

FAQ – Reajuste das Mensalidades dos planos do Unafisco Saúde 2026

O reajuste anual das mensalidades é um dos temas mais relevantes para a sustentabilidade do Unafisco Saúde e, naturalmente, desperta dúvidas entre os beneficiários. Com o compromisso de promover transparência, ampliar o entendimento sobre o processo decisório e fortalecer a participação dos beneficiários, reunimos as principais perguntas sobre o reajuste das mensalidades e seus respectivos esclarecimentos.

As respostas abaixo foram elaboradas com base nos estudos atuariais independentes contratados pelo Unafisco Saúde, nas informações apresentadas pela Diretoria do Plano de Saúde e nas regras que orientam o funcionamento da operadora, buscando traduzir conceitos técnicos em linguagem clara e acessível.

FUNDAMENTOS DO REAJUSTE

1- Por que o Unafisco Saúde realiza reajuste das mensalidades todos os anos?

O reajuste anual é um mecanismo necessário do mercado de saúde suplementar para manter o equilíbrio econômico-financeiro do plano diante da evolução contínua dos custos da assistência à saúde.

Ao longo de cada ano, hospitais, clínicas, laboratórios, profissionais de saúde, medicamentos, materiais especiais e novas tecnologias sofrem reajustes superiores aos índices gerais da economia. Há inclusive um índice que mede essa inflação: VCMH (Variação Custo Médico-Hospitalar)

Ainda contribuem para essa variação mudanças regulatórias (como novas inscrições no rol obrigatório), incorporação de novas tecnologias e medicamentos de alto valor e a sazonalidade na utilização da assistência pelos beneficiários.

Como operadora de autogestão, o Unafisco Saúde não possui finalidade lucrativa. Toda a receita arrecadada é destinada ao custeio da assistência, ao pagamento dos prestadores de serviços, ao cumprimento das exigências regulatórias, manutenção das reservas e solidez da sustentabilidade do plano.

O reajuste anual tem por objetivo garantir que as receitas de mensalidades acompanhem a evolução das despesas assistenciais, preservando a continuidade e a qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários e o patrimônio do Sindifisco Nacional

2- Como é definido o percentual de reajuste?

O percentual de reajuste das mensalidades é definido de forma técnica. Ele é calculado com base em estudos atuariais independentes, elaborados por empresas especializadas, que analisam o comportamento assistencial, financeiro e cadastral do Unafisco Saúde, no período de abril de 2025 a março de 2026, e projetam as necessidades de receita para os 12 meses seguintes ao reajuste.

Para subsidiar a definição dos reajustes para o período de 1º de agosto de 2026 a 31 de julho de 2027, a Diretoria de Plano de Saúde contratou duas consultorias atuariais independentes, ambas com reconhecida experiência no mercado de saúde suplementar: CTS e Wedan.

3- Quais premissas e fatores foram considerados pelas consultorias atuariais?

As consultorias receberam a mesma base de dados assistenciais, financeiras e cadastrais, referente ao período de 1º de abril de 2025 a 31 de março de 2026, e elaboraram seus estudos de forma independente, observando as premissas técnicas e atuariais aplicáveis ao setor.

Esses estudos utilizam modelos estatísticos e atuariais que consideram um conjunto de fatores capazes de refletir a realidade da operadora e antecipar os desafios do período de vigência do reajuste, visando manter o equilíbrio entre receitas e despesas da operadora, nos 12 meses seguintes a partir do reajuste estabelecido. Esses estudos não analisam apenas a situação atual do plano. Eles procuram antecipar cenários futuros, permitindo que decisões sejam tomadas de forma preventiva e responsável.

Entre os principais fatores avaliados estão:

- evolução das despesas assistenciais;
- incorporação de novas coberturas;
- reajustes praticados pela rede credenciada;
- evolução das despesas médico-hospitalares;
- frequência de utilização dos serviços pelos beneficiários;
- sinistralidade da carteira;
- inflação médica;
- custo médio por beneficiário e por atendimento;
- envelhecimento da população assistida;
- crescimento ou redução da carteira de beneficiários;
- despesas administrativas;
- necessidade de manutenção das reservas financeiras e regulatórias; e
- projeções econômicas e atuariais para o período seguinte.

CONCEITOS E INDICADORES

4- O que é sinistralidade?

Sinistralidade é um dos principais indicadores utilizados na gestão de planos de saúde. Ela representa a relação entre a receita arrecadada com as mensalidades e as despesas destinadas ao pagamento da assistência médica e hospitalar.

Quanto maior a sinistralidade, menor tende a ser a margem financeira disponível para suportar oscilações futuras e garantir a sustentabilidade do plano.

5- Por que o reajuste das mensalidades não é definido apenas com base na sinistralidade de cada plano?

A sinistralidade é um dos principais indicadores utilizados nos estudos atuariais. No entanto, ela não pode ser utilizada como único critério para definir o reajuste das mensalidades.

Se o reajuste fosse calculado exclusivamente com base na sinistralidade de cada produto, poderiam ocorrer distorções na estrutura de preços dos planos.

No Unafisco Saúde, existe a possibilidade de livre migração entre planos, conforme previsto nos regulamentos de seus 5 (cinco) planos. Essa característica diferencia a carteira da operadora de planos fechados sem mobilidade entre produtos e exige que os estudos atuariais sejam desenvolvidos considerando não apenas o desempenho individual de cada plano, mas também os possíveis movimentos de migração entre eles.

Esta é uma das razões pela qual a definição dos reajustes não pode ser fundamentada exclusivamente na sinistralidade isolada de determinado produto, uma vez que alterações significativas na relação de preços entre os planos podem incentivar movimentos de migração capazes de modificar a composição da carteira e afetar o equilíbrio atuarial originalmente projetado, pois os cálculos atuariais são elaborados para obter um valor total de arrecadação que garanta equilíbrio da carteira.

Outro motivo é a necessidade de preservar a hierarquia entre os planos.

Por exemplo, um plano com cobertura mais ampla não pode passar a ter mensalidade inferior à de outro com menos benefícios, o que comprometeria a coerência da precificação dos planos contidos na carteira e incentivaria a migração de beneficiários entre produtos. Esse movimento poderia desequilibrar financeiramente toda a carteira.

Por essa razão, os estudos atuariais consideram a sinistralidade em conjunto com diversos outros fatores, como a inflação médica, a evolução das despesas assistenciais, o envelhecimento da carteira, a utilização dos serviços, os custos administrativos, a necessidade de manutenção das reservas financeiras e as projeções para o período seguinte. Essa análise integrada permite definir índices de reajuste tecnicamente consistentes, preservando o equilíbrio econômico-financeiro e a sustentabilidade do Unafisco Saúde no longo prazo.

6- O que é inflação médica?

A inflação médica corresponde ao aumento dos custos da assistência à saúde.

Ela costuma ser superior à inflação geral da economia porque incorpora fatores específicos do setor, como:

- incorporação de novas tecnologias;
- incorporação de novas coberturas;
- incorporação de novos medicamentos de alto custo;
- procedimentos mais complexos;
- reajustes hospitalares;
- aumento do custo de materiais médicos.

Por esse motivo, mesmo quando a inflação do país apresenta estabilidade, os custos dos planos de saúde continuam crescendo em ritmo mais acelerado.

7- O que são as despesas operacionais?

As despesas operacionais, também chamadas de despesas não assistenciais, são os custos necessários para o funcionamento e a administração do plano de saúde, mas que não estão diretamente relacionados ao pagamento de consultas, exames, internações e demais procedimentos realizados pelos beneficiários.

Entre essas despesas estão os custos com gestão administrativa, tecnologia, auditoria e regulação assistencial, atendimento aos beneficiários, cumprimento das exigências regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e outros serviços essenciais para o funcionamento da operadora.

Um dos principais componentes desse grupo de despesas no Unafisco Saúde é a Taxa de Rede Indireta, cobrada pelas operadoras parceiras que disponibilizam suas redes credenciadas para atendimento aos beneficiários do plano.

8- O que são despesas administrativas?

Despesas Administrativas são aquelas necessárias ao funcionamento do plano como folha de pagamento, serviços técnicos, pagamento de fornecedores, call center, consultoria jurídica entre outros. Estas despesas não assistenciais englobam todos os custos relacionados à administração e operação dos planos de saúde.

No Unafisco Saúde, as despesas administrativas permanecem em patamar reduzido e compatível com o segmento de autogestão, abaixo de 5% do total dos gastos.

Nos últimos anos, a gestão adotou medidas permanentes de racionalização de custos, revisão de processos e melhoria da eficiência administrativa, mantendo esse grupo de despesas em níveis inferiores aos observados em boa parte do mercado.

Esse resultado demonstra o compromisso da administração com a utilização responsável dos recursos provenientes das mensalidades dos beneficiários.

RESULTADOS DA OPERADORA

9- Qual foi o resultado financeiro do Unafisco Saúde no 1º trimestre de 2026

O Unafisco Saúde encerrou o 1º trimestre de 2026 com superávit operacional de R\$ 30,6 milhões, demonstrando o caminho consistente de melhora dos indicadores econômico-financeiros iniciado a partir do segundo semestre de 2025. O resultado representa uma reversão importante em relação ao mesmo período do ano anterior, quando o Plano registrou déficit de R\$ 41 milhões.

De acordo com os relatórios explicativos publicados no site do Unafisco Saúde, disponível para consulta dos beneficiários em área restrita, no período, as receitas alcançaram R\$ 182,3 milhões, enquanto as despesas somaram R\$ 151,7 milhões, refletindo maior controle dos custos assistenciais e administrativos. Os dados mostram também avanços na recomposição patrimonial e na eficiência operacional.

Esse desempenho resulta não apenas do impacto do reajuste anual das mensalidades, vigente desde agosto/2025, mas também dos efeitos das medidas estruturantes de gestão implementadas ao longo do ano.

10- Como está a situação das reservas financeiras do Unafisco Saúde?

As reservas financeiras do Unafisco Saúde apresentaram evolução significativa em relação ao mesmo período do ano anterior, refletindo a recuperação dos indicadores econômico-financeiros da Operadora.

Ao final do primeiro trimestre de 2026, as reservas totais alcançaram R\$ 175,6 milhões, um crescimento de 35,6% em comparação com os R\$ 129,4 milhões registrados no terceiro trimestre de 2025.

Além disso, outro indicador importante foi a recuperação do patrimônio líquido da Operadora, que passou de um saldo negativo de R\$ 20,3 milhões, no terceiro trimestre de 2025, para um patrimônio líquido positivo de R\$ 80,6 milhões no mesmo período de 2026.

11- Como funcionam as reservas financeiras?

As reservas não pertencem aos planos, mas à operadora. Esses recursos funcionam como um colchão financeiro que asseguram a estabilidade e a sustentabilidade do plano. Sua principal função é garantir a continuidade e regularidade no atendimento aos beneficiários, especialmente em cenários de imprevistos ou oscilações nos custos assistenciais.

As reservas técnicas das operadoras de planos de saúde, portanto, não podem ser segregadas por produto. O sistema de saúde suplementar é regido pelo princípio do mutualismo. De acordo com a definição da própria ANS, esse princípio significa que todos os beneficiários contribuem financeiramente para que aqueles que eventualmente necessitem de tratamento tenham garantido o acesso à assistência.

Na saúde suplementar, respeitando o princípio de mutualismo, as contribuições não são acumuladas individualmente, mas integradas a um fundo comum para garantir a assistência de todos. As reservas técnicas são ativos garantidores da operadora.

12- A melhora das reservas significa que o equilíbrio financeiro do Unafisco Saúde está consolidado?

Os resultados do primeiro trimestre de 2026 demonstram uma evolução dos indicadores financeiros e representam um cenário significativamente mais favorável do que o observado no mesmo período de 2025.

Além do crescimento das reservas financeiras, o Unafisco Saúde registrou superávit operacional de R\$ 30,6 milhões e redução da sinistralidade de 103,06% para 74,45%. Esses resultados refletem tanto os efeitos do reajuste aprovado pela Assembleia Nacional quanto as medidas estruturantes de gestão implementadas pela Diretoria.

A gestão do Unafisco Saúde acompanha esses indicadores de forma permanente. O setor de saúde suplementar é influenciado por fatores como inflação médica, aumento dos custos assistenciais, judicialização, incorporação de novas tecnologias e mudanças regulatórias, que podem impactar o comportamento das despesas ao longo do tempo.

Por isso, embora os resultados indiquem que o plano está em trajetória consistente de recuperação e fortalecimento financeiro, a manutenção desse equilíbrio depende da continuidade das medidas de gestão, do acompanhamento rigoroso dos indicadores e da adoção de decisões técnicas que assegurem a sustentabilidade do Unafisco Saúde no médio e longo prazo.

MEDIDAS DE GESTÃO

13- Quais medidas estruturantes a Diretoria implementou para fortalecer a sustentabilidade do Unafisco Saúde?

Entre as principais iniciativas destacam-se:

- ✓ A repactuação contratual com as principais operadoras da rede indireta, concluída após intensas negociações ao longo de 2025, o fortalecimento da regulação médica e ampliação dos processos de auditoria assistencial.

Com a revisão dos modelos de remuneração, a taxa de administração das redes indiretas apresentou redução de aproximadamente 24,4% entre o 3º e o 4º trimestre, passando de R\$ 14,7 milhões para R\$ 11,1 milhões, contribuindo para mitigar pressões sobre as despesas totais. O resultado dessa medida é estruturante e também será observado a longo prazo.

- ✓ O fortalecimento da auditoria e da regulação assistencial. A Diretoria ampliou os mecanismos de controle sobre as despesas assistenciais, com a expansão da auditoria

- ✓ concorrente em internações, o aperfeiçoamento da correção, a revisão dos parâmetros remuneratórios da rede indireta, o fortalecimento da análise e validação das contas médicas e o controle dos prazos de faturamento apresentados pelos prestadores. Essas medidas contribuíram para maior rigor na conferência das despesas e para a redução dos custos assistenciais.
- ✓ A modernização tecnológica com inteligência artificial, com a implantação de ferramentas de inteligência artificial para apoiar a auditoria das contas médicas e a validação de faturas. A tecnologia passou a realizar análises automatizadas, cruzando informações clínicas e administrativas para identificar inconsistências, duplicidades, divergências operacionais e pagamentos indevidos antes e após a liquidação das despesas. A iniciativa aumentou a eficiência dos processos de auditoria e fortaleceu os mecanismos de controle da Operadora.

NATUREZA E GOVERNANÇA DO UNAFISCO SAÚDE

14- O que diferencia o Unafisco Saúde das operadoras comerciais?

O Unafisco Saúde é uma operadora de autogestão.

Isso significa que sua finalidade não é gerar lucro, mas oferecer assistência à saúde aos seus beneficiários de forma sustentável.

Toda a gestão é orientada para o equilíbrio econômico-financeiro do plano e para a manutenção da qualidade da assistência, permitindo que os próprios beneficiários participem das principais decisões relacionadas ao futuro da operadora.

PROCESSO DECISÓRIO E PARTICIPAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

15- Como funciona o processo de definição do reajuste das mensalidades até a Assembleia Nacional?

A definição do reajuste anual das mensalidades do Unafisco Saúde segue um processo estruturado, baseado em critérios técnicos, governança e ampla participação dos beneficiários.

O processo tem início com a consolidação das informações assistenciais e financeiras do período compreendido entre abril do ano anterior e março do ano corrente. Esses dados são encaminhados para duas consultorias atuariais independentes, CTS e Wedan, responsáveis pela elaboração dos estudos que projetam o comportamento das receitas e despesas da Operadora para os 12 meses seguintes e indicam os percentuais de reajuste necessários para preservar o equilíbrio econômico-financeiro do Plano.

Após a conclusão dos estudos, a Diretoria do Plano de Saúde analisa os resultados e os submete à apreciação do Conselho Curador do Plano de Saúde (CCPS), que avalia os cenários

apresentados e emite suas considerações. Com base nessas análises, são definidos os indicativos que serão submetidos à deliberação dos beneficiários na Assembleia Nacional. Com o objetivo de assegurar total transparência e proporcionar tempo suficiente para que os beneficiários compreendam os estudos atuariais e participem conscientemente da decisão, a Diretoria do Plano de Saúde estabeleceu um cronograma de comunicação e esclarecimentos que antecede a Assembleia Nacional:

- **25 de junho:** Direção Nacional publica convocatória para Assembleia sobre o reajuste dos planos.
- **9 de julho:** divulgação dos estudos atuariais, os índices de reajuste apresentados pelas consultorias independentes CTS e Wedan e o FAQ.
- **14 de julho:** realização de webinar técnico com a participação dos representantes das consultorias atuariais CTS e Wedan, destinado à apresentação dos estudos e ao esclarecimento de dúvidas sobre as metodologias utilizadas e os índices propostos.
- **21 de julho:** realização de um segundo webinar, com a participação da Diretoria do Plano de Saúde e do Conselho Curador, para aprofundar os esclarecimentos sobre os estudos, discutir os indicativos que serão submetidos à votação e responder aos questionamentos encaminhados pelos beneficiários.
- **28 de julho:** realização da Assembleia Nacional telepresencial, convocada pela Direção Nacional do Sindifisco, quando os beneficiários titulares do Unafisco Saúde, incluindo os beneficiários titulares pensionistas, deliberarão sobre o índice de reajuste das mensalidades. A participação ocorrerá por meio das Assembleias organizadas pelas Delegacias Sindicais, que definirão os horários e a forma de realização em cada localidade.

Ao longo de todo esse período, o Unafisco Saúde manterá uma comunicação contínua com os beneficiários por meio da divulgação de matérias, perguntas e respostas (FAQ), conteúdos explicativos e demais materiais institucionais, reforçando o compromisso da Operadora com a transparência, o amplo acesso às informações e a participação qualificada dos beneficiários no processo decisório.

16- Quais são os índices de reajuste propostos?

Os estudos elaborados pelas consultorias atuariais independentes CTS e Wedan apresentaram propostas de reajuste distintas para os planos do Unafisco Saúde. Essas diferenças decorrem das metodologias utilizadas por cada empresa para projetar o comportamento das receitas, despesas e demais indicadores atuariais.

Os índices recomendados pelas consultorias são os seguintes:

Opção A: Metodologia e Índices propostos pela Consultoria Atuarial Wedan

Plano	Reajuste
Premium II	6,50%
Platinum	5,11%
Unique	5,50%
Soft	9,80%
Soft Participativo	5,11%
Carteira Total	6,89%

Receita estimada para o período de agosto de 2026 a julho de 2027: **R\$ 737.028.967,07.**

Opção B: Metodologia e Índices propostos pela Consultoria Atuarial CTS

Plano	Reajuste
Premium II	5,04%
Platinum	5,04%
Unique	5,04%
Soft	10,68%
Soft Participativo	5,04%
Carteira Total	6,65%

Receita estimada para o período de agosto de 2026 a julho de 2027: **R\$ 743.121.436,22.**

17- Quem decide o reajuste das mensalidades?

No modelo de autogestão do Unafisco Saúde, a decisão é tomada pelos próprios beneficiários titulares durante a Assembleia Nacional.

A Diretoria apresenta os estudos técnicos, as consultorias expõem suas análises e os beneficiários deliberam sobre as opções submetidas à votação.

Esse modelo fortalece a transparência e amplia a participação dos beneficiários nas decisões relacionadas à sustentabilidade do plano.

18- A Diretoria define sozinha o reajuste?

Não.

A Diretoria coordena o processo de definição do reajuste, contrata os estudos atuariais independentes, analisa os resultados e encaminha as propostas ao Conselho Curador do Plano de Saúde (CCPS), que avalia os estudos e emite suas recomendações. Em seguida, a Diretoria apresenta as informações e os indicativos aos beneficiários, com base em critérios técnicos e atuariais.

A decisão final, entretanto, cabe aos beneficiários titulares reunidos em Assembleia, conforme previsto no modelo de governança do Unafisco Saúde.

19- Os beneficiários titulares pensionistas podem participar da votação?

Sim.

Em conformidade com a Resolução Normativa nº 649/2025 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os beneficiários titulares pensionistas passaram, a partir de 1º de julho de 2026, a ter direito de participar das Assembleias e exercer o direito de voto nas deliberações relacionadas ao reajuste das mensalidades e demais assuntos submetidos à apreciação dos beneficiários.

A medida amplia a participação dos beneficiários no processo decisório e fortalece a governança da operadora.