

Lucro dos planos de saúde dispara 131,9% no primeiro semestre e levanta debate sobre impacto aos consumidores

O setor de saúde suplementar está nas alturas. Dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) revelam que os planos de saúde registraram um lucro líquido de R\$ 12,9 bilhões no primeiro semestre de 2025. O montante representa um salto de 131,9% em relação ao mesmo período do ano passado e já supera todo o resultado de 2024, que havia somado R\$ 10,2 bilhões.

Tal desempenho chama atenção porque ocorre em meio a um cenário de reajustes elevados para os beneficiários. Segundo a ANS, o resultado equivale a 6,8% de toda a receita do setor, que alcançou R\$ 190 bilhões. “Este é o maior lucro nominal desde 2018, superior até ao período da pandemia, quando houve queda expressiva na utilização dos serviços”, informou o órgão regulador.

Esse levantamento mostra que as operadoras de grande porte foram responsáveis pela maior fatia do lucro, totalizando R\$ 9,7 bilhões, quase o triplo do obtido no ano passado. Já as de médio porte tiveram o maior crescimento percentual, de 622%, alcançando R\$ 2 bilhões. Vale ressaltar que o número de novos beneficiários também aumentou 12%, no ano passado, e as projeções é que neste ano tenha o mesmo crescimento, de acordo com a ANS. O crescimento médio de número de beneficiários é de 12%, entre 2010 a 2022, com base no Censo de 2022.

O resultado foi impulsionado principalmente por três fatores: o aumento do resultado operacional, que chegou a R\$ 6,3 bilhões; a manutenção de receitas financeiras robustas em um cenário de juros altos, que renderam R\$ 6,8 bilhões; e a queda da sinistralidade — indicador que mede o quanto da receita é gasto com atendimento — para 81,1%, o menor índice para um primeiro semestre desde 2018. Tal queda de sinistralidade pode estar maquiada pelo número de negativas de tratamentos abusivos, no qual, os consumidores não procuram seus direitos.

Para o advogado Thayan Fernando Ferreira, especialista em direito de saúde e direito público, os números refletem tanto a força das operadoras quanto o peso que recai sobre os clientes. “O lucro recorde não se deve apenas à eficiência das empresas, mas também às regras que permitem reajustes anuais das mensalidades em patamar superior ao avanço das despesas assistenciais. Isso assegura a sustentabilidade das operadoras, mas pressiona os consumidores, que sentem cada vez mais dificuldade em manter seus planos”, explica.

Em contrapartida, os números de processo aumentaram significativamente, em mesmo período. O CNJ determinou que os números de processos aumentaram em 6,8%, comparado ao ano passado. As reclamações campeãs são reajustes abusivos, problemas com reembolso, descredenciamento, cancelamento unilateral, exclusão de dependentes e negativa de cobertura. Ressalta-se que o reajuste máximo é determinado pela Agência nacional de saúde, no qual, delimita anualmente o percentual que pode ser alterado e alterado por idade.

Thayan, que ainda é membro da comissão de direito médico da OAB-MG e diretor do [escritório Ferreira Cruz Advogados](#), alerta que o crescimento expressivo do setor não pode servir de justificativa para práticas abusivas. “Quando houver negativa de cobertura ou reajustes que pareçam desproporcionais, o beneficiário deve registrar queixa junto à ANS e, se necessário, acionar a Justiça. O lucro das operadoras não pode ser obtido às custas da restrição de direitos”, acrescenta.

Neste cenário, em que, com aumento de lucros, caem por terra os argumentos sempre levantados pelas operadoras de planos de saúde. “A necessidade de haver equilíbrio financeiro-econômico dos contratos coletivos e individuais, visto que há um grande aumento da sinistralidade dos contratos. Diante desses dados, podemos ver que os planos de saúde têm lucros bilionários, aumentando os valores das mensalidades – em muitos casos indevidamente- e entregando serviços de péssima

qualidade e com pouca rede credenciada. O panorama é claro, aumentar o lucro e reduzir os custos, de qualquer maneira. E com isso os processos judiciais vão se avolumando”, observa o advogado

Este fenômeno foi denominado como litigância predatória reversa, no qual, empresas gigantescas descumprem todos os regulamentos e regras legais para que se tenha um custo ainda menor ao consumidor, entregando, assim, um serviço de péssima qualidade e de pouca extensão. Inclusive, o ministro do supremo tribunal de justiça Herman Benjamin, no julgamento REsp 2.021.665/MS, frisou que tais empresas, em ramos como da saúde, descumprem decisões judiciais, súmulas, regulamentos, leis e dentre outros meios legais, em tudo e para todos, forçando aos consumidores procurarem a justiça, sem outra alternativa.

“As empresas descumprem até mesmo decisões judiciais, em casos já na justiça, imagina-se o que eles fazem com os pacientes fora dos olhos da justiça. As decisões precisam ser mais severas, com punições exemplares, a fim de desincentivar que tais práticas aconteçam. Precisamos olhar este fenômeno de forma franca e honesta, com mudanças, tanto de postura dos juízes, como também de alterações legislativas para que possa dar ferramentas para punir empresas que descumprem o que é para ser cumprido. Precisa-se dar um basta”, acrescenta Thayan.

Neste fogo cruzado, estão mais de 50 milhões de brasileiros atendidos, e com crescimentos anuais expressivos ano após ano, conforme indica a ANS. Com isso, os planos de saúde se consolidam como um dos setores mais lucrativos do país. O desafio, no entanto, é equilibrar a sustentabilidade financeira das operadoras com a garantia de acesso e qualidade para os consumidores.

Especialistas destacam que a discussão sobre a regulação do setor deve ganhar força nos próximos meses, especialmente diante da disparada nos lucros e da pressão crescente sobre os beneficiários.

Fonte: Ambrósio Comunicação, em 10.09.2025