

Reajuste de planos individuais/familiares

Perguntas e respostas sobre o índice máximo autorizado pela ANS para 2021-2022

Perguntas e respostas sobre Reajuste de Planos Individuais ou Familiares

1 - Por que são aplicados reajustes nas mensalidades dos planos de saúde?

O reajuste anual por variação de custos é a atualização dos valores das mensalidades dos planos frente à variação dos custos dos insumos. Os reajustes são necessários para que as mensalidades acompanhem a variação no preço dos procedimentos e na quantidade de serviços utilizados. Logo, o reajuste refere-se à evolução do custo da produção assistencial (ou seja, dos insumos utilizados).

2 - Por que o percentual de reajuste dos planos individuais ou familiares é negativo este ano e o que significa na prática?

O resultado negativo do índice obtido este ano é reflexo da redução na utilização dos planos de saúde ocorrida em 2020, um dos efeitos da pandemia de Covid-19 no Brasil. Ao aplicar o percentual negativo, na prática as operadoras deverão reduzir em -8,19% o valor da mensalidade.

3 - Como foi realizado o cálculo para se chegar a esse percentual negativo?

O percentual máximo de reajuste que pode ser aplicado aos planos individuais ou familiares é definido através de cálculo que combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último 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 outras naturezas, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%.

4 - Quem está sujeito ao reajuste de planos individuais ou familiares?

O índice de reajuste autorizado pela ANS é aplicável aos planos de saúde médico-hospitalares individuais ou familiares contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98.

5 - Quando o índice de reajuste é divulgado e aplicado pelas operadoras?

A aprovação do percentual foi feita em reunião da Diretoria Colegiada da ANS em 8/07 e foi encaminhada para que seja publicada na edição de 9/07 do Diário Oficial da União. O índice deve ser aplicado pela operadora a partir da data de aniversário do contrato (mês de contratação do plano). A base anual de incidência é de maio até abril do ano seguinte.

6 - Pode haver aplicação retroativa?

Como este ano o reajuste foi definido em julho, para os contratos que aniversariam entre maio e julho, a cobrança deverá ser iniciada, no máximo, até setembro, retroagindo até o mês de aniversário do contrato. Para os demais, as operadoras deverão iniciar a cobrança em até, no máximo, dois meses após o aniversário do contrato, retroagindo até o mês de aniversário.

7 - As operadoras são obrigadas a seguir o índice de reajuste definido pela ANS?

As operadoras não podem aplicar um percentual mais alto do que o autorizado, mas são livres para adotar índices inferiores ao divulgado pela ANS.

8 - Como o percentual é negativo, as operadoras podem deixar de aplicar o percentual de reajuste ou aplicar reajuste zero?

Não. Todas as operadoras que comercializam planos individuais ou familiares médico-hospitalares regulamentados ou adaptados à Lei nº 9656/98 deverão aplicar o reajuste no aniversário dos contratos de seus beneficiários. O percentual deve observar o limite máximo determinado pela agência, ou seja, as operadoras não podem aplicar reajuste maior do que o definido pela ANS, mas podem aplicar reajuste menor. Assim, “não aplicar reajuste” equivale a “aplicar reajuste zero”, o que está em desacordo com a regulamentação.

9 - Que informações a operadora deve prestar ao consumidor no boleto de pagamento?

O boleto de pagamento deve informar: o índice autorizado pela ANS; o nome, o código e o número de registro do plano; o mês previsto para o próximo reajuste; e o número do ofício de autorização da ANS.

10 - O que acontece com a recomposição dos valores relativos aos reajustes suspensos no ano passado?

As parcelas que estão sendo cobradas para fins da recomposição dos valores suspensos ao longo de 2020 seguirão sendo cobradas e não estarão sujeitas ao reajuste de 2021. O que será reajustado por -8,19% é a mensalidade do mês vigente, ou seja, a mensalidade acrescida do reajuste de 2020.

Exemplo: contrato com aniversário no mês de maio

Mensalidade sem o reajuste de 2021 (considerando reajuste de 2020 já aplicado): R\$ 100

Reajuste de 2021: -8,19%

Mensalidade com reajuste de 2021: $R\$ 100,00 * (1 + (-8,19\%)) = R\$ 91,81$

Valor a ser pago a partir de agosto, com a aplicação do reajuste 2021:

R\$ 91,81 - R\$8,19 (retroativo a maio) + parcelas retroativas dos valores suspensos em 2020

11 - E se a operadora não aplicou o percentual ou aplicou percentual diferente do que foi definido pela ANS, o que o beneficiário deve fazer?

Entre em contato com a operadora do plano de saúde para obter esclarecimentos. Se a operadora não resolver o problema, entre em contato com a ANS através dos canais de atendimento:

- Disque ANS: 0800 701 9656
- Fale Conosco (formulário Eletrônico): www.gov.br/ans
- Central de Atendimento a Deficientes Auditivos: 0800 021 2105

SOBRE O CÁLCULO DO REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS

1 - Como é calculado o reajuste dos planos individuais/familiares?

Em dezembro de 2018, a ANS aprovou uma nova fórmula de cálculo do percentual máximo de reajuste anual que pode ser aplicado pelas operadoras às mensalidades dos planos individuais ou familiares. O cálculo combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último 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 outras naturezas, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%.

O 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) - estes dois últimos componentes

funcionam como redutores do índice, pois são descontados da VDA. A VFE deduz a parcela da variação das despesas das operadoras que já é recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária e o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais.

2 - O que é VDA e como é calculada para entrar na fórmula de cálculo do reajuste?

A VDA representa a variação das despesas assistenciais médias por beneficiário de um ano para o seguinte. Após o cálculo da VDA dos planos individuais novos de cada operadora, é calculada uma VDA única para o mercado, através da média ponderada pelo número de beneficiários de cada operadora. Cabe destacar que, sobre a VDA, reduz-se a parcela da variação das despesas que já são corrigidas pelas variações da mensalidade em função de mudança de faixa etária e o índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais.

3 - Por que não usar somente o IPCA para definir o índice? Ao incluir no cálculo a variação das despesas assistenciais + IPCA, o índice não pode ser maior?

O IPCA, sozinho, não reflete a variação das despesas ocorridas na saúde suplementar. A inclusão do IVDA e do IPCA não deve aumentar o valor do índice como uma consequência direta, pois a medida visa estabelecer a atualização adequada dos preços de acordo com a natureza de cada despesa (assistencial - IVDA e não assistencial - IPCA). Deve-se ressaltar que a metodologia proposta traz o componente "Fator Ganhos de Eficiência", para evitar que o reajuste apenas repasse a variação de despesas transcorrida, estimulando as operadoras a serem mais eficientes na gestão das despesas com assistência à saúde dos beneficiários.

4 - O que é e como foi mensurado o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) no cálculo do reajuste de planos individuais/familiares?

O Fator de Ganhos de Eficiência é calculado com base na Variação das Despesas Assistenciais (VDA). Para o estabelecimento do FGE, compararam-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares de cada operadora (VDA) com o terceiro quartil da variação de despesas do setor (corte que contempla 75% das variações de despesas). A soma dessas distâncias compõe o valor do FGE a ser deduzido da VDA. A implementação do fator de eficiência objetiva promover maior eficiência na gestão das despesas dos planos individuais.

5 - Onde encontro os dados que são utilizados no cálculo do reajuste dos planos individuais ou familiares?

A nova metodologia de cálculo dos reajustes de planos individuais ou familiares traz mais transparência e previsibilidade para o cálculo do reajuste, sendo possível realizar simulações através dos dados disponíveis no [Portal Brasileiro de Dados Abertos](#) e no site da Agência. Este ano, além da publicação das bases de dados, a ANS está disponibilizando um caderno na linguagem R (linguagem de programação largamente utilizada por analistas de dados/estatísticos) que documenta passo a passo o cálculo da variação das despesas assistenciais a ser utilizada no cálculo do percentual máximo de reajuste dos planos individuais ou familiares e permite a replicação do cálculo pelo público em geral. [Confira aqui](#).

Deliberações da 553ª reunião da DICOL

Reunião foi realizada na quinta-feira, 08/07, e foi transmitida ao vivo

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, nessa quinta-feira (08/07), a 553ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada (DICOL). O encontro reuniu Rogério Scarabel (diretor-presidente substituto e de Normas e Habilitação dos Produtos), Paulo Rebello (diretor de Normas e Habilitação das Operadoras), César Serra (diretor de Desenvolvimento Setorial substituto), Bruno Rodrigues (diretor de Gestão substituto), Maurício Nunes (diretor de Fiscalização substituto) e o procurador-geral federal junto à ANS, Daniel Junqueira de Souza Tostes, tendo sido transmitido ao vivo pela página da reguladora no YouTube.

Scarabel abriu a reunião parabenizando a aprovação de Rebello para o cargo de diretor-presidente da ANS, reconhecendo sua liderança e seu histórico profissional na Agência, o que foi corroborado pelos demais diretores.

Na apreciação do **item 1**, os diretores aprovaram a minuta de ata da 552ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, ocorrida em 23 de junho.

Presidente da Comissão de Ética da ANS (CEANS), Rachel Salvatori, foi convidada por Rogério Scarabel para falar sobre a campanha de comunicação interna Quero Te Ver, criada para estimular a aproximação dos servidores e colaboradores a partir da abertura da câmera durante as reuniões de trabalho, proporcionando um ambiente de maior transparência e confiança. Os diretores elogiaram a iniciativa.

INFORME DIPRO – Para a apreciação do **item 2** da pauta, o diretor-presidente da Agência convidou a gerente de Monitoramento Assistencial da ANS, Flavia Tanaka, para apresentar um painel do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2020, que divulga os dados de produção dos serviços de saúde prestados pelas operadoras por ano-base, dando transparência às informações. O Mapa tem conteúdo interativo, em que podem ser realizadas simulações de acordo com o interesse do usuário. Para saber mais sobre o Mapa Assistencial da ANS, [clique aqui](#).

Item 3 - O diretor César Serra convidou o gerente de Análise Setorial e Contratualização com Prestadores, Gustavo Macieira, para falar sobre a revisão da RN nº 389/15, com vistas a aumentar ainda mais a transparência do setor de saúde suplementar, a partir de três pilares: transparência para os beneficiários sob o ponto de vista cadastral, utilidade das informações e fluxo das negociações dos planos coletivos empresariais. Segundo Macieira, os formulários contam com respostas simples e serão disponibilizados no site da ANS na próxima semana, com prazo mínimo de 30 dias para que se possa coletar as informações. As empresas e operadoras não serão obrigadas a responder, contudo, trata-se de um trabalho que colabora para a transparência e melhorias no setor.

Item 4 - O diretor Paulo Rebello convidou o gerente de Acompanhamento Regular das Operadoras, Robson da Cruz, para abordar a proposta normativa que dispõe sobre a atualização e o aprimoramento do Plano de Contas Padrão da ANS e a reformulação dos Procedimentos Previamente Acordados (PPAs). De acordo com ele, trata-se de alterações que ocorrem periodicamente para melhorar as operações realizadas no mercado, com o objetivo de proporcionar maior clareza às normas contábeis e de acordo com o padrão internacional das operações. As normas substitutivas, que revogariam as RNs 435/2018, 227/2010 e 446/2019 e alterariam a RN 451/2020, passaram por consulta pública e contam com a contribuição de 15 entidades, com mais de 100 colaborações para ajustes nas questões normativas quanto a cálculos de receitas, cobranças, investimentos e, principalmente, quanto ao modelo de registro de operações de preços pós-estabelecidos. Os diretores apreciaram a pauta.

Item 5 - Rogério Scarabel apresentou a proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre o processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, mecanismo que garante o direito assistencial dos beneficiários ao contemplar os procedimentos indispensáveis ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento de doenças e eventos em saúde. De acordo com ele, o rito de atualização do rol até então não proporcionava a redução do tempo para atendimento às demandas, o que se provou necessário nos últimos tempos. A ideia da proposta, portanto, é simplificar as etapas e permitir maior agilidade na incorporação de novos métodos diagnósticos e tratamentos, sem prejuízo à qualidade das análises e aos atos administrativos. As propostas passarão a ser recebidas e analisadas de forma contínua pela equipe técnica da DIPRO, com revisão semestral pela Agência. Scarabel convidou a gerente de Cobertura Assistencial e Incorporação de Tecnologia em Saúde, Marly Pimentel, para apresentar a proposta de revisão do rito processual de atualização do rol. Ela salientou que as demandas seguirão sendo enviadas de forma eletrônica e que os prazos obedecerão à urgência de cada uma. Além disso, frisou que haverá regras de transição para adequar todos os sistemas e processos, o que contará com um prazo de 12 meses a partir da vigência da norma. Os diretores aprovaram o processo de

atualização do rol e sua proposta normativa.

Item 6 - O diretor-presidente da ANS convidou novamente a gerente Flavia Tanaka para apresentar o projeto de aperfeiçoamento do monitoramento do risco assistencial para acompanhamento de operadoras de planos de assistência à saúde e sobre as medidas administrativas decorrentes da identificação de risco assistencial nas operadoras de planos de assistência à saúde. Ela mostrou como funciona o monitoramento do risco assistencial, baseado no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento (visão do beneficiário) e no mapeamento do risco assistencial (visão da operadora). A área técnica realizou uma Avaliação de Resultado Regulatório da RN nº 416 e IN DIPRO nº 49, que acabou apontando gargalos no fluxo operacional e desafios a serem enfrentados por conta da diversidade do setor de saúde suplementar, afetando o resultado do programa. A ideia é aperfeiçoar o processo, conforme previsto na Agenda Regulatória, com vistas a subsidiar a tomada de decisão quanto à adoção de medidas administrativas regulatórias, a partir da revisão de indicadores, mudanças na análise de critérios e quanto aos conceitos apresentados na norma e outras ações. Os diretores aprovaram a abertura de Consulta Pública para debater a proposta de Resolução Normativa e de Instrução Normativa, que será feita 7 dias após a publicação no Diário Oficial da União.

Item 7 - O diretor Maurício Nunes convidou o coordenador de Ajustamento de Conduta da ANS, Marcos Braz, para apresentar a proposta de declaração de cumprimento do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta celebrado entre a ANS e a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e de extinção do ato objeto de apuração que estava nele expressamente elencado. Braz falou sobre a avaliação da ilegalidade de cláusula de limitação de quantidade de sessões de tratamento psicoterápico, em desacordo aos normativos da agência, e do cumprimento pelo ente regulado às determinações do TCAC. Aprovado pelos diretores.

Item 8 - Maurício Nunes convidou o gerente geral de Operações Fiscalizatórias da ANS, Frederico Cortez, para dar um panorama da retomada das intervenções fiscalizatórias a partir do 12º Ciclo de Fiscalização com a respectiva autorização de flexibilização da aplicação art. 17 da IN n. 13 da DIFIS/2016. Cortez explicou os processos do 12º Ciclo de Fiscalização, que têm previsão para serem iniciados no início de novembro, mesmo que as diligências não possam ser realizadas in loco, por conta da pandemia. Os diretores aprovaram o tema.

Item 9 - Realização de Audiência Pública quanto às alterações propostas da RN nº 452, de 2020, que dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Diretor César Serra convidou a gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade da ANS, Ana Paula Cavalcante, para esclarecer as alterações da resolução que trata do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, inclusive com ajustes solicitados pela Procuradoria Geral da República e com contribuições sugeridas pela DIOPE. Os diretores aprovaram a realização da audiência pública.

Item 10 - Sobre a aprovação de Resolução Administrativa que estabelece as normas e procedimentos das avaliações de desempenho individual e institucional, para fins de pagamento da Gratificação de Desempenho dos Planos Especiais de Cargos das Agências Reguladoras, o diretor Bruno Rodrigues convidou a gerente de Recursos Humanos da ANS, Berenice Pantaleão, para apresentar o assunto. Os diretores aprovaram a resolução.

Item 11 - Aprovação de medidas para cumprimento de decisão liminar em sede de Ação Civil Pública 5003789-95.2021.4.03.6100 que determina que para os indivíduos em tratamento de Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Estado de São Paulo seja declarada a inaplicabilidade de limite das sessões de psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, previstas no anexo II da Resolução Normativa - RN nº 465 de 24 de fevereiro de 2021. Rogério Scarabel salientou o número crescente de ações na Justiça para cobertura assistencial sem restrições ao número de sessões e tratamentos dos portadores do transtorno no país. De 14 processos, 4 já foram julgados procedentes. A equipe da DIPRO, então, propôs alterações para garantir aos beneficiários que têm TEA os tratamentos e atendimentos sem limitação de quantidade. Para Scarabel, a medida tem cunho protetivo aos portadores da doença e reduz as demandas judiciais.

Os diretores aprovaram a norma que altera a resolução.

Item 12 - Aprovação do índice máximo de reajuste anual que incidirá sobre as mensalidades dos planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares de contratação individual ou familiar, contratados na vigência da Lei nº 9.656/98 ou a ela adaptados, no período de 1º de maio de 2021 a 30 de abril de 2022. O diretor-presidente da ANS convidou a gerente econômico-financeira e atuarial de Produtos da Agência, Daniele Campos, para apresentar os dados que levaram ao índice. Ela frisou os componentes do cenário 2020-2021, que justifica o índice negativo, por conta da redução de atendimentos forçada pela pandemia, e demonstrou a mecânica dos estudos da equipe técnica que levou ao índice, com aprovação do Ministério da Economia, conforme determina a legislação, frisando toda a transparência dos dados e da metodologia de cálculo. Os planos individuais regulamentados correspondem a 17% do total de beneficiários, representando cerca de 8 milhões de consumidores. Para Rogério Scarabel, o índice confirma a robustez e a resiliência do modelo de cálculo de reajuste dos planos de saúde, que reflete os custos dos planos mesmo no contexto atípico causado pela pandemia. Para ele, a recomposição das receitas gera equilíbrio e horizonte de sustentabilidade no mercado, aliados a um mecanismo de incentivo à eficiência e melhor gestão das despesas assistenciais das operadoras, fruto de estudos da ANS e da ampla discussão com os setores e a sociedade. Scarabel ainda chamou a atenção para o fato de a aplicação do reajuste ser obrigatória para todas as empresas e operadoras de planos de saúde, sob as penas previstas na legislação. Os diretores aprovaram o índice máximo de -8,19% de reajuste anual sobre as mensalidades dos planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares de contratação individual ou familiar contratados após a Lei nº 9.656/98 ou adaptados à Lei. [Clique aqui](#) para acessar a notícia completa sobre o reajuste.

Item 13 - Aprovação dos percentuais de reajuste de 2021 dos planos individuais não regulamentados das operadoras signatárias dos Termos de Compromisso (TCs). A gerente Daniele Campos foi novamente convidada a apresentar a metodologia para os cálculos de reajuste desse tipo de planos. Os diretores aprovaram os reajustes nos seguintes índices máximos: -7,24% para os TCs da Bradesco Saúde, da SulAmérica Saúde e da ItaúSeg Saúde e de -7,83% para o TC da Amil Assistência.

Item 14 - Aprovação do Acordo de Cooperação Técnica entre a ANS e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania. Aprovado pelos diretores.

Antes da finalização do encontro, foram pautados 108 processos sancionadores, 92 processos de ressarcimento ao SUS, 4 processos de parcelamento de ressarcimento ao SUS, 1 processo de taxa de saúde suplementar e 1 processo de doença ou lesão pré-existente, tendo sido aprovados pelos diretores todos aqueles que não tenham qualquer tipo de impedimento.

Fonte: ANS, em 09.07.2021