado de fato relevante. Então, a sociedade precisa desse nosso trabalho para conhecer o mercado como um todo”, acrescentou.

A divulgação dos painéis econômico-financeiros continuará sendo feita trimestralmente, com os dados consolidados e publicados no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. A apresentação desta terça-feira antecipou informações da base mensal de junho e concluiu o ciclo de apresentações públicas da atual gestão da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras sobre o acompanhamento econômico-financeiro do setor.

ESTUDO ANALISA O QUE AS PESSOAS SENTEM AO LIGAR PARA PLANOS DE SAÚDE

Veja Abril – 13/08/2026

Análise foi feita a partir de 400 mil atendimentos reais e identificou falhas nos atendimentos

Os sentimentos negativos aparecem em 80% dos contatos de beneficiários de saúde com as centrais de atendimento das operadoras, de acordo com uma análise da MakeOne, em

parceria com a Evollo. Essas emoções incluem principalmente frustração, ansiedade, irritação e insegurança.

O levantamento foi feito entre março e maio de 2026, com cerca de 400 mil atendimentos reais de uma operadora de grande porte.

Outra descoberta foi que quatro em cada dez clientes precisam ligar mais de uma vez para resolver o mesmo problema. Esses novos contatos ajudam a reduzir a satisfação em cerca de 15%. O estudo ainda identificou que 38% dos contatos analisados são automatizáveis e que uma atuação preventiva sobre os motivos da comunicação pode reverter até 13% da insatisfação registrada.

ANS TRABALHA PARA AMPLIAR ACESSO A TERAPIAS INOVADORAS NOS PLANOS DE SAÚDE

Segs – 13/08/2026

Lenise Secchin, Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da agência (foto acima), defende trabalho colaborativo para adoção do mecanismo no Brasil

Encontro da Confraria de Políticas Públicas da Arca, think tank da saúde, debateu sustentabilidade na saúde suplementar e ampliação do acesso no Brasil

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pretende acelerar a aprovação de medicamentos, terapias e outras tecnologias em saúde por meio de um mecanismo de incorporação condicionada. Inspirado em práticas já utilizadas em mercados internacionais, como os do Reino Unido, da Holanda e de Portugal, o modelo busca criar um caminho mais rápido entre a inovação e os beneficiários de planos de saúde.

O tema foi debatido durante o 8º encontro da Confraria de Políticas Públicas do think tank da saúde Arca, que teve como convidada Lenise Secchin, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A incorporação condicionada é uma forma de incluir um medicamento, exame ou tratamento na cobertura obrigatória, mas com regras específicas, considerando a existência de incertezas. Isso ocorre, por exemplo, quando a indústria ou um fornecedor de uma nova tecnologia solicita sua inclusão no rol de procedimentos e eventos em saúde oferecido pelas operadoras de saúde, por entender que ele traz benefícios ou prolonga a vida de pacientes de uma determinada enfermidade. Em vez de negar a incorporação da tecnologia em virtude de incertezas decorrentes do não alcance da fase 3 dos estudos – a etapa final de testes em larga escala de um medicamento – como acontece em inovações disruptivas ou em população-alvo reduzida, a ANS pode estabelecer condições de uso.

Esse sistema se dá da seguinte maneira: por exemplo, a indústria solicita a inclusão - no rol de serviços oferecido pelas operadoras - de um novo medicamento, sob argumento de que a droga é capaz de prolongar a vida de pacientes oncológicos em cinco anos. Para que seja disponibilizado, a ANS precisa aprovar a inclusão, o que obrigará a operadora a adquirir tal produto do fabricante e oferecê-lo aos seus beneficiários. Na incorporação condicionada, a ANS aceita incluir o produto, mas o pagamento do valor cobrado será diluído em cinco anos, ou seja, o prazo de sobrevida que ele promete entregar. Caso esse paciente venha a óbito em menos tempo por consequência da doença, por exemplo, a seguradora de plano de saúde só pagará as parcelas anuais referentes ao tempo de sobrevida do beneficiário.

"Nós podemos, por exemplo, aceitar incluir o produto, estabelecendo condições, como diluir o valor cobrado pelo prazo de vida que ele promete entregar ao paciente. Caso esse paciente venha a óbito em menos tempo por consequência da doença, por exemplo, a seguradora de saúde só pagará as parcelas referentes ao tempo de sobrevida desse paciente", explicou Lenise.

Atualmente, a discussão sobre esse tipo de incorporação está na fase de construção do modelo na agência, com conversas já iniciadas com atores do segmento, entre eles a indústria farmacêutica e a de dispositivos médicos. O próximo passo é ampliar esse diálogo e definir, em conjunto, como o mecanismo será operacionalizado: quem monitora, quais dados serão utilizados e de que forma cada elo da cadeia participará (Indústria, operadoras, prestadores, beneficiários).

“A agência não vai fazer isso sozinha. Eu preciso da indústria, seja a indústria de equipamentos ou a farmacêutica, preciso da operadora, dos prestadores. Vai ter que ser um desenho colaborativo”, defendeu a diretora.

A proposta pode ser particularmente relevante para medicamentos destinados a doenças raras, terapias oncológicas e tratamentos disruptivos. Essas tecnologias, muitas vezes, chegam ao mercado antes de completar a chamada fase 3 dos estudos clínicos. É nessa fase que se busca confirmar, em um número maior de pacientes, a eficácia e a segurança observadas em estudos anteriores.

“Em doenças raras, por exemplo, a realização de estudos de fase 3 pode ser mais difícil devido ao número limitado de pacientes disponíveis para pesquisa. O mesmo desafio pode

ocorrer com terapias muito novas, para as quais ainda não houve tempo suficiente para acumular evidências clínicas mais maduras", afirmou a diretora da ANS.

Apesar disso, tratamentos com resultados iniciais positivos podem representar uma alternativa importante para pacientes sem opções terapêuticas adequadas. A incorporação condicionada busca equilibrar essas duas dimensões: ampliar o acesso à inovação e, ao mesmo tempo, proteger os recursos do sistema de saúde. Na prática, a cobertura pode ser associada ao monitoramento de desfechos clínicos e a modelos de pagamento por resultado. O debate no encontro também apontou que a mudança no modelo de incorporação precisa vir acompanhada de uma solução de financiamento, seja por meio de fundos entre operadoras, compartilhamento de risco ou arranjos com o setor público.

Coparticipação em pauta

Mediado por Francisco Balestrin, presidente do Sindicato dos Hospitais e Clínicas de São Paulo (SindHosp), e pela diretora de Relações Institucionais da Interfarma, Karina Lesch, o debate abordou temas como transparência nos reajustes de planos coletivos, interoperabilidade, risco compartilhado, judicialização, os modelos atuais de franquia e coparticipação, o valor pago pelo beneficiário, além da mensalidade, quando utiliza determinado serviço.

"A agência tem 26 anos e a gente não tem uma norma sobre franquia e coparticipação. Para mim, isso é inexplicável", apontou Lenise.

A coparticipação é vista como uma forma de tornar o plano menos oneroso, reduzindo o custo de entrada, algo especialmente relevante diante do cenário descrito por representantes de empregadores no encontro, que relataram trocas de plano, adoção de coparticipação e exclusão de dependentes como respostas à alta dos custos assistenciais.

A diretriz é que a coparticipação do beneficiário não pode inviabilizar o atendimento. A preocupação concentra-se nos procedimentos de maior valor. "Uma coparticipação de 50% aplicada a um procedimento de R$ 1.000 significaria um desembolso de R$ 500 pelo beneficiário, montante capaz de adiar ou impedir o cuidado necessário. Você tem que quebrar a linearidade para ser acessível", resumiu Lenise.

O tema tramita atualmente em comitê técnico, instância que reúne quem atua diretamente no setor, com discussão ponto a ponto. Concluída essa etapa, a proposta será levada, de forma mais robusta, ao debate com a sociedade. O cronograma indicado pela agência prevê que a normatização avance no ano seguinte.

Sobre a ARCA

A Arca é um think tank da saúde que conecta ideias, instituições e experiências que geram mudanças concretas, com foco em políticas públicas, inovação e acesso. Conta com o apoio das empresas fundadoras Galileu Saúde 360°, Grupo Amil, Mevo, Rede D'Or e Siemens Healthineers.

PLANO SEM PROFISSIONAL APTO: JUSTIÇA RECONHECE REEMBOLSO

O Globo – 13/08/2026

Decisões judiciais reconhecem o direito de beneficiários de planos de saúde ao reembolso integral de despesas médicas, incluindo deslocamento, quando a operadora não possui, na rede credenciada, profissional habilitado para o procedimento indicado, com base na teoria dos motivos determinantes.

A insuficiência da rede credenciada pode levar beneficiários de planos de saúde a buscar atendimento fora da cobertura disponibilizada pela operadora. Em determinadas situações, decisões judiciais têm reconhecido o direito ao reembolso integral das despesas médicas e, em alguns casos, dos custos de deslocamento, quando não há profissional habilitado para realizar o procedimento indicado entre os prestadores credenciados.

O entendimento se baseia na teoria dos motivos determinantes, segundo a qual a operadora permanece vinculada à justificativa apresentada ao beneficiário no momento da negativa de cobertura, não podendo substituí-la posteriormente por outro fundamento.

A discussão ganha espaço diante do aumento de relatos sobre insuficiência de rede credenciada em especialidades específicas, sobretudo em regiões distantes de grandes centros urbanos. Nessas situações, é recorrente que o próprio corpo clínico da operadora reconheça a limitação técnica e encaminhe o paciente a profissional de outra localidade.

Segundo o advogado especialista em plano de saúde Gabriel Bergamo, a boa-fé objetiva exige transparência da operadora desde a negativa administrativa. "Quando o plano, por meio de seus profissionais próprios ou credenciados, reconhece não dispor de profissional apto, deveria, de forma autônoma, custear a cirurgia por um profissional que não seja da própria rede credenciada. Contudo, caso isso não aconteça, o Judiciário é o caminho natural para o paciente buscar o reembolso", afirma. O Superior Tribunal de Justiça já fixou parâmetros específicos sobre as condições em que esse reembolso é devido, conforme análise disponível no site do especialista.

A preservação de documentos é apontada como fator relevante para a análise desses casos. Entre os documentos que podem ser importantes estão o encaminhamento firmado por médico credenciado, a resposta formal da operadora à negativa e os comprovantes de pagamento do procedimento e do deslocamento, quando há custeio particular.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula prazos e condições de cobertura por meio da Resolução Normativa nº 465/2021, que estabelece o rol de procedimentos e diretrizes de utilização a serem observados pelas operadoras de planos de saúde no país.

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.

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

© 2026 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.