

Boletim traz análises de dados de 2025 e informações atualizadas até junho de 2026

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga, nesta quinta-feira, 2/6, a [**11ª edição do Boletim Panorama - Saúde Suplementar**](#), com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde referentes ao ano de 2025, já contemplando também algumas informações atualizadas até junho de 2026. Como novidade, uma reformulação editorial, com mais infográficos e análises do setor, além de um capítulo dedicado ao tema Acreditação das Operadoras.

A primeira publicação de 2026 destaca o crescimento dos consumidores na saúde suplementar no período de abril de 2025 a 2026: 1,61% ao ano nos planos de assistência médica e de 3,46% nos planos odontológicos, sendo que os planos coletivos empresariais concentram mais de 70% dos beneficiários da saúde suplementar. Além disso, o crescimento do setor foi observado em 23 das 27 Unidades da Federação, com destaque para o aumento percentual dos planos médico-hospitalares no Distrito Federal (6,22%) e dos planos odontológicos em Santa Catarina (8%).

O Panorama é elaborado com base em dados enviados pelas operadoras de planos de saúde a sistemas de informação da ANS, tais como o Documento de Informações Periódicas (DIOPS), Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e Sistema de Informação de Produtos (SIP).

Confira abaixo algumas das informações apresentadas pela 11ª edição do boletim Panorama - Saúde Suplementar:

Assistência à saúde

O boletim apresenta a análise da frequência de utilização de consultas, exames, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais e procedimentos de odontologia. A utilização dos serviços de saúde considera o número total de procedimentos realizados. Em 2025, foram realizados 2,01 bilhões de procedimentos, um aumento de 3,7% com relação a 2024, em linha com a expansão do número de beneficiários da saúde suplementar.

Integração com o SUS

Um dos pontos abordados pelo Panorama é o retorno financeiro gerado pelo mecanismo de Ressarcimento ao SUS, que cobra das operadoras os gastos realizados com pacientes de planos privados de saúde atendidos na rede pública. O cruzamento de dados mostra que 1,56% das internações do SUS e 4% dos procedimentos de alta complexidade (APACs), ocorridos em 2024, foram direcionados a beneficiários de planos de saúde.

A cobrança desse ressarcimento resultou em conquistas financeiras diretas para o sistema público: em 2025, a ANS garantiu o repasse de R\$ 977,6 milhões destinados ao Fundo Nacional de Saúde.

Já o Programa Agora Tem Especialista reverteu, em 2026 (até junho), R\$ 39,8 milhões em dívidas das operadoras diretamente no financiamento de atendimentos de cuidado integral e cirurgias eletivas em todo o território nacional.

Cenário econômico-financeiro

Os dados de receitas e despesas indicam que o setor movimentou R\$ 344,6 bilhões em receitas provenientes de mensalidades dos beneficiários e R\$ 276,9 bilhões em despesas assistenciais, resultando em um lucro líquido acumulado de R\$ 24,4 bilhões.

Demandas de consumidores

Quanto à satisfação dos beneficiários dos planos privados de saúde, o Índice Geral de Reclamações (IGR) mostra que os planos de assistência médico-hospitalar registraram, em 2024, uma média de 58,2 reclamações por 100 mil beneficiários. Em 2025, esse indicador caiu para 49,6, o que representa uma redução de aproximadamente 14,8% em relação ao ano anterior.

O Panorama traz ainda uma visão geral sobre qualidade e modelos assistenciais, que colaboram para uma melhor visão de como está a regulação do setor de planos de saúde. A publicação aponta também que, atenta à transparência de informações, a ANS publicará seis novos conjuntos de dados abertos entre 2026 e 2028, agregando aos 62 conjuntos já publicados a possibilidade de pesquisa e acesso social aos dados produzidos.

Fonte: ANS, em 02.07.2026.