

Percentual é o mais baixo já definido pela Agência, com exceção do reajuste de 2021, após a pandemia de Covid-19

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em reunião de Diretoria Colegiada realizada nesta sexta-feira (29/5), o índice máximo de 5,11% para o reajuste anual dos planos de saúde de assistência médica individuais/familiares.

O percentual é o menor já definido pela ANS, com exceção de 2021, quando houve reajuste negativo em razão da redução do uso dos serviços de saúde durante o período de isolamento social da Covid-19, o que levou à diminuição dos custos das operadoras.

O índice de 5,11% se aplica a cerca de 7,7 milhões de beneficiários, o equivalente a 14,5% dos 52,9 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil (dados de março de 2026), e é válido para os contratos regulamentados – firmados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/1998.

“Esse é o reajuste mais baixo já definido pela ANS, o que traz alívio para o cidadão que se esforça para manter um plano de saúde para sua família. Nosso objetivo é sempre buscar o equilíbrio, garantindo a sustentabilidade do setor e a capacidade de pagamento dos beneficiários”, afirma o diretor-presidente da ANS, Wadih Damous.

O percentual foi calculado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, apreciado pelo Ministério da Fazenda e aprovado em reunião de Diretoria Colegiada da Agência. A decisão segue agora para publicação no Diário Oficial da União.

A aplicação do reajuste anual só pode ser feita pela operadora no mês de aniversário do contrato (data de contratação do plano). Para os contratos com aniversário em maio e junho, a cobrança deverá começar em julho ou, no máximo em agosto, retroagindo até o mês de aniversário.

“O resultado é reflexo de uma metodologia baseada no comportamento do setor, considerando tanto o aumento dos custos assistenciais quanto a frequência de utilização dos serviços. A fórmula evita aumentos excessivos para o consumidor e, ao mesmo tempo, garante que os planos continuem oferecendo atendimento de qualidade e de forma sustentável”, destaca a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos, Lenise Secchin.

Histórico dos percentuais de planos de saúde individuais/familiares

Metodologia considera uso dos planos e custos do setor

Para definir o percentual de 2026, a ANS utilizou a metodologia aplicada desde 2019, que leva em conta:

- a frequência de utilização dos serviços de saúde
- a variação das despesas assistenciais dos planos individuais/familiares.

O cálculo combina:

- IVDA (Índice de Valor das Despesas Assistenciais) – peso de 80%
- IPCA (inflação oficial), excluindo o subitem “Plano de Saúde” – peso de 20%

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de natureza não assistenciais, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do 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).

A VDA é calculada com base nos dados das demonstrações contábeis e quantidade de beneficiários enviados pelas operadoras à ANS periodicamente. As bases utilizadas no cálculo são públicas, conferindo, assim, maior transparência e previsibilidade.

A VFE deduz a parcela da variação de despesas das operadoras que já é recomposta pela variação das mensalidades por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os consumidores ganhos de eficiência do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos.

Despesas assistenciais em 2025 e 2024 - Base de cálculo do reajuste

O valor final do plano de saúde é impactado por fatores como a inflação, o aumento ou queda da frequência de uso do plano de saúde e os custos dos serviços médicos e dos insumos, como produtos e equipamentos médicos.

As despesas assistenciais per capita nos planos individuais regulamentados tiveram crescimento de 8,32% em 2025 comparado a 2024. Essa variação observada nos custos assistenciais reflete o aumento dos preços dos serviços e insumos de saúde, bem como aumento no padrão de consumo de serviços de saúde associado a fatores como mudanças no perfil etário dos consumidores e incorporações no rol de procedimentos da saúde suplementar.

Diferença entre índice de inflação e índice de reajuste de planos de saúde

Os índices de inflação medem a variação de preços de produtos e serviços. Já os índices de reajuste de planos de saúde são “índices de valor”, pois medem a variação combinada não somente de preços, mas também de quantidades consumidas. Dessa forma, o percentual calculado pela ANS considera aspectos como as mudanças nos preços dos produtos e serviços em saúde, bem como as mudanças na frequência de utilização dos serviços de saúde.

Informações no boleto

A partir do anúncio do teto máximo de reajuste, os beneficiários de planos individuais/familiares devem ficar atentos aos seus boletos de pagamento e observar se o percentual aplicado é igual ou inferior ao definido pela ANS (5,11%) e se a cobrança com o índice de reajuste está sendo feita a partir do mês de aniversário do contrato, que é o mês em que o contrato foi firmado.

Entenda como o reajuste é aplicado

O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir do mês de aniversário de cada contrato. Para os contratos com data de aniversário em maio e junho, a cobrança deverá começar, em julho ou, no máximo, em agosto, retroagindo até o mês de aniversário do contrato. Confira no exemplo abaixo:

Saiba mais sobre o reajuste de planos individuais ou familiares

Portabilidade de carências

Os consumidores têm o poder de escolha. Caso entendam que seu plano de saúde não está lhes atendendo adequadamente, podem optar pela portabilidade de carências para outra operadora. Para saber as opções disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências, o interessado pode fazer comparações ao consultar o **Buscador de Planos de Saúde - Guia ANS, no portal da Agência.**

Para saber os requisitos para a realização da portabilidade de carências, **confira aqui.**

Em caso de dúvidas, os consumidores podem entrar em contato com a ANS por meio dos seguintes canais de atendimento:

Atendimento telefônico: Disque ANS - 0800 701 9656: atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 9h às 17h, exceto feriados nacionais.

Atendimento eletrônico **Fale Conosco na Central de Atendimento ao Consumidor.**

Atendimento exclusivo para deficientes auditivos: 0800 021 2105.

Atendimento presencial nos Núcleos da ANS existentes nas cinco regiões do país. **Confira como agendar seu atendimento.**

Fonte: ANS, em 29.05.2026.