



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 1.653, DE 2026** **(Dos Srs. Eduardo da Fonte e Lula da Fonte)**

Dispõe sobre a vinculação de parcela do reajuste anual dos planos privados de assistência à saúde à qualidade do serviço prestado, aferida por indicadores de reclamações dos usuários.

**DESPACHO:**  
ÀS COMISSÕES DE  
SAÚDE;  
DEFESA DO CONSUMIDOR E  
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54, RICD).

**APRECIÇÃO:**  
Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

**PUBLICAÇÃO INICIAL**

Art. 137, caput - RICD



## CÂMARA DOS DEPUTADOS

**PROJETO DE LEI Nº \_\_\_\_\_, de 2026.**  
(Dos senhores Eduardo da Fonte e Lula da Fonte)

Dispõe sobre a vinculação de parcela do reajuste anual dos planos privados de assistência à saúde à qualidade do serviço prestado, aferida por indicadores de reclamações dos usuários.

### O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para instituir fator redutor incidente sobre a parcela inflacionária do reajuste anual das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, vinculado ao desempenho das operadoras em indicadores de reclamações dos beneficiários, apurados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

**“Art. 16-C. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais, familiares e coletivos submetem-se à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observado o disposto nesta Lei e em sua regulamentação.**

**Parágrafo único. Nos planos coletivos, a ANS exercerá controle regulatório sobre os reajustes praticados, podendo estabelecer critérios, limites, mecanismos de autorização prévia ou de supervisão**





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

posterior, com vistas à preservação do equilíbrio contratual, à modicidade das contraprestações e à defesa do consumidor.

**Art. 16-D.** Na definição do índice máximo de reajuste anual das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, a parcela correspondente à reposição inflacionária será submetida à aplicação de fator redutor variável, calculado com base no desempenho da operadora em indicadores de reclamações de usuários.

**§ 1º.** A ANS instituirá indicador padronizado de reclamações dos usuários, destinado a aferir a qualidade do serviço prestado pelas operadoras, assegurados:

- I – transparência metodológica;
- II – publicidade dos resultados;
- III – comparabilidade entre operadoras; e
- IV – periodicidade compatível com o ciclo de reajuste.

**§ 2º.** O fator redutor de que trata o caput observará escala progressiva e será inversamente proporcional ao desempenho da operadora nos indicadores de reclamação, de modo que níveis mais elevados de reclamações impliquem maior redução da parcela inflacionária do reajuste.

**§ 3º.** O fator redutor poderá reduzir a zero a parcela do reajuste anual correspondente à reposição inflacionária e observará critérios de proporcionalidade, razoabilidade e transparência, incidindo exclusivamente sobre a parcela inflacionária do reajuste, preservados:

- I – a metodologia de apuração das despesas assistenciais; e





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

**II – os demais componentes atuariais definidos em regulamentação da ANS.**

**§ 4º. A aplicação do fator redutor não afasta a incidência de sanções administrativas, medidas de fiscalização ou demais instrumentos regulatórios aplicáveis às operadoras.**

.....  
.....  
Art. 35-E. ....

.....  
**§ 4º. Na divulgação do percentual de reajuste anual dos planos individuais ou familiares, a ANS informará, de forma destacada:**

**I – o percentual correspondente ao fator redutor previsto no art. 16-D; e**

**II – os indicadores utilizados para sua apuração.” (NR)**

Art. 3º. A ANS regulamentará o disposto nesta Lei no prazo de 90 (noventa) dias, devendo estabelecer, no mínimo:

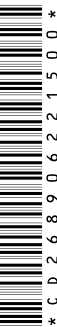
I – a metodologia de cálculo e de combinação dos indicadores de reclamação;

II – as faixas de desempenho das operadoras e os respectivos percentuais de redução aplicáveis;

III – o período de apuração dos indicadores e sua vinculação ao ciclo anual de reajuste;

IV – os procedimentos para divulgação prévia dos indicadores, da memória de cálculo e do percentual do redutor aplicado a cada operadora;

V – os mecanismos de tratamento estatístico necessários para assegurar a comparabilidade entre operadoras de diferentes portes e evitar distorções decorrentes do número absoluto de beneficiários.





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

Parágrafo único. A regulamentação de que trata este artigo será precedida de consulta pública.

Art. 4º Para fins de regulamentação do fator redutor, a ANS poderá utilizar indicadores oficiais de reclamações já divulgados em seu sítio institucional, bem como dados provenientes de órgãos de defesa do consumidor, desde que observados critérios de padronização metodológica, consistência estatística e auditabilidade.

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

### **JUSTIFICATIVA**

A presente proposta tem por objetivo aperfeiçoar o regime jurídico de reajuste anual dos planos privados de assistência à saúde, mediante a introdução de um mecanismo regulatório que permita modular a parcela inflacionária do reajuste com base no desempenho das operadoras quanto às reclamações formuladas pelos usuários.

Atualmente, a metodologia adotada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estabelecida pela Resolução Normativa nº 441, de 2018, define que o índice máximo de reajuste resulta da combinação de dois componentes principais: o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA), com peso de 80%, e o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), expurgado do subitem plano de saúde, com peso de 20%.

Nesse modelo, o componente inflacionário destina-se à recomposição de despesas não assistenciais das operadoras, enquanto o IVDA reflete a variação das despesas médico-assistenciais, já ajustadas por fatores como o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE).

Embora tecnicamente consistente, esse modelo revela uma limitação estrutural: ele está centrado na recomposição de custos e na





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, mas apresenta baixa sensibilidade à qualidade efetivamente percebida pelos usuários.

Trata-se de um problema típico de regulação econômica dissociada de indicadores de desempenho qualitativo.

O setor de saúde suplementar possui elevada relevância econômica e social. Atualmente, são mais de 53 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares e mais de 35 milhões em planos odontológicos, atendendo parcela significativa da população brasileira e desempenhando papel complementar essencial ao Sistema Único de Saúde.

Apesar dessa centralidade, observa-se crescente tensão entre preço, qualidade e acesso. Os dados mais recentes evidenciam essa disfuncionalidade. Em 2025, o setor registrou lucro líquido recorde de R\$ 24,4 bilhões. No mesmo período, pesquisas do Procon-SP indicaram que 89% dos usuários se encontram insatisfeitos ou parcialmente insatisfeitos.

Paralelamente, a taxa de sinistralidade — indicador que mede a relação entre despesas assistenciais e receitas — caiu para 81,7%, o menor nível desde 2020. Em termos econômicos, isso significa que, proporcionalmente, as operadoras passaram a gastar menos com assistência em relação ao que arrecadam.

Esse dado é particularmente relevante: ele evidencia que há margem econômica no sistema que não está sendo revertida, na mesma proporção, em melhoria da qualidade do serviço.

Além disso, o regime atual apresenta forte assimetria regulatória entre planos individuais e coletivos. Enquanto os primeiros possuem reajustes regulados, os planos coletivos — que representam cerca de 73% do mercado — têm reajustes livres, apenas monitorados. Isso resulta em distorções relevantes, com aumentos frequentemente superiores a 10% e, em casos extremos, superiores a 50%.





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

Essa estrutura reforça o poder econômico das operadoras e fragiliza a posição do consumidor, especialmente em contratos coletivos por adesão, nos quais a capacidade de negociação é praticamente inexistente.

Diante desse cenário, a regulação não pode permanecer limitada à lógica de recomposição de custos. É necessário incorporar mecanismos de indução à qualidade, alinhando incentivos econômicos ao desempenho assistencial e à experiência do usuário.

A proposta parte de uma premissa simples, mas robusta do ponto de vista econômico-regulatório: não é eficiente nem legítimo que operadoras com baixo desempenho em qualidade possam repassar integralmente a inflação aos consumidores.

Para enfrentar essa distorção, o projeto institui um fator redutor incidente exclusivamente sobre a parcela inflacionária do reajuste, preservando integralmente o componente assistencial.

Essa escolha não é trivial. Ao incidir apenas sobre a parcela inflacionária — relacionada a custos administrativos e não assistenciais — o modelo evita comprometer o financiamento de procedimentos médicos, ao mesmo tempo em que cria incentivo direto à melhoria da qualidade do serviço.

Do ponto de vista regulatório, trata-se de mecanismo de incentivo baseado em desempenho, alinhado às melhores práticas internacionais.

Modelos como o *pay for performance* e o *value-based payment* estruturam sistemas em que a remuneração está condicionada a indicadores objetivos de qualidade, resultados e satisfação do usuário. A presente proposta incorpora essa lógica ao contexto brasileiro de forma incremental e compatível com o modelo vigente.

Outro ponto central é o uso de indicadores já existentes. A ANS já produz o Índice de Reclamações e o Índice Geral de Reclamações (IGR), que refletem, de forma direta, a experiência do usuário e funcionam como proxies confiáveis de qualidade assistencial, acesso e resolutividade.





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

O projeto, portanto, não cria complexidade desnecessária. Ao contrário, racionaliza instrumentos já disponíveis, conferindo-lhes consequência econômica concreta.

Além disso, ao prever regulamentação técnica detalhada pela ANS, com exigência de transparência, comparabilidade e tratamento estatístico adequado, a proposta assegura rigor metodológico e evita distorções entre operadoras de diferentes portes.

Importa destacar que a medida não substitui os instrumentos sancionatórios existentes, mas os complementa. Trata-se de mecanismo adicional de regulação por incentivos, mais eficiente e menos dependente de litigiosidade.

Aliás, a judicialização crescente no setor deve ser compreendida como sintoma — e não causa — de falhas estruturais na prestação dos serviços. Ao alinhar preço e qualidade, o projeto contribui para reduzir conflitos e aumentar a confiança no sistema.

Em síntese, a proposta: i) preserva a estrutura técnica do modelo vigente; ii) introduz mecanismo moderno de indução à qualidade; iii) fortalece a proteção do consumidor; iv) melhora a eficiência alocativa do sistema; e v) alinha a regulação brasileira às melhores práticas internacionais.

Trata-se, portanto, de medida que corrige uma lacuna relevante do regime atual e promove uma evolução qualitativa na regulação da saúde suplementar, orientando-a de forma mais clara ao interesse público.

Sala das Sessões, em            de abril de 2026.

**Deputado EDUARDO DA FONTE**  
**PP/PE**

**Deputado LULA DA FONTE**  
**PP/PE**





# Projeto de Lei

## Deputado(s)

- 1 Dep. Eduardo da Fonte (PP/PE)
- 2 Dep. Lula da Fonte (PP/PE)



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998353439-norma-pl.html>

**FIM DO DOCUMENTO**