

O papel do corretor na comercialização de planos de saúde empresariais no Brasil: implicações para a eficiência e a sustentabilidade no segmento de pequenas e médias empresas

The role of brokers in the commercialization of corporate health plans in Brazil: implications for efficiency and sustainability in the small and medium-sized enterprise segment

Doi: <https://doi.org/10.67965/rbss.v4i2.88>

AUTORES

Mauricio Pereira Lima¹
Gonzalo Vecina Neto²
Alberto José Niituma
Ogata¹

¹ Fundação Getulio Vargas
(FGV)

² Universidade de São Paulo
(USP)

CONTATO

Mauricio Pereira Lima
pereira.lima@gmail.com

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

RESUMO

Introdução: A saúde suplementar brasileira é marcada pela predominância de contratos coletivos empresariais, com destaque para a participação das pequenas e médias empresas (PMEs) na composição da base de beneficiários. Nesse contexto, a comercialização dos planos ocorre majoritariamente por meio de corretores, cuja atuação influencia a dinâmica competitiva do setor. **Objetivo:** Analisar a estrutura de venda de planos de saúde empresariais para pequenas empresas mediada por corretores e discutir suas implicações para a eficiência e a sustentabilidade do sistema. **Métodos:** Estudo qualitativo, de natureza exploratória, baseado em entrevistas semiestruturadas com executivos de operadoras e corretoras de planos de saúde. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. **Resultados:** Observou-se elevada dependência das operadoras em relação aos corretores como principal canal de vendas, sustentada por um modelo de remuneração baseado em comissões. Esse modelo favorece a capilaridade comercial e o acesso ao segmento PME; porém, pode gerar desalinhamentos de incentivos que estimulam a substituição de contratos entre operadoras, em vez da expansão líquida da base de beneficiários. Esse padrão tem o potencial de resultar em maior rotatividade de clientes e possíveis ineficiências no sistema. **Conclusão:** O corretor constitui um ator estrutural da saúde suplementar brasileira. Entretanto, o modelo vigente de incentivos tende a comprometer a eficiência do mercado, indicando a necessidade de aprimoramentos regulatórios e gerenciais que promovam maior alinhamento entre os agentes e a sustentabilidade do sistema a longo prazo.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Planos de Pré-Pagamento em Saúde; Seguro Saúde; Contratos.

ABSTRACT

The role of brokers in the commercialization of corporate health plans in Brazil: implications for efficiency and sustainability in the small and medium-sized enterprise segment

Introduction: The Brazilian supplementary health system is characterized by a predominance of employer-sponsored health plans, particularly among small and medium-sized enterprises (SMEs), which represent a significant share of beneficiaries. In this context, the commercialization of health plans is largely mediated by brokers, whose role influences market dynamics and competitive behavior. **Objective:** To analyze the sales structure of broker-mediated corporate health insurance plans for small enterprises and discuss its implications for system efficiency and sustainability. **Methods:** This is a qualitative, exploratory study based on semi-structured interviews with executives from health plan operators and brokerage firms. Data were analyzed using thematic content analysis. **Results:** The findings reveal a strong dependency of operators on brokers as their primary sales channel, supported by a commission-based remuneration model. While this model enhances market reach and facilitates access to SMEs, it also creates incentive misalignments that encourage contract switching between operators rather than the net expansion of the beneficiary base. This pattern leads to increased client turnover and potential inefficiencies within the system. **Conclusion:** Brokers are structural actors in the Brazilian supplementary health system. However, the current incentive model undermines market efficiency, highlighting the need for regulatory and managerial improvements to better align stakeholders' interests and promote long-term system sustainability.

Keywords: supplemental health; prepaid health plans; insurance health; contract.

INTRODUÇÃO

A saúde suplementar no Brasil caracteriza-se por elevada complexidade institucional e forte predominância de contratos coletivos, especialmente os de natureza empresarial¹. Esse modelo reflete a estrutura do mercado de trabalho brasileiro, no qual as pequenas e médias empresas (PMEs) desempenham papel central na geração de empregos formais e no acesso ao benefício da saúde^{2,3}. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que esse segmento concentra uma parcela significativa dos vínculos assistenciais e constitui uma base relevante para a sustentabilidade do sistema³.

A comercialização de planos de saúde empresariais ocorre predominantemente por meio de intermediários, denominados corretores de planos de saúde⁴. Essa estrutura tem origem no desenvolvimento histórico do mercado de seguros no Brasil, no qual a intermediação foi institucionalizada como o canal principal de distribuição^{5,6}. Mesmo após a criação da ANS, o modelo de comercialização permaneceu fortemente dependente dessa figura profissional⁷.

As organizações que compõem o grupo PME possuem particularidades intrínsecas, como a menor disponibilidade de recursos humanos e a ausência de especialistas dedicados a áreas específicas, a exemplo de profissionais com entendimento aprofundado sobre gestão de planos de saúde. Nesse hiato, o corretor assume o papel de consultor do ramo^{8,9}. Nos Estados Unidos, aproximadamente 80% dos pequenos empregadores que oferecem cobertura de saúde utilizam corretores, os quais comumente desempenham funções tradicionalmente associadas a gerentes de benefícios¹⁰.

A literatura econômica aponta que mercados com elevada assimetria de informação, como o setor de saúde, demandam intermediários capazes de reduzir incertezas e apoiar a tomada de decisão. No entanto, a presença dos corretores (agentes) também pode gerar conflito agente-principal, especialmente quando seus incentivos financeiros não estão alinhados com os objetivos primários dos contratantes (principais) e do próprio sistema¹¹.

Apesar da relevância do tema, ainda são limitados os estudos empíricos que investigam o papel do corretor na dinâmica da saúde suplementar brasileira. Este estudo busca contribuir para esse debate ao analisar como se estrutura a venda de planos de saúde empresariais no segmento PME e quais são suas implicações para a eficiência e a sustentabilidade do sistema.

MÉTODOS

Desenho da pesquisa

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, fundamentada na realização de entrevistas semiestruturadas. O conteúdo das entrevistas foi avaliado com base no método de análise de conteúdo temática de Bardin (2016), aplicando-se as seguintes três etapas metodológicas: 1ª) pré-análise e leitura superficial, visando obter uma visão geral das transcrições; 2ª) exploração do material, com codificação e agrupamento dos itens pré-selecionados; e 3ª) tratamento dos resultados, com a construção de inferências e interpretações.

Coleta de dados

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (FGV CEP) em 04/07/2025, sob o parecer nº P278.2025. Previamente às entrevistas, todos os participantes que aceitaram o convite receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra foi composta por 18 executivos (4 mulheres e 14 homens), distribuídos em dois grupos de mesmo tamanho: profissionais de operadoras de planos de saúde (n=9) e profissionais de corretoras (n=9). Quanto ao nível hierárquico, a amostra abrangeu 6 gerentes, 10 diretores e 2 ocupantes de posições C-level (CEO). A seleção ocorreu por amostragem intencional não probabilística. Os convites foram realizados de forma direta via rede profissional corporativa e mediante indicações pela técnica de bola de neve (snowball), priorizando a experiência e a vivência estratégica dos executivos no segmento estudado, em vez da aleatoriedade amostral.

As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro previamente estabelecido, estruturado em quatro eixos temáticos: estrutura de vendas, modelo de remuneração, papel do corretor e percepções sobre a eficiência do mercado. Com exceção de um encontro presencial in company, a coleta foi realizada de forma remota, ocorrendo entre agosto de 2025 e janeiro de 2026. Todas as sessões foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, totalizando 12 horas e 50 minutos de material empírico (duração média de 42 minutos por entrevista).

O procedimento de codificação contou com o suporte do software Atlas.ti (versão 25.0.2.33323), permitindo a categorização sistemática dos dados. Esse processo de triangulação e codificação viabilizou a identificação de padrões operacionais e a construção de inferências sobre a dinâmica institucional e informacional do mercado.

RESULTADOS

Com base na análise de conteúdo temática, os resultados foram estruturados em quatro categorias analíticas: o mercado de venda de planos de saúde; o papel do corretor na venda; informação e transparência; e custos.

O mercado de venda de planos de saúde: A premissa fundamental deste mercado é o mutualismo, o que exige a renovação contínua da carteira de beneficiários para a mitigação de riscos e a sustentabilidade financeira do negócio. Nesse contexto, os achados indicam que as operadoras apresentam elevada dependência dos corretores — descritos

como o canal hegemônico de comercialização, sobretudo nas PMEs. A remuneração dos corretores é gerada por produtividade, sendo um percentual do valor dos novos contratos. Para garantir a atração constante de novas vidas, as operadoras elaboram incentivos financeiros agressivos para estimular o fechamento de novas apólices pelas corretoras.

Os relatos sugerem uma preferência mercadológica por clientes corporativos de menor porte (inferior a 100 vidas). A maioria dos executivos de operadoras admitiu haver distinção nos percentuais de remuneração conforme o porte da empresa, sendo o segmento PME o mais rentável. Corroborando essa constatação, 22% do total de entrevistados (4/18) relataram que a remuneração média para contratos de grandes empresas figura em torno de 12% do montante arrecadado no primeiro ano, saltando significativamente para cerca de 25% nas apólices PME. Ressalta-se que esses valores possuem variações conforme negociação, e são fragmentados em duas modalidades: o agenciamento (remuneração pela captação do cliente, paga sobre as primeiras mensalidades) e o vitalício (taxa de gestão paga mensalmente enquanto o contrato vigorar). Na percepção dos executivos, essa arquitetura de incentivos opera como um indutor comportamental, direcionando a força comercial à prospecção massiva de PMEs.

Essa categoria também evidenciou a existência de alterações quanto ao arranjo trabalhista dos contratantes. Historicamente atrelado ao emprego formal (CLT), os entrevistados relatam que o mercado caminha para uma pulverização de vínculos, com forte atuação da contratação PJ com um número limitado de vidas. Segundo a projeção dos entrevistados, haverá uma expansão do mercado se houver um crescimento econômico com aumento do poder aquisitivo e a consolidação da contratação de planos de saúde através de pequenos agrupamentos empresariais (PMEs)^{12, 13}.

O papel e o valor do corretor na venda: O corretor emergiu nas entrevistas como um elo estratégico da saúde suplementar. Para a totalidade dos executivos de operadoras (9/9), esse profissional desenvolve um papel consultivo, visão corroborada por 89% (8/9) dos mesmos executivos que confirmam a dependência das operadoras em relação a esse canal. Os corretores atuam simultaneamente como promotores de vendas para as operadoras e consultores técnicos para as empresas, assim eles viabilizam uma capilaridade nacional que as operadoras dificilmente alcançariam apenas com equipes internas.

Embora esse trabalho não tenha ouvido clientes contratantes, a literatura menciona que os corretores têm uma atuação importante na contratação e gestão do plano de

saúde^{9,10}. Eles posicionam-se como um parceiro na gestão de benefícios, abarcando desde rotinas operacionais (inclusão e exclusão de beneficiários) até o aconselhamento estratégico (análise do perfil epidemiológico da massa segurada, programas de prevenção e contenção de sinistralidade). Os dados apontam que as corretoras possuem perfis diversificados de foco e especialização, atuando em diversas frentes, conforme o nicho específico de sua estratégia comercial, como grandes corporações, público high-ticket (altos executivos), advogados e profissionais de tecnologia. Mesmo diante da digitalização dos processos de contratação, os entrevistados não vislumbram a extinção da profissão, justificando que a comercialização no setor demanda habilidade relacional, interpretação de necessidades específicas e influência, atributos inerentemente humanos.

Informação e transparência: Quando os executivos foram questionados sobre a transparência do comissionamento, os dados evidenciaram um nível moderado de percepção de clareza. Cerca de 44% dos entrevistados (8/18) acreditam que o processo de venda não é integralmente transparente, indicando que os contratantes frequentemente não compreendem que o comissionamento do corretor que os assessora é, na verdade, custeado pela operadora.

Esse conflito latente é agravado pelo modelo de remuneração concentrado na aquisição de novas apólices (agenciamento). Devido a esse estímulo, corretores podem ser induzidos a recomendar a migração de operadora não por ser a opção financeiramente mais benéfica ou com a rede de atendimento mais adequada para a empresa contratante, mas para deflagrar um novo ciclo de comissionamento em favor próprio.

Custos: O estudo buscou compreender se os executivos percebem os custos de comissionamento como fatores preponderantes no encarecimento dos planos. Embora admitam que as taxas não são negligenciáveis, consumindo até 25% da receita do primeiro ano de contrato, os entrevistados não as consideram os principais impulsionadores da inflação médica setorial. Fatores como alta sinistralidade e incorporação de tecnologias foram listados como os ofensores primários. Os executivos pontuaram, entretanto, que para a saúde financeira da operadora é necessária a retenção do cliente a médio e longo prazo, diluindo o custo de aquisição por anos de contrato.

Em síntese, a estrutura do mercado instaura uma dependência mútua: as operadoras dependem da capilaridade das corretoras para oxigenar suas carteiras, enquanto os clientes corporativos dependem da expertise das corretoras para navegar pela complexidade regulatória e comercial do setor.

“A gente é absolutamente dependente desse canal. Ele é fundamental e é por isso que nós, assim como os nossos concorrentes, temos um olhar muito focado nesse canal.” (Fala do Entrevistado 1, referente às corretoras)

Contudo, o arranjo compensatório focado no volume de novas vendas apresenta severos desgastes e ineficiências latentes. Ao priorizar a “oxigenação”, o modelo instiga a prospecção de empresas que já estão na saúde suplementar, culminando em uma mera transferência de carteiras entre operadoras, sem gerar expansão líquida de novos usuários ao sistema como um todo.

“Hoje é um rouba-monte¹... então, como a base não cresce, hoje é muito em cima do rouba-monte. E o que eu acho que falta nesse mercado? Faltava uma regra que ninguém quer montar, porque obviamente um quer roubar um monte do outro e não remunerar a corretora quando for um rouba-monte.” (Entrevistado 2 expõe a alteração de clientes entre as operadoras)

Atribui-se, em certos contextos, a estagnação do setor — que orbita historicamente na cobertura de 25% da população brasileira (segundo dados da ANS) — exatamente a essa engrenagem financeira que premia a rotação predatória, e não o crescimento horizontal da base de beneficiários.

A figura abaixo sintetiza de forma gráfica como as categorias analisadas anteriormente se relacionam e suas influências entre si no sistema de venda de planos de saúde.

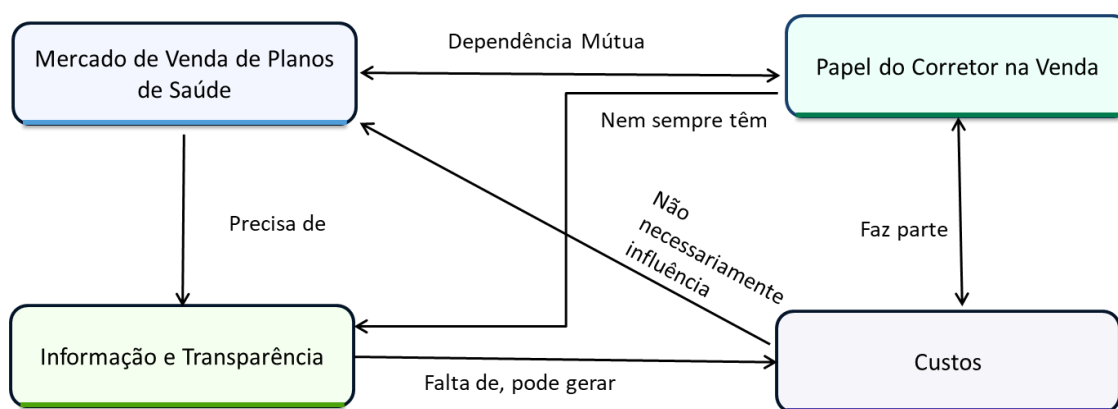


Figura 1 – Relacionamento das categorias

Fonte: Autor (2026).

¹“Rouba-monte” é uma alusão a um jogo de cartas infantil em que o objetivo é subtrair sucessivamente as cartas já conquistadas pelo adversário, ilustrando a canibalização de carteiras sem a adição de novos clientes ao mercado.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo demonstram que o corretor exerce papel central e incontornável na arquitetura da saúde suplementar brasileira, especialmente no segmento PME, fortalecendo a literatura prévia sobre o tema^{8,9}. Sua atuação assegura a operacionalização e o acesso ao mercado; entretanto, o modelo de incentivos associado a essa intermediação abriga limitações estruturais significativas¹⁰.

Esses profissionais prestam um serviço essencial de decodificação de produtos complexos, entregando subsídios imprescindíveis aos empregadores na tomada de decisão e na gestão diária dos riscos. A prestação de informações comparativas sobre redes credenciadas, variações de benefícios e relação custo-efetividade torna o corretor indispensável diante da fragmentação da oferta no mercado brasileiro^{1, 8, 10}.

Não obstante, o paradigma hegemônico de remuneração (comissões pagas pelas operadoras atreladas à assinatura de contratos) deturpa as premissas de fidelização⁵. Tal mecânica pode induzir a comportamentos moralmente ambíguos, instigando o profissional a promover a substituição recorrente de carteiras entre operadoras concorrentes. Esse fenômeno sacrifica a expansão sistêmica para focar em uma redistribuição das vidas atuais entre as operadoras¹⁴.

Sob o prisma analítico da Teoria da Agência, essa dinâmica ilustra um claro conflito de interesses (problema principal-agente), no qual as metas do agente contratado (corretor) divergem das necessidades de longo prazo do principal (empresa contratante)¹¹. A busca pelo agenciamento pode submeter as empresas a trocas imotivadas de planos, gerando custos transacionais de implantação, possível alteração da rede médica e, em última instância, uma deterioração da sustentabilidade do sistema mútuo¹⁵.

A literatura tem defendido a mitigação desse conflito por meio da radicalização da transparência tarifária e da adoção de modelos compensatórios baseados em honorários por serviços prestados (fee-for-service). Nesse formato, o contratante corporativo remunera diretamente a corretora pelo aconselhamento técnico e pela gestão do risco em saúde, reduzindo a tensão inerente ao patrocínio das operadoras¹⁴.

Agrava essa distorção a lacuna regulatória histórica: a ausência de diretrizes rígidas sobre a comercialização na legislação pilar da saúde suplementar e na própria lei de criação da ANS. Isso propiciou a importação acrítica das praxes do mercado de seguros

patrimoniais para o setor de saúde, um ecossistema com dinâmicas assistenciais diametralmente distintas^{16,17}.

Por fim, no que tange à formação de preços, embora os reajustes acumulados dos planos empresariais segundo estudos do IEPS tenham superado 327% no período entre 2006 e 2024²⁰, as percepções dos executivos indicam que o ônus com o agenciamento não atua como o principal fator dessa espiral inflacionária, cujo núcleo reside na sinistralidade e nos custos assistenciais.

Cabe destacar, como limitação desta pesquisa empírica, a ausência de entrevistas com o lado da demanda: contratantes e gestores das empresas PME. O presente estudo concentrou-se na relação entre operadora e corretora, dimensão conceituada como oferta; pesquisas futuras devem incorporar a perspectiva das PMEs para validar a eficácia percebida das consultorias prestadas pelos corretores.

CONCLUSÃO

O corretor de planos de saúde constitui um ator fundamental para a manutenção da saúde suplementar brasileira, operando com baixa propensão à substituição por plataformas puramente digitais, dado o forte caráter relacional e consultivo exigido pelo segmento PME. Sua inserção na cadeia assegura escala comercial às operadoras e suporte estratégico às empresas contratantes.

Contudo, apesar da solidez da profissão frente a inovações tecnológicas disruptivas, o mercado atravessa um ponto de inflexão. O padrão vigente de agenciamento poderá gerar ineficiências sistêmicas ao estimular a alta rotatividade de carteiras, demandando correções imediatas de rota. Para preservar sua relevância institucional, as corretoras precisam abraçar um paradigma de maior transparência sobre a origem e a magnitude de suas remunerações.

O aprimoramento gerencial do sistema requer, invariavelmente, a reconfiguração dos mecanismos de incentivo e o adensamento da regulação sobre os canais de comercialização, de modo a desestimular a canibalização de contratos e garantir que os esforços comerciais do setor estejam perfeitamente alinhados à ampliação sustentável da base de cidadãos cobertos pela saúde privada.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento específico.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Indicadores do setor. São Paulo: IESS; 2026.
2. IBGE. Estatísticas do mercado de trabalho brasileiro. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Painel dos Contratantes de Planos de Saúde Coletivos 2024. Rio de Janeiro: ANS; 2024.
4. Soncini AJ. Análise econômico-financeira das empresas reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). São Paulo: PUC-SP; 2016.
5. Brasil. Lei nº 4.594, de 29 de dezembro de 1964. Regula a profissão do corretor de seguros.
6. Brasil. Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados.
7. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar.
8. Escobar LC. Transformações digitais no setor de seguros e o impacto na atuação dos corretores. *Lumen et Virtus*. 2025;16(48):5213-5226.
9. Breviário AG, Leite A, Gomes MAT, Fróes DS, Oliveira Filho AS. Transformação e desafios na contratação de seguros no ambiente digital. *Rev Eletrônica Multidiscip Investig Cient*. 2025;4(21):1.
10. Karaca-Mandic P, Feldman R, Graven P. The role of agents and brokers in the market for health insurance. *J Risk Insur*. 2018;85(1):7-34.
11. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev*. 1963;53(5):941-973.
12. Cunha MF, Meirelles JML. Os impactos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar. *Rev Quaestio Iuris*. 2018;11(2):1378-1397.
13. Finkelstein B, Silva D, Zlotnik M. Tempo de permanência de beneficiários no sistema de saúde suplementar brasileiro: análise observacional com dados da ANS. *J Bras Auditoria Saúde*. 2026;6(1):e2606013.
14. Gabel JR, Whitmore H, Pickreign J, Satorius JL, Stromberg S. Small employer perspectives on the Affordable Care Act's premiums, SHOP exchanges, and self-insurance. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(11):2032-9.
15. Lima MP. Como se estrutura a venda de planos de saúde empresariais (PME) através da intermediação do corretor. São Paulo: FGV EAESP; 2026.
16. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
17. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar.
18. Bai G, Park A, Wang Y, Overton HN, Bruhn WE, Makary MA. The commissions paid to brokers for fully insured health insurance plans. *Med Care Res Rev*. 2022;79(1):133-140.
19. Stricker L, Wagner J, Zeier Röschmann A. The future of insurance intermediation in the age of the digital platform economy. *J Risk Financ Manag*. 2023;16(9):381.
20. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Inflação de planos de saúde no Brasil em perspectiva comparada (Nota Técnica nº 37). São Paulo: IEPS; 2025.