



CÂMARA DOS DEPUTADOS

**PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO
N.º 1.005, DE 2018
(Do Sr. Francisco Chapadinha)**

Susta a Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PDC-981/2018.

APRECIÇÃO:
Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL
Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica sustada, nos termos do art. 49, V e XI, da Constituição Federal, a Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Há cerca de dois anos, o então Ministro da Saúde Ricardo Barros criou, por meio da Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016¹, um grupo de trabalho para discutir e elaborar um projeto de um plano individual acessível.

Em janeiro de 2017, submeteram-se à consideração do Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as propostas² formuladas pelo Grupo de Trabalho, entre as quais destacou-se o uso de fatores moderadores (como a coparticipação) nos contratos de planos privados de assistência à saúde.

Em decorrência deste documento, a Agência Nacional de Saúde Suplementar criou, por meio da Portaria nº 8.851, de 23 de março de 2017³, um grupo de trabalho para avaliar a proposta da criação do plano de saúde acessível. Este grupo finalizou seu trabalho mediante apresentação de Relatório Descritivo⁴, que mencionou que a ANS estava produzindo uma resolução normativa para tratar do assunto de coparticipação.

A mencionada norma foi publicada recentemente. Trata-se da Resolução Normativa (RN) nº 433, de 27 de junho de 2018⁵, que lançou no ordenamento jurídico uma série de regras abusivas e prejudiciais ao consumidor.

¹ <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=26&data=05/08/2016>

2

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_planos_acessiveis/proposta_plano_s_acessiveis_33902036554201797.pdf

³ <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=48&data=24/03/2017>

4

http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf

⁵ http://www.impresnacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/27571385/do1-2018-06-28-resolucao-normativa-rn-n-433-de-27-de-junho-de-2018-27571335

Como expusemos na breve contextualização que desenvolvemos nos parágrafos anteriores, a RN nº 433, de 2018, foi elaborada numa conjuntura política em que têm sido feitos esforços para emplacar o famigerado plano acessível de saúde. Essa Resolução, que veicula regras abusivas, tem como objetivo iniciar o desmonte das garantias dos consumidores da saúde suplementar, conquistadas com árduo esforço na elaboração da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998⁶ (Lei dos Planos de Saúde).

A estipulação de um limite de 40% para a coparticipação é um contrassenso. No próprio Relatório Descritivo da ANS que citamos, representantes do Ministério Público do Rio de Janeiro mencionaram que entendem abusiva a coparticipação que excede 30% do valor do procedimento.

Com os altos valores de coparticipação previstos na RN, a tendência é que os beneficiários de planos de saúde acabem buscando o Sistema Único de Saúde para a realização de procedimentos mais caros, na tentativa de escapar do endividamento. Com isso, o SUS, que já sofre com déficit de financiamento, tende a ficar ainda mais sobrecarregado.

Em trabalho⁷ publicado neste ano pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, o especialista em políticas públicas e gestão governamental Edvaldo Batista de Sá destacou que, entre as consequências indesejadas da coparticipação, está o fato de esse mecanismo “reduzir o grau de mutualismo entre os segurados e limitar o acesso dos mesmos aos cuidados necessários, especialmente aos mais caros, podendo forçá-los a recorrer ao SUS e/ou pagar do próprio bolso”. Ressaltou, ainda, que o uso de esses mecanismos poderia resultar no aumento da judicialização.

Acreditamos, portanto, que a RN nº 433, de 2018, representa uma afronta à Lei nº 9.656, de 1998, e ao Código de Defesa do Consumidor. É resultado de uma exorbitância do poder regulamentar e, por isso, não merece continuar vigendo.

Antes da Lei dos Planos de Saúde, imperava a desordem. As operadoras, livremente, perpetravam condutas abusivas que expunham a risco vida

⁶ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm

⁷ http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/180201_nt_47_disoc.pdf

de milhares de pessoas, justamente nos momentos em que mais precisavam. Com a sua edição, diversas distorções e abusos foram sanados.

Por isso, não podemos permitir o retrocesso. Não podemos deixar que a ANS exorbite o seu Poder regulamentar e crie normas contrárias às leis que garantem direitos ao consumidor. Não podemos permitir que preponderem os interesses das operadoras, cujo lucro só aumenta a cada ano⁸, em detrimento das faculdades dos consumidores, que já são tão pressionados pelo reajuste de suas mensalidades, que, nos últimos anos, tem superado (e muito) a inflação⁹.

Pedimos, portanto, apoio dos nobres parlamentares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 10 de julho de 2018.

Deputado FRANCISCO CHAPADINHA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

**CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988**

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

**TÍTULO IV
DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES**

⁸ <http://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans>

⁹ <https://noticias.r7.com/economia/reajuste-de-planos-de-saude-coletivos-chega-a-19-em-2018-28062018>

CAPÍTULO I
DO PODER LEGISLATIVO

Seção II
Das Atribuições do Congresso Nacional

Art. 49. É da competência exclusiva do Congresso Nacional:

I - resolver definitivamente sobre tratados, acordos ou atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional;

II - autorizar o Presidente da República a declarar guerra, a celebrar a paz, a permitir que forças estrangeiras transitem pelo território nacional ou nele permaneçam temporariamente, ressalvados os casos previstos em lei complementar;

III - autorizar o Presidente e o Vice-Presidente da República a se ausentarem do País, quando a ausência exceder a quinze dias;

IV - aprovar o estado de defesa e a intervenção federal, autorizar o estado de sítio, ou suspender qualquer uma dessas medidas;

V - sustar os atos normativos do Poder Executivo que exorbitem do poder regulamentar ou dos limites de delegação legislativa;

VI - mudar temporariamente sua sede;

VII - fixar idêntico subsídio para os Deputados Federais e os Senadores, observado o que dispõem os arts. 37, XI, 39, § 4º, 150, II, 153, III, e 153, § 2º, I; ([*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998*](#))

VIII - fixar os subsídios do Presidente e do Vice-Presidente da República e dos Ministros de Estado, observado o que dispõem os arts. 37, XI, 39, § 4º, 150, II, 153, III, e 153, § 2º, I; ([*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998*](#))

IX - julgar anualmente as contas prestadas pelo Presidente da República e apreciar os relatórios sobre a execução dos planos de governo;

X - fiscalizar e controlar, diretamente, ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta;

XI - zelar pela preservação de sua competência legislativa em face da atribuição normativa dos outros Poderes;

XII - apreciar os atos de concessão e renovação de concessão de emissoras de rádio e televisão;

XIII - escolher dois terços dos membros do Tribunal de Contas da União;

XIV - aprovar iniciativas do Poder Executivo referentes a atividades nucleares;

XV - autorizar referendo e convocar plebiscito;

XVI - autorizar, em terras indígenas, a exploração e o aproveitamento de recursos hídricos e a pesquisa e lavra de riquezas minerais;

XVII - aprovar, previamente, a alienação ou concessão de terras públicas com área superior a dois mil e quinhentos hectares.

Art. 50. A Câmara dos Deputados e o Senado Federal, ou qualquer de suas Comissões, poderão convocar Ministro de Estado ou quaisquer titulares de órgãos diretamente subordinados à Presidência da República para prestarem, pessoalmente, informações sobre assunto previamente determinado, importando crime de responsabilidade a ausência sem justificativa adequada. ([*“Caput” do artigo com redação dada pela Emenda Constitucional de Revisão nº 2, de 1994*](#))

§ 1º Os Ministros de Estado poderão comparecer ao Senado Federal, à Câmara dos Deputados ou a qualquer de suas comissões, por sua iniciativa e mediante entendimentos com a Mesa respectiva, para expor assunto de relevância de seu Ministério.

§ 2º As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal poderão encaminhar pedidos escritos de informação a Ministros de Estado ou a qualquer das pessoas referidas no *caput* deste artigo, importando em crime de responsabilidade a recusa, ou o não atendimento, no prazo de trinta dias, bem como a prestação de informações falsas. ([Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional de Revisão nº 2, de 1994](#))

.....

.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 433, DE 27 DE JUNHO DE 2018

Dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II, VII, XXVIII e XXXII do art. 4º, e o inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o inciso VIII do art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 25 de junho de 2018, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação:

I - coparticipação; e

II - franquia.

§ 1º A coparticipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.

§ 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES COMUNS ÀS ESPÉCIES DE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

Seção I Das Isenções

Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.

Parágrafo único. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.

Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º, as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão se valer de mecanismos de regulação assistencial para gerenciar a demanda por serviços, na forma prevista em contrato.

§ 1º Nos casos em que os contratos de planos privados de assistência à saúde não contiverem disposições acerca da aplicação de mecanismos de regulação assistencial, como direcionamento, referenciamento, porta de entrada ou hierarquização de acesso, a isenção a que se refere o art. 3º poderá ser condicionada à indicação, pela operadora de plano privado de

assistência à saúde, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.

§ 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no Anexo desta norma.

§ 3º Ultrapassados os prazos previstos no § 2º, sem que a operadora de planos privados de assistência à saúde tenha indicado um prestador de serviço de saúde ao beneficiário, este poderá realizar o procedimento específico, com isenção de franquia ou coparticipação, em qualquer prestador de sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, sem prejuízo das penalidades cabíveis à operadora.

Seção II

Do Limite de Exposição Financeira

Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma:

I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e

II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior ao valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.

§ 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de coparticipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.

§ 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.

§ 3º Para fins de observância do limite de exposição financeira anual, considerar-se-ão os procedimentos e/ou eventos em saúde efetivamente realizados dentro do respectivo período anual, sobre os quais incidiram Mecanismos Financeiros de Regulação.

§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.

§ 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efetiva utilização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.

§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam:

I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na RN nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento;

II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e

III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º desta RN.

§ 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I será aferido proporcionalmente, multiplicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão

específica em contrato coletivo em sentido contrário.

Seção III **Regras de Uso e Vedações**

Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie:

I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução;

II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º;

III - os limites de exposição financeira;

IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver; e

V - os valores monetários fixos referentes aos atendimentos realizados em pronto-socorro e em regime de internação, conforme previsão do art. 8º deste normativo.

Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.

§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.

§ 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma.

§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.

Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:

I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º; e

II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º.

§ 1º Nos casos do inciso I deste artigo, poderão ser cobrados valores distintos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do realizado por médico generalista daquele realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.

§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismo Financeiro de Regulação

incidente sobre esta última.

§ 3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, inclusive os atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS como de cobertura obrigatória para a segmentação hospitalar.

§4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

Seção I Da Coparticipação

Art. 9º A coparticipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas:

I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde;

II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e

III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a título de coparticipação.

§ 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congêneres, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS.

§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 40% (quarenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

§ 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.

§ 4º O reajuste dos valores contidos na tabela de referência mencionada no inciso II do caput, bem como do valor fixo definido no inciso III, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.

§5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexistir previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.

§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II deverá refletir os valores de

remuneração praticados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.

§ 7º O limite previsto no § 2º não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na RN nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.

Seção II Da Franquia

Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas:

I - franquia dedutível acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja atingido o valor previsto no contrato como franquia; e

II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessa prestador de serviço de saúde fora da rede da operadora.

§ 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato coletivo em sentido contrário.

§ 2º Para fins da franquia prevista no inciso I do caput, serão contabilizados, acumuladamente, todos os procedimentos realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada ou cooperada da operadora de planos privados de assistência à saúde, bem como atendimentos realizados fora da rede, exclusivamente nas hipóteses em que haja previsão legal ou contratual para a livre escolha de prestadores de serviço de saúde.

§ 3º Para fins da franquia prevista no inciso II do caput, entende-se como acesso o ato praticado pelo beneficiário de se dirigir a um profissional de saúde ou estabelecimento de saúde para realização de procedimentos ou eventos em saúde e efetivamente realizá-lo.

§ 4º Para fins de atingimento do valor da franquia prevista no inciso II do caput, os valores de todos os procedimentos ou eventos em saúde realizados pelo beneficiário no respectivo e determinado acesso serão somados.

§ 5º Os procedimentos realizados por meio da opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual, serão contabilizados, para fins de franquia, conforme valores previstos em contrato e desde que comunicados, pelos beneficiários, à operadora.

§ 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a título de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual.

§ 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato.

§ 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I deste artigo, somente incidirá o limite de exposição financeira anual.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.

Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra vantagem análoga que tenha por objetivo incentivar utilização consciente dos procedimentos e eventos em saúde cobertos pelo produto contratado pelo beneficiário desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.

Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas características, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão continuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a partir da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta norma.

Parágrafo único. A renovação do contrato firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.

Art. 14. Os incisos XXI, XXII e XXIII do art. 7º da RN nº 389, de 2015, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 7º

.....

XXI - dados do Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora;

XXII - informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS, endereço eletrônico e link para o contato dos Núcleos da ANS);

XXIII - informação sobre existência de compartilhamento da gestão de riscos para viabilizar o atendimento continuado do beneficiário no contrato, na forma de regulamentação própria da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que permite a assunção de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento, de forma continuada, dos beneficiários de outras operadoras por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outra forma de ajuste;

....." (NR)

Art. 15. A RN nº 389, de 2015, passa a vigorar acrescida dos incisos XXIV a XXVIII no art. 7º e do § 5º no art. 9º, com as seguintes redações:

"Art. 7º

.....

XXI - relação dos procedimentos, dos grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidem Mecanismos Financeiros de Regulação, quando houver;

XXII - tabela de referência que contenha os valores monetários dos

procedimentos, grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidem percentuais devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, quando houver;

XXIII - relação dos valores fixos cobrados sobre os procedimentos, grupo de procedimentos ou eventos em saúde a título de Mecanismo Financeiro de Regulação, quando houver;

XXIV - relação dos procedimentos e eventos em saúde isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação, destacando aqueles isentos por determinação legal daqueles isentos por disposição contratual; e

XXV - limite de exposição financeira previsto no contrato firmado entre a operadora e o contratante, que deverá observar o disposto na Seção II do Capítulo II da RN nº XXX, de XX de XXXXX de 2018, que dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar, e dá outras providências.

....."

"Art. 9º

§ 5º Na hipótese de incidência de qualquer Mecanismo Financeiro de Regulação, deverá ser informado mensalmente e de forma individualizada por procedimento para cada beneficiário:

I - a espécie de Mecanismo Financeiro de Regulação aplicada;

II - o valor exato cobrado a título de Mecanismos Financeiros de Regulação; e

III - o saldo remanescente, referente ao custeio pelo beneficiário, nas hipóteses de franquia dedutível acumulada previsto no inciso I do art. 10, da RN nº XXX, de 2018.

Art. 16. Revogam-se o § 2º do art. 1º; os incisos VII e VIII do art. 2º; o art. 3º; e a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII, do art. 4º, todos da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, e revoga-se o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017.

Art. 17. Esta norma entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA

Diretor-Presidente

Substituto

PORTARIA Nº 1.482, DE 4 DE AGOSTO DE 2016

Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Fica instituído Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível.

Art. 2º Compete ao Grupo de Trabalho de que trata o art. 1º:

I - realizar estudos e elaborar documentos técnicos para a qualificação de Projeto de Plano de Saúde Acessível;

II - realizar estudos de impacto financeiro de implantação de Projeto de Plano de Saúde Acessível; e

III - apresentar proposta de Projeto de Plano de Saúde Acessível, considerando os resultados dos estudos e discussão realizados pelo Grupo de Trabalho.

Art. 3º O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e/ou instituições:

I - Ministério da Saúde;

II - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e

III - Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG).

§ 1º O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível será coordenado pelo representante do Ministério da Saúde.

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos ou instituições de que tratam os incisos I ao III do caput serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos ao Gabinete do Ministro de Estado da Saúde.

§ 3º A Coordenação do Grupo de Trabalho poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, além de pesquisadores e especialistas, quando necessário para o cumprimento das finalidades deste Grupo de Trabalho.

§ 4º Os produtos resultantes das atividades desenvolvidas no âmbito do Grupo de Trabalho serão consolidados e comporão o relatório final de atividades do Grupo de Trabalho.

Art. 4º O Grupo de Trabalho para a discussão e elaboração de Projeto de Plano de Saúde Acessível terá prazo máximo de duração de 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

PORTARIA Nº 8.851 DE 23 DE MARÇO DE 2017.

O DIRETOR PRESIDENTE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, no uso da atribuição que lhe confere o art. 85, inciso II c/c a artigo 77, inciso I, alínea "b", ambos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, com fundamento legal nos incisos XVI, XX, XXIV, XXV, XXXII, XXXVI e XXXVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, resolve:

Art. 1º Instituir Grupo de Trabalho - GT para avaliar a proposta de criação de plano acessível encaminhada para ANS pelo Ministério da Saúde.

Art. 2º Designar os Servidores a seguir relacionados para comporem o Grupo de Trabalho:

- I - Michelle Mello de Souza e Pedro da Silveira Villela, como representantes da Diretoria de Desenvolvimento Setorial;
- II - Rodrigo Rodrigues de Aguiar e Lalucha Parizek Silva, como representantes da Diretoria de Fiscalização;
- III - Wladimir Ventura de Souza e Eduardo Calasans Rodrigues, como representantes da Diretoria de Gestão;
- IV - Cesar Brenha Rocha Serra e Samir Jose Caetano Martins, como representantes da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras;
- V - Carla de Figueiredo Soares e Luiz Ricardo Trindade Bacellar, como representantes da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.
- VI - Lenise Barcellos de Mello Secchin e Angélica Villa Nova de Avellar Du Rocher Carvalho, como representantes do Gabinete da Presidência;
- VII - Suriêtte Apolinário dos Santos e Mirella Jordão Amorim, como representante da Secretaria Geral;
- VIII - Alexandre Gomes Gonçalves e Dalton Robert Tibúrcio como representantes da Procuradoria Federal junto à ANS.

Parágrafo único. A coordenação dos trabalhos será exercida pelo Secretário-Geral e pela Chefe de Gabinete da Presidência assessorados pela Gerente-Geral de Análise Técnica da Presidência e Gerente de Planejamento e Acompanhamento e poderão contar com membros convidados para participar das reuniões do Grupo de Trabalho, caso identifique a necessidade de contribuições específicas.

Art. 3º O Grupo de Trabalho terá o prazo de 30 (trinta) dias para o cumprimento de suas tarefas, podendo ser prorrogado por igual período, por decisão da Diretoria Colegiada.

§1º Após o prazo previsto no caput do artigo, será aberta etapa de participação social que deverá ser concluído no prazo de 30 (trinta) dias, em que serão convidados os Ministérios Públicos, Secretaria Nacional do Consumidor (SENACOM), Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Proteste, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-Brasil), Entidades de Representação das Operadoras - Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Unimed do Brasil, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); Associação Nacional de Administradoras de Benefícios (ANAB); Entidades de Representação dos Prestadores – Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Confederação Nacional de Saúde (CNS), Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), demais membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS),

dos servidores da Agência, autorizados por suas respectivas chefias imediatas, sem prejuízo de todas as demais entidades ou Cidadãos que queiram participar.

§2º A Diretoria Colegiada poderá prorrogar o prazo previsto no parágrafo anterior, caso considere necessário.

§ 3º Após o término da etapa de participação social prevista neste artigo, o GT deverá no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar relatório final à Diretoria Colegiada.

§4º Após apresentação disposta no parágrafo anterior o relatório final será enviado ao Ministério da Saúde.

Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
Diretor-Presidente

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: [*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*](#)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; [*\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)*](#)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; [*\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)*](#)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º

deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 2º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....

.....

FIM DO DOCUMENTO
