Planos empresariais, cujo reajuste não tem limite fixado pela ANS, são o único tipo de contratação que cresce no país



Os planos de saúde individuais e familiares, os únicos cujo reajuste anual tem teto definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), perderam, mais uma vez, 2,99% dos vínculos entre setembro de 2025 e setembro de 2026, segundo dados divulgados pela agência em 5 de novembro. No mesmo período, os coletivos empresariais cresceram 1,92%, enquanto os coletivos por adesão também recuaram 0,65%. Para o advogado Elton Fernandes, sócio do Elton Fernandes Sociedade de Advogados, escritório especializado em Direito da Saúde Suplementar, e professor convidado da pós-graduação em Direito Médico e Odontológico da USP de Ribeirão Preto, o número mostra que o consumidor está sendo levado para a modalidade em que o preço escapa do controle regulatório.

O país encerrou setembro com 53,1 milhões de vínculos em planos de assistência médica, número que a ANS classifica como estável. Os planos individuais ou familiares somam 8,3 milhões, e os empresariais, 39 milhões, quase três quartos do mercado. A queda do individual acompanha a retração da oferta. Em outubro de 2025, o diretor-presidente da ANS, Wadih Damous, afirmou ao jornal O Globo que as operadoras “acabaram com a oferta de planos individuais” e que essa foi “uma maneira de contornarem a regulação”.

Uma queda que vem de longe

O recuo dos últimos 12 meses prolonga uma tendência de mais de uma década. Em junho de 2015, os planos individuais somavam 9,8 milhões de vínculos, e a modalidade chegou a setembro de 2026 com cerca de 1,5 milhão a menos. A perda recente está concentrada nos contratos regulamentados, firmados a partir de 1999 sob a Lei dos Planos de Saúde e sujeitos ao teto. Entre dezembro de 2023 e setembro de 2026, eles perderam cerca de 417 mil vínculos, contra 95 mil dos planos antigos, que não são mais vendidos.

“O plano individual não desapareceu por acaso. Se ele estivesse apenas envelhecendo, a queda estaria nos contratos antigos, mas o que encolhe é o plano regulamentado, justamente o produto que a lei desenhou para proteger o consumidor. O mercado decidiu parar de oferecer o único contrato em que o reajuste é controlado pela ANS e passou a vender, no lugar dele, o contrato em que o reajuste é livre”, diz o advogado.

A conta da migração

Os planos individuais e familiares têm reajuste máximo definido todo ano pela ANS. Para os aniversários entre maio de 2026 e abril de 2027, o teto é de 5,11%. Nos planos coletivos, contratados por empresas ou entidades de classe, o percentual é negociado entre a operadora e quem contrata, sem limite definido pela agência.

A diferença aparece no reajuste. De janeiro a agosto de 2025, os planos coletivos médico-hospitalares tiveram reajuste médio de 11,15%, segundo a ANS. Nos contratos com menos de 30 beneficiários, faixa em que se enquadram os planos familiares firmados por CNPJ, a média chegou a 14,81%. No mesmo ciclo, o teto autorizado para os planos individuais foi de 6,06%. O setor encerrou 2025 com lucro líquido de R$ 24,4 bilhões, 120% acima do ano anterior, de acordo com a agência.

“A família que perdeu acesso ao plano individual não deixou de precisar de plano. Ela foi para um contrato pequeno, com reajuste mais de duas vezes maior que o teto da ANS, num ano em que o lucro do setor mais que dobrou. A regulação protegeu um produto que o mercado deixou de vender e não acompanhou o consumidor para onde ele foi”, afirma Elton Fernandes, autor do livro Manual de Direito da Saúde Suplementar, o mais vendido do setor.

O CNPJ virou porta de entrada

Parte desse movimento passa por contratos empresariais que reúnem só uma família, firmados pelo CNPJ de um microempreendedor individual ou de uma pequena empresa familiar. O advogado especialista em Direito da Saúde Elton Fernandes sustenta que o rótulo coletivo, nesses casos, esconde uma relação de consumo individual.

“Uma família que contrata o plano pelo CNPJ de um MEI continua sendo, na prática, uma família comprando um plano familiar. O nome do contrato muda e o consumidor perde o teto, embora o risco assumido pela operadora seja o mesmo de um plano individual. A ANS obriga a operadora a aplicar um reajuste único a todos os contratos com menos de 30 vidas, mas esse percentual não tem limite. Quando a coletividade existe só no papel, o contrato deve ser tratado como plano individual, inclusive no reajuste”, afirma.

O que o consumidor pode fazer

O primeiro passo é confirmar no contrato se o plano é individual, coletivo empresarial ou coletivo por adesão. A modalidade não altera a cobertura mínima obrigatória, que depende da segmentação assistencial do contrato: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica ou a combinação delas. Ao trocar o plano individual pelo empresarial, portanto, o consumidor não ganha cobertura e perde o teto de reajuste.

Quem tem plano coletivo pode pedir por escrito à operadora, ou à empresa ou entidade contratante, a justificativa do percentual aplicado, e registrar reclamação na ANS quando a explicação não vier. Guardar boletos e comunicações de reajuste ao longo dos anos ajuda a reconstituir o histórico de aumentos.

Para o advogado especialista em reajuste do plano de saúde Elton Fernandes, a pergunta certa precisa ser feita antes da assinatura. “Antes de aceitar um plano pelo CNPJ, o consumidor deve perguntar se aquele contrato existe só para contornar o teto e se há oferta de plano individual ou familiar na região. A economia do plano empresarial nas primeiras mensalidades costuma ser cobrada, com juros, nos reajustes dos anos seguintes.”

Fonte: Michelle Amaral, em 10.11.2026