Boletim
Destaques ANS

Unimed Centro-Oeste Paulista

Data: 12/07/2021 Edição: 115.21

Referente: Reajuste – perguntas e respostas ANS.

Encaminhamos abaixo perguntas e respostas divulgadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre o reajuste dos planos de saúde do tipo individual/familiar.

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.

Mais informações poderão ser obtidas pelo e-mail busch@unimedcop.coop.br.

Dr. Walfrido Jackson Oberg
Diretor Financeiro

Dr. Nilton Carlos Busch
Assessoria Saúde Suplementar

Expediente: *Unimed Centro-Oeste Paulista - Federação Intrafederativa das Cooperativas Médicas*
Este informativo foi elaborado pelo GETANS - Grupo de Estudos Técnicos ANS - e produzido pelo Departamento de Marketing da Unimed Centro-Oeste Paulista
(14) 2106-1407 - marketing@unimedcop.coop.br

Se você deseja não receber mais este informativo, clique aqui.