

Percentual é o máximo que poderá ser aplicado em cima das mensalidades reduzidas pelo índice de 2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) limitou em 15,5% o índice de reajuste para os planos de saúde individuais e familiares regulamentados (contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98). O percentual é o teto válido para o período entre maio de 2022 e abril de 2023 para os contratos de cerca de 8 milhões de beneficiários, o que representa 16,3% dos consumidores de planos de assistência médica no Brasil. Ao todo são 49,1 milhões de beneficiários com planos de assistência médica no País, de acordo com dados referentes a março de 2022.

O índice de 2022 foi apreciado pelo Ministério da Economia e aprovado em reunião de Diretoria Colegiada na tarde de 26/05. A decisão será publicada no Diário Oficial da União e o reajuste poderá ser aplicado pela operadora a partir da data de aniversário do contrato, ou seja, no mês da contratação do plano.

Para chegar ao percentual de 2022, a ANS utilizou a metodologia de cálculo que vem sendo aplicada desde 2019, que combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) descontado o subitem Plano de Saúde.

O cálculo é baseado na diferença das despesas assistenciais por beneficiário dos planos de saúde individuais de um ano para o outro. Dessa forma, o índice de 2022 resulta da variação das despesas assistenciais ocorridas em 2021 em comparação com as despesas assistenciais de 2020.

Em 2021, a Agência anunciou, pela primeira vez um percentual de reajuste negativo (-8,19%), o que resultou na redução das mensalidades no período de maio de 2021 a abril de 2022. O percentual negativo refletiu a queda de 17% no total de procedimentos (consultas, exames, terapias e cirurgias) realizados em 2020, em relação a 2019, pelo setor de planos de saúde. A redução da utilização dos serviços aconteceu em decorrência das medidas protetivas adotadas para evitar a disseminação da Covid-19. Em 2021, com a retomada gradativa da utilização dos planos de saúde pelos beneficiários, as despesas assistenciais apresentaram crescimento, influenciadas principalmente pela variação no preço dos serviços/insumos de saúde.

Despesas assistenciais em 2020 e 2021 - Base de cálculo do reajuste

O valor final do plano de saúde é impactado por fatores como a inflação, o aumento ou queda da frequência de uso do plano de saúde e os custos dos serviços médicos e dos insumos, como produtos e equipamentos médicos.

Os gastos assistenciais per capita nos planos individuais regulamentados tiveram crescimento de 20,35% em 2021 comparado a 2020. No entanto, a frequência no uso de serviços de saúde no setor em 2021 não cresceu neste mesmo ritmo, exibindo uma retomada mais gradual em relação ao ano anterior, principalmente quanto às consultas e internações. Esses dados indicam que grande parte da variação positiva dos custos assistenciais de 2021 ante a 2020 se deve à forte variação no preço desses serviços.

Como a frequência na utilização de serviços apresentou queda bastante acentuada em 2020, a retomada em 2021, ainda que gradual, foi suficiente para que, ao lado de um aumento acentuado nos preços dos insumos e serviços, acelerasse o índice deste ano para 15,5%.

Importante!

Tanto o índice de reajuste de 2021, quanto o de 2022 tiveram forte impacto da pandemia de Covid-19. Dessa forma, não se pode analisar o percentual calculado para o reajuste de 2022 sem considerar o contexto e os movimentos atípicos no setor de planos de saúde nos últimos dois anos.

O índice de reajuste dos planos individuais reflete o comportamento das despesas assistenciais no ano anterior. Logo, em 2020, com a redução da frequência de utilização, a ANS definiu um reajuste negativo inédito, de -8,19%. Em 2021, com a retomada gradativa da utilização dos serviços de saúde e o aumento dos custos no setor, o índice autorizado retratou esse aumento de despesa. Ressalta-se ainda que os custos sofreram a influência do maior período inflacionário desde 2003.

Sendo assim, o reajuste acumulado de 15,5% em 2022 com o reajuste de -8,19% em 2021 equivale ao aumento de 2,97% por ano nesses dois anos de pandemia de Covid-19.

As informações sobre as despesas assistenciais do setor estão disponíveis no [Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar](#), publicação em formato de painel dinâmico atualizada trimestralmente pela ANS.

Informações no boleto

A partir do anúncio do teto máximo de reajuste, os beneficiários de planos individuais e familiares devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar se o percentual aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS (15,5%) e se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado.

Veja como é aplicado o reajuste

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir da data de aniversário de cada contrato. Se o mês de aniversário do contrato é maio, será permitida a aplicação retroativa do reajuste, na forma permitida pela RN nº 171/2008.

Metodologia de cálculo do percentual de reajuste dos planos individuais ou familiares

Fruto de estudos robustos, efetuados pela Agência ao longo dos anos e amplamente discutido com o setor e a sociedade, o Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), descontado o subitem Plano de Saúde.

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de natureza não assistenciais, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA terá peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

A VDA é calculada com base nos dados das demonstrações contábeis e quantidade de beneficiários enviados pelas operadoras à ANS periodicamente. As bases utilizadas no cálculo são públicas, conferindo, assim, maior transparência e previsibilidade.

A VFE deduz a parcela da variação de despesas das operadoras que já é recomposta pela variação das mensalidades por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os consumidores a eficiência média do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos.

[Assista ao vídeo sobre a metodologia de planos individuais ou familiares](#)

[Saiba mais sobre o reajuste de planos individuais ou familiares](#)

[Perguntas e respostas sobre o Reajuste 2022](#)

Portabilidade de carências

Os consumidores têm o poder de escolha. Caso entendam que seu plano de saúde não está lhes atendendo adequadamente, podem optar pela portabilidade de carências para outra operadora. Para saber as opções disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências, o interessado pode fazer comparações ao consultar o [Guia ANS](#), no portal da Agência.

Para saber os requisitos para a realização da portabilidade de carências, incluindo as novidades implementadas pelas novas regras trazidas pela RN nº 438/18, confira aqui.

Em caso de dúvidas, os consumidores podem entrar em contato com a ANS por meio dos seguintes canais de atendimento:

- Disque ANS: 0800 701 9656
- Central de Atendimento ao Consumidor, no endereço eletrônico www.gov.br/ans
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105
- Núcleos de Atendimento Presencial: confira os endereços e horários [aqui](#)

Fonte: ANS, em 26.05.2022