



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1115/2025/ASPAR/MS

Brasília, 08 de setembro de 2025.

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Federal Carlos Veras

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 3785/2025

Assunto: *Informações sobre o reajuste dos planos de saúde.*

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 266/2025, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente a o **Requerimento de Informação nº 3785/2025**, de autoria do **Deputado Federal Capitão Alberto Neto - PL/AM**, por meio do qual são requisitadas *informações sobre o reajuste dos planos de saúde*, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio de Parecer (0050006739).
2. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
3. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Rocha Santos Padilha, Ministro de Estado da Saúde**, em 08/09/2025, às 20:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0050293466** e o código CRC **1E2A61F5**.

Referência: Processo nº 25000.105706/2025-54

SEI nº 0050293466

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



SAUS Quadra 1, Bloco M, 7º andar, Brasília/DF, CEP 70070-935
Telefone: (61) 3213-3031/(61) 3031-3018 - <http://www.ans.gov.br>

Ofício nº: 61/2025/ASPAR/SECEX/PRESI/ANS

Brasília, 15 de agosto de 2025.

Ao Excelentíssimo Senhor
Alexandre Padilha
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: Requerimento de Informações nº 3785/2025

Senhor Ministro da Saúde,

Cumprimentando-o cordialmente, reporto-me ao Requerimento de Informações nº 3785/2025, de autoria do Deputado Federal Capitão Alberto Neto (PL/AM), por meio do qual solicita informações ao Ministério da Saúde sobre o reajuste dos planos de saúde, elencando, para tanto, 4 (quatro) questões, a saber:

1. O Idec critica que os planos coletivos (maior parte do mercado) não têm teto regulado e sofrem aumentos abusivos, inclusive rescisões arbitrárias de contrato. Que medidas o governo pretende adotar para estender a regulação também a esses modelos?
2. Por que o governo permite que planos coletivos, que envolvem cerca de 80% dos beneficiários, continuem sujeitos a reajustes duplos, chegando a aumentos de até 20% ou mais?
3. Como o governo federal planeja reforçar a fiscalização da ANS e aumentar a participação de consumidores e especialistas na definição das regras de reajuste, incluindo a criação de Grupos de Trabalho ou audiências públicas?
4. Com o avanço das ações judiciais contra reajustes abusivos, o que o governo faz para garantir que a regulação funcione na ponta ao invés de sobrecarregar o Judiciário? Isso não demonstra falência da autorregulação via ANS?

Assim sendo, no que diz respeito às competências legais desta Agência Reguladora, seguem os devidos esclarecimentos técnicos aos questionamentos formulados pelo ilustre parlamentar.

I - DO REAJUSTE FINANCEIRO ANUAL

A ANS é a entidade responsável pela regulação dos reajustes aplicados pelas operadoras de planos de saúde. Atualmente, existem dois tipos possíveis de variação na mensalidade de um plano de saúde: a variação de preço por mudança de faixa etária do beneficiário e o reajuste anual por variação de custos.

No que compete à demanda em análise, o enfoque da resposta se dará quanto ao reajuste anual por variação de custos.

O reajuste anual por variação de custos é a atualização dos valores das mensalidades do plano de saúde que objetiva manter o equilíbrio entre receitas e despesas frente à variação dos custos dos insumos.

Conforme dispõe o inciso XI do artigo 16 da Lei 9.656 de 1998, os critérios de reajuste devem estar previstos nos instrumentos contratuais. Já as regras para aplicação dos reajustes variam de acordo com os seguintes fatores:

- Data de contratação do plano: antes ou depois da vigência da lei que regulamenta o setor
- Tipo de cobertura: médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica
- Tipo de contratação: planos individuais/familiares ou coletivos (empresarial ou por adesão)
- Tamanho da carteira de beneficiários: planos coletivos com menos de 30 beneficiários ou planos coletivos com 30 ou mais beneficiários

Importante destacar que a autorização expressa da ANS é exigida apenas nos casos de aplicação do reajuste anual por variação de custos dos planos individuais/familiares regulamentados ou adaptados à Lei nº 9656/98, e não aos planos de contratação coletiva (XVII, art. 4º, Lei 9961/00 c/c art. § 2º, art. 35-E, Lei 9656/98). Em 2003, com a liminar proferida em sede de ADI 1.931 e decisão definitiva em 2018, o STF afastou a competência da ANS de autorizar o reajuste dos planos individuais/familiares não regulamentados ou não adaptados à Lei 9656/98, cabendo a autorização expressa de reajuste anual apenas aos planos individuais/familiares regulamentados ou aqueles adaptados à Lei 9656/98.

Assim sendo, para esses planos de contratação individual/familiar regulamentados ou adaptados à Lei nº 9656/98, a ANS definiu a metodologia de cálculo do reajuste e autoriza sua aplicação, após verificação de conformidade da operadora. A metodologia de cálculo está disposta na Resolução Normativa nº 441/18, e a forma de solicitação de autorização de aplicação dos reajustes pelas operadoras disciplinada pela Instrução Normativa nº 30/2022.

Os parâmetros para o reajuste anual por variação de custos, nos planos coletivos, são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes celebrantes. O critério de cálculo, bem como o percentual apurado pela operadora, pode ser negociado entre esta e a pessoa jurídica contratante. Desde que obedecidas as regras acordadas no instrumento contratual referentes às cláusulas de reajuste anual por variação de custos, não se pode apontar, a princípio, a existência de alguma abusividade ou irregularidade nos índices e nos métodos utilizados para o reajuste do valor da mensalidade desses planos.

II - DAS DIFERENÇAS ENTRE OS REAJUSTES FINANCEIROS ANUAIS DE CONTRATOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Pode-se observar diferenças nos percentuais de reajustes aplicados nos contratos individuais em comparação com os contratos coletivos, sendo que alguns fatores podem justificá-las, destacando-se:

- **Preço de entrada do produto**

Operadoras necessitam fundamentar a formação inicial do preço de seus produtos através do instrumento denominado Nota Técnica de Registro do Produto - NTRP (RN nº 564/2022). Na NTRP, as operadoras definem, a partir de uma estimativa de custos e margem de lucro, o valor comercial do plano. Preços de entrada mais baixos comparados a contratos que oferecem produtos similares podem ocasionar reajustes mais elevados decorrentes do perfil de utilização de serviços de saúde no contrato e do parâmetro utilizado na cláusula de reajuste.

- **Perfil de utilização de serviços de saúde do contrato**

Os reajustes dos planos de saúde são calculados a partir da variação combinada do preço dos procedimentos e da frequência de utilização de serviços, caracterizando-se como um índice de custos/valor. Índices de custos/valor são aqueles que consideram tanto a variação de preços como a variação na quantidade dos insumos utilizados. As diferenças no perfil de utilização de serviços de saúde entre os contratos influenciam os reajustes dos planos e não são captados em índices gerais de preços, tais como o IPCA ou IGP, pois estes consideram apenas variação de preços dos procedimentos.

- **Tipo de cláusula de reajuste negociada entre as partes**

Em contratos coletivos, as cláusulas são livremente negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde. A negociação entre cláusulas que contenham índices de preços ou determinado patamar de sinistralidade (ex.: 70%, 75%, 80%) influenciará diretamente o resultado do índice de reajuste apurado. No caso dos planos coletivos a ANS define regras sobre a metodologia que poderá ser aplicada:

Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:

I – deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do **índice eleito** pela operadora que será apurado no período de doze meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato;

II – na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por **sinistralidade**, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

III – nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser **procedido de forma complementar** ao especificado no inciso I deste artigo.

- **Tamanho da carteira de beneficiários**

O sistema de financiamento dos planos de saúde privados é baseado no mutualismo. Assim, quanto maior o número de beneficiários em um contrato, maior é a diluição de risco e menor é a possibilidade de que alguns eventos de assistência à saúde, isoladamente, tenham impacto significativo na carteira, causando um desequilíbrio entre receitas e despesas e aumentando a necessidade de reajuste da carteira. Por isso, contratos coletivos com reduzido número de vidas estão mais sujeitos a percentuais de reajustes considerados elevados.

Atenta a este aspecto, a ANS editou a Resolução Normativa nº 309 de 2012 (substituída pela RN nº 565/2022), pela qual as operadoras de planos de saúde devem reunir em um grupo único os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual anual de reajuste. Em contratos empresariais com mais de 30 vínculos, apesar de não existir obrigatoriedade da constituição de um agrupamento de contratos pelas operadoras, o grupo de beneficiários pode aderir a um novo plano de saúde sem cumprimento de carências (RN 195/09, substituída pela RN nº 557/2022), o que confere maior poder de negociação nos reajustes e maior mobilidade no mercado de planos de saúde privados.

Dito isso, ressalta-se que a ANS avalia a regularidade dos reajustes de acordo com a regra aplicável a cada tipo de contrato. Considerando cada tipo de contrato, a verificação da regularidade dos reajustes é realizada através dos seguintes parâmetros:

Tabela 1 - Parâmetros de verificação da regularidade dos reajustes aplicados

TIPO DE CONTRATO	PARÂMETROS DE VERIFICAÇÃO DA REGULARIDADE DOS REAJUSTES
A - Contratos individuais/familiares de produtos exclusivamente odontológicos	RN 172/08 (atual RN 565/2022) Se o reajuste aplicado está expresso no contrato e é um índice de preços divulgado por instituição externa.
B - Contratos coletivos de produtos exclusivamente odontológicos	RN 172/08 (atual RN 565/2022) Se o reajuste foi aplicado de acordo com o comunicado à ANS (sistema RPC/ANS), de acordo com a cláusula contratual/regulamento do plano ou se foi objeto de livre negociação entre as partes.
C - Contratos individuais/familiares de assistência médico-hospitalar celebrados após 02/01/1999, adaptados à Lei 9.656/98 ou regulados por Termo de Compromisso	RN 171/08 (atual RN 565/2022); RN 441/18 Se o reajuste aplicado está dentro do teto estabelecido pela Agência e se existe autorização expressa da ANS para aplicação do índice pela operadora.
D - Contratos individuais/familiares de assistência médico-hospitalar celebrados antes de 02/01/1999 e não adaptados à Lei 9.656/98	RN 171/08 (atual RN 565/2022); RN 441/18 Se o reajuste aplicado é baseado na cláusula contratual, ou se foi aplicado o mesmo índice definido para planos individuais regulamentados (no caso de não existir um índice claro no contrato).
E - Contratos coletivos de assistência médico-hospitalar com até 29 vínculos ou que tenham sido agrupados de acordo com as disposições da RN 309/12 (RN 565/2022)	RN 171/08 (atual RN 565/2022); RN 195/09 (atual RN 557/2022); RN 309/12 (atual RN 565/2022) Se o reajuste foi aplicado de acordo com o comunicado à ANS (sistema RPC/ANS), de acordo com a cláusula contratual/regulamento do plano e de acordo com o índice de agrupamento de contratos da operadora.
F - Contratos coletivos de assistência médico-hospitalar com 30 vínculos ou mais não agrupados	RN 171/08(atual RN 565/2022) ; RN 195/09 (atual RN 557/2022) Se o reajuste foi aplicado de acordo com o comunicado à ANS (sistema RPC/ANS), de acordo com a cláusula contratual/regulamento do plano ou se foi objeto de livre negociação entre as partes.

A RN nº 489/2022, substituta da RN nº 124/2006, que tipifica infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, define a infração relacionada a aplicação irregular de reajustes como:

Art. 51 Exigir, cobrar ou aplicar variação ou reajuste da contraprestação pecuniária em desacordo com a lei, a regulamentação da ANS ou o contrato:

Sanção – advertência;

multa de R\$ 45.000,00

III - DO MONITORAMENTO DO REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS

A ANS monitora anualmente os comunicados de reajustes aplicados aos contratos dos planos coletivos médico-hospitalares e vem permanentemente aprimorando este processo de trabalho iniciado em 2015, com a verificação da fidedignidade dos comunicados de reajustes coletivos.

Importante salientar que a ação de monitoramento se deu tanto para fins de cálculo do reajuste individual, quanto para verificação das informações prestadas nos comunicados de reajustes coletivos, inclusive quanto à forma de cálculo e observância às cláusulas contratuais.

Essas ações perpassam por fases que vão desde a realização de oficinas sobre reajuste coletivo para as operadoras, monitoramento remoto por meio de solicitação de dados comprobatórios dos reajustes, podendo findar na realização de reuniões e, eventualmente, em visitas técnicas às operadoras para verificação das informações prestadas.

- Da obrigatoriedade de envio do comunicado de reajuste dos planos coletivos

As operadoras que comercializam planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecida, independentemente da data da celebração do contrato, devem comunicar à ANS os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto a ausência de reajuste, de acordo com a RN nº 171/2008 (substituída pela RN nº 565/2022). Os procedimentos necessários para comunicação do reajuste aplicado, dentre eles o prazo para envio, estão disciplinados na IN nº 29/2022 e seus anexos, sendo descritas as informações mínimas obrigatórias para que o comunicado seja incorporado com sucesso à base de dados do sistema de Reajuste de Planos Coletivos – RPC.

Com relação às informações sobre a evolução dos preços dos planos coletivos, materializada no reajuste informado, um dos monitoramentos consiste no levantamento de operadoras que não encaminharam os comunicados de reajuste no prazo previsto pela IN nº 29/2022. Uma vez constatada a ausência do comunicado, instaura-se um procedimento de representação para apurar a responsabilidade da operadora infratora, que pode receber uma multa pecuniária de até R\$ 25.000,00 pela ausência da informação ou pelo envio fora do prazo estabelecido, conforme previsto no art. 35 da RN nº 489/2022:

"Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica:

Sanção - multa de R\$ 25.000,00.

§ 1º Para efeito do previsto no caput deste artigo, somente serão considerados os envios das informações periódicas remetidas em atendimento aos normativos vigentes.

§ 2º A multa será individualizada por documento ou informação periódica não encaminhada ou encaminhada fora do prazo.

§ 3º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada, por período superior ao previsto no §2º do art. 17 desta Resolução, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, na forma prevista nesta Resolução Normativa.

§ 4º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada por períodos sucessivos, a multa prevista no caput será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo."

- Monitoramento dos reajustes em contratos agrupados

Com a edição da RN nº 309/2012, substituída pela RN nº 565/2022, a ANS estabeleceu um regramento próprio para o reajuste aplicado aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários. De acordo com este normativo, os reajustes anuais dos planos coletivos de todos os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários de uma determinada operadora deve ser calculados através do agrupamento desses contratos (*Pool* de Risco), resultando assim em um único percentual a ser aplicado. A ANS pretendeu com esta medida introduzir um maior mutualismo para o cálculo do reajuste e a redução do risco de cada contrato, que ficaria melhor distribuído e diluído dentro de um grupo maior.

As operadoras ficam obrigadas ainda a divulgar o percentual de reajuste em seu endereço eletrônico na *internet*, no primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, devendo também identificar os contratos que receberão o reajuste e seus respectivos planos. Também deve ser observada a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, conforme estabelece a RN nº 171/2008 (RN nº 565/2022), bem como o envio do comunicado de reajuste pelo sistema RPC.

Para induzir o cumprimento da norma e dar transparência aos índices aplicados, optou-se por realizar pesquisa pela plataforma FormsUS. Desta forma, desde o início da vigência da RN nº 309/2012, é realizada uma pesquisa anual de reajustes aplicados aos contratos agrupados por meio de consulta às operadoras. Os resultados dessas pesquisas podem ser encontrados em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos/reajustes-aplicados-pelas-operadoras-para-contratos-coletivos-com-ate-30-beneficiarios>.

As operadoras que não respondem à pesquisa são oficiadas pela GEFAP para que respondam a pesquisa ou justifiquem o não envio das informações solicitadas. A ausência de resposta sem a devida justificativa pode resultar em multa pecuniária prevista no art. 34 da RN nº 124/2006:

"Art. 38. Deixar de encaminhar à ANS, no prazo estabelecido, os documentos ou as informações devidas ou solicitadas, exceto na hipótese do artigo anterior:

Sanção - multa de R\$ 25.000,00."

Assim sendo, é possível verificar que ao longo dos anos as melhorias efetivadas no sistema RPC e o incremento no número de operadoras monitoradas por ano, com maior representatividade em termos de números de contratos e beneficiários de planos coletivos, denotam os esforços da ANS na verificação da fidedignidade dos comunicados do reajuste dos planos coletivos.

IV – LEVANTAMENTO DO QUANTITATIVO DE PROCESSOS E DEMANDAS SOBRE REAJUSTE

A pesquisa realizada apresenta os dados no formato descasado, que utiliza diferentes datas como referência (data de cadastro da demanda; data de emissão do Auto de Infração; data da decisão), a depender do tipo da informação.

Além disso, aparentemente a demanda parlamentar se refere ao reajuste anual. Contudo, optou-se por fazer a pesquisa mais abrangente, com todos os tipos de reajuste, apresentando os dados resumidos tanto para reajuste "geral", quanto só para reajuste por variação anual de custos.

Os filtros utilizados na pesquisa foram:

Base: Demandas NIP (isto é, demandas de consumidor e institucionais cadastradas no eixo Produto ou Plano);

Período entre 01/07/2023 e 30/06/2025;

Tema = "Mensalidades e Reajustes"

Subtema = "Reajuste por Variação de Custos", "Reajuste por Mudança de Faixa Etária" ou "Reajuste por Sinistralidade".

- Resultado resumido de todos os casos que envolvam reajuste de forma geral

Demandas de reajuste ¹ com autos lavrados, por ano de emissão do auto de infração (AI), segundo a situação mais recente do AI				
Status do AI	2023	2024	2025	Total
Autos Válidos (Finalizados)	80	195	276	551
Autos Anulados	24	16	3	43
Total	104	211	279	594
Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 02/07/2025 Nota: Dados de 2023 a partir de 01/07/2023; e do ano de 2025 até 30/06/2025 ¹ Cadastradas no subtema "Reajuste por Variação de Custos", "Reajuste por Mudança de Faixa Etária" ou "Reajuste por Sinistralidade"				

Demandas de reajuste ¹ com autos lavrados, por ano de emissão do auto de infração (AI), segundo a situação mais recente do AI				
Status do AI	2023	2024	2025	Total
Autos Válidos (Finalizados)	80	195	276	551
Autos Anulados	24	16	3	43
Total	104	211	279	594
Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 02/07/2025 Nota: Dados de 2023 a partir de 01/07/2023; e do ano de 2025 até 30/06/2025 ¹ Cadastradas no subtema "Reajuste por Variação de Custos", "Reajuste por Mudança de Faixa Etária" ou "Reajuste por Sinistralidade"				

Demandas de reajuste ¹ com penalidade aplicada, por ano da data de decisão, segundo o tipo de penalidade				
Tipo de penalidade	2023	2024	2025	Total
Advertência	4	10	1	15
Improcedência	47	120	39	206
Multa pecuniária	79	150	50	279
Total	130	280	90	500
Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 02/07/2025 Nota: Dados de 2023 a partir de 01/07/2023; e do ano de 2025 até 30/06/2025 ¹ Cadastradas no subtema "Reajuste por Variação de Custos", "Reajuste por Mudança de Faixa Etária" ou "Reajuste por Sinistralidade"				

- Resultado resumido que tratam do reajuste anual

Mediação Prévia de Conflitos (Fase Pré-processual) de demandas de reajuste por variação anual de custos, segundo o ano de cadastro da demanda				
Descrição	2023	2024	2025	Total
Em Análise no Âmbito da NIP	319	875	550	1.744
Finalizada no Âmbito da NIP	2.706	3.534	1.451	7.691
Abertura de Processo Sancionador e emissão de auto	178	166	88	432
Total	3.203	4.575	2.089	9.867
Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 02/07/2025 Nota: Dados de 2023 a partir de 01/07/2023; e do ano de 2025 até 30/06/2025				

Demandas de reajuste por variação anual de custos com autos lavrados, segundo o ano de emissão do auto de infração (AI), por a situação mais recente do AI				
Status do AI	2023	2024	2025	Total
Autos Válidos (Finalizados)	64	164	227	455
Autos Anulados	17	14	3	34
Total	81	178	230	489
Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 02/07/2025 Nota: Dados de 2023 a partir de 01/07/2023; e do ano de 2025 até 30/06/2025				

Demandas de reajuste por variação anual de custos com penalidade aplicada, por ano da data de decisão, segundo o tipo de penalidade				
Tipo de penalidade	2023	2024	2025	Total
Advertência	2	7	1	10
Improcedência	39	96	32	167
Multa pecuniária	62	109	40	211
Total	103	212	73	388
Fonte: SIF-Consulta. Data de extração: 02/07/2025 Nota: Dados de 2023 a partir de 01/07/2023; e do ano de 2025 até 30/06/2025				

V - DAS DIFERENÇAS REGULATÓRIAS ENTRE PLANOS COLETIVOS E INDIVIDUAIS

Para esclarecermos as razões que justificam o modelo de monitoramento de reajustes adotado pela ANS para planos coletivos é necessário compreender a estrutura de concorrência no mercado relevante de planos de assistência à saúde.

Mercado relevante é definido como o menor espaço econômico no qual o poder de mercado é possível de ser exercido por uma firma atuando de forma isolada ou grupo de empresas agindo de forma coordenada, durante certo período de tempo (HOVENKAMP, 1994; SCHERER & ROSS, 1990; CARLTON & PERLOFF, 2000).

A definição do mercado relevante envolve a análise da dimensão do produto e da dimensão geográfica.

Na dimensão produto, é possível separar os planos de saúde em contratação individual e coletiva. No contrato individual a demanda do plano de saúde ocorre em um ambiente onde o indivíduo é quem define a operadora e o contrato a ser adquirido. No contrato coletivo, a demanda está condicionada a uma decisão da pessoa jurídica contratante.

Na dimensão geográfica, têm-se como referência o trabalho desenvolvido no livro "Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil" (disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_estruturadeconcorrencianosectordeoperadorasdeplanosdesaude) que define 96 mercados relevantes geográficos de plano de saúde privado.

Em sua análise, os autores afirmam:

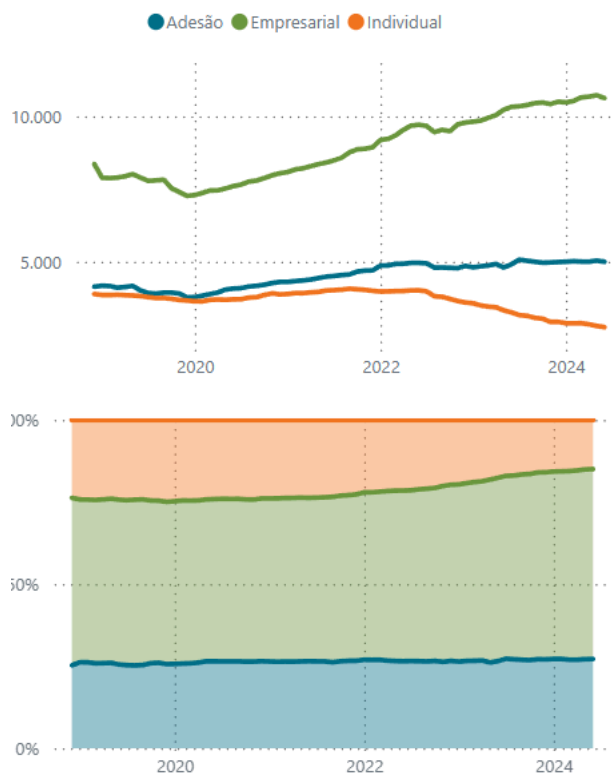
Nota-se uma estrutura bastante concentrada para o mercado de planos individuais em contraponto a uma estrutura mais competitiva para os planos coletivos.
(...)

Para os planos individuais 82,42% dos mercados apresenta HHI superior a 2500 enquanto que para os planos coletivos esse percentual é de 34,38%. O HHI superior a 2500 indica mercados altamente concentrados

Os contratos individuais necessitam de uma escala maior de beneficiários devido a diversos motivos: presença de custos de transação mais elevados uma vez que o contrato é feito individualmente e não em bloco como o contrato coletivo; necessidade de uma carteira maior para garantir sustentabilidade financeira devido aos custos de transação mais elevados e perfil de beneficiários mais envelhecido. Já os planos coletivos se caracterizam majoritariamente por beneficiários que ainda estão trabalhando sendo, portanto, uma carteira mais jovem, composta de indivíduos em idade ativa.

Dados de oferta de planos de saúde demonstram a maior oferta de produtos coletivos em todas as Grandes Regiões do país, o que confere às Pessoas Jurídicas Contratantes maior poder de escolha e negociação de preços em comparação à produtos de contratação individual.

- Quantidade de planos por ano e tipo de contratação



Fonte: Painel de Precificação (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoIY2RiZmRhMmQyZk5Ni00ODZhLWE3ODAtMmVlYzZDM5YjhhlidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1Zi9i>).

Também há dados que demonstram um maior número de operadoras ofertantes de produtos coletivos, reforçando a existência de maior competição nesse mercado:

Quantidade de operadoras com planos em comercialização - Brasil

Contratação	Ops	vs ano anterior	% 5 anos (cagr)
Empresarial	560	-6 ↓	-0,6% ↓
Adesão	513	-8 ↓	-0,1% ↓
Individual	375	-53 ↓	-4,7% ↓

Fonte: Painel de Precificação (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoIY2RiZmRhMmQyZk5Ni00ODZhLWE3ODAtMmVlYzZDM5YjhhlidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1Zi9i>).

Há ainda a maior mobilidade de contratos coletivos com mais de 30 vínculos. Esses contratos não estão sujeitos ao mecanismo da carência (à exceção daqueles beneficiários que tenham aderido além dos 30 dias após a celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica contratante). Dessa forma, reduz-se o custo de troca do plano, o que aumenta o poder da Pessoa Jurídica Contratante na negociação de preços e reajustes.

Então, sob o ponto de vista da estrutura da concorrência, há pelo menos, as seguintes razões para a diferente forma de regulação de reajustes em planos coletivos:

- Maior número de operadoras ofertantes e produtos disponíveis – MAIOR COMPETIÇÃO;
- Maior mobilidade de beneficiários em contratos com 30 ou mais vínculos – MAIOR PODER DE NEGOCIAÇÃO.
- Menor quantidade de contratos a serem celebrados em comparação à planos individuais para diluição dos riscos – MENORES CUSTOS DE TRANSAÇÃO

VI - QUANTO À TRANSPARÊNCIA - RN Nº 509/2022

Outra importante medida de política regulatória ocorreu com a edição pela ANS da RN nº 389/2015 (substituída pela RN nº 509/2022), que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização pelas operadoras do conteúdo mínimo de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil.

Dentre as informações obrigatórias, desde 1º de agosto de 2016, as operadoras devem disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, um extrato pormenorizado em formato eletrônico contendo os seguintes itens considerados para o cálculo do reajuste no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS:

- o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo;
- a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e
- o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.

Importante destacar que o extrato pormenorizado deverá ser disponibilizado com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste. Além disso, após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários poderão solicitar formalmente esse extrato para a administradora de benefícios ou operadora, que terão o prazo máximo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

VII - DA COMPARAÇÃO ENTRE ÍNDICES DE PREÇO E VALOR

Nas queixas dos consumidores relativas a essas variações das contraprestações, é muito comum a comparação dos reajustes de planos de saúde com os índices de inflação. É importante, entretanto, esclarecer que há relevante diferença entre os índices de reajuste dos planos de saúde e os índices gerais de preço, conhecidos como "índices de inflação". Os índices gerais de preço, como o IPCA, medem a variação de preços dos insumos de diversos setores, como por exemplo: alimentação, bebidas, habitação, artigos de residência, vestuário, transporte, despesas pessoais, educação, comunicação, além de saúde e cuidados pessoais. Dessa forma, a "inflação", objeto da meta governamental, representa a variação média de preços de diversos produtos e serviços, que compõem uma cesta de consumo das famílias.

Por isso, os reajustes aplicados aos planos de saúde, em geral, não são índices de preços. Os reajustes são calculados a partir da variação combinada do preço dos procedimentos, da frequência de utilização de serviços e da incorporação de novas tecnologias, caracterizando-se como um índice de custos/valor. Índices de custo/valor, portanto, são aqueles que consideram tanto a variação de preços como a variação das quantidades dos insumos utilizados.

Não obstante a diferença entre índices de custo e índices de preços, vale destacar ainda que os preços dos insumos da saúde também não seguem, necessariamente, a variação média dos demais preços da economia.

Em suma, os índices de reajuste de planos de saúde não são plenamente comparáveis com índices gerais de preços, pois além de serem um índice de custos, tratam de um setor específico (saúde). Definir reajustes com base em índices gerais de preços, desatrelados dos custos da saúde, geraria desequilíbrios econômico-financeiros com a possível consequente queda na qualidade de serviços prestados, afetando diretamente a sustentabilidade do setor de saúde suplementar e por extensão a sustentabilidade de nosso sistema de saúde como um todo.

Ressalte-se que situações de desequilíbrio orçamentário podem derivar dos reajustes de despesas, caso estes não sejam devidamente acompanhados de proporcional evolução da renda nominal, de modo a garantir a manutenção da renda real. Noutros termos, se houvesse, hipoteticamente, uma correção na renda equivalente aos efeitos dos reajustes médios nas despesas, o efeito líquido seria nulo e renda real seria mantida. Entretanto, quando esta compensação não ocorre, isso implica em diminuição da renda real por parte de determinados segmentos da sociedade. Não obstante os esforços desta Agência em acompanhar e mitigar a elevação de custos no setor, torna-se lamentavelmente inevitável a perda do poder de compra por segmentos da sociedade cujos rendimentos não conseguem acompanhar a evolução geral das suas despesas.

VIII - DAS INICIATIVAS PARA MELHORIA DO ARCABOUÇO REGULATÓRIO - POLÍTICA DE PREÇOS E REAJUSTES

Conforme mencionado anteriormente neste documento, sobre o tema reajuste de contratos coletivos, cabe destacar que, com o fito de evoluir na promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a ANS vem desenvolvendo ações efetivas de aprimoramento regulatório.

Entre essas ações, merece destaque as melhorias regulatórias que vêm sendo implementadas, especialmente no que se refere ao tema dos reajustes, cujo ponto de partida foi o encontro com representantes do setor realizado na cidade do Rio de Janeiro em 08/12/2017 (documentado em <https://www.gov.br/ans/pt-br/acao-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes-1/comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos-1/atas-e-documentos-das-reunioes-do-comite-de-regulacao-da-estrutura-dos-produtos>).

Naquela oportunidade, a ANS sinalizou a realização de estudos que visavam estabelecer mudanças afetas, em outros temas, ao reajuste individual e reajuste coletivo. Esses estudos, materializados nas Notas Técnicas 2007, 2010, 2012 e 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIPRO/DIPRO, no âmbito do Processo SEI nº 33910.012414/2017, nortearam ações da área técnica que culminaram, por exemplo, com a mudança da metodologia de reajustes de planos individuais em dezembro de 2018, materializada pela RN Nº 441, de 19 de dezembro de 2018.

A exemplo do que se construiu nos planos individuais, também no universo dos planos coletivos a busca pelo reforço da mutualidade é um tema constante nas discussões técnicas da ANS. Este objetivo é explorado de forma recorrente sempre que se discute mudança no âmbito da regulação de reajustes no setor.

Com base nas informações atualmente disponíveis, foi possível à área técnica desenvolver alternativas ao atual modelo normativo, sempre com o objetivo de perseguir a transparência e a sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

- Política de Preços e Reajustes

Como resultado dos estudos realizados pelo órgão regulador, foi desenvolvido o projeto de Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde. Trata-se de um conjunto de discussões técnicas que a ANS vem desenvolvendo com a sociedade e visam aprimorar o arcabouço regulatório tendo como base três eixos principais: sustentabilidade econômico-financeira, transparência e concorrência.

Mais precisamente, as discussões envolvem a revisão normativa de quatro temas:

- Reajuste de Contratos Coletivos
- Mecanismos de Regulação Financeiros
- Venda eletrônica de planos de saúde
- Revisão Técnica

IX - REGRAMENTO DA COPARTICIPAÇÃO

Regulamentação sobre a coparticipação

A Lei 9.656/98 ("Lei dos Planos de Saúde") dispôs no inciso VIII do artigo 16, a necessidade dos instrumentos contratuais conterem os percentuais de coparticipação previstos para o produto.

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

(...)

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

Já a regulamentação infralegal estabeleceu os seguintes parâmetros sobre o funcionamento do mecanismo de coparticipação:

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 08 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

(...)

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

(...)

II – "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 28 - Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos.

ANEXO

Tema X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Os contratos de planos de saúde devem:

(...)

C) Especificar, nos casos de coparticipação e/ou franquia, os eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, observando os limites máximos estabelecidos em normativo vigente.

D) Estabelecer os valores prefixados de coparticipação e/ou franquia nos casos de internação em planos hospitalares que não poderão ser indexados a procedimentos e/ou patologias. Somente para internações em transtornos psiquiátricos, a coparticipação poderá ser especificada em percentual (art. 2º, VIII, e art. 4º, VII, ambos da Resolução CONSU nº 8/98).

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 565 - Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde

Art. 21. Nos planos individuais ou familiares exclusivamente odontológicos, os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao aplicado à contraprestação pecuniária.

Art. 29. Os reajustes das contraprestações pecuniárias e as alterações de franquia e coparticipação dos contratos coletivos deverão ser comunicados à ANS pela internet de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 465 – Atualiza o rol de procedimentos

Art. 19. (...)

II - quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo, a coparticipação, nas hipóteses de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

Limites de cobrança da coparticipação

Não há na atual regulamentação, definições de limites percentuais ou de cobranças mensais e anuais de coparticipação, exceto pela previsão contida no item b, inciso II do artigo 19 da Resolução Normativa nº 465 referente à internações psiquiátricas.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 465, de 2021 – Atualiza o rol de procedimentos

Art. 19. (...)

II - quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo, a coparticipação, nas hipóteses de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

Por sua vez, o inciso VII do artigo 2º da Resolução CONSU nº 08/98 veda o financiamento integral do procedimento por parte do usuário, através da coparticipação:

RESOLUÇÃO CONSU Nº 08, DE 1998 – Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

(...)

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

É justamente esse cenário que justifica o processo de revisão de regulamentação em curso, conforme previsto na Agenda Regulatória para o triênio 2023-2025.

O principal objetivo da discussão é a Avaliação sobre Coparticipação e Franquia especialmente no que se refere aos limites financeiros desse mecanismo de regulação financeira e suas vedações. (Vide: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/agenda-regulatoria/Minuta_da_Agenda_Regulatoria_atualizada_052024_r3.pdf).

Reajustes da coparticipação

As regras de reajustamento da coparticipação estão previstas na Resolução Normativa ANS nº 565.

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 565 - Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde

Art. 21. Nos planos individuais ou familiares exclusivamente odontológicos, os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao aplicado à contraprestação pecuniária.

Art. 29. Os reajustes das contraprestações pecuniárias e as alterações de franquia e coparticipação dos contratos coletivos deverão ser comunicados à ANS pela internet de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.

Vale destacar que as alterações de franquia e coparticipação deverão estar previstas no instrumento contratual.

Monitoramento

Os dados cadastrais dos planos de saúde registrados junto à Agência, incluindo se o plano tem cobrança de coparticipação ou franquia, estão disponíveis para consulta no Portal de Dados Abertos por meio do conjunto de dados Características dos Produtos da Saúde Suplementar (<https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/caracteristicas-dos-produtos-da-saude-suplementar>). Contudo, esse cadastro não registra o valor ou percentual de cobrança de coparticipação, pois estes valores são atualmente especificados em cada contrato.

Assim, o monitoramento das cláusulas contratuais de mecanismos financeiros de coparticipação refere-se à documentação pontualmente solicitada em fiscalizações ou processos administrativos instaurados.

Tais debates fazem parte da Agenda Regulatória 2023-2025, que reflete os esforços da Agência em prol da sustentabilidade do setor e da proteção dos beneficiários.

X - DAS PROPOSTAS DA ANS SOBRE REAJUSTE E MEC-REG

Em 2024, a ANS apresentou propostas para aumentar o mutualismo e a transparência nos contratos coletivos, além de propostas para regular limites de gastos dos beneficiários com coparticipação. As propostas apreciadas pela Diretoria Colegiada da ANS encontram-se suspensas por decisão liminar do Poder Judiciário e, de forma geral, seriam as seguintes no que se refere ao reajuste coletivo:

- Vedação a acumulação do índice na metodologia de reajuste dos planos coletivos;
- Limite mínimo para a sinistralidade meta do contrato igual a 72%;
- O índice eleito do contrato deverá ser um índice de preço, claro e explícito, publicizado por instituições amplamente reconhecidas pela divulgação de índices gerais de preços ou a Variação de Despesa Assistencial (VDA) dos contratos coletivos da operadora;

Em relação ao agrupamento de contratos:

- Agrupar a totalidade dos contratos coletivos por adesão e Contratos coletivos empresariais com até 400 vidas.

Definiu-se instauração de uma câmara técnica sobre o tema Mecanismos de Regulação Financeira. Nesse ponto as propostas da ANS buscam regular principalmente os limites de gastos financeiros mensais e anuais em coparticipações pelos beneficiários e regular seu reajuste. A proposta apresentada pela área técnica foi de no máximo 30% de gastos com coparticipação sobre as mensalidades.

XI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizadas as explicações, sobre o item 2, informa-se que a ANS não permite reajuste duplo em nenhuma forma de contratação, a menos que se refira a alteração da contraprestação por mudança de faixa etária. Nesse caso, informa-se que as regras de alteração de preço por faixas etárias valem para planos coletivos e planos individuais.

Quanto ao aumento das ações judiciais, esta Agência prevê, inclusive no AIR sobre reajuste de planos coletivos que, aprovadas as alterações propostas, é esperado uma redução nos litígios judiciais sobre reajustes aplicados a planos coletivos.

Sendo essas as importantes considerações técnicas desta Agência Reguladora à demanda parlamentar em apreço, renovamos nossa plena disponibilidade em prestar quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Respeitosamente,

Carla de Figueiredo Soares

Diretora-Presidente Interina



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretora-Presidente Interina da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, em 18/08/2025, às 12:41, 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://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **33361059** e o código CRC **9B07C29B**.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 266

A Sua Excelência o Senhor
ALEXANDRE PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: **Requerimento de Informação**

(DATADO ELETRONICAMENTE)

Senhor Ministro,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

PROPOSIÇÃO	AUTOR
Requerimento de Informação nº 1.220/2025	Deputado Dr. Frederico
Requerimento de Informação nº 3.301/2025	Deputado Marreca Filho
Requerimento de Informação nº 3.322/2025	Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência
Requerimento de Informação nº 3.323/2025	Deputada Any Ortiz
Requerimento de Informação nº 3.426/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 3.429/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 3.431/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 3.436/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 3.461/2025	Deputada Duda Salabert
Requerimento de Informação nº 3.498/2025	Deputada Rogéria Santos
Requerimento de Informação nº 3.505/2025	Deputado Dr. Frederico
Requerimento de Informação nº 3.690/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 3.717/2025	Deputada Maria Arraes
Requerimento de Informação nº 3.722/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 3.740/2025	Deputada Chris Tonietto
Requerimento de Informação nº 3.766/2025	Comissão de Fiscalização Financeira e Controle
Requerimento de Informação nº 3.782/2025	Deputado Gustavo Gayer
Requerimento de Informação nº 3.785/2025	Deputado Capitão Alberto Neto

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/LMR





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 266

Requerimento de Informação nº 3.794/2025	Deputado Pedro Campos e outros
Requerimento de Informação nº 3.801/2025	Deputado Amom Mandel
Requerimento de Informação nº 3.830/2025	Deputado Mauricio Marcon
Requerimento de Informação nº 3.909/2025	Deputado Dr. Frederico
Requerimento de Informação nº 3.917/2025	Deputado Evair Vieira de Melo
Requerimento de Informação nº 3.918/2025	Deputado Diego Garcia
Requerimento de Informação nº 3.922/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 3.923/2025	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 3.928/2025	Deputado Capitão Alberto Neto

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado CARLOS VERAS
Primeiro-Secretário

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/LMR





REQUERIMENTO Nº DE 2025
(Do Sr. Capitão Alberto Neto)

Requer do Excelentíssimo
Ministro da Saúde, Senhor
Alexandre Padilha, informações
sobre o reajuste dos planos de
saúde.

Senhor Presidente,

Com fundamento no art. 50, § 2º, da Constituição Federal, combinado com os arts. 115 e 116 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro seja encaminhado requerimento de informações sobre o reajuste dos planos de saúde. Assim, questiono:

1. O Idec critica que os planos coletivos (maior parte do mercado) não têm teto regulado e sofrem aumentos abusivos, inclusive rescisões arbitrárias de contrato. Que medidas o governo pretende adotar para estender a regulação também a esses modelos?
2. Por que o governo permite que planos coletivos, que envolvem cerca de 80% dos beneficiários, continuem sujeitos a reajustes duplos, chegando a aumentos de até 20% ou mais?
3. Como o governo federal planeja reforçar a fiscalização da ANS e aumentar a participação de consumidores e especialistas na definição das regras de reajuste, incluindo a criação de Grupos de Trabalho ou audiências públicas?
4. Com o avanço das ações judiciais contra reajustes abusivos, o que o governo faz para garantir que a regulação funcione na ponta ao invés





Câmara dos Deputados
Gabinete do Deputado Capitão Alberto Neto – PL/AM

Apresentação: 24/06/2025 13:55:07.787 - Mesa

RIC n.3785/2025

de sobrecarregar o Judiciário? Isso não demonstra falência da autorregulação via ANS?

Justificativa

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) decidiu que os planos de saúde individuais ou familiares terão reajuste de até 6,06% neste ano. O índice será válido retroativamente para o período que vai de 1º de maio deste ano a 30 de abril de 2026 e será aplicado na data de aniversário do contrato.¹

Apesar disso, o reajuste desses contratos é um balizador para o aumento dos planos coletivos — tanto os empresariais quanto aqueles por adesão (vinculados a uma entidade de classe ou administradora de benefícios) —, que não têm a correção de preço regulada pela ANS.

O cenário torna-se preocupante quando se observa a situação dos planos coletivos, que representam aproximadamente 80% dos contratos de assistência médica no Brasil. Esses contratos, hoje sem limite de reajuste definido pela ANS, têm apresentado aumentos que chegam a 20% ou mais em alguns casos, penalizando especialmente os trabalhadores e aposentados vinculados a associações e sindicatos. Tal política de reajustes descontrolados, sem transparência suficiente e sem justificativas técnico-atuariais detalhadas, demonstra clara omissão do governo federal na proteção dos usuários.

Neste ano, a maioria das reclamações recebidas pelo Idec são contra operadoras de planos de saúde, principalmente sobre reajuste abusivo (25,85% dos casos), seguidas de problemas com

¹ <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/noticia/2025/06/23/planos-de-saude-individuais-terao-reajuste-de-ate-606percent-decide-ans.ghtml>





contrato, como reembolso e descredenciamento (19,49%).²

Outro aspecto que merece atenção é o reflexo social desses aumentos abusivos. O crescimento da inadimplência e o número crescente de pessoas que estão sendo forçadas a abandonar seus planos privados têm pressionado ainda mais o já sobrecarregado Sistema Único de Saúde (SUS). Esse deslocamento de usuários para o atendimento público traz efeitos colaterais que vão desde o aumento das filas de espera até a sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade.

Não menos importante é a falta de uma atuação firme por parte do governo federal no enfrentamento da judicialização crescente no setor de saúde suplementar. A cada novo reajuste, aumenta também o número de ações judiciais de consumidores que buscam a revisão de cláusulas abusivas e a contenção de aumentos injustificados, demonstrando a falência de um modelo regulatório que deveria ser preventivo, eficiente e equilibrado.

Diante desse cenário, é imprescindível que o Governo Federal preste esclarecimentos detalhados sobre os critérios técnicos utilizados para a autorização dos reajustes.

Sendo a fiscalização uma das funções típicas do legislador, faz-se necessária a aprovação deste requerimento de informações para obtenção de dados suficientes a respeito da atuação do Poder Executivo, a fim de se assegurar a efetividade das leis ou, se assim for necessário, tomar medidas para que sejam implementadas de forma eficiente e transparente.

Brasília, 24 de junho de 2025.

² <https://idec.org.br/release/posicionamento-do-idec-sobre-o-reajuste-dos-planos-de-saude-individuais>





Câmara dos Deputados
Gabinete do Deputado Capitão Alberto Neto – PL/AM

CAPITÃO ALBERTO NETO
PL/AM

Apresentação: 24/06/2025 13:55:07.787 - Mesa

RIC n.3785/2025

