

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula tanto os planos individuais/familiares quanto os coletivos (empresariais e por adesão), inclusive no que se refere ao reajuste, mas as regras para definição e aplicação são diferenciadas. Confira abaixo cada caso:

Nos planos individuais ou familiares, o percentual máximo de reajuste que pode ser aplicado pelas operadoras é definido pela ANS. Para o período de maio de 2020 a abril de 2021, o índice estabelecido foi de 8,14%.

No caso dos planos coletivos com 30 beneficiários ou mais, estes possuem reajuste definido em contrato e estabelecido a partir da relação comercial entre a empresa contratante e a operadora, em que há espaço para negociação entre as partes. Nesses casos, é fundamental a participação do contratante na negociação do percentual.

No caso dos reajustes de planos coletivos com até 29 beneficiários, a ANS estabelece uma regra específica de agrupamento de contratos. Dessa forma, todos os contratos coletivos com menos até 29 vidas de uma mesma operadora devem receber o mesmo percentual de reajuste anual. O objetivo é diluir o risco desses contratos, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste.

Além disso, as operadoras devem seguir regras determinadas pela ANS para aplicação dos reajustes coletivos, tais como: obrigatoriedade de comunicação do índice aplicado e de informações no boleto de pagamento e fatura; periodicidade do reajuste e impossibilidade de discriminação de preços e reajustes entre beneficiários de um mesmo contrato e produto; obrigatoriedade de disponibilização à pessoa jurídica contratante da memória de cálculo do reajuste e metodologia utilizada com o mínimo de 30 dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste. E, após a efetiva aplicação do reajuste em contrato coletivo, os consumidores podem solicitar formalmente à administradora de benefícios ou à operadora a memória de cálculo e a metodologia utilizada, que têm prazo máximo de 10 dias para o fornecimento.

Em relação ao reajuste por mudança de faixa etária, a Agência esclarece que ocorre de acordo com a variação da idade do beneficiário e somente pode ser aplicado nas faixas autorizadas. Ele é previsto porque, em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza. Por essa razão, o contrato do plano de saúde deve prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. As regras de reajuste por variação de faixa etária são as mesmas para os planos de saúde individuais/familiares ou planos coletivos. As faixas etárias para correção variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato. Confira, na tabela abaixo, as regras para aplicação desse tipo de reajuste:

Data da contratação do plano de saúde	Faixas etárias para aplicação de reajuste	Regras
Até 2 de janeiro de 1999	-	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004	• 0 a 17 anos • 18 a 29 anos • 30 a 39 anos • 40 a 49 anos • 50 a 59 anos • 60 a 69 anos • 70 anos ou mais	- A Consu 06/98 determina que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). - Consumidores com mais de 60 anos e que participem do contrato há mais de 10 anos não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 1 de janeiro de 2004 (vigência do Estatuto do Idoso)	• 0 a 18 anos • 19 a 23 anos • 24 a 28 anos • 29 a 33 anos • 34 a 38 anos • 39 a 43 anos • 44 a 48 anos • 49 a 53 anos • 54 a 58 anos • 59 anos ou mais	- A Resolução Normativa nº 63 determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). - Determina também que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Sobre a suspensão e a recomposição dos reajustes suspensos em 2020

A decisão pela suspensão dos reajustes dos planos de saúde no período de setembro a dezembro de 2020 foi tomada pela ANS em agosto diante de um cenário de possíveis dificuldades para o beneficiário, em função da retração econômica acarretada pela pandemia, buscando conferir alívio financeiro ao consumidor, preservando a manutenção do plano de saúde, sem desestabilizar as regras e os contratos estabelecidos.

A recomposição dos reajustes suspensos deve ser aplicada a partir de janeiro de 2021 em 12 parcelas mensais e de igual valor. Buscou-se, assim, diluir o pagamento, com a recomposição a ser feita de forma escalonada para minimizar o impacto para os beneficiários e preservar os contratos estabelecidos. A Agência estabeleceu ainda que, para que o usuário do plano de saúde saiba exatamente o que está sendo cobrado, os boletos ou documentos de cobrança equivalentes deverão conter de forma clara e detalhada as seguintes informações:

- o valor da mensalidade,
- o valor da parcela relativa à recomposição e
- o número da parcela referente à recomposição dos valores não cobrados em 2020.

Cabe esclarecer que o percentual de reajuste autorizado para o período de maio de 2020 a abril de 2021 observou a variação de despesas assistenciais entre 2018 e 2019, período anterior à pandemia e que, portanto, não apresentou redução de utilização de serviços de saúde. O comportamento das despesas assistenciais de 2020 será percebido no reajuste referente a 2021.

[Clique e confira mais informações](#) sobre a recomposição dos reajustes dos planos de saúde suspensos de setembro a dezembro de 2020.

A Agência destaca ainda que vem acompanhando os impactos da pandemia e tem dado total transparência às informações por meio do Boletim Covid-19 Saúde Suplementar ([confira aqui](#)). Através desse acompanhamento, a ANS vem avaliando os cenários para que seja possível tomar as decisões mais acertadas em prol do setor, buscando proteger o consumidor e preservar o equilíbrio e a sustentabilidade do sistema suplementar de saúde.

Transparência - percentuais aplicados

A ANS disponibiliza, em seu portal na internet, os percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras para os diferentes tipos de contratos. Clique nos links abaixo para acessar:

- [Planos individuais ou familiares](#)
- [Planos coletivos com até 29 beneficiários \(agrupamento de contratos\)](#)
- [Planos coletivos com 30 ou mais beneficiários \(Portal de Dados Abertos\)](#)

Dados do setor

O setor de planos de saúde encerrou 2020 com 47,6 milhões de beneficiários em planos de assistência médica – um aumento de mais de 560 mil usuários em relação a dezembro de 2019 (1,18%). O número contabilizado em dezembro de 2020 é o maior registrado desde janeiro de 2017 - antes disso, foi superado em dezembro de 2016, quando foram contabilizados 47.631.754 usuários em planos de assistência médica. Essa evolução reflete o movimento de adesões dos beneficiários ao setor da saúde suplementar e indica o interesse da população em ter um plano privado de assistência à saúde.

Intermediação de conflitos

A ANS vem acompanhando com atenção o cumprimento pelas operadoras de planos de saúde das regras estabelecidas pela reguladora para a recomposição dos reajustes suspensos em 2020 em razão da pandemia pelo Coronavírus. A Agência também vem realizando desde março de 2020 (início da pandemia) o monitoramento diário das demandas registradas em seus canais de atendimento ao consumidor para pedidos de informação e registro de reclamações. Os dados estão disponibilizados em ferramenta específica no portal da Agência. Confira aqui.

Dessa forma, a ANS atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). A partir de uma reclamação registrada na Agência, uma notificação automática é encaminhada à operadora responsável, que tem até 5 dias úteis para resolver o problema do beneficiário nos casos de não garantia da cobertura assistencial,

e 10 dias úteis para as demandas não assistenciais.

Até outubro de 2020, a NIP alcançou 93,3% de resolutividade, considerando todas as demandas cadastradas na ANS no período que foram passíveis de mediação. A alta resolutividade em um ano tão atípico e de tantos desafios impostos ao setor de saúde demonstra o êxito da agência reguladora na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, evitando, assim, uma potencial judicialização.

Índice de Resolutividade – Brasil (até outubro/2020)	
Demandas de Reclamação	Percentual de resolutividade
Em Geral	93,3%
Relacionadas à COVID-19	91,0%
Exames RT-PCR (COVID-19)	92,3%
Exames Sorológicos (COVID-19)	91,9%
<i>Fonte: SIF-Consulta - data da extração: 21/01/2021</i>	

Portabilidade

A ANS reforça, ainda, que estão disponíveis aos beneficiários – seja qual for a modalidade de contratação do plano (individuais ou coletivos) – a possibilidade de realização de portabilidade de carências, que permite aos usuários trocar de plano de saúde dentro da mesma operadora ou para uma operadora diferente sem a necessidade de cumprir carências.

[Clique aqui para saber mais.](#)

Canais de atendimento:

- Disque ANS 0800 701-9656
- Fale Conosco (formulário eletrônico) no portal www.ans.gov.br
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105

Fonte: ANS, em 22.02.2021