

REAJUSTE DE MENSALIDADE

INFORMAÇÕES INDISPENSÁVEIS AO CONSUMIDOR

Reajuste de mensalidade é a variação do valor pago ao plano de saúde. A variação pode acontecer por três motivos: necessidade de atualização decorrente da alteração dos custos ocorrida a cada período de doze meses; passagem do beneficiário de uma faixa etária para outra e, excepcionalmente, reavaliação do plano.

Este guia oferece informações úteis sobre os reajustes de mensalidades de planos de saúde. A introdução do guia indica a legislação do setor e os motivos para os reajustes. Em seguida, ele apresenta as regras determinantes dos reajustes de planos de saúde.

A LEGISLAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A saúde suplementar tem como marcos a **Lei 9656/98**, que regulamenta o setor, combinada às Medidas Provisórias que a alteraram (atualmente em vigor a MP 2177-44), e a **Lei 9961/00**, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, regulamentou o seu funcionamento e atribuiu-lhe a responsabilidade de controlar ou acompanhar os reajustes de mensalidade dos planos de saúde.

O controle ou o acompanhamento efetuado pela ANS difere em função do motivo do reajuste e de fatores como a assinatura do contrato e a época de contratação.

Fique Atento

As normas complementares específicas sobre reajuste estão disponíveis para o consumidor em www.ans.gov.br

PORQUE OS PLANOS DE SAÚDE SÃO REAJUSTADOS

A variação do valor da mensalidade é gerada por diferentes motivos:

- Quando os custos apontam a necessidade de atualização da mensalidade, pode haver um reajuste por variação de custos.
- Em consequência da elevação da idade do beneficiário para outra faixa, se origina uma alteração por mudança de faixa etária.
- Extraordinariamente, com o objetivo de solucionar desequilíbrios que ameacem a garantia da prestação de serviços assistenciais, pode haver, por decisão da ANS, uma reavaliação do plano de saúde, que resulte, dentre outras opções, em um reajuste por revisão técnica.

REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS

Modalidade de reajuste aplicada quando se alteram os custos, ocasionados por fatores como inflação e uso de novas tecnologias, entre outros. Este tipo de reajuste é efetuado no mês da assinatura do contrato, podendo ser aplicado, no máximo, uma vez por ano.

Quando se trata de reajuste por variação de custos, a ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar está diretamente relacionada à pessoa que assina o contrato. No caso de contrato assinado por pessoa física¹, a ANS exerce um controle intenso, devido às limitações típicas da negociação de um único indivíduo com uma operadora. Em caso de contrato assinado por pessoa jurídica², há um monitoramento da ANS.

Quem assina o Contrato

Os planos de saúde são adquiridos através de contratos que se distinguem, para fins de reajuste, quando assinados por pessoa física ou por pessoa jurídica. Observe o seu caso, pois há diferenças para o reajuste por variação de custos.

Reajuste no plano com contrato assinado por Pessoa Física

No contrato assinado por Pessoa Física, o próprio beneficiário contrata o plano (individual/familiar) e paga a mensalidade diretamente à operadora.

Estão incluídos neste grupo os contratos firmados por pessoa física junto a ³autogestões não patrocinadas, porque também são contratados e pagos diretamente à operadora pelo beneficiário.

¹ Pessoa Física é todo cidadão, possuidor de documento de identidade e descrito pelo Código Civil como "personalidade civil" (Livro I; Título I - Das Pessoas Naturais; Capítulo I - Da personalidade e da capacidade).

² Pessoa Jurídica é a entidade legalmente constituída através de inscrição no registro de pessoas jurídicas e que podem ser de direito público ou privado, como no caso de associações, sociedades e fundações. (Código Civil - Título II - Das Pessoas Jurídicas, Capítulo I - Disposições Gerais, Art. 40 - 45).

³ Entidade de autogestão ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco.

O plano de saúde de pessoas físicas pode sofrer reajuste por variação de custos, desde que **com autorização prévia da ANS** para a sua aplicação.

A alteração do valor da mensalidade pode ser praticada, no máximo, uma vez por ano, no mês da assinatura do contrato.

O beneficiário conta com mecanismos para conferir se o reajuste por variação de custos de seu plano de saúde está em conformidade com as determinações legais e se é praticado em percentuais previamente autorizados pela ANS. Para verificar se o reajuste está correto:

- Observe se constam do documento de cobrança as informações obrigatórias: o percentual de reajuste, o motivo e o número do processo ANS que o autorizou.
- Verifique em www.ans.gov.br ou ligue para o Disque-ANS pelo telefone 0800 7019656.

Fique Atento

A operadora só poderá aplicar o reajuste que for previamente autorizado pela ANS, mesmo que o contrato contenha cláusula de previsão de aumento anual, com fórmulas e parâmetros de cálculo (como por exemplo o IGPM).

Reajuste no plano com contrato assinado por Pessoa Jurídica

No contrato assinado por Pessoa Jurídica, o plano é contratado por uma pessoa jurídica (empresa, associação, sindicato) para assistência a um grupo de beneficiários (plano coletivo). Uma particularidade do contrato coletivo delimita a ação da ANS sobre o reajuste, que é a distinção entre plano com e sem patrocinador.

- O *plano coletivo com patrocinador* tem o contrato assinado pela pessoa jurídica que é responsável pelo pagamento da mensalidade à operadora, seja através de desembolso parcial ou total dos recursos, seja por meio de transferência à operadora dos recursos do beneficiário (nesse último caso o patrocínio se restringe à garantia de pagamento).
- O *plano coletivo sem patrocinador* tem o contrato assinado por uma pessoa jurídica, mas a mensalidade é integralmente paga pelo beneficiário diretamente à operadora.

Enquanto nos planos de pessoas físicas as operadoras são obrigadas a solicitar autorização prévia da ANS, os planos de pessoas jurídicas seguem um sistema de monitoramento praticado de acordo com o grupo em que se inserem: plano coletivo com patrocinador ou plano coletivo sem patrocinador.

No plano coletivo com patrocinador, a operadora deverá comunicar à ANS o reajuste adotado **até 30 dias após sua aplicação**.

Já no plano coletivo sem patrocinador, o monitoramento é mais intenso e a operadora de planos de saúde deverá comunicar o percentual de reajuste à ANS **com antecedência mínima de 15 dias do vencimento da mensalidade**.

Fique Atento

Se você for participante de um plano coletivo, consulte sempre sua empresa, sindicato ou associação quando houver dúvida na aplicação de aumentos. Persistindo a dúvida, contate a ANS.

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Constitui-se de um acréscimo efetuado na mensalidade do plano de saúde, no mês de aniversário do beneficiário, quando este muda de faixa etária.

Neste tipo de reajuste, a ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar está vinculada à época de contratação, que tem a nova legislação como referência.

Época de Contratação de Planos de Saúde

A época de contratação observa a legislação do setor de saúde suplementar, que estabelece dois períodos, um anterior e outro posterior à Lei 9656/98, fato que define os planos como antigos, novos ou adaptados.

Plano Antigo - é aquele contratado antes de 02/01/1999 e parcialmente subordinado às regras definidas pela Lei 9656/98. Os seus direitos estão expressos nas cláusulas do contrato assinado.

Plano Novo - é aquele contratado a partir de 02/01/1999 e comercializado de acordo com a Lei 9656/98, que regulamenta os planos de saúde. Os contratos firmados a partir desta data foram elaborados obedecendo à nova legislação.

Plano Adaptado - é aquele firmado antes de 02/01/1999 e, posteriormente, adaptado à Lei 9656/98. Com a adaptação, o plano passa a obedecer à nova legislação.

Fique Atento

É obrigatória a autorização da ANS para a aplicação de reajuste por mudança de faixa etária nos planos contratados antes da Lei, para os maiores de 60 anos.

Reajuste de Planos Novos e de Planos Adaptados

(contratos firmados a partir de 1999 ou posteriormente adaptados)

Esta regra é aplicada aos aumentos por mudança de faixa etária dos planos novos e adaptados, tanto no contrato assinado por pessoa física, quanto no contrato assinado por pessoa jurídica.

Os planos novos e os planos adaptados contêm cláusula de reajuste, onde devem estar discriminadas as faixas etárias e os percentuais a serem aplicados. É importante ressaltar que, de acordo com a legislação, a última faixa etária não poderá ter valor superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

Por exemplo, se a primeira faixa (I) custar R\$ 100,00, a última (VII) não pode custar mais de R\$ 600,00. Caso tenha dúvidas, consulte a ANS, para certificar-se de que essa cláusula está de acordo com a legislação. Observe, no quadro, as faixas etárias previstas:

Quadro de Faixas Etárias Obrigatórias	
I	zero a 17 anos
II	18 a 29 anos
III	30 a 39 anos
IV	40 a 49 anos
V	50 a 59 anos
VI	60 a 69 anos
VII	70 anos ou mais

Fique Atento

Sua mensalidade não poderá sofrer aumento por mudança de faixa etária, se você estiver dentro de todas estas situações:

- ter 60 anos de idade ou mais;
- ter dez anos de plano ou mais;
- ter adquirido o seu plano de saúde a partir de 1999 ou, se firmado antes desta data, ter sido posteriormente adaptado à nova legislação.

Reajuste de Planos Antigos

(contratos firmados antes de 1999 e não adaptados à lei)

Os planos antigos não estão sujeitos à regulamentação da Lei 9656/98, **com algumas exceções**. Uma delas diz respeito ao reajuste por mudança de faixa etária.

- Quando o **beneficiário tem 60 anos de idade ou mais**, é obrigatória a prévia a autorização da ANS.
- Quando o **beneficiário tem 60 anos de idade ou mais e possui o plano há 10 anos ou mais**, a Lei garante ao consumidor o direito a repactuação.

Repactuação é a diluição do percentual a ser aplicado pelos anos desta faixa etária. Tomando por exemplo a faixa etária de 60 a 69 anos, ao dividir-se o reajuste em 10 anos (em parcelas iguais, aplicadas anualmente), este estará integralmente aplicado, somente ao final do período.

A repactuação do percentual de aumento do plano em função da mudança de faixa etária não se vincula ao reajuste por variação de custo – que acontece uma única vez a cada 12 meses, na data de aniversário do contrato.

Fique Atento

O tempo de contribuição soma os períodos de todos os planos (sucessivos e ininterruptos) de um beneficiário em uma mesma operadora.

- Quando o **beneficiário tem menos de 60 anos de idade**, vigoram as cláusulas previstas em cada contrato.

REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA

Medida excepcional, que não acontece com frequência, tomada conjuntamente pela operadora e pela ANS para eliminar ou corrigir algum desequilíbrio num determinado plano de saúde, se esse desequilíbrio puder trazer alguma ameaça à continuidade de prestação dos serviços de saúde aos consumidores. A revisão técnica não necessariamente resulta em aumento de mensalidade.

A ANS PODE SER CONSULTADA SOBRE REAJUSTES

Em tese, em um só ano, é possível um plano de saúde sofrer mais de um reajuste. Mas, no caso de haver mais de um aumento em um período de 12 meses, é aconselhável consultar a ANS para verificar se os reajustes foram autorizados.

Também consulte a ANS se sua situação não tiver sido contemplada neste guia e sempre que precisar.

A ANS E O EQUILÍBRIO DO SETOR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada pela Lei n.º 9961 de 28 de janeiro de 2000, é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, com sede no Rio de Janeiro e atuação em todo o território nacional.

A ANS foi constituída com a missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde pela regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Estas informações estão baseadas na Lei 9656/98, com as alterações promovidas pelas Medidas Provisórias (atualmente, a 2177-44), e na regulamentação normativa editada até abril de 2003, estando sujeita a futuras alterações.

COMO FALAR COM A ANS

- **TELEFONE:** através de ligação gratuita para o **Disque-ANS** 0800-701-9656 – de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas (horário de Brasília).
- **INTERNET:** em www.ans.gov.br – onde há uma área específica com formulários para o envio de dúvidas, sugestões ou reclamações (“Fale Conosco”).
- **CORREIO:** endereçar à Central de Atendimento ao Consumidor da ANS situada à Rua Augusto Severo, 84 – Glória - Rio de Janeiro, RJ CEP 20021-040.