

COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE – IBA
ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA

Data: 13 de janeiro de 2026

Horário: 14h00 às 16h00

Local: Reunião virtual – Google Meet

(Link: <https://meet.google.com/vrv-tkhc-mms>)

Participantes MIBA: 44 participantes, cfe. relação abaixo:

José Antônio Lumertz	MIBA	448
Magali R Zeller	MIBA	687
Claudia Campestrini	MIBA	887
Andréa Cristina Fonseca Cardoso	MIBA	999
RENATA GASPARELLO DE ALMEIDA	MIBA	1013
Andrea	MIBA	1066
Sandra Regina Odeli	MIBA	1209
Kátia Bezerra da Silva	MIBA	1337
Beatriz Resende Rios da Mata Pfeilsticker	MIBA	1474
Cristiane Zanoni	MIBA	1523
Wagner Diniz da Silva	MIBA	1541
Rafael Sobral Melo	MIBA	1572
Bruno Alves Gomes	MIBA	1632
Glance Anne Carvas da Silva	MIBA	1640
Raquel Fernandes Barbosa Pereira	MIBA	2007
Aline Cassia da Silva Souza	MIBA	2237
Lindira Moreira santana	MIBA	2316
Luis Filipe Moura	MIBA	2448
Lucas Azevedo Fonseca	MIBA	2461
João Paulo Ribeiro Longo	MIBA	2648
PRISCILA SANTOS PORTAL	MIBA	2654
Andreza de Oliveira Madureira	MIBA	2734
Ligiana Ferreira de Oliveira	MIBA	2765
Moisés Paolazzi	MIBA	2815
Felipe Deus da Nobrega	MIBA	2823
Laís Coelho Ayala	MIBA	2964
lucas emanuel alves ferreira	MIBA	3035
RAQUEL VIER LANGER	MIBA	3168
Lorena Josino Silva Braga	MIBA	3178
Luana Pereira de Souza	MIBA	3282
Josiane Correia de Souza Carvalho	MIBA	3287
Luanvir Luna da Silva	MIBA	3481
Gabriela Ribeiro Estevam	MIBA	3650
Murillo Joaquim dos Santos Oliveira	MIBA	3684

Thalita Cosso rangel Furno	MIBA	3694
Alisson Martiniano da Silva	MIBA	3828
Alisson Martiniano da Silva	MIBA	3828
Antonio Adolpho Pereira	MIBA	3898
Larissa Maracajá Porto Martins	MIBA	3964
gabriel reiss de castro	MIBA	4120

1. Abertura da Reunião

O Sr. J. A. Lumertz, Coordenador do Comitê Técnico de Saúde, deu início à reunião às 14h00, dando as boas-vindas aos participantes. A secretaria da reunião ficou a cargo da colega Cristiane Zanoni.

2. Aprovação da Ata Anterior

O Coordenador informou que a ata da reunião anterior – 09.dez. já se encontra disponível no site e reforçou a importância da confirmação de presença pelos participantes, a fim de cumprir o rito de governança, esclarecendo que a lista de presença está disponível tanto no site quanto no grupo de WhatsApp do Comitê.

3. Contexto Geral – Resultados de 2025 e Tendências para 2026

Foi apresentado o panorama do mercado de saúde suplementar, destacando-se que o ano de 2025 vem apresentando resultados positivos, com recomposição gradual do setor após a descapitalização ocorrida no período pós-pandemia. Ressaltou-se a necessidade dos valores acompanharem minimamente a inflação médica, para recomposição do capital de giro e manutenção da solvência das operadoras. Observa-se, ainda, que nos últimos cinco anos pós pandemia, existe carência de recomposição do capital, com grande oscilação entre operadoras de médio e grande porte, além dos respectivos segmentos.

Para 2026, foi mencionada a estimativa de inflação médica em 9,8%, conforme estudo internacional. Destacou-se que, embora o IPCA tenha fechado abaixo da meta de inflação, este índice não reflete adequadamente a inflação do setor de saúde suplementar, tampouco a taxa de juros se mostra plenamente representativa nesse contexto.

Foi abordada a relevância da receita financeira no processo de recomposição, incluindo os retornos provenientes das provisões técnicas (exceto a PIC), bem como dos recursos próprios das operadoras. Comentou-se, ainda, que o resultado do 3º trimestre de 2025, divulgado pela ANS, se apresentou positivo para as operadoras.

4. ABRAMGE – Apresentação

Apresentador: Marcos Paulo Novaes Silva

Apesar dos desafios enfrentados pelo setor em 2025, foi destacado que o ano foi positivo para as operadoras. Foram apresentadas as perspectivas da ABRAMGE para 2026, com ênfase em:

- Ganho de escala e ampliação do acesso;
- Inovação em produtos, incluindo modelos alternativos;
- Estudo sobre adoção de modelo misto de pagamento, no qual consultas, exames e terapias são custeados em regime de preço pós estabelecido para o beneficiário, enquanto a parte hospitalar permanece em regime de preço preestabelecido para a operadora, em rede credenciada com valores mais acessíveis;
- Coletivização do risco até o limite do grupo, com menção à entrada da empresa americana Crowdcare no mercado, a qual não possui registro na ANS nem na SUSEP;
- Propostas para solução das demandas relacionadas às doenças raras, incluindo a criação de um fundo universal por pessoa, acessível tanto na saúde suplementar quanto na saúde pública;
- Defesa da revisão técnica para que o processo entre em vigor com maior celeridade;
- Proposição de um modelo bayesiano de credibilidade junto à ANS, visando adequar a classificação de qualidade ao porte das operadoras;
- Esclarecimentos sobre a atuação do Judiciário em temas relacionados às operadoras, como o acesso a medicamentos de uso domiciliar (ex.: bomba de insulina);
- Enfrentamento do envelhecimento populacional, com soluções internas e operacionais, redes mais personalizadas, maior controle de risco e estruturação de recursos financeiros adequados.

Houve manifestações sobre os pontos acima e sobre outras alternativas que poderão ser tratadas.

5. Documento – Cancelamento de Contrato Coletivo

Responsável: Kátia

Prazo para contribuições: até 24/01/2025

Foi dada ciência ao documento previamente encaminhado aos sócios, com o objetivo de prestar esclarecimentos junto ao Comitê Técnico. O material, anexado, trata da vigência mínima dos contratos coletivos, sendo de domínio público e destinado ao maior conhecimento e compartilhamento com outros players. Ficou ratificado que o documento terá o referencial do CT Saúde, ficando anexo à presente Ata.

6. Plano de Gestão Anual 2026 – ANS

Foram apresentados os alinhamentos dos trabalhos a serem realizados pela ANS em 2026, com destaque para:

- a) Programa de Prevenção como forma mais eficiente de mitigar a sinistralidade futura;
- b) Modelos de remuneração aos Prestadores: a colega Renata Gasparello discorreu sobre o GT no âmbito do COPISS/ANS, tendo por base a ponderação maior da qualidade no atendimento, em complemento ao *fee for servisse*. Houve a indicação de convite à participação de alguns membros do CT Saúde no GT COPISS/ANS, cujo plano de trabalho será desenvolvido ao longo de 2026. Lumertz pediu que os interessados enviassem a indicação até 24/01/2025, sendo reiterada a necessidade de domínios dos respectivos modelos de remuneração; será enviado e-mail para saude.valor@ans.gov.br;
- c) Indicação do Lumertz, para criação de um modelo para bônus, como incentivo à adoção de práticas preventivas de cuidado com a saúde. Renata indicou que as propostas sejam direcionadas à presidência da ANS, para solicitação de agenda para aprofundamento dos temas.

Lumertz comentou sobre o modelo de NTRP – RDC 28/2000 e RN 564, para a qual foi realizado um trabalho de análise e envio de sugestões à ANS (já há uns dez anos). Bia também lembrou do assunto e irá resgatar o trabalho. Assunto em desenvolvimento.

Sobre os modelos de precificação e as eventuais alternativas e complementos ao modelo do RRS, Lumertz comentou sobre os estudos de um produto conjugando VGBL e PGBL com Planos de Saúde, ou seja, objetivando mitigar as mensalidades nas idades mais elevadas e seus reajustes, que decorrem em maior proporção da inflação médica. Outro ponto fundamental e já superado na discussão da pulverização do risco – RN 430, atual 517, é a adequação da nomenclatura. Neste caso poderia ser: Remissão por Sobrevivência, pois a figura da Remissão já é de pleno domínio do Setor. Há modelos para discussão. Tema em análise e com viabilidade de desenvolvimento.

7. IA – Chat de Respostas / Site de Informação

Foi discutido o uso de ferramentas de Inteligência Artificial, como apoio às informações do setor, destacando-se o ganho de velocidade e consistência na análise de dados, recomendando-se a necessária avaliação crítica. Ressaltou-se a agilidade na interpretação de normativos da ANS, como Resoluções, TISS e TUSS, enfatizando que tais ferramentas não substituem a devida avaliação técnica e atuarial. O colega Rafael enviou um comentário, que foi sintetizado por Lumertz, e que está em anexo a esta ata.

8. Assuntos Gerais

- **IRPI – Metodologia Retrospectiva e Prospectiva (adições ao ROL):** assunto adiado;

- **Teste de aderência ao reajuste aplicado:** assunto adiado;
- **Outros:** GTs:
 - Autogestão: assuntos em andamento, coordenados pela colega Cláudia Campestrini;
 - Estatuto do Idoso: assuntos em andamento, coordenados pela colega Kátia;
 - Reajuste de Contratos Coletivos: assuntos em andamento, coordenados pelo colega Luís Filipe B. Moura;
 - Inter Comitês. Lumertz comentou sobre Pós-Emprego (assuntos em andamento) e Lorena comentou sobre o CPA de Perícia em Saúde, cujo texto final do CPA já foi avaliado no CT de Perícia e carece da manifestação do CT de Saúde. Dentro deste enfoque e objetivo, já ficou pautado para a próxima reunião – dia 10/fev./26.

Colocada a palavra à disposição, a colega Priscila comentou sobre a oportunidade de inscrição no Congresso IBA, com desconto. Virada de chave dia 14/jan./26, sendo muito recomendado, visto o nível do desconto.

9. Encerramento

Nada mais havendo a tratar, Lumertz encerrou a reunião às **15:50**, lembrando da data da próxima reunião no próximo dia 10/02/2026, cujos secretários previstos serão:

10/fev/26	Murilo J. dos Santos Oliveira e Maria Campos
------------------	---

Assinado por:

Cristiane Zanoni

B4343B68CC494FA...

Cristiane Zanoni - MIBA 1523

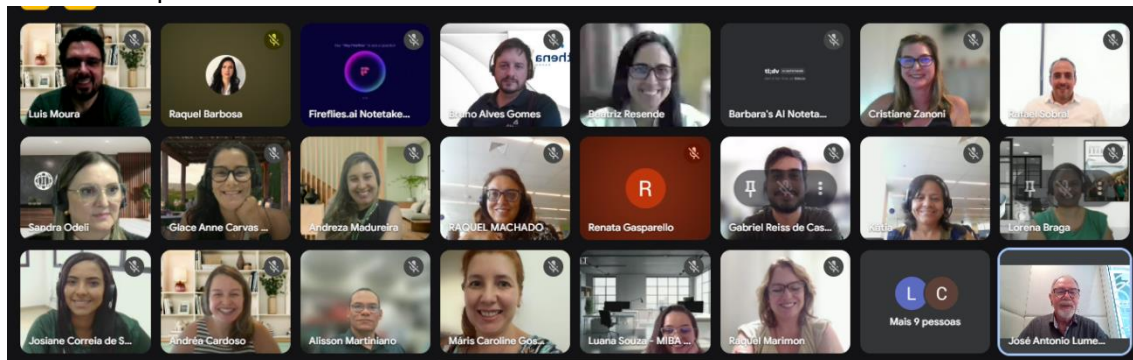
Secretariou esta reunião

Diretoria Técnica de Saúde	Coordenação do CT Saúde
Rafael Sobral Melo - (MIBA 1572)	J. A. Lumertz (MIBA 448) - Titular Sandra Odeli (MIBA 1209) - Suplente

ANEXOS:

1. Texto do Documento da Kátia, em análise até 24/jan./26; e
2. Texto do e-mail enviado pelo Rafael.

Foto do Grupo:



6.b) Relação dos Componentes do Grupo de Estudos: Formas de Remuneração dos Prestadores/ANS: fechado dia 14/jan./26

- Multiplicadores – Efetivos:

Rafael Sobral – Diretor de Saúde
Raquel Marimon – Diretora de Integração
José A. Lumertz – Coord. CT Saúde
Luís F. B. Mouro – GT Reaj. Cont. Coletivos

- Suplentes:

Sandra Odeli – Coord. CT Saúde Suplente
Lorena Braga – CT Perícias
Andréa Mente – CT Previdência
Beatriz Rezende.

Anexo 1 – Documento Kátia Aprovado na reunião do CT Saúde

Documento anexo como parte integrante desta Ata

Anexo 2 – Texto do e-mail do Rafael:

Oi, professor Lumertz,

Infelizmente não vou conseguir participar.
Tenho uma reunião externa. Mas o que teria para dizer é:

Ganha-se em **velocidade, consistência e integração de dados**, mas é essencial manter o **julgamento técnico e a validação profissional**.

Principais ganhos:

- Agilidade na **interpretação de normas da ANS** (RNs, INs, NTs).
- Apoio na **análise de IDSS, TISS, TUSS e sinistralidade**.
- Facilita **cruzamento de bases públicas** (ANS, IESS, DATASUS, IBGE).
- Gera **sínteses técnicas rápidas e fundamentadas**.
- Ajuda na **construção de pareceres, estudos atuariais e relatórios regulatórios**.
- Serve como **assistente de consulta e atualização normativa**.

Pontos de atenção:

- É uma **ferramenta de apoio**, não substitui o **ato técnico-atuarial**.
- As informações devem ser **validadas nas fontes oficiais citadas**.
- Por ser **dinâmico e evolutivo**, pode haver **ajustes de precisão** com o tempo.
- Requer **uso crítico e ético**, sem repassar respostas automáticas sem checagem.

E uma reflexão importante:

Vivemos uma era de **excesso de informação e escassez de tempo**. A diferença entre o atuário tradicional e o do futuro está na **capacidade de usar a inteligência artificial como aliada**, filtrando, validando e transformando dados em **decisão estratégica**. Quem dominar a **interpretação e integração inteligente da informação** continuará sendo indispensável, não por saber tudo, mas por **saber o que realmente importa**.

Rafael Esteves Miguel da Silva
Gestão de Planejamento e Informação
Tel.: (31) 3277-2599

===== >>> fim dos Anexos

Impactos Atuariais e Regulatórios da Alteração nas Regras de Cancelamento de Contratos Coletivos

Referências às Normas da ANS e Premissas Atuariais

I. Objetivo

Explicar os principais impactos de eventual mudança na regra de cancelamento dos contratos coletivos, incluindo as condições de multa e aviso prévio.

II. Cláusula de Rescisão

Primeiramente, importante mencionar as condições do contrato que versam sobre rescisão:

A rescisão do contrato poderá ocorrer por iniciativa de qualquer das partes, após o término do prazo de vigência inicial estabelecido*, desde que a parte contrária seja **previamente notificada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**.

() Obs.: há negociações de contratações com prazo superior a 12 meses, dentro do qual são diluídos os custos iniciais de contratação e cadastramento no SIB.*

Caso a rescisão ocorra antes do prazo mínimo de vigência estabelecido, será aplicada multa rescisória conforme previsto contratualmente, além da obrigação de quitação das demais responsabilidades financeiras até a data da extinção do contrato, que incluem:

- **Mensalidades pendentes** até a data efetiva da extinção;
- **Valores de coparticipação e franquia** decorrentes de serviços utilizados antes da rescisão, mesmo que cobrados posteriormente;
- **Encargos contratuais adicionais**, como taxas administrativas ou custos previstos no contrato;

- **Despesas assistenciais já realizadas**, cuja cobrança ocorra após a rescisão, mas que se referem a eventos anteriores à rescisão contratual

Essas são as condições / premissas consideradas para o processo de precificação do plano de saúde, que será detalhado a seguir.

III. Precificação:

O preço de um plano de saúde é calculado com base na Mutualização Média para um período anual, diluindo eventuais sazonalidades, ou seja, o período de 12 meses. Isso significa que o valor informado geralmente corresponde à mensalidade média para um período de 12 meses ou múltiplos (face eventual sazonalidade dos riscos de assistência à saúde).

a. Formação do Preço

É a forma de cálculo do valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) de plano de saúde. A formação do preço para os contratos coletivos é:

Pré-Estabelecido, ou seja, quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas, com base no risco que é calculado na contratação, levando em consideração diversos fatores, como perfil da massa assistida e expectativa de tempo de permanência do cliente no contrato. O valor final é fixo e não pode variar mensalmente de acordo com as despesas. Por isso, é importante que o preço comporte de forma adequada o risco da contratação.

b. Metodologia de Cálculo

Na saúde suplementar, o sistema financeiro atuarial mais utilizado é o de repartição simples anual.

Nesse sistema, os custos projetados para cada exercício/ano são rateados entre todos os beneficiários, buscando o equilíbrio financeiro-atuarial entre receita e despesa.

A estimativa das despesas futuras é baseada na experiência passada, e a metodologia utilizada para essa previsão é a **Teoria do Risco Coletivo**.

No processo de precificação do custo existem três tipos de prêmio:

✓ Prêmio de Risco ou Prêmio Estatístico

Esse método começa com o cálculo da estimativa do prêmio de risco, passando por um processo de regularização estatística (modelagem).

✓ Prêmio Puro (Esperado)

É igual ao prêmio de risco mais um carregamento de segurança estatístico (θ) por conta das oscilações nas projeções.

$$P = E[S] \times (1 + \theta)$$

✓ Prêmio Comercial (π)

Corresponde ao prêmio esperado acrescido do carregamento para as demais despesas da Operadora (α), tributários, incluído os carregamentos comerciais iniciais (agenciamento) e contínuos e da margem para lucro esperado.

$$\text{Prêmio Comercial} = \frac{\text{prêmio esperado}}{(1 - \text{taxa de carregamento})}$$

c. Riscos Atuariais Associados ao Cancelamento Imediato

1. Risco de Antisseleção

A metodologia mencionada acima parte de premissas alinhadas com o contexto regulatório do mercado de saúde suplementar.

Uma das premissas considerada, como já exposto, é o tempo mínimo de permanência de 12 (doze) meses do cliente no contrato. A partir desse período, se estima o volume de despesas x receita (com base no perfil do grupo em experiências passadas), para, a partir disso, iniciar-se o processo de precificação.

Tem-se, ainda, como premissa, a não evasão de clientes. Essa é outra premissa considerada nesse processo. A estipulação de mecanismos como aviso prévio/multa, utilizados por todo o mercado, ajudam a inibir a prática indevida do cliente que contrata o plano somente quando precisa utilizá-lo – Risco Moral.

Se as pessoas jurídicas clientes pudessem cancelar o contrato, a qualquer momento, logo após consumir serviços de alto custo, como internações ou cirurgias, haveria um imenso desequilíbrio na mutualidade, pois os custos seriam concentrados em poucos períodos, exigindo uma diluição mais severa, além de uma maior margem de segurança para convergência da oscilação da sinistralidade. Certamente isso alteraria de forma significativa os critérios e valores da precificação.

2. Volatilidade na Carteira

A possibilidade de cancelamentos de contratos de forma imediata, traz como impacto também o aumento da rotatividade desses contratos, dificultando a previsibilidade de sinistralidade. Isso compromete a precificação atuarial e a sustentabilidade financeira da carteira, além de comprometer a descontinuidade de tratamentos mais severos, pela troca de prestadores ou do respectivo especialista.

3. Gestão da rede credenciada

Cancelamentos abruptos impactam negociações com prestadores, podendo gerar quebra contratual e aumento de custos assistenciais. A regra assegura estabilidade operacional e cumprimento de contratos com a rede credenciada.

4. Desequilíbrio na mutualidade:

A lógica do seguro/plano de saúde depende da diluição de riscos entre muitos, figura inerente à massificação da carteira (Teorema de Bernoulli). O anseio do usuário por um seguro/plano de saúde está diretamente associado a previsibilidade em seu orçamento mensal, de gastos frente ao custo do atendimento à saúde. Assim como o usuário, a Seguradora/Operadora realiza suas projeções com base nessa mesma previsibilidade esperada. A mútua é gerida com base na expectativa de ambas as partes para com o outro: enquanto o usuário

espera que a mensalidade paga seja suficiente para arcar com suas despesas médicas futuras, a Gestora espera que o usuário tenha compromisso com o prazo de seu contrato.

5. Perda de Receita Repentina

A redução na receita operacional de contratos pode ocasionar descompasso no fluxo financeiro, ocasionando impactos financeiros junto aos prestadores, serviços ao usuário ou até mesmo ao corpo funcional da Operadora.

6. Impacto na Provisão de Riscos e de Sinistros

As provisões técnicas (como PPNG – Provisão de Prêmios Não Ganhos e PEONA – Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados) podem ficar subdimensionadas se não houver tempo para ajustar os modelos com base na nova realidade de cancelamentos. A previsibilidade de receita é essencial para garantir solvência e evitar risco regulatório, inclusive conforme normas da ANS.

7. Mercado competitivo:

Em um mercado altamente competitivo, com participação de intermediadores, que, quanto mais incentivam as novas contratações pelos clientes, mais ganham comissão, a ausência do aviso prévio/tempo mínimo de permanência / multa contratual, acaba incentivando comportamentos predatórios com forte impacto apenas no ganho financeiro.

8. Diluição de custos administrativos

Os custos de implantação e manutenção, como cadastro – SIB com dificuldades tão conhecidas por todos, emissão de carteirinhas, autorizações e integração de sistemas são elevados. Como citado anteriormente, o prêmio é calculado de forma anual e apresentado na forma de 12 pagamentos mensais, médios. O pedido de exclusão prematuro impacta diretamente na diluição desses custos junto aos contratos.

9. Recuperação da comissão paga

A diluição dos custos de implementação e intermediação, por vezes, requerem pagamento antecipadamente. Sem permanência mínima, a operadora terá prejuízo financeiro imediato e comprometendo a sustentabilidade do contrato, além de incentivar que o intermediário se torna um mero coletor, sem qualquer responsabilidade junto ao contratante e/ou a Operadora.

IV. Considerações Finais

Os reajustes, forma de rescisões e aplicações de multas devem estar de acordo com as regras de contratação estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. O Anexo I, Tema XVII - Rescisão/Suspensão, da Instrução Normativa ANS nº 28, de 16 de dezembro de 2022 cita:

B) Nos contratos de Planos coletivos:

1. definir as condições para rescisão e suspensão;
2. nos planos coletivos empresariais contratados por empresários individuais, prever que o contrato somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar, para o contratante, as razões da rescisão no ato de comunicação;
3. especificar as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato;
4. especificar a multa nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses.

Além da informação supracita, a Resolução Normativa AN nº 557, de 14 de dezembro de 2022 estabelece:

Da Rescisão ou Suspensão

Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

As normativas foram incorporadas a este documento com o objetivo de evidenciar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reconhece a importância dos mecanismos apresentados para garantir a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras de planos de saúde.

Importante destacar, ainda, que, no primeiro ano de vigência contratual, há incidência da despesa de corretagem. A suspensão dos mecanismos que atuam como mantenedores da previsibilidade contratual pode resultar em aumento expressivo nas despesas das operadoras com esse custo, bem como demais custos administrativos de inclusão e portabilidade.

O modelo atualmente adotado para a comercialização de contratos de planos de saúde atribui responsabilidades insuficientes ao intermediador, limitando-se, em grande medida, à mera aproximação entre as partes envolvidas. Tal estrutura, ao vincular a remuneração do intermediador exclusivamente à celebração de novos contratos, acaba por incentivar a rotatividade constante de operadoras pelos consumidores, deslocando o foco da prestação de um serviço adequado para a obtenção de comissões sucessivas.

A ausência de mecanismos que assegurem a previsibilidade e a estabilidade na manutenção dos contratos tende a intensificar essas substituições sistemáticas, que passam a ocorrer não por iniciativa ou necessidade real do contratante, mas por estímulo direto do intermediador, cujo interesse econômico reside na celebração de novas contratações. Nesse cenário, torna-se imprescindível que a atividade de intermediação seja acompanhada de obrigações e responsabilidades proporcionais à sua relevância, de modo a evitar práticas que desvirtuem a finalidade da contratação e prejudiquem a continuidade e a segurança jurídica das relações estabelecidas.

A fim de se estimar os impactos de uma mudança na regra estabelecida, caso os mecanismos de manutenção mínima do contrato sejam excluídos (aviso prévio / multa / tempo mínimo de permanência), não há dúvidas de que o tempo de permanência do cliente no contrato será reduzido. Por hipótese, se ele for reduzido em 30% ao observado atualmente, isso acarretaria um aumento de quase 60% nos preços do plano de saúde.

Ou seja, o valor da faixa etária de 29-33 de um plano de saúde, XXX – coparticipação de 30% para uma empresa de até 29 vidas é o valor de R\$ 568,14, portanto passaria para R\$ 908,28. Na mesma proporção, os reajustes anuais aplicados a essa carteira seriam agravados.

Esse incremento ocorre devido a mudança em 2 critérios no processo de precificação:

✓ No prêmio de risco – considerando que o cliente poderia contratar o plano para utilizar e depois rescindir o contrato, é esperado que haja uma maior concentração de utilização do plano em um período inferior de permanência no contrato. Com isso, se considerarmos uma redução do período mínimo de permanência de 30%; geraria um agravamento no preço de 50%.

✓ No prêmio comercial – atualmente a despesa de corretagem é diluída no preço, considerando o tempo médio de permanência dos clientes na carteira. Com a redução desse tempo médio em 30%, haveria uma menor diluição de forma no preço de venda seria agravado.

Outro ponto relevante é o crescente movimento de migração entre operadoras, impulsionado majoritariamente por incentivos financeiros vinculados à corretagem. Quando essa prática não está fundamentada em critérios técnicos ou na real necessidade assistencial dos beneficiários, compromete a estabilidade atuarial dos contratos.

A rotatividade artificial de vidas impacta diretamente os indicadores de sinistralidade, dificulta a precificação adequada dos produtos, gera desequilíbrios nas carteiras e, como consequência, agrava os preços dos planos de saúde. Com isso, tal conduta acaba expondo os beneficiários a riscos de descontinuidade de cobertura e à perda de garantias contratuais, considerando a dificuldade de manutenção de seus contratos de planos de saúde, diante da necessidade de aplicação de reajustes elevados ou dificuldade de nova contratação diante de preços elevados que seriam necessários para comportar essa mudança de regra.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2026.



Kátia Bezerra Silva
Atuário Responsável
MIBA 1337