A judicialização na saúde suplementar pode atingir até 1,2 milhão de novos processos anuais em 2035, caso não haja coordenação institucional e reformas estruturantes. É o que projeta um novo estudo do **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)**.

Segundo o levantamento, o problema já mostra crescimento expressivo: entre 2020 e 2024, o volume de ações subiu 112%, alcançando 298,7 mil novos processos no último ano — o equivalente a uma nova ação a cada 1 minuto e 45 segundos. Mantida essa trajetória, o setor poderá conviver com um cenário de forte pressão financeira e regulatória, afetando a previsibilidade e a organização dos serviços prestados aos beneficiários[**1**].

A preocupação com tais dados alarmantes também resulta do aumento vertiginoso e excessivo de planos de saúde sem uma melhor adequação estrutural se constituindo como um dos principais problemas do setor de saúde suplementar no Brasil. A combinação de fatores econômicos, regulatórios, atuariais se acha imbricada por outro lado a incorporação constante de novas tecnologias e medicamentos de alto custo com maior utilização de exames e procedimentos, bem como do envelhecimento da população beneficiária.

A par disto estes desequilíbrios atuariais dos contratos existentes com altos índices de sinistralidade ultrapassam níveis sustentáveis, com uma concentração de usuários idosos ou doentes que contribuem para o agravamento dos riscos projetados em contratos que são sucessivamente renovados.

De outro giro, o reajuste das mensalidades é artificialmente contido em certos períodos mas, que, posteriormente, são compensados por valores mais agressivos aos seus utentes.

É princípio assente de que a **Agência Nacional de Saúde Suplementar** (ANS) controla reajustes de planos individuais e familiares, não controlando planos coletivos, quer empresariais ou por adesão.

O resultado é a migração forçada para planos coletivos com aumentos superiores ao previsto pelos usuários, aliás, comercializados com pouca transparência.

Agregado a tais situações os reajustes por faixa etária, apesar de legalmente admitidos podem gerar aumentos abruptos a partir dos 59 anos de idade do contratante.

Muitas vezes tais expedientes são utilizados até como mecanismo indireto de expulsão do “potencial idoso” do plano.

No aspecto jurídico o **Superior Tribunal de Justiça**, assim como os Tribunais estaduais entendem que estes reajustes apesar de legais, se mostram abusivos mormente porque não houve por parte destas associações uma base atuarial comprovada.

Outro fator importante que deve ser registrado é o cancelamento de planos por incapacidade de pagamento de associado fazendo com que ele retorne ao **Sistema Único de Saúde**, sucateado em nosso país já a um determinado tempo.

Há muitos caminhos possíveis em debate, tais como, maior controle regulatório sobre planos coletivos, exigência de maior publicidade dos cálculos atuariais, com modelos de coparticipação mais equilibrado.

Incentivos à atenção primária e medicina preventiva deve fazer parte de uma revisão de um modelo de melhor incorporação tecnológica.

A relação entre o aumento excessivo dos planos de saúde com conotações semelhantes à previdência complementar e ao princípio do mutualismo é direta e estrutural. Trata-se, em

essência, do mesmo modelo econômico-jurídico aplicado a riscos distintos (longevidade, invalidez, doença), mas com graus diferentes de proteção regulatória e estabilidade contratual.

Assim, dentro deste enfoque comparativo tanto os planos de saúde quanto a previdência complementar se sustentam no princípio do mutualismo: um grupo contribui regularmente para que os eventos aleatórios que atinjam alguns sejam suportados por todos.

Existem, de outro lado, elementos comuns entre eles, tais como a diluição do risco no tempo e no grupo, cálculo atuarial como fundamento do preço/contribuição, necessidade de equilíbrio financeiro e atuarial e dependência da confiança e da permanência de todos os participantes nestas formas associativas.

Sem mutualismo estável, o sistema entra em colapso.

Os caminhos dos dois institutos começam a tomar direções opostas quando nos planos de saúde o risco é crescente com o perpassar da idade, tornando frequente sua utilização de prestação de serviços com consumo imediato e imprevisível, com reajustes anuais obrigando muitas vezes a retirada do usuário encarecendo os custos operacionais, muito embora o jovem subsidie o idoso sem permanecer por muito tempo no sistema.

Tais fatos geram uma espiral de custos, seleções adversas ao planejamento do plano, com reajustes cada vez maiores gerando ruptura do pacto mutualista.

Na previdência complementar (especialmente nas EFPC) o risco é diferido no tempo, a contribuição é previsível com regras rígidas de equilíbrio atuarial e, em tese, sem reajustes arbitrários.

O participante não é “expulso” pelo custo; o sistema se ajusta coletivamente.

O reajuste excessivo nos planos de saúde é, na prática, um equacionamento atuarial informal, transferido unilateralmente ao consumidor.

Os ensinamentos hauridos da previdência para a saúde suplementar devem ser cotejados para que os aumentos excessivos dos planos de saúde não revelem um mutualismo imperfeito, em que o risco coletivo assole o indivíduo justamente no momento de sua maior vulnerabilidade.

A previdência complementar demonstra que equilíbrio atuarial não exige ruptura contratual, mas sim governança, previsibilidade e solidariedade geracional organizada.

Retornando ao foco do tema da judicialização crescente em relação aos planos de saúde, outros fatores que desencadeiam tais situações são decorrentes da demanda por medicamentos, bem como de tratamentos médicos-hospitalares com crescimento em torno de mais de 30%, nos últimos anos.

Para **José Cechin**, superintendente executivo do **IESS**, o estudo evidencia que o tema exige ação coordenada e imediata.

“A judicialização, em seu dizer, não é apenas um fenômeno jurídico; é um indicador de que nossas estruturas de diálogo, regulação e mediação ainda não estão funcionando como deveriam. Quando o Judiciário vira porta de entrada do sistema, todos perdem.”

Enfim. A judicialização dos planos de saúde consolidou-se como um fenômeno estrutural do sistema de saúde suplementar brasileiro refletindo tanto as deficiências regulatórias e contratuais do setor, quanto a crescente conscientização dos beneficiários acerca de seus direitos fundamentais. O elevado volume de demandas judiciais evidencia a persistente tensão entre, de um lado, a lógica econômica e atuarial das operadoras e, de outro, a natureza essencial do direito à saúde constitucionalmente assegurado.

A atuação do Poder Judiciário, embora frequentemente criticada sob o argumento de interferência excessiva na regulação setorial, tem desempenhado papel relevante na contenção de práticas abusivas, na proteção do consumidor e na concretização do princípio da dignidade da pessoa humana. Em muitos casos, a intervenção judicial surge como a única via efetiva para garantir o acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos indispensáveis à preservação da vida e da integridade física dos utentes.

Todavia, a judicialização excessiva também produz efeitos colaterais indesejáveis, como a insegurança jurídica, oo aumentos dos custos operacionais e o impacto indireto sobre os próprios consumidores, seja por meio do encarecimento dos planos, seja pela retração da oferta de determinados produtos. Nesse contexto, revela-se imprescindível o fortalecimento da regulação pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar** (ANS), com normas mais claras, atualizadas e aderentes à evolução tecnológica e científica da medicina, bem como a melhoria dos mecanismos de solução extrajudicial de conflitos.

A promulgação do novo **Marco Legal do Seguro** – Lei nº 15.040/2024 – oferece parâmetros relevantes para a reflexão crítica sobre esse cenário.

Ao reforçar princípios como a transparência, a boa-fé, a previsibilidade contratual e a adequada alocação de riscos, o novo diploma sinaliza uma mudança de paradigma na disciplina das relações securitárias, com potencial impacto indireto sobre o setor de saúde suplementar. A valorização da clareza das coberturas, da coerência entre o risco assumido e a contraprestação exigida, bem como do papel regulatório das autoridades competentes, aponta para um modelo menos conflituoso e mais orientado à prevenção de litígios.

Conclui-se, portanto, que a redução sustentável da judicialização dos planos de saúde não decorre da limitação do acesso ao Judiciário, mas da construção de um ambiente regulatório mais maduro e coerente, a exemplo do que foi feito com a previdência complementar.

Somente com normas mais modernas e uma regulamentação eficaz de efetiva proteção ao consumidor será possível assegurar a estabilidade do setor, com maior segurança jurídica com a concretização contínua do direito à saúde em um sistema equilibrado e socialmente justo.

É o que penso.

[**1**] InfoMoney, por Jamille Niero, 12/01/2026.

Porto Alegre, 18 de janeiro de 2026.