

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 a variação no preço e na quantidade dos procedimentos realizados. Ele garante equilíbrio e sustentabilidade dos contratos, permitindo a continuidade da cobertura ao longo do tempo.

2 – 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.

3 – Quando o índice de reajuste é divulgado e aplicado pelas operadoras?

A decisão da Direitorial Colegiada da ANS 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 valido para aplicação no período de maio de 2025 até abril de 2026.

4 – Pode haver aplicação retroativa?

Sim. Para os contratos que aniversariam em maio e junho, a cobrança deverá ser iniciada, no máximo, até agosto, 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.

5 – 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 com uma mensalidade no valor de R\$ 100,00 e aniversário de contrato em maio:

- Mensalidade sem reajuste de 2025: R\$ 100,00
- Reajuste de 2025: 6,06%

Esse consumidor irá receber os boletos de maio, junho e julho sem a aplicação do reajuste.

Em agosto, o boleto terá o percentual de reajuste referente aos meses de maio e ao mês de agosto.

No boleto de setembro, haverá a cobrança da mensalidade reajustada + o percentual retroativo a junho.

Da mesma forma, no boleto de outubro, haverá a cobrança da mensalidade reajustada + o percentual retroativo a julho.

Em novembro, já não haverá mais parcela de cobrança retroativa.

Confira abaixo:

Mensalidade de maio de 2025: R\$ 100,00 - sem reajuste

Mensalidade de junho de 2025: R\$ 100,00 - sem reajuste.

Mensalidade de julho de 2025: R\$ 100,00 – sem reajuste.

Mensalidade de agosto de 2025: R\$ 106,06

Diferença do reajuste de **maio** de 2025: R\$ 6,06.

Valor a ser pago em agosto de 2025: R\$ 112,12.

Mensalidade de setembro de 2025: R\$ 106,06.

Diferença de reajuste de **junho** de 2025: R\$ 6,06.

Valor a ser pago em setembro de 2025: R\$ 112,12.

Mensalidade de outubro de 2025: R\$ 106,06.

Diferença de reajuste de **julho** de 2025: R\$ 6,06.

Valor a ser pago em outubro de 2025: R\$ 112,12.

Mensalidade de novembro de 2025: R\$ 106,06.

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

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

7 – 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.

8 – 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.

9 – Se a operadora aplicar percentual superior ao 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?

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 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 metodologia de cálculo dos reajustes de planos individuais ou familiares traz transparência e previsibilidade ao reajuste, sendo possível realizar simulações através dos dados disponíveis no [Portal Brasileiro de Dados Abertos](#) e no site da Agência.

Além da publicação das bases de dados, a ANS também disponibiliza um caderno em linguagem R (linguagem de programação largamente utilizada para análise estatística de dados) 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.](#)