



Nota Técnica SEI nº 2270/2025/MF

Assunto: Reajuste de planos de saúde individuais para o biênio 2025/2026.

Senhor Secretário de Reformas Econômicas,

SUMÁRIO EXECUTIVO

1. Esta Coordenação-Geral apresenta a presente Nota Técnica em resposta ao Ofício nº 5/2025/RST-PRESI/PRESI (SEI 51353961), enviado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que trata sobre o reajuste dos planos de saúde individuais para o período de 1º de maio de 2025 a 30 de abril de 2026, nos termos das competências atribuídas pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000^[1], e pela Portaria do Ministério da Fazenda nº 421, de 23 de dezembro de 2005^[2].

ANÁLISE

A regulação econômica do setor de saúde suplementar

2. O mercado de saúde suplementar possui, basicamente, três categorias de planos de assistência à saúde - planos contratados por pessoas físicas (planos individuais/familiares), planos contratados por pessoas jurídicas e planos individuais exclusivamente odontológicos - e cada uma delas adota uma política diferenciada para o reajuste anual das mensalidades.

3. O reajuste anual dos planos individuais com cobertura médico-hospitalar, com ou sem cobertura odontológica, considerados "novos" (i.e. contratados após 2 de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998) depende da aprovação prévia da ANS. Ressalta-se, porém, que a precificação do prêmio no momento inicial de comercialização do plano não é submetida à regulação. Em outras palavras, regula-se a variação dos preços, mas não os preços iniciais dos planos.

4. Por força de liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1931-8, de 3 de setembro de 2003, o reajuste anual dos planos individuais com cobertura médica-hospitalar, com ou sem cobertura odontológica, considerados "antigos" (i.e. contratados antes de 2 de janeiro de 1999), pode ser feito de acordo com a regra de reajuste estabelecida no contrato celebrado entre a pessoa física e a operadora. O reajuste de tais planos, portanto, não depende de autorização prévia da ANS. Todavia, caso a regra de reajuste prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deve se limitar ao reajuste máximo estipulado pela ANS ou estabelecido em Termo de Compromisso com a Agência.

5. Já o reajuste dos planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores seguem as mesmas regras dos planos individuais. Dessa forma, conforme preceitua a Resolução Normativa (RN) ANS nº 156, de 8 de junho de 2007, o reajuste de tais planos contratados após 02 de janeiro de 1999 exigem autorização prévia da ANS.

6. O reajuste dos planos coletivos contratados por pessoas jurídicas é livre.

7. Por fim, nos termos da RN ANS nº 172, de 08 de julho de 2008, o reajuste dos planos individuais exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não depende de autorização prévia da ANS, desde que o contrato contenha cláusula de reajuste que estabeleça, de forma clara, um índice de preços. Caso não haja um índice estabelecido em contrato, a operadora deve oferecer ao titular do plano um termo aditivo. A não aceitação do termo por parte do beneficiário implica na adoção tácita do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

8. Portanto, na prática, os planos efetivamente sujeitos ao reajuste máximo estabelecido pela ANS são os planos individuais/familiares novos (pós 2 de janeiro de 1999), exceto os planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores e os exclusivamente odontológicos, como demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1 - Regra de reajuste segundo classificação do plano de saúde

Segmentação assistencial	Médico-hospitalares	Exclusivamente Odontológicos
Época de contratação	Antigo Novo Antigo	Novo
Por Pessoa Física *	i) Contrato; ii) ANS ; ANS iii) TC ANS	i) Contrato; ii) IPCA
Por pessoa Jurídica *	Livre (monitorado)	Livre (monitorado)

Fonte: elaboração própria, com base na legislação.

* Aos planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores, independentemente do tipo de assistência, aplicam-se as regras dos planos individuais.

9. De acordo com dados divulgados pela ANS, o setor de planos de assistência médica totalizou 52.179.323 beneficiários em março de 2025, um aumento de 1.143.958 beneficiários em relação a março de 2024.

Tabela 2 - Beneficiários em planos de assistência médica

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Planos		
	Novo	Antigo	Total
Assistência médica com ou sem odontologia	48.767.453	3.411.870	52.179.323
Individual ou Familiar	7.852.381	784.439	8.636.820
Coletivo Empresarial	36.098.889	1.589.360	37.688.249
Coletivo por adesão	4.815.579	1.012.871	5.828.450
Coletivo não identificado	225	0	225
Não Informado	379	25.200	25.579
Exclusivamente odontológicos	34.343.266	223.317	34.566.583
Individual ou Familiar	6.658.050	1.367	6.659.417
Coletivo Empresarial	24.668.224	199.326	24.867.550
Coletivo por adesão	3.015.642	20.547	3.036.189
Coletivo não identificado	1.267	0	1.267
Não Informado	83	2.077	2.160

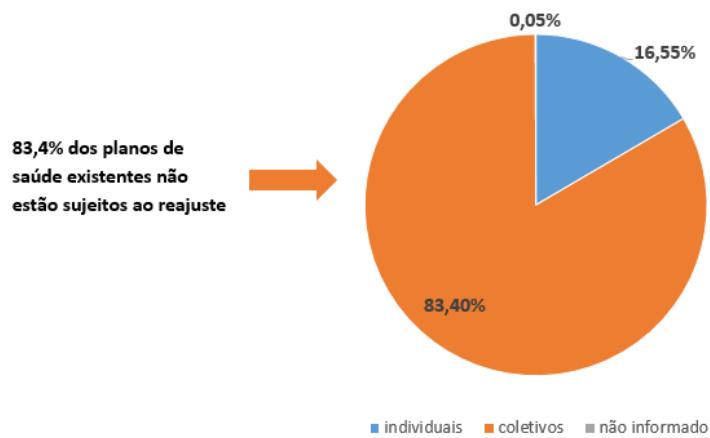
Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS

Dados atualizados até 04/2025

Fonte: ANS. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>>.

10. Como é possível notar na tabela acima, em março de 2025, dos 52.179.323 beneficiários, 43.516.924 dispõem de planos coletivos, 8.636.820 dispõem de planos individuais e 25.579 não informaram o tipo de plano.

Gráfico 1 - Planos de saúde por categoria



Metodologia empregada para o cálculo do reajuste

11. A RN ANS nº 441, de 19 de dezembro de 2018, estabelece a metodologia de cálculo para definir o Índice Máximo de Reajuste Anual das Contraprestações Pecuniárias dos Planos Privados de Assistência à saúde, Individuais ou Familiares (IRPI), médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, combinando um Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o IPCA expurgado, conforme fórmula a seguir:

Figura 1 - Fórmula do IRPI

$$\text{IRPI} = 80\% * \text{IVDA} + 20\% * \text{IPCA Exp.}$$

Onde:

IRPI = Índice Máximo de Reajuste dos Planos Individuais

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998;

IPCA Exp. = Índice de Preços ao Consumidor Amplo Expurgado do subitem Plano de Saúde.

Fonte: Anexo I da RN ANS nº 441/2018.

12. Conforme definido no art. 8º, inciso I, da referida RN, o IVDA expressa a variação da despesa assistencial média por beneficiário dos contratos dos planos individuais de cobertura médica-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656/1998, a partir de três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE). A fórmula do IVDA está expressa abaixo:

Figura 2 - Fórmula do IVDA

$$\text{IVDA} = \left(\frac{1+(VDA-FGE)}{1+VFE} \right) - 1$$

Onde:

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998.

FGE = Fator de Ganhos de Eficiência.

VFE = Variação da Receita Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998.

Fonte: Anexo I da RN ANS nº 441/2018.

13. A primeira variável que compõe a fórmula de cálculo do IVDA é a VDA, a qual expressa a variação da despesa assistencial média por beneficiário dos contratos dos planos individuais de cobertura médica-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656/1998. A VDA, para fins do cálculo do IRPI, considera as despesas assistenciais incorridas de janeiro a dezembro e a média de beneficiários ao longo dos meses de janeiro a dezembro nos 2 anos imediatamente anteriores ao ano de divulgação do índice de reajuste.

14. Assim, o VDA referente ao trimestre "t" do ano "a" é calculado conforme a fórmula a seguir:

Figura 3 - Fórmula do VDA

$$VDA_{ta} = \left[\sum_{i=1}^n \frac{\left(\frac{DA_{ita}}{Ben_{ita}} \right)}{\left(\frac{DA_{ita-1}}{Ben_{ita-1}} \right)} \times \left(\frac{Ben_{ita}}{Bentotal_{ta}} \right) \right] - 1$$

Onde:

i = Operadora i

t = último trimestre com dados disponíveis do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS do ano de cálculo do reajuste

a = ano de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais

DA = Despesas assistenciais dos planos individuais de cobertura médica-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 acumulados em 12 meses até o trimestre t do ano a da Operadora

BEN = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médica-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 da Operadora

BEN total = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médica-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 no período de 12 meses que antecede o cálculo do reajuste do mercado.

Fonte: Anexo II da RN ANS nº 441/2018.

15. As informações das despesas incorridas na prestação de assistência médica-hospitalar ("DA" na fórmula acima) são extraídas das demonstrações contábeis informadas pelas operadoras no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS). Já os dados relativos aos beneficiários ativos ("BEN na fórmula acima) são obtidos do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), que é atualizado mensalmente pelas operadoras.

16. O FGE, por sua vez, é o índice único que estabelece um estímulo a ganhos de eficiência na gestão das despesas assistenciais pelas operadoras de planos de assistência à saúde e é calculado a cada quatro anos, com aplicação anual. Para o estabelecimento deste parâmetro de eficiência, compararam-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares contratados na vigência da Lei nº 9.656/1998 de cada operadora (i.e., o VDA) com a tendência de variação de despesas do setor (benchmark), seguindo-se as seguintes etapas:

- i. A partir da base de cálculo da média ponderada da VDA (que já exclui os valores atípicos), classifica-se em ordem crescente o conjunto de valores de VDA por operadora em um ano.
- ii. Identifica-se o terceiro quartil (Q3), medida que delimita os 25% maiores valores da VDA.

iii. Calcula-se as distâncias entre a VDA das operadoras acima do Q3 e o próprio Q3.

iv. Pondera-se as distâncias das operadoras acima do Q3, conforme fórmula a seguir:

Figura 4 - Fórmula da ponderação das distâncias das operadoras acima do terceiro quartil (Q3)

$$Distância\ ano\ a = \sum_{i=1}^n (VDA\ OPS_{i\ a} - Valor\ do\ Q3\ a) \times \frac{Quantidade\ de\ Beneficiários\ da\ OPS_{i\ a}}{Total\ de\ beneficiários\ da\ amostra\ a}$$

Onde:

VDA OPS_i = Variação das despesas assistenciais da Operadora *i* no ano *a* com VDA acima do 3º quartil no ano *a*

Fonte: Anexo III da RN ANS nº 441/2018.

v. Calcula-se a proporção entre a "Distância ano a" e a VDA média ponderada do ano.

vi. Calcula-se a média geométrica das proporções por quatro anos consecutivos, obtendo-se o valor do FGE. O primeiro período de cálculo do fator comprehende os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

17. A última variável que compõe o cálculo do IVDA é o VFE, cujo objetivo é descontar, do cálculo das despesas assistenciais, o aumento de despesa decorrente da simples mudança de faixa etária do beneficiário. Como o valor do prêmio pago pelos beneficiários é automaticamente atualizado quando da migração da faixa etária, o aumento de despesa decorrente da migração de faixa deve ser descontado do índice para não elevar artificialmente a variação das referidas despesas assistenciais.

18. Assim, a metodologia de cálculo do VFE consiste nas seguintes etapas:

i. Apurar o número médio de beneficiários em planos individuais posteriores à Lei nº 9.656/1998 distribuídos por faixa etárias (nos termos da RN ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003) em dois períodos (período "1" e período "2"), de acordo com dados do SIB:

Figura 5 - Fórmula de apuração do número médio de beneficiários em planos individuais posteriores à Lei nº 9.656/1998 distribuídos por faixa etárias

Faixas Etárias	Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 1	Média de Beneficiários na Faixa etária <i>i</i> no Período 2
0 até 18	Benef ₁₁	Benef ₁₂
19 até 23	Benef ₂₁	Benef ₂₂
24 até 28	Benef ₃₁	Benef ₃₂
29 até 33	Benef ₄₁	Benef ₄₂
34 até 38	Benef ₅₁	Benef ₅₂
39 até 43	Benef ₆₁	Benef ₆₂
44 até 48	Benef ₇₁	Benef ₇₂
49 até 53	Benef ₈₁	Benef ₈₂
54 até 58	Benef ₉₁	Benef ₉₂
59 ou mais	Benef ₁₀₁	Benef ₁₀₂
Soma	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

ii. Apurar o fator médio de reajuste em cada faixa etária obtido no Painel de Precificação de publicação mais recente e os preços estimados a partir da base 100, conforme a seguir:

Figura 6 - Fórmula de apuração do fator médio de reajuste de cada faixa etária

A Faixas Etárias	B Média de Beneficiários na Faixa etária i no Período 1	C Média de Beneficiários na Faixa etária i no Período 2	D Reajuste de Faixa Etária (RFE $_i$) do Painel Precificação	E Preços (R\$) calculados na base 100 (Preço Faixa i)
0 até 18	$Benef_{11}$	$Benef_{12}$	-	100
19 até 23	$Benef_{21}$	$Benef_{22}$	RFE_2	$100 * \prod_{l=2}^2 (1 + RFE_l)$
24 até 28	$Benef_{31}$	$Benef_{32}$	RFE_3	$100 * \prod_{l=2}^3 (1 + RFE_l)$
29 até 33	$Benef_{41}$	$Benef_{42}$	RFE_4	$100 * \prod_{l=2}^4 (1 + RFE_l)$
34 até 38	$Benef_{51}$	$Benef_{52}$	RFE_5	$100 * \prod_{l=2}^5 (1 + RFE_l)$
39 até 43	$Benef_{61}$	$Benef_{62}$	RFE_6	$100 * \prod_{l=2}^6 (1 + RFE_l)$
44 até 48	$Benef_{71}$	$Benef_{72}$	RFE_7	$100 * \prod_{l=2}^7 (1 + RFE_l)$
49 até 53	$Benef_{81}$	$Benef_{82}$	RFE_8	$100 * \prod_{l=2}^8 (1 + RFE_l)$
54 até 58	$Benef_{91}$	$Benef_{92}$	RFE_9	$100 * \prod_{l=2}^9 (1 + RFE_l)$
59 ou mais	$Benef_{101}$	$Benef_{102}$	RFE_{10}	$100 * \prod_{l=2}^{10} (1 + RFE_l)$
Soma	$\sum_{l=1}^{10} Benef_{il}$	$\sum_{l=1}^{10} Benef_{il}$	-	$\sum_{l=1}^{10} Preço Faixa Etária i$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

iii. Multiplicar o número de beneficiários do período 1 pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária e o número de beneficiários do período "2" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária, a fim de calcular as receitas totais no período 1 e no período 2.

Figura 7 - Fórmula das receitas totais obtidas nos períodos 1 e 2

Receita Total no Período 1 (B x E)	Receita Total no Período 2 (C x E)
$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1} * Preço Faixa i_1$	$\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2} * Preço Faixa i_2$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

iv. Calcular a receita per capita de cada período, dividindo o total da receita pelo número total de beneficiários de cada período:

Figura 8 - Fórmula da receita per capita nos períodos 1 e 2

Receita per capita no Período 1	Receita per capita no Período 2
$\frac{\sum_{i=1}^{10} (Benef_{i1} * Preço Faixa i_1)}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i1}}$	$\frac{\sum_{i=1}^{10} (Benef_{i2} * Preço Faixa i_2)}{\sum_{i=1}^{10} Benef_{i2}}$

Fonte: Anexo IV da RN ANS nº 441/2018.

v. Calcular a razão entre as receitas médias por beneficiário do período "2" e do período "1".

Figura 9 - Fórmula do VFE

$$VFE = \frac{Receita per capita no período 2}{Receita per capita no período 1} - 1$$

19. Por fim, o IPCA mede as variações de preços ao consumidor ocorridas nas regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Brasília e Goiânia, sendo composto por nove grupos: (i) alimentação e bebidas, (ii) habitação, (iii) artigos de residência, (iv) vestuário, (v) transportes, (vi) saúde e cuidados pessoais, (vii) despesas pessoais, (viii) educação e (ix) comunicação.

20. Considerando que o objetivo da adoção do IPCA na metodologia de reajuste é corrigir as despesas não assistenciais, considera-se adequado expurgar do IPCA os efeitos do subitem plano de saúde do grupo "(vi) saúde e cuidados pessoais", evitando-se a retroalimentação do índice.

21. Assim, o cálculo do IPCA expurgado é realizado através das seguintes etapas:

- i. Calcula-se o novo somatório de pesos do IPCA após a exclusão do subitem plano de saúde.
- ii. Divide-se o peso inicial dos grupos/subgrupos que permanecem no índice pelo novo somatório de pesos.
- iii. Multiplica-se o novo peso de cada grupo/subgrupo que permanece no índice pelas variações mensais informadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- iv. Calcula-se IPCA expurgado acumulado dos últimos 12 meses em dezembro do ano imediatamente anterior ao da divulgação do IRPI.

Reajuste calculado para o biênio 2025/2026

22. Conforme a metodologia apresentada, a ANS disponibilizou os seguintes valores referentes ao reajuste dos planos de saúde previsto para o biênio 2025/2026:

Tabela 3 - Composição do cálculo de reajuste para 2025/2026

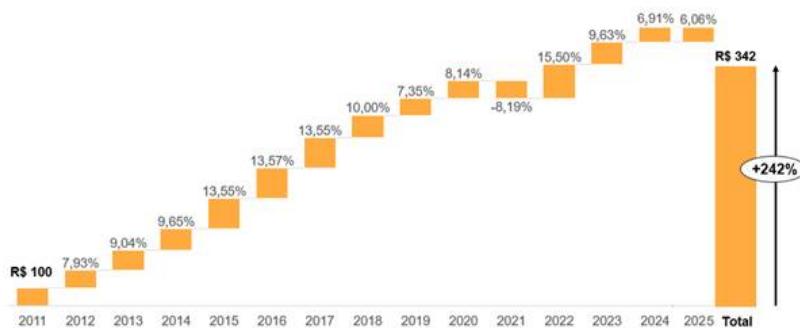
ÍNDICES	VALOR
VDA	9,35%
FGE	0,93%
VFE	1,90%
IVDA	6,40%
IPCA EXPURGADO	4,71%
IRPI	6,06%

Fonte: Nota Técnica nº 2/2025/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 51354011).

23. Dessa forma, a ANS indicou o percentual de 6,06% como o reajuste máximo autorizado para o biênio 2025/2026 dos planos de saúde sujeitos a esta regulação para deliberação da Diretoria Colegiada da Agência, submetendo este valor à apreciação não vinculante do Ministério da Fazenda, conforme o inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e art. 1º da Portaria do Ministério da Fazenda nº 421/2005.

24. O gráfico abaixo mostra a evolução dos índices de reajuste ao longo desde 2012:

Gráfico 2 - IRPI 2012 a 2025



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da ANS.

Considerações sobre os dados apresentados pela ANS

25. A tabela abaixo apresenta o percentual máximo de reajuste autorizado pela ANS nos últimos anos, bem como as variações acumuladas no IPCA-Geral nos 12 meses anteriores ao mês de abril (isto é, o índice acumulado nos últimos 12 meses, tomando março de cada ano como o mês de referência), que é o limite da vigência dos reajustes anuais.

Tabela 4 - Comparação reajuste dos planos de saúde e IPCA

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
IPCA-GERAL ACUMULADO EM 12 MESES (MARÇO)	5,23%	6,59%	6,15%	8,13%	9,39%	4,57%	2,68%	4,58%	3,30%	6,10%	11,03%	4,18%	3,69%	5,48%

REAJUSTE ANS	7,93%	9,04%	9,65%	13,55%	13,57%	13,55%	10%	7,35%	8,14%	-8,19%	15,50%	9,63%	6,91%	6,06%
DIFERENÇA RELATIVA*	1,52	1,37	1,57	1,67	1,45	2,96	3,73	1,61	2,46	-1,34	1,41	2,3	1,87	1,11

Fonte: Dados ANS e IBGE.

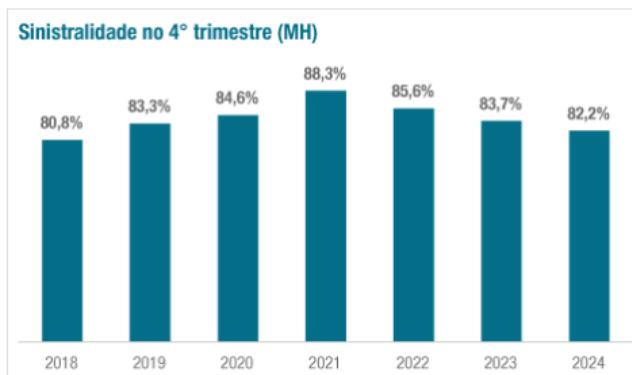
* Resultados obtidos por meio da divisão entre o valor do reajuste ANS e o IPCA acumulado em 12 meses em março de cada ano.

26. Como é possível notar, os reajustes máximos autorizados pela ANS situam-se, em regra, acima do IPCA-Geral acumulado no período, o que faz sentido, considerando o envelhecimento da população segurada e o crescimento do número e custo de tratamentos disponíveis. Nota-se, também que, excetuando-se 2021, o IRPI de 2025 e a diferença relativa nesse ano é a menor desde 2012.

27. A única exceção ocorreu em 2021, ocasião em que o IRPI resultou negativo, por reflexo da redução na utilização de serviços na saúde suplementar ocorrida em 2020, um dos efeitos da pandemia de Covid-19 no Brasil. Conforme analisado por esta Secretaria na Nota Técnica SEI nº 24313/2021/ME (SEI 15974093), nesse período, a quantidade de beneficiários de planos de saúde privados aumentou a ponto de ter se tornado o maior número desde 2016, mas o índice de sinistralidade do setor sofreu significativa redução em relação a anos anteriores.

28. Nota-se que a sinistralidade, a qual mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde da operadora, registrou no quarto trimestre de 2024 o valor de 82,2% (1,5 pontos percentuais abaixo do apurado no ano anterior), o que indica que em torno de 82,2% das receitas advindas das mensalidades são utilizadas com as despesas assistenciais. Esta é a menor sinistralidade registrada em um 4º trimestre na série histórica iniciada em 2018. Segundo a ANS, a redução da sinistralidade nos números agregados resulta da reorganização financeira promovida pelo setor desde 2023, especialmente nas operadoras de grande porte, a fim de recuperar os resultados na sua operação, no qual se verifica a recomposição gradual das mensalidades em patamar superior à variação das despesas assistenciais.

Gráfico 3 – Evolução da sinistralidade no 4º trimestre de cada ano



Fonte: ANS.

Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-econômico-financeiros-de-2024>>.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

29. Esta Coordenação-Geral concluiu que a metodologia utilizada pela ANS para o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) mostra-se adequada para o fim a que se propõe, considerando o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o IPCA expurgado, ponderando o primeiro em 80% e o segundo em 20% do IRPI. Da mesma forma, mostra-se também adequada a consideração, no cálculo do IVDA, o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e a Variação da Receita Faixa Etária (VFE). O FGE visa à promover maior eficiência na gestão das despesas dos planos individuais, ao passo que VFE visa a descontar do cálculo das despesas assistenciais o aumento de despesa decorrente da simples mudança de faixa etária do beneficiário, a fim de evitar elevação artificial da variação das referidas despesas assistenciais. Por fim, com o expurgo dos efeitos do subitem plano de saúde do grupo "(vi) saúde e cuidados pessoais" no IPCA utilizado para o cálculo do IRPI, evita-se a retroalimentação desse índice de inflação calculado pelo IBGE.

30. Ressalta-se que o índice de reajuste aprovado pela ANS para os planos individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656/98, além de ter sido devidamente feito com base na metodologia prevista na regulamentação vigente, permite a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde.

31. Considerando todo o exposto, em obediência ao que dispõe o inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 c/c art. 1º da Portaria do MF nº 421/2005, esta Coordenação-Geral apresenta a sua concordância com o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) definido pela ANS, que resultou em um percentual de **6,06%** para o período compreendido no biênio 2025/2026.

À consideração superior.

Documento assinado eletronicamente

PRISCILA GEBRIM LOULY

Coordenadora-Geral de Saúde e Comunicações

De acordo.

Documento assinado eletronicamente

CARLOS OMILDO DOS SANTOS COLOMBO
Subsecretário de Acompanhamento Econômico e Regulação, Substituto

De acordo.

Documento assinado eletronicamente
ANA MARIA MELO NETTO OLIVEIRA
Secretaria de Reformas Econômicas, Substituta

- [1] Lei nº 9.961/2000. Art. 4º Compete a ANS:
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda
[2] Portaria MF nº 421/2005. Art. 1º Em cumprimento ao disposto no art. 4º, inciso XVII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, o Ministério da Fazenda deverá ser ouvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em relação à revisão e ao reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=33&data=27/12/2005&captchafield=firstAccess>>



Documento assinado eletronicamente por **Priscila Gebrim Louly, Coordenador(a)-Geral**, em 11/06/2025, às 11:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Omildo dos Santos Colombo, Subsecretário(a) Substituto(a)**, em 11/06/2025, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Maria Melo Netto Oliveira, Secretário(a) Substituto(a)**, em 11/06/2025, às 15:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://colaboragov.sei.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **51391572** e o código CRC **12F6F588**.

Referência: Processo nº 10099.100339/2022-31.

SEI nº 51391572