

Brasil tem 668 operadoras de plano de saúde e 53 milhões de beneficiários

* Reportagem publicada no **Anuário da Justiça Saúde Suplementar 2026**. A versão impressa está à venda na Livraria ConJur ([clique aqui](#)). Acesse a versão digital pelo site do **Anuário da Justiça** (anuario.conjur.com.br).

No ecossistema da saúde suplementar, a operadora é o “sol” em torno do qual os outros atores orbitam. Ela não é apenas uma empresa que recebe mensalidades; seu papel é multifacetado, atuando como gestora de risco, pagadora e organizadora do cuidado. Sua missão central é a de mutualismo, ou seja, coletar recursos de muitos (os beneficiários) para pagar as despesas de poucos que adoecem.

São as empresas que comercializam e gerenciam os planos. Elas assumem o risco assistencial. Podem ser medicinas de grupo, cooperativas (como as Unimed), seguradoras especializadas em saúde ou autogestão (empresas que cuidam do plano dos próprios funcionários).

Para desempenhar seu papel, a operadora calcula matematicamente quanto deve cobrar hoje para conseguir pagar uma cirurgia caríssima daqui a cinco anos. Por lei, ela deve manter reservas técnicas (dinheiro parado e aplicado) para garantir que, se todos os seus usuários precisarem de atendimento ao mesmo tempo, ela tenha como pagar.

Existem hoje no Brasil 668 operadoras de plano de saúde ativas e com beneficiários. A maior delas em volume de receitas é a Bradesco Saúde, seguida pela SulAmérica, Amil, Hapvida e Unimed Nacional. Já em número de segurados, a campeã é a Hapvida, seguida pelo Bradesco, SulAmérica e Amil. Somadas, as dez maiores operadoras têm 42% dos beneficiários e 50% das receitas de contraprestação, que corresponde ao total arrecadado com as mensalidades pagas pelos usuários no ano (dados da ANS, referentes ao período de março de 2025 a fevereiro de 2026).

Um caso à parte é a Unimed, que na verdade não é uma empresa única, mas sim uma confederação de cooperativas independentes. Existem cerca de 340 cooperativas médicas que formam o sistema Unimed e que ocupam três níveis nessa estrutura. No nível 1, a maioria, estão as cooperativas médicas singulares, que operam o próprio hospital em âmbito local; no nível 2, estão as federações que reúnem várias das cooperativas singulares e têm cobertura regional ou nacional, como a Unimed Nacional, que dá assistência a seus clientes em todo o país com base na rede de unidades singulares. No nível 3, a Unimed Brasil representa institucionalmente o sistema e define a estratégia da marca.

O sistema Unimed atende a cerca de 20 milhões de beneficiários e arrecadou R\$ 95 bilhões em 2025. Conta com 157 hospitais próprios e 118 mil médicos, que são, em última instância, os donos da cooperativa.

Segundo a ANS, as operadoras de planos de saúde arrecadaram, em 2025, cerca de R\$ 340 bilhões. Desse total, R\$ 275 bilhões foram transformados em despesas pagas aos prestadores de serviços de saúde — hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios e profissionais médicos. O que equivale a 82% do total arrecadado. Esta porcentagem, que indica o quanto os beneficiários usaram seus planos de saúde, representa a taxa de sinistralidade, um índice que tanto vai afetar a saúde financeira das operadoras quanto o valor das mensalidades pagas pelos usuários.



AS MAIORES OPERADORAS

EM BENEFICIÁRIOS	Em milhões de vidas	EM RECEITA	Em bilhões de R\$
Bradesco	3,2 mi	39,6 bi	
SulAmérica	2,3 mi	32,2 bi	
Amil	3,1 mi	27,9 bi	
Hapvida Notre Dame	7,5 mi	27,1 bi	
Unimed Nacional	1,8 mi	8,5 bi	
Porto Seguro	0,8 mi	8,1 bi	
Unimed Belo Horizonte	1,6 mi	7,7 bi	
Prevent Senior	0,5 mi	7,2 bi	
Unimed Seguros Saúde	1,0 mi	7,0 bi	
Unimed Rio	0,6 mi	4,4 bi	

Fonte: ANS/Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

Não cabe à operadora, necessariamente, prestar os serviços de assistência médico-hospitalar a seus clientes, mas, sim, selecionar quem vai fazer isso. Tendo como base critérios de qualidade, localização e custo, ela faz o credenciamento dos prestadores de tais serviços: hospitais, clínicas, laboratórios e médicos. Algumas operadoras optam por ser donas dos próprios hospitais para ter controle total sobre o custo e a qualidade, eliminando a figura do “intermediário”.

O Brasil tem cerca de 4.200 hospitais privados. Destes, aproximadamente 2.300 têm fins lucrativos e atendem diretamente ao setor suplementar. Ao todo, são 160 mil leitos. Estima-se a existência de 12 mil a 15 mil unidades de laboratórios de análises clínicas e centros de diagnóstico por imagem.

O número de médicos já ultrapassou a marca de 570 mil profissionais. Na saúde suplementar, a maioria atua de forma híbrida, atendendo em consultório próprio e na rede credenciada dos planos de saúde. Enfermeiros, técnicos e auxiliares somam mais de 2,8 milhões, sendo o setor privado um dos maiores empregadores desta categoria, especialmente em regime hospitalar. Somam-se ao trabalho de assistência outros paramédicos, como fisioterapeutas (350 mil), psicólogos (450 mil) e nutricionistas (170 mil). Contando, ainda, o pessoal administrativo e de serviços, são por volta de cinco milhões de pessoas na iniciativa privada dedicadas a cuidar da saúde dos brasileiros.

Outro ator importante na assistência à saúde é a indústria farmacêutica. Ela não é apenas quem vende remédios, mas quem dita grande parte do custo da tecnologia hospitalar. A velocidade com que a indústria lança novas drogas é maior do que a capacidade das operadoras de absorverem esses custos, criando um gargalo que a ANS tenta regular por meio da atualização do seu rol de procedimentos. Muitos dos processos que alimentam a judicialização da saúde vêm dos pedidos de medicamentos de alta tecnologia e alto custo produzidos pela indústria farmacêutica e não incluídos no rol.

Do outro lado do balcão estão os clientes. São 53 milhões de beneficiários divididos em dois blocos: oito milhões com planos individuais ou familiares e 44 milhões com planos empresariais. No primeiro bloco, o reajuste da mensalidade é controlado pela ANS, que procura mantê-lo próximo da evolução do custo de vida geral, medido pelo IPCA. Já o preço dos planos empresariais é reajustado por livre negociação entre operadoras e empresas, sob vigilância da ANS que procura mantê-lo próximo do VCMH, o índice de variação dos custos médico-hospitalares. Esses reajustes seguem como uma poderosa fonte de judicialização.

ANUÁRIO DA JUSTIÇA SAÚDE SUPLEMENTAR 2026

Lançamento: 10/6/2026

ISSN: 2595-8690

Número de páginas: 204

Versão impressa: R\$ 50, à venda na [Livraria ConJur](http://LivrariaConJur.com.br) (loja.conjur.com.br)

Versão digital: Gratuita, disponível a partir de 10/6 no site do [Anuário da Justiça](http://Anuario.conjur.com.br) (anuario.conjur.com.br)

Viabilizadores desta edição

Instituto Consenso

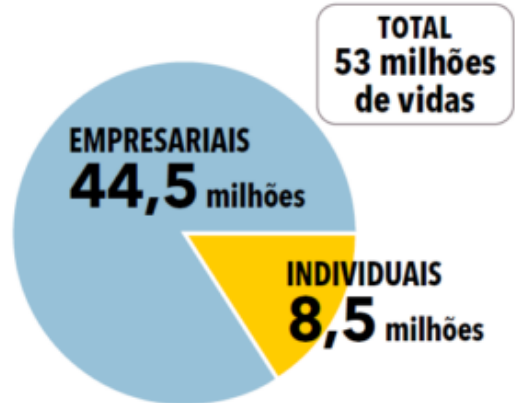
Abramge

CNSaúde

Prevent Senior

Fonte: <https://conjur.jumps.com.br/2026-jun-12/brasil-tem-668-operadoras-de-plano-de-saude-e-53-milhoes-de-beneficiarios/>

PLANOS DE SAÚDE | BENEFICIÁRIOS



Fonte: ANS/Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar

ESTATUTO DOS DIREITOS DO PACIENTE

Sancionado em abril de 2026, por meio da Lei 15.378/2026, pretende dar mais clareza e autonomia para quem precisa de cuidados médicos, seja no SUS ou em hospitais particulares.

1 Autonomia do paciente

CONSENTIMENTO: Nenhum tratamento ou cirurgia pode ser feito sem que o paciente entenda e aceite (salvo em risco imediato de morte ou se o paciente estiver inconsciente).

DESISTÊNCIA: É possível interromper um tratamento a qualquer momento, sem sofrer punições por isso.

SEGUNDA OPINIÃO: O paciente tem o direito de ouvir outro médico ou serviço de saúde sobre o seu caso.

CULTURA E RELIGIÃO: O hospital e os médicos devem respeitar crenças e costumes.

2 Privacidade e informação

ACESSO AO PRONTUÁRIO: O paciente pode ver e ter uma cópia de seu histórico médico, sem custo e sem justificativa.

CONFIDENCIALIDADE: Informações de saúde são particulares e não podem ser compartilhadas sem autorização, mesmo após a morte.

3 Cuidados no fim da vida

DIRETIVAS ANTECIPADAS: O paciente pode deixar registrado por escrito quais tratamentos aceita receber no futuro caso fique incapaz de se expressar.

CUIDADOS PALIATIVOS: É direito do paciente ter um tratamento que alivie a dor e o sofrimento.

4 Deveres do paciente

FALAR A VERDADE: Dar informações completas sobre sua saúde e remédios que toma.

TRATAMENTO: Avisar ao médico se decidir parar o tratamento ou se sentir alguma mudança no seu estado.