

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fixou em 13,55% 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 2015 a abril de 2016, será publicado no Diário Oficial da União e incidirá sobre o contrato de cerca de 8,6 milhões de beneficiários, o que representa 17% do total de 50,8 milhões de consumidores 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 dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários.

Os beneficiários devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar:

- se o percentual de reajuste aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS;
- 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 máximo 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 em tantos quanto forem os meses de defasagem entre a aplicação e a data de aniversário.

Deverão constar claramente no boleto de pagamento o índice de reajuste aplicado – limitado ao 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

R\$ 100,00

Consumidor recebe boleto com
a nova mensalidade acrescida
do retroativo referente a maio.

JUL

R\$ 127,10
(R\$ 113,55 referentes
a julho + R\$ 13,55
referentes a maio)

Consumidor recebe boleto com
a nova mensalidade acrescida
do retroativo referente a junho.

AGO

R\$ 127,10
(R\$ 113,55 referentes
a agosto + R\$ 13,55
referentes a junho)

Consumidor recebe boleto com
a nova mensalidade. O valor
cobrado permanecerá o mesmo
até o próximo reajuste anual ou
reajuste por faixa etária.

SET

R\$ 113,55

Fonte: Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos/ANS

Perguntas Frequentes

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

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?

O índice de reajuste divulgado pela ANS incidirá diretamente sobre 8,7 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% dos consumidores de planos de assistência médica no Brasil.

Cabe destacar que alguns contratos individuais, firmados antes de 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 2015?

Não. A metodologia aplicada pela ANS para obter o índice tem sido a mesma desde 2001. Nela, a média dos percentuais de reajuste dos contratos 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 2015?

Sim. A ANS avaliou o impacto econômico-financeiro decorrente de eventos exógenos na série histórica de despesas de planos de saúde com cobertura médico-hospitalar, dentre eles as atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Na última atualização, em vigor desde janeiro de 2014, foram incluídos 37 medicamentos orais para o tratamento domiciliar de diferentes tipos de câncer e 50 novos exames, consultas e cirurgias, entre os quais 28 cirurgias por vídeo, uma nova técnica de radioterapia para tumores de cabeça e pescoço e tratamento de dores crônicas nas costas utilizando radiofrequência.

O impacto econômico-financeiro decorrente de eventos exógenos e das atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS já está incluído no índice máximo de reajuste da Agência divulgado neste ano.

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

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 2015 e abril de 2016.

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

terá dois reajustes?

Sim. O reajuste anual do plano ocorre a doze meses do contrato e 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. Ambos podem incidir coincidentemente no mesmo mês.

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?

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, 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 dos planos novos.

8. A ANS define preços de planos de saúde?

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 NTRP os planos exclusivamente odontológicos e os planos com formação de preço pós estabelecida.

9. Como funciona o reajuste dos planos coletivos?

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 (RN 309/2012). Esta medida tem o objetivo de diluir do risco desses contratos, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste.

É importante ressaltar que, ao longo de doze 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?

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. É correto relacionar o índice de reajuste autorizado pela ANS com outros indicadores econômicos?

É importante deixar clara 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.

[Consulte os percentuais de reajuste autorizados para a sua operadora ano a ano](#)

Confira as resoluções normativas sobre o reajuste

[RN nº 362, de 4 de dezembro de 2014](#)

[RN nº 171, de 29 de abril de 2008](#)

[RN nº 156, de 8 de junho de 2007](#)

[RN nº 128, de 18 de maio de 2006](#)

[RN nº 99, de 27 de maio de 2005](#)

[RN nº 74, de 7 de maio de 2004](#)

[RN nº 36, de 17 de abril de 2003](#)

[RN nº 08, de 24 de maio de 2002](#)

[RDC nº 66, de 3 de maio de 2001](#)

[RDC nº 29, de 26 de junho de 2000](#)

Fonte: [ANS](#), em 03.06.2015.