

PERGUNTAS E RESPOSTAS – 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 da prestação do serviço. Os reajustes são necessários para que as mensalidades acompanhem as variações no preço e na quantidade dos procedimentos realizados. Ele garante equilíbrio na relação contratual, permitindo a continuidade da cobertura ao longo do tempo.

2 - Por que o percentual de reajuste dos planos individuais ou familiares está mais alto este ano?

O novo índice reflete as despesas assistenciais ocorridas em 2021 em comparação à queda registrada pelo setor no ano de 2020, em virtude da pandemia de Covid-19. Em 2021, os gastos em saúde alcançaram patamares próximos ao ano de 2019, período pré-pandemia. O cálculo se baseia na utilização de um ano para o outro, ou seja: comparamos os 12 meses de uso de 2021 aos 12 meses de uso de 2020. Dessa forma, quando comparamos o uso e os custos que o setor apresentou em 2021, dentro de seus parâmetros históricos, ao ano de 2020, que registrou uma acentuada redução na utilização dos planos de saúde, a diferença parece ser maior.

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

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%.

Este ano, os custos acabam sendo impactados pela inflação, já que estamos vivendo o maior período inflacionário desde 2003. Mas, não só isso. O custo final do plano de saúde também é influenciado por fatores como o aumento da frequência de uso e a inclusão de novas tecnologias no Rol de coberturas obrigatórias.

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 decisão sobre o percentual é publicada no Diário Oficial da União. A partir de então, o índice deve ser aplicado pela operadora a na data de aniversário do contrato (mês de contratação do plano). O percentual é válido para aplicação no período de maio até abril do ano seguinte.

6 - Pode haver aplicação retroativa?

A aplicação do percentual de forma retroativa só é permitida caso a defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato seja de até dois meses, devendo esta ser diluída pelo mesmo número de meses da defasagem. Sempre que a divulgação do índice ocorrer, as operadoras poderão retroagir a cobrança até o início do período de aplicação, desde que essa cobrança se inicie em até dois meses da publicação do índice. Em ambos os casos a operadora deverá diluir a cobrança pelo mesmo número de meses.

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 - Pode acontecer das operadoras não aplicarem o reajuste?

Uma vez que a operadora pode aplicar índices inferiores ao limite máximo autorizado pela ANS, ela pode “aplicar reajuste zero”. Todavia, mesmo neste caso, esta informação deve constar de maneira clara no boleto do beneficiário.

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

Deve ser informado no boleto de pagamento: 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 - Como posso saber como ficará minha mensalidade com a aplicação do percentual de reajuste estabelecido pela ANS?

Para auxiliar no cálculo, veja o exemplo abaixo:

Mensalidade de abril de 2022: R\$ 100,00

Reajuste de 2022: 15,5%, para contratos aniversariando a partir de maio/22

Mensalidade de maio de 2022: R\$ 100,00 - sem reajuste

Mensalidade de junho de 2022: R\$ 100,00 - sem reajuste

Mensalidade de julho de 2022: R\$ 115,50

Diferença do reajuste de maio de 2022: R\$ 15,50

Valor a ser pago em julho de 2022: R\$ 131,00

Mensalidade de agosto de 2022: R\$ 115,50

Diferença de reajuste de junho de 2022: R\$ 15,50

Valor a ser pago em agosto de 2022: R\$ 131,00

Mensalidade de setembro de 2022: R\$ 115,50

11 - E se a operadora não aplicou o percentual ou aplicou percentual maior 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 esclarecer ou 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

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

Desde 2019, a ANS adota uma nova fórmula de cálculo do percentual máximo de reajuste anual que pode ser aplicado pelas operadoras às mensalidades dos planos individuais ou familiares. A atual metodologia representa uma forma mais eficiente e transparente de cálculo e reflete com a maior precisão possível os custos em saúde.

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.

13- 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.

14 - 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.

No cálculo, o reajuste é impactado pela inflação, mas não apenas por ela. O custo final do plano de saúde também é influenciado por fatores como o aumento da frequência de uso e a inclusão de novas tecnologias no Rol de coberturas obrigatórias.

A atual metodologia é resultado de estudos e pesquisas realizados ao longo de vários anos e de amplo debate com o setor e a sociedade, trazendo mais transparência e previsibilidade ao índice de reajuste.

15 - 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).

Ele é um percentual da VDA, calculado a cada 4 anos, mas aplicado anualmente. Para os anos de 2019 a 2022, este percentual foi estabelecido em 8,87% da VDA. A implementação do fator de eficiência objetiva promover maior eficiência na gestão das despesas dos planos individuais.

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

A atual 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. Desde 2021, além da publicação das bases de dados, a ANS disponibiliza 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.

Para obter os dados utilizados no cálculo de 2022, [clique aqui](#).