A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) limitou em 9,65% o índice máximo de reajuste a ser aplicado aos planos de saúde médico-hospitalares individuais/familiares contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98. O percentual, válido para o período de maio de 2014 a abril de 2015, incide sobre os contratos de 8,8 milhões de consumidores, o que representa 17,4% do total de 50,3 milhões de beneficiários de planos de assistência médica no Brasil.

A metodologia utilizada pela ANS para calcular o índice máximo de reajuste dos planos individuais é a mesma desde 2001 e leva em consideração a média ponderada dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. Os consumidores devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar se o percentual de reajuste aplicado é igual ou inferior ao limite definido pela ANS. Outro aspecto importante a ser observado é se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do mês de aniversário do contrato.

Em caso de dúvida, os consumidores devem entrar em contato com a ANS por meio do Disque ANS (0800 701 9656); pela Central de Atendimento ao Consumidor, no endereço eletrônico **www.ans.gov.br**; ou pessoalmente em um dos 12 Núcleos de atendimento da ANS existentes no país.

Veja como será aplicado o reajuste

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir da data de aniversário de cada contrato. É permitida a cobrança de valor retroativo caso a defasagem entre a aplicação e a data de aniversário seja, no máximo, de quatro meses.

Deverão constar claramente no boleto de pagamento o índice de reajuste autorizado pela ANS, o número do ofício de autorização da ANS, nome, código e número de registro do plano, bem como o mês previsto para aplicação do próximo reajuste anual. A relação dos reajustes autorizados encontra-se permanentemente disponível na página da ANS na internet **www.ans.gov.br**.

Veja abaixo exemplo de reajuste de um plano de saúde com aniversário em maio e com mensalidade de R$100,00:

ENTENDA COMO É APLICADO O REAJUSTE

Exemplo: contrato com aniversário no mês de maio.

Mês de aniversário do contrato. Consumidor recebeu boleto sem o devido reajuste.	**MAI**	R$ 100,00
Consumidor recebeu o boleto ainda sem reajuste.	**JUN/JUL**	R$ 100,00
Consumidor recebe boleto com a nova mensalidade acrescida do retroativo referente a maio.	**AGO**	R$ 119,30 (R$ 109,65 referentes a agosto + R$ 9,65 referentes a maio)
Consumidor recebe boleto com a nova mensalidade acrescida do retroativo referente a junho.	**SET**	R$ 119,30 (R$ 109,65 referentes a setembro + R$ 9,65 referentes a junho)
Consumidor recebe boleto com a nova mensalidade acrescida do retroativo referente a julho.	**OUT**	R$ 119,30 (R$ 109,65 referentes a outubro + R$ 9,65 referentes a julho)
Consumidor recebe boleto com a nova mensalidade. O valor cobrado permanecerá o mesmo até o próximo reajuste anual ou por faixa etária.	**NOV**	R$ 109,65

Perguntas frequentes

1. As operadoras são obrigadas a seguir o índice de reajuste definido para os planos novos contratados por pessoas físicas?

Resposta: As operadoras não podem aplicar um percentual mais alto do que o autorizado, mas são livres para adotar índices inferiores ao divulgado pela ANS, ou mesmo manter suas mensalidades sem reajuste. Caso a operadora não obtenha a autorização da ANS, não poderá reajustar tais contratos.

O índice divulgado pela ANS é um percentual máximo de reajuste voltado aos planos individuais/familiares médico-hospitalares, contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98.

2. Quantos beneficiários terão seus planos reajustados de acordo com o índice divulgado pela ANS?

Resposta: O índice de reajuste divulgado pela ANS incidirá diretamente sobre 8,8 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares individuais, contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98, o que representa 17,4% dos consumidores de planos de assistência médica no Brasil.

Cabe destacar que alguns contratos individuais firmados até 1º de janeiro de 1999 também podem ser reajustados pelo índice divulgado pela ANS. Isto ocorre quando as cláusulas não indicarem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das mensalidades ou o critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste (exceção aos Contratos cujas operadoras foram objeto de assinatura de Termo de Compromisso com a ANS).

3. Houve alteração na metodologia para o cálculo do reajuste em 2014?

Resposta: Não. A metodologia aplicada pela ANS para obter o índice tem sido a mesma desde 2001. Nela, a média ponderada dos percentuais de reajuste dos planos coletivos com mais de 30 beneficiários passa por um tratamento estatístico e resulta no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte.

4. A inclusão de novas coberturas no Rol de Procedimentos da ANS causou impacto no Reajuste de 2014?

Resposta: Não. A ANS irá avaliar o impacto de eventos exógenos, dentre eles a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em vigor desde 02/01/2014 (Resolução Normativa 338/2013), um ano após a sua vigência.

5. A partir de quando o índice de reajuste da ANS pode ser aplicado?

Resposta: O índice pode ser aplicado após a autorização da ANS para a operadora e a partir da data de aniversário do contrato. O índice poderá ser aplicado aos contratos com aniversário entre maio de 2014 e abril de 2015.

6. Se coincidirem a mudança de faixa etária e o aniversário do plano, o beneficiário terá dois reajustes?

Resposta: Sim. O reajuste por mudança de faixa etária ocorre cada vez que o beneficiário muda de idade e se enquadra em uma nova faixa etária pré-definida em contrato. Comprovadamente, cada faixa etária possui um perfil médio de utilização dos serviços de saúde. As regras para esse tipo de reajuste levam em consideração a data em que o contrato foi firmado com a operadora. O reajuste

por faixa etária aplica-se na idade inicial de cada faixa e pode ocorrer tanto pela mudança de idade do titular como dos dependentes do plano.

7. Por que a ANS não regula os reajustes dos planos antigos?

Resposta: A Lei nº 9.656/98, em seu artigo nº 35-E, determina que a ANS autorize reajuste tanto para os planos individuais antigos (assinados antes do início da vigência da lei), como para os planos assinados depois de 1º de janeiro de 1999, os chamados planos novos.

No entanto, desde setembro de 2003, esse dispositivo legal está suspenso por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF). Diante deste cenário, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 5, em 2003, definindo que, caso a regra de reajuste prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deverá estar limitado ao reajuste máximo estipulado pela ANS ou ser definido por meio da celebração de Termo de Compromisso com o órgão regulador. Neste último caso, haverá necessidade de autorização prévia da ANS.

Para estimular os beneficiários de planos antigos a terem seus contratos adaptados à Lei dos planos de saúde, que incluem as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a ANS editou em 2011 normas que incentivam a adaptação de contratos ou a migração para planos novos. Com isso, os beneficiários de planos adaptados passam a ter as mesmas regras de reajuste que as dos planos novos.

8. A ANS define preços de planos de saúde?

Resposta: Não. A regulação de planos de saúde não estipula preços a serem praticados pelas operadoras, seja para planos coletivos ou individuais. A regra estabelecida pela ANS exige que a operadora elabore uma nota técnica atuarial de precificação para cada um de seus planos como pré-requisito para a concessão do registro de planos e manutenção de sua comercialização.

Vale destacar que a ANS faz o monitoramento dos preços dos planos por meio da Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP, na qual é informado o Valor Comercial da Mensalidade. De acordo com a Resolução RDC 28/2000, estão dispensados do envio da Nota Técnica de Registro de Produto os planos exclusivamente odontológicos e os planos com formação de preço pós estabelecida.

9. Como funciona o reajuste dos planos coletivos?

Resposta: A ANS não define percentual máximo de reajuste para os planos coletivos por entender que as pessoas jurídicas possuem maior poder de negociação junto às operadoras, o que, naturalmente, tende a resultar na obtenção de percentuais vantajosos para a parte contratante. O reajuste dos planos coletivos é calculado com base na livre negociação entre as operadoras e as empresas, fundações, associações, etc.

Os contratos coletivos empresariais com mais de 30 consumidores não estão sujeitos a carência, o que reduz decisivamente o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.

Para os contratos com menos de 30 beneficiários, que estão sujeitos ao cumprimento de carências, a ANS estabeleceu o agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação do reajuste (Resolução Normativa 309/2012). Essa medida tem o objetivo de diluir do risco desses contratos, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste.

É importante ressaltar que, ao longo de 12 meses, a ANS coleta e monitora os reajustes dos planos coletivos. Outros aspectos referentes a estes planos, como assistenciais, econômico-financeiros e informacionais, são regulados pela ANS.

Leia também: Reajuste para planos coletivos com menos de 30 beneficiários

10. Como funciona o reajuste dos planos exclusivamente odontológicos?

Resposta: Desde maio de 2005, os planos exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não dependem mais de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajustes, desde que esteja claro no contrato o índice que a operadora adota para o reajuste (IGP-M, IPC, IPCA, dentre outros). Caso não haja um índice estabelecido, a operadora deve oferecer ao titular do plano um termo aditivo de contrato que defina esse índice. A não aceitação ao Termo implica na adoção do IPCA - Índice Nacional e Preços ao Consumidor Amplo.

11. O índice ANS 2014 está condizente com outros indicadores econômicos?

Resposta: É importante deixar claro a diferença entre o índice de reajuste dos planos de saúde e os índices gerais de preço, ou “índices de inflação”.

Os “índices de inflação” medem a variação de preços dos insumos de diversos setores, como, por exemplo: alimentação, bebidas, habitação, artigos de residência, vestuário, transporte, despesas pessoais, educação, comunicação, além do item saúde e cuidados pessoais.

O índice de reajuste divulgado pela ANS não é um índice de preços. Ele é composto pela variação da frequência de utilização de serviços, da incorporação de novas tecnologias e pela variação dos custos de saúde, caracterizando-se como um índice de valor. Em 2014, a variação anual de custos e frequência correspondeu a 9,65%.

A variação de preços dos Serviços de Saúde medida pelo IPCA, de 8,95% (em abr/14), que é um índice de preço, é composto pela variação nos valores de serviços médicos, de exames de laboratório, de hospitalização e cirurgia e de exames de imagem.

Consulte o reajuste autorizado para a sua operadora

Fonte: ANS, em 03.07.2014.