

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**  
**Mestrado em Bioética**

**MICHEL LUIZ MESSETTI**

**ESTUDO AVALIATIVO DE BIOÉTICA SOBRE OS REAJUSTES ANUAIS EM PLANOS DE SAÚDE  
COLETIVOS PREVISTOS PELA LEI N. 9656\98**

**São Paulo - 2016**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Radrizzani**

Messetti, Michel Luiz

Estudo avaliativo de bioética sobre os reajustes anuais em planos de saúde coletivos previstos pela lei nº 9656/98 / Michel Luiz Messetti. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2016.

80 p.

Orientação de Marcio Fabri dos Anjos

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2016.

1. Bioética 2. Bioética de intervenção 3. Planos de pré-pagamento em saúde 4. Reajuste anual 5. Vulnerabilidade em saúde I. Anjos, Marcio Fabri dos II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 179.1

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**  
**Mestrado em Bioética**

**MICHEL LUIZ MESSETTI**

**ESTUDO AVALIATIVO DE BIOÉTICA SOBRE OS REAJUSTES ANUAIS EM PLANOS DE SAÚDE  
COLETIVOS PREVISTOS PELA LEI N. 9656\98**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário São Camilo – São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Bioética, sob orientação do Professor Dr. Márcio Fabri dos Anjos.

**São Paulo - 2016**

## **AGRADECIMENTOS**

**Agradeço inicialmente ao meu orientador Prof. Dr. Pe. Marcio Fabri dos Anjos, que mais do que me orientar na elaboração deste trabalho, acreditou em sua realização e na minha capacidade em fazê-lo. Obrigado por todo respeito, atenção e paciência sempre despendidas. Agradeço ainda, à toda minha família, pelo apoio incondicional e confiança, de forma mais específica agradeço minha mãe Mônica Hussni Messetti, grande precursora e incentivadora de tudo, Mãe sem você nada disso teria acontecido, e por último, porém, mais importante, agradeço à minha noiva, Nathalia Braga Pegoraro, por todo apoio, carinho, paciência, incentivo e amor incondicional, sem sua força este trabalho também não seria possível. Amo todos vocês.**

## **EPÍGRAFE**

**“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota” (Madre Tereza de Calcutá).**

## RESUMO

Em um contexto de incrível desequilíbrio entre os planos de saúde e seus segurados o país passa hoje por uma situação que expõe o ente mais frágil dessa relação à indiscutível vulnerabilidade. Situações como negativas indevidas, reajustes etários que possuem o intuito de excluir do plano o segurado mais idoso e de introduzir reajustes anuais demasiadamente elevados remete-nos à ideia de que os olhos do Estado devem estar voltados à essa relação particular, protegendo e resguardando a parte mais vulnerável. Nesse contexto, o presente trabalho busca estudar nessa relação, um dos seus pontos mais críticos, o reajuste anual dos planos de saúde coletivos, sejam eles empresariais ou por adesão. A busca cinge a ideia de demonstrar, com base nos ideais da bioética de intervenção e bioética de proteção, consagrados pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO em 2005, que os segurados de planos coletivos são tão hipossuficientes quanto os de planos individuais e familiares que gozam da proteção estatal. Através da análise da legislação relacionada e do estudo avaliativo hermenêutico da bioética de intervenção e proteção, pretende-se demonstrar, a importância de intervenção estatal, limitando os reajustes anuais de planos coletivos, tais como realizado com os reajustes anuais de planos individuais e familiares.

**Palavras-chaves:** Bioética, Bioética de Intervenção, Planos de pré-pagamento em saúde, Reajuste Anual, Vulnerabilidade em saúde.

## ABSTRACT

In a contest of incredible imbalance between health plans and their policyholders the country is going through a situation that exposes the fragile entity that relationship to the undisputed vulnerability. Situations like undue negative, age adjustments that have the sole purpose of excluding from the plan the insured older and too high annual adjustments brings us the idea that the state's eyes should be focused on this particular relationship, protecting and safeguarding the most part vulnerable. In this contest, this paper seeks to study this relationship, one of its most critical points, the annual adjustment of collective health plans, whether business or accession. The search girds the idea to demonstrate, based on the ideals of bioethics intervention and bioethics protection, enshrined in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of UNESCO in 2005, the insured group plans are so hyposufficient how the individual plans and family members who enjoy the state protection. Through the analysis of related legislation and evaluative study of bioethics of intervention and protection based on the hermeneutical method (Junges hermeneutics Bioethics), is intended to demonstrate the importance of state intervention, limiting the annual adjustments of group plans, such as done with adjustments annual individual and family plans.

**Key words:** Bioethics, Intervention Bioethics, plans prepayment in health, Annual Adjustment, Health vulnerability.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social.

**CASSI** – Caixa de Assistencial dos Funcionários do Banco do Brasil.

**CABESP** – Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo.

**ANS** – Agência Nacional De Saúde

**UNESCO** – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura.

**CONSU** – Conselho Nacional de Saúde Suplementar

**RN** – Resolução Normativa.

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**ADIN** – Ação Direta de Inconstitucionalidade.



## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2- RECORTES HISTÓRICOS .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 – Atenção à Saúde no Brasil .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 – Sistema de Saúde Suplementar no Brasil .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 – BIOÉTICA: Conceituação e História .....</b>	<b>16</b>
<b>3 - DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO\PROTEÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 - Da Bioética de Intervenção.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 - Da Bioética de Proteção.....</b>	<b>27</b>
<b>3.3 - Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos UNESCO.....</b>	<b>28</b>
<b>4 - DA VULNERABILIDADE.....</b>	<b>29</b>
<b>5 - JUSTIFICATIVAS TEÓRICAS BÁSICAS E HIPÓTESES.....</b>	<b>31</b>
<b>6 – OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
<b>6.1 – Geral.....</b>	<b>32</b>
<b>6.2 – Específicos.....</b>	<b>32</b>
<b>7 - METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
<b>8 - Explanação sobre os modelos de planos de saúde atualmente existentes.....</b>	<b>32</b>
<b>8.1 – Planos de Saúde Individuais e Familiares.....</b>	<b>33</b>
<b>8.2 – Planos de Saúde Coletivos.....</b>	<b>34</b>
<b>8.2.1 – Planos de Saúde Coletivos Empresariais.....</b>	<b>34</b>
<b>8.2.2 – Planos de Saúde Coletivos Por Adesão.....</b>	<b>35</b>
<b>9. – Análise dos Reajustes Aplicados aos Contratos de Planos de Saúde.....</b>	<b>36</b>
<b>9.1 – Reajustes Anuais.....</b>	<b>36</b>
<b>9.2 – Reajustes Por Mudança de Faixa Etária.....</b>	<b>37</b>
<b>9.3 – Reajustes Por Sinistralidade.....</b>	<b>37</b>

<b>10 - Análise da legislação aplicável e resoluções normativas da ANS e do CONSU, normas que regulamentam a medicina suplementar no Brasil.....</b>	<b>38</b>
<b>11 - DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>12 – CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS.....</b>	<b>48</b>
<b>13- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>50</b>
<b>14 – ANEXO I.....</b>	<b>52</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Advogado formado há 8 anos, trabalhando na área do Direito de Saúde e Direito Médico há mais de 2 anos, deparei-me com inúmeros casos onde a falta de critérios e indiscutível comercialização da saúde no Brasil, vem arrebatando os pacientes e médicos inseridos no Sistema Suplementar de Saúde Brasileiro.

Negativas de procedimentos urgentes, negativas de medicamentos indispensáveis e reajustes abusivos com nítido intuito de excluir do quadro de segurado o paciente mais idoso ou de alguma forma mais custosos ao plano, são algumas das situações que vivenciamos hoje no panorama do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Por esse motivo, interessei-me pela busca dos direitos difusos, e pelo campo da bioética, que muito mais do que estudar conduta e relações médicos pacientes, possuem um campo relacionado à repercussão da ética entre a ciência humana e biológica.

Diante dos problemas acima relacionados, o Poder Judiciário tem sido o único meio pelo qual o segurado, deixado ao total desamparo pelo sistema, busca a pretensão imediata que tanto necessita, ou mesmo a reparação de danos em casos de irreversibilidade. Todavia, no Brasil a cultura popular ainda está muito arraigada ao conformismo e na ausência absoluta de busca pelos direitos, fazendo com que tais abusos continuem ocorrendo de forma avassaladora.

Trabalhando especificamente com o tema, podemos ter ciência do tamanho do problema, em especial com a questão dos reajustes anuais perpetrados nos planos de saúdes coletivos, empresariais e por adesão, uma vez que alheios à quaisquer dos controles dos órgãos reguladores, diferentemente do que ocorre com os contratos Individuais e familiares que são submetidos à tais controles.

Explica-se que, no decorrer histórico da medicina suplementar brasileira, houve a necessidade de um maior controle e regulamentação dos planos individuais e familiares, que na década de 70 era a modalidade mais utilizada; e que tais controles

sobrevieram justamente para que não houvesse abusos perpetrados em face dos segurados, que frente a poderosas empresas de plano de saúde são tidos como hipossuficientes.

Como dito, a justificativa para tanto, é que o contratante individual necessitava do amparo legal, por conta de sua hipossuficiência; enquanto que os contratantes coletivos (planos empresariais e por adesão) teriam maiores condições de negociações, já que as empresas estipulantes e associações estariam em pé de igualdade para contratarem com as empresas de planos de saúde.

O problema que se busca enfrentar com o presente trabalho é justamente demonstrar que essa hipótese não ocorre na realidade, expondo o segurado coletivo a situações abusivas que indiscutivelmente afrontam a bioética social.

Com o aumento de normas que limitavam os reajustes dos planos individuais, as empresas de planos de saúde buscaram meios para manter seus contratos lucrativos, e gradualmente deixaram de realizar os contratos de planos de saúde individuais e familiares, dando total atenção para planos coletivos empresariais e por adesão. Desta forma, atualmente, segundo informações da ANS Agência Nacional de Saúde, apenas 17% dos planos de saúde são individuais, sendo a massiva maioria de planos, coletivos empresariais e por adesão.

Nesse trabalho busca-se verificar, por meio dos referenciais da bioética de intervenção e da bioética de proteção, amplamente consagrados pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO em 2005, a hipótese de que, mesmo os segurados de planos coletivos, tanto os empresariais quanto os por adesão, sejam tão hipossuficientes quantos os planos individuais e familiares que gozam da proteção estatal, e desse modo, a necessidade da intervenção do Estado com criações de resoluções e normas de controle também para os reajustes anuais em planos coletivos.

Outros problemas na mesma questão de reajustes de planos de saúde também são vislumbradas, todavia, por uma questão de complexidade e dimensões, o presente trabalho foca seus esforços especificamente na questão do reajuste anual dos planos de saúde coletivos regidos pela Lei (9656\98).

## **2. RECORTES HISTÓRICOS**

### **2.1. A atenção à saúde no Brasil.**

A Saúde no Brasil como exemplo do país que o colonizou, inicia-se como questão puramente filantrópica, exercida por diversas entidades religiosas. É o exemplo das santas casas de saúde, que por anos não receberam subsídios ou qualquer tipo de controle do Estado, prestando atendimento à que necessitasse de maneira completamente voluntária.

No decorrer dos anos, o Estado entendeu que a saúde individual era necessária para o bem não apenas do indivíduo, mas de todo o Estado. E paralelamente as instituições filantrópicas que atendiam os mais necessitados desenvolveram programas de suporte ao saneamento básico, todavia, apenas em situações específicas, como em casos de epidemias, em ações de vacinações, casos de hanseníase, doenças mentais, entre outras, como ocorreu no início do Século XX, com a grande campanha de vacinação contra Variola no Rio de Janeiro, então capital do país.

Apenas mais tarde, à partir da prolação da lei Elói Chaves em 1923 os trabalhadores passam a ter acesso a um sistema de saúde que possibilitava atendimentos emergenciais e de internação, que no início era provido por meio de caixas de pensão, passando para institutos e, então, finalmente o sistema que congregou todo o atendimento até a vinda do SUS, o INPS.

Pode-se dizer, que mais do que um sistema de saúde pública, os sistemas iniciais de saúde, que vieram após os sistemas filantrópicos, eram como nosso atual sistema de saúde suplementar, principalmente os sistemas de Auto Gestão, visto que só atendiam à pacientes que estivessem de um modo ou de outro ligado à previdência ou fundo de assistência, e portanto, contribuindo mensalmente com um prêmio, em troca de que quando da ocorrência de um sinistro recebessem o atendimento médico necessário.

Com a vinda da Constituição Federal de 1988 e do SUS, Sistema Único de Saúde, em 1990, a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado, adotando-se um sistema de saúde universal, ou seja, que atenderia à todos incondicionalmente.

Após totalmente definido, nos termos da legislação supramencionada, que a Saúde seria um serviço de competência Estatal, verificou-se a impossibilidade de prestação do serviço exclusivamente pelo SUS, visto o tamanho da demanda, o que deu ensejo à criação do sistema de saúde suplementar no Brasil, com a prolação da Lei nº 9656/98, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde e a Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que conforme indica a nomenclatura suplementa o serviço de saúde que é originário do Estado.

## **2.2. Histórico do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil.**

O Sistema Suplementar de Saúde como já mencionado, possui o condão justamente de suplementar o atendimento público que como sabido, é incapaz de atender toda demanda de saúde no país.

Embora apenas reconhecido como suplementar após a constituição federal de 1988, o sistema suplementar começa na década de 50 com os planos em modelo de autogestão, onde as próprias indústrias ou empresas de grande porte, através de caixas ou fundos específicos, criam um programa de assistência médica aos seus funcionários e dependentes, esses planos não possuem fins lucrativos e persistem até os dias de hoje, tendo como exemplo a CASSI, a CABESP entre outros.

Em sequência, já na década de 70, motivados pela oportunidade de grande lucratividade de mercado do setor, grandes empresas de seguros demonstraram interesse pelo ramo da Saúde Suplementar, dessa vez como exploração comercial, criando os primeiros planos de saúde, que como dito, eram individuais ou familiares. Esse modelo possui a mesma formatação até os dias de hoje e baseia-se na modulação securitária da lei, ou seja, em uma prestação aleatória, onde o segurado paga por um prêmio mensal, esperando que nunca precise utilizá-lo, ao passo que a seguradora, disponibiliza na ocorrência de um sinistro a cobertura do tratamento médico contratualmente previsto.

No decorrer dos anos, já na década de 90, as mesmas empresas que inicialmente utilizavam de planos de autogestão, verificaram a inviabilidade de manutenção dos mesmos, ou em alguns casos, simplesmente optaram pela contratação de empresas de seguro que exerciam os mesmos serviços de forma menos custosa à empresa. Essas empresas

passaram a serem denominadas empresas estipulantes e contratam gigantescas empresas de plano de saúde para proporcionar atendimento médico aos seus funcionários. Essa é a modalidade de contrato coletivo empresarial.

Por fim, já com a crescente regulamentação da matéria e dos limites legalmente estipulados aos reajustes e abrangências dos planos individuais, as empresas de planos de saúde, buscando meios de esquivar-se de tais limitações, desenvolveram uma nova modalidade de plano de saúde: o plano coletivo por adesão, o qual possui o fito de captar os beneficiários que anteriormente se utilizavam dos planos individuais e familiares.

Nos plano coletivos por adesão os segurados são adicionados aos planos através de entidades de classe profissional, associações ou sindicatos, que através de uma empresa administradora de plano de saúde, tem acesso à um contrato previamente fechado por um valor também previamente fixado, sem ter qualquer poder de negociação, tendo que aceitar os termos do contrato já firmado ou simplesmente ficar sem o serviço.

Ressalte-se que, nas duas últimas modalidades, os contratantes não gozam de qualquer controle de órgãos estatais, cabendo às partes, empresas (planos empresariais) ou entidades de classe (planos por adesão) e seguradora, negociar as cláusulas contratuais que vincularam o contrato. A justificativa, é que tais empresas e associações estariam em pé de igualdade com as empresas de plano de saúde, podendo negociar benefícios aos seus segurados de forma justa e equânime. Em um mundo perfeito, tal hipótese talvez fosse fidedigna. Ocorre que não estamos em um mundo perfeito, mas sim em um mundo real, e isso está longe de ocorrer.

A Lei nº 9656/98 que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde; e a Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, atribuindo-lhe competência no âmbito da regulação e fiscalização dos planos e seguros privados de assistência à saúde, são atualmente as normas que regulamentam a matéria no sistema legal brasileiro.

Ainda sobre o tema outras normas se aplicam, como as Resoluções do CONSU (Conselho Nacional de Saúde Suplementar), e normas como o Código de Defesa do

Consumidor 1990 e o Estatuto do Idoso, 1993, que possuem papel indispensável para a proteção do segurado.

Essas normas criaram cada uma a seu tempo, inúmeras medidas de proteção e controle sobre as empresas de plano de saúde, em especial a resolução normativa, n X que determina que os planos de saúde individuais e familiares deverão necessariamente sofrer reajustes limitados pela ANS, de modo que seus reajustes anuais não se mostrem demasiadamente altos aos segurados.

A tabela contendo esses valores é divulgada todo mês de maio pela ANS e traz o limite máximo do reajuste anual para os planos individuais e familiares. O mesmo não ocorre com os planos coletivos, pois como dito, não possuem qualquer controle estatal sobre suas cláusulas de reajustes anuais, sendo formulados de acordo com o entendimento das partes contratantes.

### **2.3. BIOÉTICA: Conceituação e História**

Em busca de um esclarecimento conceitual de Bioética no presente estudo, faz-se aqui uma consulta à *Encyclopedia of Bioethics*, por seu caráter pioneiro em tal sistematização conceitual. De fato, desde o surgimento do neologismo *bioethics*, introduzido por Potter em 1971, foi atualizada por três edições em momentos distintos da evolução histórica da bioética: a primeira edição em 1978, a segunda em 1995 e a terceira em 2004. As duas primeiras edições tiveram como editor chefe Warren Thomas Reich, da Georgetown University, e a terceira, Stephen Garrard Post, da Case Western Reserve University.

A Bioética, de acordo com a Enciclopédia, desenvolveu-se a partir de duas linhas centrais de questões trazidas pelos cientistas da vida e as novas questões éticas emergentes a partir dos avanços da medicina.

Para a primeira edição da *Encyclopedia of Bioethics*, de 1978, que cumpriu a função de desenhar o campo, a Bioética é entendida como sendo: “o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais.” (REICH E COL, 1978)



A segunda edição iniciou a reflexão sobre o campo, ao mesmo tempo em que continuou a função de desenhá-lo, como sendo: “o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar.” (REICH E COL, 1995).

Na terceira edição, ganham amplitude maior os artigos de fundo sobre teoria ética e os textos que lidam com as abordagens éticas religiosas e bioética.

Léo Pessini em seu livro “Bioética: Um grito por dignidade de viver” ressalta que:

“Na terceira edição, é incluída uma ampla gama de novos assuntos, que vão desde o bioterrorismo, holocausto, imigração, questões éticas relacionadas com diagnósticos e tratamento em oncologia, demência, diálise renal e ordens para não reanimar. Além disso, é apresentada uma série de artigos sobre clonagem e pediatria. Tópicos tais como reprodução e fertilidade, transplantes de órgãos e tecidos, sobre a morte e o morrer, teoria ética, bioética e políticas públicas (legislação), saúde mental, genética, religião e ética foram completamente revistos e são, na essência, novos.”

Esclarece que:

“Uma área nova de reflexão, extremamente delicada e sentida hoje em dia, é a questão da ética dos negócios na área dos cuidados da saúde, que merece vários verbetes, entre os quais elencamos: seguros de saúde, conflitos de interesse, políticas públicas de saúde nos EUA, ética nos serviços de administração da saúde, ética organizacional nos cuidados da saúde, lucro e comercialização entre outros.” (PESSINI, 2006).

A Bioética tem características crítico-reflexivas, como análise e juízo de valores diante de novos e persistentes dilemas. Entre outros, a ética ganhou análises específicas na prática médica, nos serviços de saúde e nas pesquisas com seres humanos.

No início da década de 70, o oncologista e pesquisador norte-americano Van Rensselaer POTTER, da Universidade de Wisconsin, criou o neologismo bioética para expressar sua preocupação com a qualidade de vida (referindo-se a todos os sistemas vivos) das gerações futuras e com a sobrevivência do planeta. Surgiu com o objetivo de, ao juntar num só campo os conhecimentos da biologia e da ética, ajudar a humanidade em direção a uma participação racional, mas cautelosa, no processo de evolução biológica e cultural. Potter defendia a importância das ciências biológicas para a humanidade, sob a argumentação de que valores éticos não podem estar separados dos fatos biológicos.

Em janeiro de 1971, foi publicado o livro “Bioética: a ponte para o futuro” de V. R. Potter, que conta como chegou ao tema com as seguintes palavras: “escolho ‘bio’ para representar o conhecimento biológico dos sistemas vivos; escolho ‘ética’ para representar os sistemas dos valores humanos”. Potter entendeu que a

“Bioética seria uma disciplina necessária para construir uma ponte entre a ciência e as humanidades, especificamente entre as ciências biológicas e sociais e a ética. Uma ponte com o fim de unir os valores éticos aos fatos biológicos, uma ponte necessária em virtude das possíveis consequências desfavoráveis aportadas pelo desenvolvimento biotecnológico sobre a espécie humana e o meio ambiente.” (POTTER, 1971).

No mesmo ano de 1971, em julho, o cientista holandês André Hellegers, radicado nos Estados Unidos da América, usou o termo bioética para aplicá-lo à ética na biomedicina.

Em 1974, frente a pesquisas abusivas (inoculação do vírus da hepatite em crianças de orfanatos, infecção de células cancerosas em doentes crônicos, entre outras) foi constituída a *National Commission For The Protection Of Human Subjects Of Biomedical And Behavioral Research*, pelo governo dos Estados Unidos.

Essa Comissão tinha por objetivo identificar os princípios éticos básicos que deveriam nortear as experimentações envolvendo seres humanos. E, em 1978, foi divulgado pela Comissão o texto que se tornou conhecido como *Belmont Report*, sistematizando o enfoque ético de abordagem metodológica para os conflitos resultantes das

pesquisas realizadas com a participação de sujeitos humanos em que se apontavam três princípios como fundamentais: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça.

Após o Relatório de Belmont, em 1979, BEAUCHAMP, membro da Comissão, e CHILDRESS, publicaram a primeira edição do livro referência para os estudos em Bioética, de título "*Principles of biomedical ethics*" (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1979), que desenvolvia suas propostas, com base em quatro princípios éticos fundamentais: autonomia (exprime a dignidade da pessoa humana porque franqueia a sua liberdade auto-controladora e responsável), beneficência (obrigação ética de promover o bem, prevenir e retirar danos e riscos, maximizar os benefícios e minimizar danos riscos e custos), não-maleficência (remete à ideia de abstenção no sentido de que ao menos não se deve causar danos) e justiça (respeito à obrigação ética de dar a cada pessoa aquilo que lhe é devido, de tratar cada um de acordo com o que é moralmente certo e adequado, e tem como ponto de partida a equidade, para atingir o objetivo que é a igualdade, a justiça). Tais princípios foram aplicados na análise das questões éticas no contexto da prática clínica e assistencial em saúde. A escola estadunidense elaborou então, um pensamento de ética biomédica que em grande parte passou a entender ali estiverem formulados os princípios de toda a Bioética. Uma crítica subsequente, e persistente em nossos dias, que apontava tal fato como uma redução passou a se referir a isto como Principlismo.

Reich e col, (1982) apontavam três grandes razões para a emergência da Bioética: em primeiro lugar, o fato de que:

"As questões da Bioética conquistaram o pensamento contemporâneo porque representam conflitos de primeira grandeza no campo da tecnologia e dos valores humanos básicos, precisamente aqueles que têm que ver com a vida, a morte e a saúde."

Em segundo lugar, haveria:

"Um interesse intenso e generalizado na Bioética porque ela oferece um estimulante desafio intelectual e moral"

Numa época em que são os próprios princípios que, durante muito tempo, foram usados para se lidar com os dilemas morais que, agora, constituem objeto de controvérsia.

Em terceiro lugar:

“o rápido crescimento do campo da Bioética tem sido facilitado pela abertura ao trabalho multidisciplinar que hoje caracteriza muitos estudiosos e instituições acadêmicas, especialmente em matérias que dizem respeito a aspectos individuais e sociais do comportamento humano.”

No entender de (HOTTOIS E COL 1993), preocupados com a reflexão sobre a Bioética do ponto de vista das ciências humanas e da filosofia quatro determinações primordiais delimitariam o âmbito da Bioética:

“1) ela trata de questões colocadas pelos novos desenvolvimentos (tanto ao nível da pesquisa como da aplicação) nas tecnologias biomédicas que desse modo envolvem a manipulação de organismos vivos (especialmente seres humanos);

2) trata de questões de importância ética;

3) trata de práticas e discursos (seja entendido que essas práticas e discursos possuem pelo menos uma relevância prática indireta ou potencial);

4) trata de questões caracterizadas por uma forte interação comunicacional: a multidisciplinaridade e a confrontação pluralista”

Nesse sentido, entende-se que o surgimento, difusão e consolidação da Bioética apareceram, desta maneira, ligados às conquistas referentes aos direitos humanos indisponíveis e também aos conflitos morais decorrentes dos rápidos e constantes avanços científicos e tecnológicos, neste contexto inseridas as pesquisas diversas, envolvendo ou não a participação de animais e humanos.

A preocupação mundial com a retomada da reflexão ética tem como um de seus principais focos de atenção a situação de vulnerabilidade em que determinadas pessoas se encontram e, portanto, a evidente necessidade de serem respeitadas e protegidas.

A Bioética gerou, em pouco tempo, amplo corpo de doutrina (em evolução) e assumiu o caráter de importante mecanismo de suporte para a evolução do ser humano, pautado no alcance e na defesa de benefícios, primando por seu método interdisciplinar que considera os fatos científicos e tecnológicos, e estuda a construção dos valores sociais nos novos contextos do pluralismo moral.

Para Potter a bioética possui um sentido macro, com forte conotação ecológica e holística, enquanto que para Hellegers a bioética diz respeito especificamente ao ser humano basicamente em suas relações clínicas.

De Potter e Hellegers para cá, a bioética recebeu inúmeros aportes teóricos e passou por muitas transformações, com grande ampliação quanto à consciência sobre as interfaces da bioética nas questões clínicas com suas inúmeras interações com as construções socioambientais inclusive religiosas.

Léo Pessini em seu livro “Bioética: Um grito por dignidade de viver” cita a encíclica *Evangelium vitae* (1995) que trata do valor da inviolabilidade da vida humana, citando um trecho do documento onde cita a Bioética:

“Particularmente significativo é o despertar da reflexão ética acerca da vida: a aparição e o desenvolvimento cada vez maior da bioética favoreceu a reflexão e o dialogo – entre crentes e não crentes, como também entre crentes e diversas religiões – sobre problemas éticos fundamentais, que dizem respeito a vida do ser humano”. (PESSINI, 2006)

Como se sabe, a palavra Bioética é formada por dois vocábulos de origem grega: bios (vida) e ética (costumes; valores relativos a determinado agrupamento social, em algum momento de sua história).

Segundo Fátima Oliveira (OLIVEIRA, 1997), o objetivo geral da bioética é a busca de benefícios e da garantia da integridade do ser humano, tendo como fio condutor o princípio básico da defesa da dignidade humana, lida com questões como: direitos reprodutivos

(concepção, contracepção, esterilização, aborto, infertilidade, e novas tecnologias reprodutivas), sexualidade, acesso aos meios de manutenção da saúde e da vida, saúde pública, doentes terminais, eutanásia, distânasia, mistânasia, ortoeutânasia, manipulações genéticas e demais ciências da vida.

No início a bioética era um movimento social que lutava pela ética nas ciências biológicas e áreas correlatas. Hoje é uma disciplina norteadora para o biodireito e a legislação, com a finalidade de assegurar mais humanismo nas ações do cotidiano e das práticas médicas, nas experimentações científicas que utilizam seres humanos.

Continuando com Fátima Oliveira, essa dupla face (disciplina e movimento social-movimento Bioético) confere á bioética a peculiaridade de ser ao mesmo tempo, a reflexão (nas implicações sociais, políticas, econômicas e éticas dos novos saberes biológicos) e ações (objetivando estabelecer um novo contrato social entre sociedade, cientistas, profissionais de saúde e governo) sobre questões do presente e as perspectivas de futuro.

A partir do final dos anos 80 e, principalmente, no início dos anos 90, vem se formando, no Brasil, redes de ações institucionais e pessoais que passaram a mudar a imagem internacional do país em relação à pesquisa envolvendo sujeitos humanos e à promoção do ensino da Bioética.

Como disciplina acadêmica, a Bioética no mundo ocidental começa a se formular a partir da década de 70 e no Brasil nos anos 80, vindo a se consolidar nos anos 90, com a formação de grupos associativos diversos (centros, núcleos, sociedades) com a publicação dos primeiros periódicos especializados. Desta forma, no início de nosso século já se podem elencar no Brasil inúmeras iniciativas voltadas para a Bioética. (PRADO, 2002).

Três fatos foram, entre outros, importantes para o desenvolvimento da bioética no Brasil: a Fundação da Sociedade Brasileira de Bioética; a Publicação da Revista "Bioética", pelo CFM; a Elaboração das Normas éticas para Pesquisas envolvendo seres humanos, com a subsequente criação do sistema CONEP-CEP, pelo próprio Conselho Nacional de Saúde.

Em 1993, o Conselho Federal de Medicina iniciou a edição da revista Bioética, que foi significativa na divulgação e crescimento da Bioética no Brasil. Em 18 de fevereiro 1995, a

Sociedade Brasileira de Bioética, criada em 1993, foi oficialmente constituída, tendo como seu primeiro Presidente e também fundador o Prof. Dr. William Saad Hossne.

Fator decisivo para o desenvolvimento e expansão da Bioética foi a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde - CNS não apenas por estabelecer padrões éticos em procedimentos de pesquisas, mas também por provocar profissionais e usuários relacionados às pesquisas a pensarem em termos éticos. De fato, o sistema previsto pela CONEP compreende a formação de comitês interdisciplinares locais nos quais se discutem e se avaliam sob o ponto de vista ético os projetos de pesquisa. Graças ao CNS e a CONEP o Brasil conta, hoje, com um conjunto de normas e diretrizes sobre ética na pesquisa envolvendo seres humanos, que contribui substantivamente para a formação de um corpo de doutrina de essência bioética, e com incidência nas teorias e práticas interdisciplinares através de cerca de mais de 600 comitês que congregam atualmente mais de 7200 pessoas de diferentes áreas do conhecimento.

As contribuições teóricas para a fundamentação da Bioética no Brasil são variadas e praticamente inumeráveis para não se fazer injustiça às suas diversas origens. Léo Pessini, (PESSINI 2013) em seu artigo “No Berço da Bioética” ressalta as figuras de Van Rensselaer Potter, Fritz Jahr e também Hans Jonas. Faz uma incursão nas origens da bioética resgatando a importância histórica desses três protagonistas.

Somente em 1997 se retoma a antiga notícia sobre o filósofo, teólogo, pastor e educador alemão Fritz Jahr, que utilizou a expressão “Bioética” pela primeira vez em 1926 e 1927 num artigo publicado na revista científica Kosmos, intitulado: “Bioética: Uma Revisão do Relacionamento Ético dos Humanos em Relação aos Animais e Plantas”. (JAHR 1927).

Hans Jonas (1903 – 1993), nasceu na Alemanha, filho de imigrantes judeus, sua obra mais famosa é “O Princípio da Responsabilidade: Ensaio para Ética para a Civilização Tecnológica”, em 1979 em alemão, com tradução em inglês em 1994 e para o português em 2006 (JONAS, 2006). Pode-se dizer que esta obra se constitui a “Bíblia” da primeira geração tecnológica insatisfeita do após guerra.

A expressão “Bioética” ganhou certificado de nascimento e se consolida nos EUA durante os anos 70, a partir dos trabalhos de Van Rensselaer Potter e mais a Fundação do Instituto Kennedy de Bioética (1971) junto à Georgetown University em Washington, D.C. e

passa em seguida a ser também explicitamente formulada em outras partes do mundo a partir dos anos 80 do século passado.

A Bioética, tal como é hoje conhecida, teve desta forma sua denominação cunhada por Potter, em 1971, na sua clássica obra "Bioética: uma ponte para o futuro" (Título original: *Bioethics: bridge to the future*), onde introduziu novas dimensões relacionadas à vida, ao meio ambiente e outros seres partícipes do nosso planeta, como na análise ética da saúde e da vida. Esta concepção de vida, contudo, não fica reduzida à assistência aos seus agravos, conforme a Ética Deontológica dos deveres observados por aqueles que cuidam da saúde, mas também não se restringe ao Modelo Principlista, desenvolvido por Beauchamp e Childress, em 1979. É importante observar que a Bioética tem suas raízes sociais lançadas com contundência já na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e na gênese dos códigos profissionais deontológicos, que foram resultados das graves perturbações e problemas sociais que explodiram nas grandes guerras mundiais. Neste sentido se entende que o modelo Principlista proposto e desenvolvido por Beauchamp e Childress, foi decorrente de experimentos realizados com seres humanos, conforme dados do Relatório Belmont, produzido por solicitação do Congresso Norte-americano, tratando-se de questões sem dúvida muito graves, mas que ocorrem dentro de um contexto social bem mais amplo.

O relatório Belmont, como ficou conhecido, se preocupou em estabelecer normas e condutas, baseadas na aplicação dos princípios da autonomia, beneficência e justiça, frente às questões relativas às práticas de assistência e pesquisa em saúde.

Em 1990 ampliaram as questões em debate dentro da Bioética, decorrente do grande desenvolvimento biotecnocientífico, como o Projeto Genoma, que resultou na Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do processo de globalização, cujo projeto econômico neoliberal aprofundou desigualdades entre as pessoas e no grau de desenvolvimento entre os países.

Mas em âmbito planetário, os próprios fenômenos resultantes de impactos ambientais provocaram uma preocupação crescente com o clima e meio ambiente, que já apresentavam sinais de esgotamento pelo uso predatório do solo, do aumento da poluição e da ameaça de extinção de espécies animais, conforme se verificou na pauta do Quarto



Congresso Mundial de Bioética, realizado em 1998, em Tóquio, no Japão, que teve como tema central a "Bioética Global".

Em videoconferência, nesse congresso Potter retomou sua fundamentação inicial da Bioética; uma visão ética globalizada do mundo, como dever moral não só para com as gerações futuras, como também para com o meio ambiente aonde elas coabitam. Expressou a necessidade de um pensamento científico moral diante do "aumento exponencial do conhecimento sem um aumento da sabedoria necessária para controlá-lo".

O Sexto Congresso Mundial de Bioética realizado em 2002, em Brasília, Brasil, catalisou o processo de que o campo da Bioética deveria manter esse olhar mais amplo, tanto para as questões emergentes, em função dos novos conhecimentos científicos, quanto para as questões persistentes dos países em desenvolvimento, de maneira abrangente e plural, de acordo com o tema central "Bioética, Poder e Injustiça", aonde outros modelos de aplicação, como a Bioética de Intervenção, foram debatidos. (GARRAFA; PESSINI, 2003)

### **3. DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO\PROTEÇÃO.**

#### **3.1 Da Bioética de Intervenção.**

Nesse decorrer evolutivo da bioética, pesquisadores latino-americanos entre eles GARRAFA e SCHRAMM a partir de uma crítica de que a bioética denominada principialista difundida por BEAUCHAMP e CHILDRESS, não possuía abrangência necessária para dirimir os conflitos existentes nos países do hemisfério sul do mundo, desenvolveram, no início dos anos 1990, contundentes propostas direcionando a bioética para maiores atenções sociais e ambientais.

Nesse passo foi criada a corrente doutrinária latino-americana da bioética, que preconiza uma maior ênfase nas questões sociais e socioambientais, baseada essencialmente no princípio da justiça, fundamentando propostas críticas ou no mínimo de indispensáveis complementações às representações da bioética norte-americana, que preconiza maior ênfase em questões de pesquisas biomédicas e, baseada no princípio da autonomia de âmbito interindividual. Embora já houvesse estudos que vislumbravam maior tendência social na bioética, inclusive na própria América do norte, como no caso de (CLOUSER e GERT 1997), e na Europa (HOLM 1995), pode-se dizer que as contribuições mais contundentes vieram da

América Latina. Uma grande síntese desta contribuição latino-americana e de seus principais colaboradores pode ser encontrada no Dicionário Latinoamericano de Bioética (TEALDI 2008).

A perspectiva social da Bioética, denominada inicialmente de bioética dura “hard bioethics” é atualmente denominada bioética de intervenção por (GARRAFA 2003). Essa vertente busca uma ideia de maior atenção a justiça social, uma preocupação com o conjunto social em detrimento da vontade individual, defendendo que, embora sem deixar de reconhecer que tal ideia esteja próxima à um ideal de governo paternalista, os países em desenvolvimento (do hemisfério sul) não possuem capacidade para desenvolver de forma plena a autonomia preconizada pela bioética principialista.

(GARRAFA 2003) afirma ainda, que a autonomia exacerbada preconizada pela bioética principialista, pode, se realizada de forma equivocada, levar à um panorama de egoísmos e individualismo, o que acabaria por seguir em sentido completamente oposto ao preconizado pela ciência em análise, qual seja dirimir problemas éticos, entre eles as grandes injustiças sociais que se vislumbram nos dias de hoje, principalmente em países em desenvolvimento como a América latina.

(ANJOS E SIQUEIRA 2007) demonstram que a Bioética de intervenção pretende canalizar os esforços na construção epistemológica e metodológica, abrangendo a dimensão social. Analisando as relações de poder, entre os indivíduos, grupos e segmentos e os padrões éticos que orientam tais relações, a fim de revelar e provocar a reflexão sobre as desigualdades sociais.

Considerando as enormes e aviltantes desigualdades socioeconômicas que impactam realidade do Brasil, a exclusão da maioria dos brasileiros do processo produtivos e das condições que caracterizam a qualidade de vida, frente à sociedade de mercado e fortalecer a noção coletiva de pertencimento a mesma sociedade, moldada sob a égide de uma cidadania em comum, partilhada por todos.

A Bioética de intervenção busca uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade, apontando que a intervenção esteja essencialmente orientada para os sujeitos mais vulneráveis. Assim preconiza como moralmente justificável na esfera publica a priorização de políticas que privilegiem o maior numero de pessoas durante o maior espaço de tempo possível e que resultem no bem comum, através da equidade.

A ideia de libertação, (FREIRE, 2001) que considera o saber como domínio imprescindível para o alcance do poder. Portanto só por meio da educação libertadora é possível ao ser humano apropriar-se das condições para o exercício da autêntica cidadania. Nessa perspectiva, expandindo à área da saúde, a Bioética de intervenção considera que o gozo desses direitos essenciais na dimensão individual são pré-requisitos para a qualidade de vida a que fazem jus todos os seres humanos, preconizada nos tratados internacionais de direitos humanos,

A ideia de empoderamento, traduzindo do inglês *empowerment*, apresentada por (SEM 2000) como condição essencial para que o ser humano disponha de poder pessoal suficiente para libertação da fome, pobreza e das inequidades geradas pela sociedade de mercado, inclusive as relativas ao meio ambiente.

E o terceiro conceito utilizado pela Bioética de intervenção é a emancipação. Partindo da premissa de que esse conceito engloba os demais, pois uma vez que é considerada emancipada a pessoa que é capaz de exercer plenamente sua cidadania, trata-se de certo modo da fase que diz respeito à vida cidadã das pessoas na esfera pública.

A importância desses três parâmetros para a Bioética de intervenção decorre da crítica à forma como o poder pessoal foi percebido de modo simplificado pela visão anglo-Americana de autonomia, que nosso contexto mostra ser particularmente tenso e dialético. Mostrando a força dos mais fortes sobre os mais fracos e que amparada no desenvolvimento científico e tecnológico, a lógica capitalista transforma as sociedades humanas em ambientes de troca de interesses onde sempre acaba prevalecendo a força do mais forte sobre a razão ética, desconsiderando-se quaisquer parâmetros éticos que visem à construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

### **3.2 Da Bioética de Proteção.**

No mesmo rumo, (SCHRAMM 2001), levantando a bandeira da bioética da proteção, entende que a bioética baseada na ideia de justiça enquanto equidade como condição *sine qua non*, deve preconizar a defesa aos que chama de vulnerados, conceito que englobaria, não simplesmente os vulneráveis ou potencialmente passíveis de ser lesados, mas todos os que se encontram realmente lesados de alguma forma.

Para ilustrar melhor a ideia, (SCHRAMM 2001) divide a bioética de proteção, em *stricto sensu* e *lato sensu*, sendo o primeiro a busca pela proteção do indivíduo ou mesmo população já no estado de *lesionados*, os injustiçados e que precisam de atenção privilegiada, no sentido de se exercer a equidade em busca da justiça.

No sentido *lato sensu*, a proteção preventiva de todo ser, e mesmo do conjunto aparentemente não vulnerável, inclusive do próprio planeta, num conceito de que sem a preocupação com a casa os indivíduos nela viventes não sobrevivem, externando a preocupação com o meio ambiente e a constante degradação vivida pela terra nos últimos anos em decorrência da superpopulação, aquecimento global, utilização exacerbada de bens findáveis como, entre outros problemas.

No entendimento de (SCHRAMM 2001) “a bioética de proteção se aplica pertinentemente a qualquer paciente moral que não possa se defender sozinho ou agir autonomamente por alguma razão independente de sua vontade e sua capacidade. Esta é a definição estrita dessa proposta, enunciada, inicialmente para enfrentar os conflitos morais que surgem em saúde pública em países em desenvolvimento”.

### **3.3. Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos UNESCO.**

As contribuições latino-americanas da Bioética se somaram e de certa forma lideraram uma tomada de posição internacional que tomou corpo com a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos realizada na UNESCO em Paris entre os dias 20 à 24 de junho de 2005.

No referido, documento restou claro a necessidade de maior atenção as questões sociais e ambientais pertinentes à bioética, preconizando, nos mesmos trilhos da corrente latino-americana, uma maior atenção ao princípio da justiça, em detrimento ao favoritismo ao princípio da autonomia exercido pela bioética principialista.

Em palavras da própria declaração: “... os seres humanos, sem distinção deveriam ser beneficiados pelos mesmos elevados padrões éticos nas pesquisas em medicina e nas ciências da vida”. (UNESCO 2005).

Em outras palavras, as questões de bioética social e ambiental, merecem tanto apreço e atenção pelos estudiosos do tema, quanto as questões preconizadas pela bioética principialista, amplamente estudada.

No trabalho em questão, a busca cinge a ideia de demonstrar a inegável hipossuficiência dos segurados de planos de saúde coletivos, que embora camuflados sobre a falsa presunção de capacidade plena de autonomia, para poder regulamentar seus contratos com as grandes empresas de planos de saúde, não possuem condições de fazê-lo, uma vez que dependentes de entidades e instituições, que em suma, não possuem animus para tanto.

O estudo dos ideais da bioética, em específico bioéticas de intervenção e proteção, consolidados pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos de 2005, são indispensáveis para expor a inexistência, e, portanto, a necessidade de criação de um sistema protetivo ao segurado de planos de saúde coletivos em nosso sistema de saúde suplementar, garantidos à esses os ideais de equidade e justiça.

#### **4. DA VULNERABILIDADE.**

Pode-se entender que vulnerabilidade é a qualidade ou estado de vulnerável; vulnerável por sua vez, entende-se por aquilo que é vulnerado, e vulnerar é “ferir, ofender, melindrar”.

Para (HOSSNE 2008) tanto o ser humano e os demais animais têm em comum um tipo de defesa frente à vulnerabilidade – é a defesa instintiva, decorrente do instinto da sobrevivência. O ser humano, além do instinto da sobrevivência, pode ter noção, ciência e consciência de que ele é vulnerável, com a conseqüente “angústia” decorrente desse fato.

É por saber que somos vulneráveis e que precisamos nos defender (até mesmo uns dos outros) elaborar leis, normas de condutas.

Na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) da UNESCO, aparece no Artigo 8º – “Respeito pela vulnerabilidade humana e pela Integridade Individual” afirmando que “a vulnerabilidade deve ser levada em consideração” e que “indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada”.

(ANJOS 2005), considera que “a vulnerabilidade se apresenta na bioética atual fortemente marcada pelos limites dos sujeitos em suas autonomias”. Para (KOTTOW 2003), “o vulnerável sofre de necessidades não atendidas, o que o torna frágil, predisposto a sofrer danos”. “É também propenso a ser facilmente atingido, dada sua baixa resistência ao mal”.

De modo geral e mais sinteticamente se pode dizer que “Pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses” (CIOMS, apud MACKLIN, 2003).

Lévinas (TORRALBA, 2003) coloca em evidência a exigência que se dá em ética, de passar-se da simples verificação ou descrição da vulnerabilidade para a responsabilidade e o cuidado diante da pessoa vulnerável:

“La idea de vulnerabilidad no es solamente la descripción neutral de la condición humana, sino una prescripción normativa que nos impele a tener cuidado biológico, social, cultural y espiritual de la vulnerabilidad de los seres que viven en el mundo tecnológico. Esta responsabilidad es inherente a todo ser humano y no puede delegarse en “especialistas” de la vulnerabilidad.”

O ser humano é vulnerável porque está exposto, ou seja, pode ser ferido por outro. Dizer que o ser humano é vulnerável significa afirmar que é um sujeito que padece de algum tipo de carência. A carência não é algo que se tenha, mas, ao contrário, a carência é uma ausência de ser.

Os segurados de planos de saúde são indivíduos vulneráveis, necessitam de proteção estatal e legal para exercer com plenitude seus direitos e deveres perante as gigantescas empresas de plano de saúde que inevitavelmente possuem como objetivo precípua o lucro.

Neste sentido, não se pode simplesmente fechar os olhos e “fingir” que o ser humano não é vulnerável, uma vez que é a vulnerabilidade é inerente aos seres humanos. Os segurados de planos de saúde coletivos, embora aparentemente não vulneráveis, por estarem supostamente protegidos por uma empresa ou entidades de classe são tão vulneráveis quanto os segurados de planos individuais e familiares que gozam de proteção estatal.

## 5. JUSTIFICATIVAS TEÓRICAS BÁSICAS E HIPÓTESES

O rápido crescimento da bioética tem sido facilitado pela abertura ao trabalho multidisciplinar que hoje caracterizam muitos estudiosos e instituições acadêmicas, especialmente em matérias que dizem respeito a aspectos individuais e sociais do comportamento humano, conforme acima exposto.

Entende-se que o surgimento, a difusão e a consolidação da bioética estão diretamente relacionados às conquistas referentes aos direitos humanos indisponíveis e também aos conflitos morais decorrentes dos rápidos e constantes avanços científicos e tecnológicos, inserido nas pesquisas diversas, envolvendo a participação de seres humanos.

Sendo a saúde um dos dilemas de maior importância da bioética, é imprescindível a necessidade de se realizar um estudo mais quanto as resoluções e legislações que regulamentam o Sistema de Medicina Suplementar no Brasil, inclusive sobre aspectos eminentemente bioéticos, fatores estes que, são necessários para consagra o Sistema Suplementar de Saúde Brasileiro como um sistema bioético existente, nos moldes postulados do capítulo da ordem social da Constituição Brasileira.

Em suma, as leis e diretrizes que regulamentam o Sistema Suplementar de Saúde Brasileiro, necessitam de uma análise pela visão bioética para que se adeque aos ideais por ela trazidos de beneficência, não maleficência, Autonomia e principalmente, no entendimento da bioética de intervenção e proteção de justiça, ideais equânimes consagrados pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos publicada pela UNESCO em junho de 2005.

Essa busca é fundamental, para que as diretrizes do Sistema Suplementar de Saúde, mantenha-se sempre atualizadas nas estruturas em princípios que atendem os requisitos da bioética, assim como atribuições com características nítidas de bioética, tanto na área de atuação como na sistemática da ação. E a implementação e o desenvolvimento estrutural desses princípios e diretrizes, que pensamos dever ser enfocados.

Dentro desse contexto trabalhamos com a hipótese de que o sistema legal vigente que normatiza os planos coletivos de saúde no Brasil apresentam fragilidades e

insuficiências que precisam ser monitoradas e corrigidas para se chegar a um padrão de legalidade.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 GERAL**

- Analisar e descrever a partir de uma visão da bioética de intervenção\proteção a regulamentação do Sistema Suplementar de Saúde Brasileiro através das resoluções da ANS, e da Lei n. 9656/98, especificamente quanto aos reajustes anuais aplicados em face aos contratos coletivos empresariais e por adesão.

### **6.2 ESPECÍFICOS.**

- Identificar e explicitar fragilidades da defesa dos direitos dos segurados nas normas e regulamentações relativas aos planos coletivos de saúde, especificamente em referência aos reajustes anuais perpetrados, pelo que os contratos de planos de saúde coletivos se tornam tão vulneráveis quanto os contratos individuais.
- Explicitar propostas bioéticas em vista da atuação dos órgãos de proteção estatal na proteção dos planos de saúde ditos coletivos, superando insuficiências semelhantes encontradas nos planos individuais.

## **7 – METODOLOGIA.**

O presente estudo se vale de um método hermenêutico (*JUNGES Bioética hermenêutica*), pelo qual estuda, de forma interpretativa à luz da Bioética, no caso, as atuais legislações, resoluções normativas e contratos relativos a planos de saúde no Brasil. Para fundamentos teóricos de Bioética usa particularmente os conceitos formulados pelas assim chamadas Bioética de Intervenção e Bioética de Proteção, confirmados basicamente pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005).

## **8. EXPLANAÇÃO SOBRE OS MODELOS DE PLANOS DE SAÚDE ATUALMENTE EXISTENTES.**

Conforme já ventilado no enredo histórico da saúde suplementar no Brasil os planos de saúde dividem-se em categorias, preliminarmente em duas categorias



principais, planos de saúde individuais e familiares e planos de saúde coletivos, possuindo ainda, dentre essas duas, subdivisões.

### **8.1. Planos de Saúde Individuais e Familiares.**

Os planos de saúde individuais ou familiares são tratados em conjunto, pois possuem as mesmas regulamentações e direitos, em suma são exatamente a mesma coisa, diferenciando apenas que no individual o segurado está sozinho enquanto que no familiar, o mesmo segurado individual possui beneficiários. Tal categoria está praticamente extinta, não havendo mais sua comercialização, remanescendo apenas poucos segurados que mantiveram seus contratos no decorrer dos anos.

A ANS estima que existam ainda em atividade cerca de 8,6 milhões de beneficiários de planos de saúde individuais e familiares, cerca de 17% do total de 50,8 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil (Site institucional da ANS).

O plano individual, com já mencionado, foi o primeiro modelo plano de saúde instituído por empresas específicas de planos de saúde, como Sul América, Bradesco Saúde, Itaúseg, NotreDame/Intermédica, entre outras.

Nessa modalidade, o consumidor procura diretamente a seguradora para realizar o plano que como afirmado, pode ser apenas para si (plano individual), ou para si e seus dependentes (plano familiar). Em decorrência da vulnerabilidade do beneficiário que configura pessoa física contratando com pessoa jurídica de grande porte, o Estado, com o fito de proteger o consumidor hipossuficiente, como já afirmado, regulamenta as tratativas contratuais realizadas entre as partes, entre elas, atua especificamente com o tema do presente trabalho, o reajuste anual dos planos familiares e individuais.

Desse modo, no decorrer dos anos, embora os reajustes ocorram, esses são sempre previstos pela Agência Nacional de Saúde como forma de prevenir índices abusivos e garantir aos beneficiados a viabilidade na manutenção do contrato.

## **8.2. Planos de saúde coletivos.**

Os planos de saúde coletivos são precipuamente, planos de saúde que contemplam em apenas um único contrato um numero elevado de vidas/beneficiários. Nessa modalidade sempre haverá a figura de uma pessoa jurídica que formula e pactua o contrato com a empresa de plano de saúde, representando seus beneficiários.

A pessoa jurídica à que se refere no parágrafo acima será o estipulante no caso do plano coletivo empresarial, e será uma empresa administradora de planos de saúde no caso dos planos coletivos por adesão.

Nos contratos coletivos de planos de saúde pressupõe-se que inexistente a hipossuficiência alhures mencionada no contrato de plano individual e familiar, a justificativa reside na hipótese de que por serem pactuados entre pessoas jurídicas hipersuficientes ou equânimes, não haveria qualquer necessidade de intervenção Estatal na regulamentação dos reajustes anuais desse contrato, que possui livre pactuação entre as partes.

Ocorre que como demonstra esse trabalho essa relação não é tão equânime quanto deveria ser, remetendo os beneficiários desses contratos ditos coletivos à situações de vulnerabilidade e desvantagens frente às imensas operadoras de planos de saúde que vez ou outra, aplicam à tais contratos reajustes demasiadamente elevados, portanto sendo a intervenção estatal, e portanto, a intervenção da ANS na regulamentação das normas de Reajuste anuais também desses contratos medida que se impõe.

### **8.2.1. Planos Coletivos Empresariais.**

Os contratos coletivos empresariais são aqueles firmados entre empresas privadas e operadoras de planos de saúde. O objetivo é conferir aos empregados e até mesmo aos sócios dessas empresas um contrato de plano de saúde.

Nesses contratos, embora existam variações, a empresa arca com parte do prêmio mensal, enquanto que o empregado beneficiado arca com outra parte, remanescente. Desse modo, embora seja a empresa estipulante interessada nos termos do contrato pactuado, pois eventuais reajustes refletem diretamente em suas contas à pagar, o empregado segurado, também é atingido pelos reajustes desmedidos.

Essa modalidade ocorre tanto em empresas grandes como Tigre, Editora Abril, Whirlpool, entre outras gigantes do mercado brasileiro, como com micro e pequenas empresas, ou até mesmo o que se denomina “empresas de fachada,” aquelas criadas, por orientação do próprio corretor do plano de saúde, com o único propósito de viabilizar a criação de um contrato coletivo empresarial de plano de saúde.

O maior problema enfrentado nessa relação é que enquanto as grandes empresas de fato gozam de reais condições igualitárias nas negociações, as empresas de pequeno porte e “empresas de fachada” não possuem qualquer condições de negociação frente as operadoras de planos de saúde, que acabam atribuindo aos contratos realizados, cláusulas de reajustes abusivas, justamente por estarem acobertadas pela ilusão de equidade entre as pessoas jurídicas.

O que se pretende evidenciar é justamente que a capacidade igualitária preconizada pelas entidades e normas que regulamentam a matéria de fato não ocorre, ao menos, perante essas empresas de pequeno porte e “empresas de fachada”, que inexoravelmente são elevadas à condição de vulnerabilidade nesta relação.

### **8.2.2. Planos Coletivos por adesão.**

Por seu turno, contratos coletivos por adesão, são aqueles firmados por empresas administradoras de planos de saúde, em representação à entidades de classe, como associações ou sindicatos.

Nesse caso o segurado procura sua entidade de classe, onde ingressa em um contrato de plano de saúde já pactuado pelo órgão representativo através da empresa administradora de plano de saúde e a própria operadora de plano de saúde.

Essa modalidade veio nitidamente para substituir o plano individual e familiar, pois enquanto que no plano coletivo empresarial pressupõe-se que o segurado é empregado ou sócio de alguma empresa, no plano coletivo por adesão ele apenas é filiado ou faz parte de uma entidade de classe, o que garante uma abrangência de clientes muito maior.

No contrato coletivo por adesão, o segurado embora sequer faça parte do contrato primitivo firmado entre a operadora do plano de saúde, empresa administradora de

plano de saúde e entidade de classe, suporta integralmente o prêmio mensal e está, a nosso ver, em situação ainda mais vulnerável que o segurado do plano de saúde empresarial.

Ocorre que, embora hipoteticamente a entidade de classe deva prezar pelo equilíbrio contratual, garantindo ao segurado um contrato equânime e justo, nem sempre isso ocorre, principalmente por influência da própria empresa administradora de plano de saúde, que percebe seus lucros com base nos valores de prêmios mensais, portanto, quanto maiores os reajustes, maiores são os lucros auferidos pelas empresas administradoras.

## **9. ANÁLISE DOS REAJUSTES APLICADOS AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS E COLETIVOS.**

Sendo competência exclusiva da ANS a análise e regulamentação dos reajustes em contratos de planos de saúde, inúmeras são as normas e resoluções normativas que regulamentam a matéria, já existindo em tempos passados outras formas de reajustes em planos de saúde.

Atualmente, basicamente três são as modalidades de reajustes aplicadas aos contratos de planos de saúde individuais e coletivos. Sendo elas:

### **9.1. Reajustes Anuais.**

O Reajuste anual, tema principal do presente trabalho, é inerente a qualquer contrato de plano de saúde, seja ele individual e familiar, seja ele coletivo. Esse reajuste é promovido pelas operadoras de planos de saúde com vistas as variações inflacionárias e de mercado verificadas nos decorrer de um ano.

Em tese o reajuste anual deveria ser o único existente, pois baseia-se não apenas nas variações inflacionárias do período, mas também nas variações de mercado, ou seja, custos de medicamentos e equipamentos cirúrgicos, honorários médicos, entre outros, que deveriam por si só representar o equilíbrio econômico financeiro necessário para manter o contrato viável para ambas as partes.

Como já afirmando em todo o trabalho, esse é o reajuste que por expressa determinação legal é limitado pela ANS no caso dos planos individuais e familiares e

estabelecidos livremente entre as partes nos contratos coletivos, evidenciando a situação de vulnerabilidade estudada no presente trabalho.

### **9.2. Reajustes por Mudança de Faixa Etária.**

Trata-se do reajuste promovido pelas operadoras em razão do aumento de idade do segurado, também é inerente à todos os tipos de contratos de planos de saúde e justifica-se pelo fato de que com o passar dos anos, a tendência é que o segurado passe à utilizar mais os serviços médicos contratados, havendo a necessidade de uma readequação do prêmio mensal pago, para que o contrato não se torne economicamente inviável para a operadora de plano de saúde.

Sobre o tema a celeuma não é pequena, inúmeras são as discussões, questões como limites no número de faixas etárias e limitações entre seus percentuais, trazidas pela RN 63/2003 da ANS, e impossibilidade de reajustes etários aos segurados maiores de 60 anos, trazidas pelo art. 15 da lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) são temas recorrentes no Poder Judiciário. Todavia, por não ser objeto desse trabalho não serão explorados na presente discussão.

### **9.3. Reajustes por Sinistralidade ou revisão técnica.**

Por derradeiro o Reajuste por sinistralidade ou revisão técnica, ocorre especificamente nos planos coletivos empresariais e por adesão, e se justificam pela utilização dos serviços médicos, ou sinistros deflagrados pelo grupo que representa o contrato. Ou seja, no final do período analisado, somam-se os valores despendidos em decorrência dos sinistros ocorridos e através de cálculos atuariais verifica-se a necessidade de realização do reajuste.

Caso fique constatado que os gastos com sinistros naquele período foram superiores aos previstos inicialmente o plano de saúde teria autorização para realização a chamada revisão técnica dos valores de prêmios mensais.

Por ser reajuste unilateral, possui validade apenas quando demonstrado evidências reais de desequilíbrio econômico financeiros no contrato. Normalmente as empresas de planos de saúde não são capazes de demonstrar tais evidências, tornando os reajustes por sinistralidade ilegais e anuláveis frente as decisões do Poder Judiciário.

## **10 - ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E RESOLUÇÕES NORMATIVAS DA ANS, NORMAS QUE REGULAMENTAM A MATÉRIA.**

Instituída pela Constituição Federal que define em seu art. 196, que a saúde no Brasil é universal, portanto, um direito de todos e um dever do Estado, a Lei pátria protege indiscutivelmente o povo brasileiro, garantido à todos um atendimento médico, o que é feito através do SUS.

Todavia, já prevendo a impossibilidade de atender satisfatoriamente á todos, a própria Constituição Federal já previu a possibilidade de que a iniciativa privada atue no campo da medicina, dando ensejo ao chamado Sistema Suplementar de Saúde no Brasil.

A Constituição Federal regulamenta tal situação da seguinte forma:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Conforme se observa nas transcrições acima, por ser de livre iniciativa privada, a saúde pode ser exercida por pessoas jurídicas de direito privado, todavia sempre

sobre controle e supervisão do Estado que deverá regulamentar tais condições através de leis ordinárias.

No caso dos planos de saúde, duas são as leis que regulamentam a matéria. A Lei nº 9656/98, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde e a Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atribuindo-lhe competência no âmbito da regulação e fiscalização dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

Submete-se a Lei 9656/98 toda e qualquer modalidade de planos de saúde, seja ele qual for, conforme é possível observar no disposto no inciso I do artigo 1º da referida norma.

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:

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;

Em seguida, já no § 1º do mesmo artigo de lei, determina que os planos de saúde de forma ampla se submetem ainda as normas e fiscalização atribuídas pela ANS conferindo, em conjunto com a Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000, ampla competência do referida agência governamental para dispor sobre o tema.

§ 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.

Diversas são as normas instituídas pela Lei 9656/98. Essa regulamenta a forma de instituição de planos de saúde, seus registros e condições financeiras necessárias, coberturas mínimas e máximas, medicamentos e instrumentos cirúrgicos necessariamente cobertos ou não, formas de suspensão e rescisão dos contratos, entre outras infinidades de assuntos.

Todavia, para apreciação do presente trabalho, buscamos apenas duas figuras normativas, primeiro, a atribuição e competência da ANS sobre o tema, conforme acima esclarecido. E principalmente a limitação ao reajuste anual nos contratos de planos de saúde individuais e familiares.

Embora a lei em comento atribua a competência sobre a regulamentação de tal hipótese de reajuste também à ANS, o faz de forma expressa, impedindo qualquer outra forma de reajuste anual à planos individuais ou familiares que não estipulados pela Agência Nacional.



Tal normativa está contida no, § 2º do art. 35 – E da Lei 9656/98:

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

Nesse tópico ressalva há de ser apresentada, o art. 35 – E acima elencado e transcrito em parte, define expressamente que tais limitações e controle pela ANS nos reajustes de planos individuais e familiares devem ser aplicados apenas em contratos novos, ou seja, os realizados após a vigência da lei, primeiro de janeiro 1999, ou aos contratos anteriores desde que adaptados à lei. Ocorre que por decisão liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal na ADIN 1931-8 de 03 de setembro de 2003, tal proteção foi estendida também aos contratos anteriores à lei e não adotados à ela, quando suas cláusulas de reajustes não possuírem índices claros e explícitos. Na prática, a proteção engloba todos os contratos, anteriores ou não, adotados ou não a lei 9656/98.

Nesse trilha, estando superadas as análises da lei 9656/98 propriamente dita, passamos a análise das normas e resoluções da ANS que limita anualmente os valores de reajustes para esse tipo de contrato.

Como afirmado durante todo o trabalho, os Reajustes de contratos de planos de saúde individuais e familiares são emitidos todos os anos pela ANS em um percentual calculado com base nos índices de reajustes nacionais e variações orçamentárias dos serviços médicos, refletidos pela média dos reajustes em contratos coletivos.

Por esse motivo a ANS desde 2005 vem firmando compromissos com as principais empresas de planos de saúde limitando os valores de reajuste anuais em planos individuais e familiares. Os índices verificados são em muito inferiores aos apresentados pelas mesmas empresas para os contratos de planos de saúde coletivos, empresariais e por adesão, conforme é possível verificar na tabela retirada do site da própria ANS. (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/716-reajuste-autorizado-as-operadoras-que-assinaram-termo-de-compromisso>) abaixo:

### TERMO DE COMPROMISSO - 2015

Operadora	Reajuste referente a 2014	Data do Ofício Autorizativo *	Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Sul América Companhia de Seguro Saúde	13,31%	05/08/2015	<a href="#">Q Ofício nº 360/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2015 a Junho/2016
Amil Assistência Médica Internacional S.A	13,99%	06/08/2015	<a href="#">Q Ofício nº 359/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Junho/2015 e Maio/2016
		25/08/2015	<a href="#">Q Ofício nº 428/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Junho/2015 a Maio/2016
Bradesco Saúde S.A.	13,31%	06/08/2015	<a href="#">Q Ofício nº 358/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2015 a Junho/2016
Itaúseg Saúde S.A.	13,31%	06/08/2015	<a href="#">Q Ofício nº 357/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2015 a Junho/2016

### TERMO DE COMPROMISSO - 2014

Operadora	Reajuste referente a 2014	Data do Ofício Autorizativo *	Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	10,79%	05/8/2014	<a href="#">Q Ofício nº 421/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2014 a Junho/2015
Sul America Companhia de Seguro Saúde	10,79%	05/8/2014	<a href="#">Q Ofício nº 420/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2014 a Junho/2015
Itaúseg Saúde S.A	10,79%	05/8/2014	<a href="#">Q Ofício nº 418/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2014 a Junho/2015
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	9,65%	05/8/2014	<a href="#">Q Ofício nº 419/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Junho/2014 a Maio/2015
	9,65%	29/10/2014	<a href="#">Q Ofício nº 893/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Junho/2014 a Maio/2015

### TERMO DE COMPROMISSO - :2013

Operadora	Reajuste referente a 2013	Data do Ofício Autorizativo *	Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	10,17%	22/8/2013	<a href="#">Q Ofício nº 565/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2013 a Junho/2014
Sul America Companhia de Seguro Saúde	10,17%	22/8/2013	<a href="#">Q Ofício nº 566/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2013 a Junho/2014
Itaúseg Saúde S.A	10,17%	22/8/2013	<a href="#">Q Ofício nº 569/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2013 a Junho/2014
Golden Cross Assistencia Internacional de Saude LTDA	9,47%	22/8/2013	<a href="#">Q Ofício nº 567/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2013 a Junho/2014
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	9,04%	22/8/2013	<a href="#">Q Ofício nº 568/ANS/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Junho/2013 a Maio/2014

**TERMO DE COMPROMISSO - 2012**

Operadora	Reajuste referente a 2012	Data do Ofício Autorizativo *	Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	9,37%	16/8/2012	<a href="#">Q Ofício nº 475/2012/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2012 a Junho/2013
Sul America Companhia de Seguro Saúde	9,37%	16/8/2012	<a href="#">Q Ofício nº 477/2012/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2012 a Junho/2013
Itaúseg Saúde S.A	9,37%	16/8/2012	<a href="#">Q Ofício nº 476/2012/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2012 a Junho/2013
Golden Cross Assistência Internacional de Saude LTDA	7,93%	16/8/2012	<a href="#">Q Ofício nº 479/2012/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Julho/2012 a Junho/2013
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	7,93%	16/8/2012	<a href="#">Q Ofício nº 478/2012/PRESI/ANS (.pdf)</a>	Agosto/2012 a Maio/2013

**TERMO DE COMPROMISSO - 2011**

Operadora	Reajuste referente a 2011	Data do Ofício Autorizativo *	Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	7,35%	28/7/2011	1138/2011/PRESI/ANS	Julho/2011 a Junho/2012
Sul America Companhia de Seguro Saúde	7,35%	28/7/2011	1137/2011/PRESI/ANS	Julho/2011 a Junho/2012
Itaúseg Saúde S.A	7,35%	28/7/2011	1139/2011/PRESI/ANS	Julho/2011 a Junho/2012
Golden Cross Assistência Internacional de Saude LTDA	7,15%	28/7/2011	1141/2011/PRESI/ANS	Julho/2011 a Junho/2012
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	7,15%	28/7/2011	1140/2011/PRESI/ANS	Julho/2011 a Maio/2012

**TERMO DE COMPROMISSO - 2010**

Operadora	Reajuste referente a 2010	Data do Ofício Autorizativo *	Número do Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	10,91%	29/07/2010	Ofício nº 943/2010/PRESI/ANS	Julho/2010 a Junho/2011
Sul America Companhia de Seguro Saúde	10,91%	29/07/2010	Ofício nº 941/2010/PRESI/ANS	Julho/2010 a Junho/2011
Itaúseg Saúde S.A	10,91%	29/07/2010	Ofício nº 940/2010/PRESI/ANS	Julho/2010 a Junho/2011
Golden Cross Assistência Internacional de Saude LTDA	7,30%	29/07/2010	Ofício nº 942/2010/PRESI/ANS	Julho/2010 a Junho/2011
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	7,30%	29/07/2010	Ofício nº 944/2010/PRESI/ANS	Julho/2010 a Maio/2011

**TERMO DE COMPROMISSO - 2009**

Operadora	Reajuste referente a 2009	Data do Ofício Autorizativo *	Número do Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	6,76%	20/08/2009	Ofício n° 651/2009/PRESI/ANS	Agosto/2009 a Junho/2010
Sul America Companhia de Seguro Saúde	6,76%	20/08/2009	Ofício n° 652/2009/PRESI/ANS	Agosto/2009 a Junho/2010
Itaúseg Saúde S.A	6,76%	20/08/2009	Ofício n° 649/2009/PRESI/ANS	Agosto/2009 a Junho/2010
Golden Cross Assistencia Internacional de Saude LTDA	6,76%	20/08/2009	Ofício n° 650/2009/PRESI/ANS	Agosto/2009 a Junho/2010
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	6,76%	20/08/2009	Ofício n° 648/2009/PRESI/ANS	Agosto/2009 a Maio/2010

**TERMO DE COMPROMISSO - 2008**

Operadora	Reajuste referente a 2008	Data do Ofício Autorizativo *	Número do Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	7,12%	01/07/2008	Ofício n° 490/2008/PRESI/ANS	Julho/2008 a Junho/2009
Sul America Companhia de Seguro Saúde	7,12%	01/07/2008	Ofício n° 489/2008/PRESI/ANS	Julho/2008 a Junho/2009
Itaúseg Saúde S.A	7,12%	01/07/2008	Ofício n° 512/2008/PRESI/ANS	Julho/2008 a Junho/2009
Golden Cross Assistencia Internacional de Saude LTDA	6,24%	10/07/2008	Ofício n° 942/2010/PRESI/ANS	Julho/2008 a Junho/2009
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	6,24%	10/07/2008	Ofício n° 513/2008/PRESI/ANS	Junho/2008 a Maio/2009

**TERMO DE COMPROMISSO - 2007**

Operadora	Reajuste referente a 2007	Data do Ofício Autorizativo *	Número do Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	9,94%	27/07/2007	Ofício n° 226/2007/PRESI/ANS	Julho/2007 a Junho/2008
Sul America Companhia de Seguro Saúde	9,94%	27/07/2007	Ofício n° 225/2007/PRESI/ANS	Julho/2007 a Junho/2008
Golden Cross Assistencia Internacional de Saude LTDA	6,64%	27/07/2007	Ofício n° 227/2007/PRESI/ANS	Julho/2007 a Junho/2008
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	6,64%	27/07/2007	Ofício n° 228/2007/PRESI/ANS	Junho/2007 a Maio/2008
Itaúseg Saúde S.A	9,94%	27/07/2007	Ofício n° 224/2007/PRESI/ANS	Junho/2007 a Maio/2008

TERMO DE COMPROMISSO - 2006

Operadora	Resíduo*	Reajuste referente a 2006	Percentual final (2005 e 2006)	Data do Ofício Autorizativo	Número do Ofício Autorizativo	Período de Aplicação do Reajuste
Bradesco Saúde S/A	-	11,57%	11,57%	30/06/2006	Ofício n° 158/2006/PRESII/ANS	Julho/2006 a Junho/2007
Sul America Companhia de Seguro Saúde	-	11,57%	11,57%	30/6/2006	Ofício n° 157/2006/PRESII/ANS	Julho/2006 a Junho/2007
Golden Cross Assistencia Internacional de Saude LTDA	-	11,46%	11,46%	29/06/2006	Ofício n° 151/2006/PRESII/ANS	Julho/2006 a Junho/2007
Amil Assistência Médica Internacional LTDA	-	11,46%	11,46%	29/06/2006	Ofício n° 152/2006/PRESII/ANS	Julho/2006 a Junho/2007
Itaúseg Saúde S.A	-	11,57%	11,57%	30/06/2006	Ofício n° 159/2006/PRESII/ANS	Julho/2006 a Junho/2007
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	2,92%	11,57%	14,83%	02/08/2006	Ofício n° 197/2006/PRESII/ANS	Julho/2006 a Junho/2007

Conforme se verifica tabela acima transcrita, os índices de reajustes praticados em contratos de planos de saúde individuais e familiares não são abusivos, pois limitados pela ANS. Esses índices permitem que os contratos sejam reajustados sem trazer demasiado ônus financeiros aos segurados. Impedem que no decorrer dos anos o contrato chegue à patamares insustentáveis como ocorre nos reajustes dos planos de saúde coletivos empresariais e por adesão.

Por sua vez, os reajustes anuais praticados nos planos de saúde coletivos empresariais e por adesão são inúmeras vezes maiores do que os pactuados pela ANS.

Apenas à título de ilustração, pode se verificar que os reajustes anuais praticados em contratos coletivos pelas empresa de planos de saúde são bastante superiores aos limitados pela ANS, tendo empresas que inclusive superam o índice de 30% de reajuste em apenas um ano.

A tabela abaixo, com demonstrativos de reajustes anuais de contratos coletivos foi extraída do próprio site da ANS, (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/reajustes-aplicados-pelas-operadoras-para-contratos-coletivos-com-ate-30-beneficiarios>) e reflete os índices utilizados no período de maio de 2014 e abril de 2015, no site acima transcrito é possível a verificação da tabela na integra.

Reajustes aplicados pelas operadoras para contratos coletivos com até 30 beneficiários - Maio de 2014 - Abril de 2015					
Registro ANS	Razão Social da Operadora	Agrupamento único ou por tipo de produto	Reajuste (%)	Quantidade de Beneficiários no agrupamento	Quantidade de Contratos no agrupamento
303844	UNIMED DE ANDRADINA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Único	33,00	169	18
477	MARÍTIMA SAÚDE SEGUROS S/A	Único	23,76	7.901	1.482
515	ALLIANZ SAÚDE S/A	Único	18,92	36.752	2.818
582	PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A	Único	19,71	54.320	2.546
701	UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	Único	18,72	17.600	2.483
5711	BRADESCO SAÚDE S/A	Único	17,29	497.697	76.862
6246	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Único	17,71	350.763	72.391
6980	NOTRE DAME SEGURADORA S/A	Único	18,11	420	40
335762	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LEME	Único	33,99	228	38
339539	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	Único	22,55	698	61

Em que pese a tabela acima apresente apenas pequena amostra de reajuste anuais praticados pelas empresas de planos de saúde nos contratos coletivos, o que se pretende evidenciar é que por não estarem reclusos à qualquer controle pela ANS as empresas de planos de saúde, por determinadas vezes extrapolam o razoável, apresentando índices superiores à 30%, que no decorrer dos anos inviabilizará o contrato, que ainda sofrerá concomitantemente os reajustes etários, que como afirmado alhures pode ocorrer em até 10 vezes no contrato em diferentes faixas etárias. Tema também permeado de abusos praticados pelas empresas de planos de saúde.

## 11. DISCUSSÃO

Desse modo, constata-se que os planos de saúde coletivos empresariais e por adesão não possuem a igualdade e autonomia que se pressupõe, sendo tão hipossuficientes quanto os planos individuais e familiares, por tanto necessitando de amparo legal e proteções regulamentadas para que não sofram reajustes abusivos, em especial o reajuste anual que nesse tipo de plano de saúde são estipulados pelo contrato firmado entre as partes nitidamente em desigualdade.

Em que pese se reconheça que empresas de grande porte possam realmente ter condições de negociações, e, portanto, autonomia contratual para exigir cláusulas de reajustes adequadas, em decorrência do elevado número de vidas de seus

contratos, isso não ocorre com a maciça maioria das empresas que contratam essa modalidade de plano de saúde, micro e pequenas empresas, ou ainda, as ditas “empresas de fachada”, que como outrora esclarecido, são aquelas formadas exclusivamente por orientação do corretor do plano, para viabilizar o contrato coletivo de plano de saúde. Também não ocorre no caso dos planos coletivos por adesão, onde como dito, não existe interesse das empresas administradoras dos planos de saúde em negociar cláusulas favoráveis ao segurado, por serem remuneradas de acordo com uma porcentagem do pagamento do prêmio mensal, portanto, havendo indiscutível conflito de interesse nessa relação.

Esses segurados de planos coletivos, sejam de planos empresariais, sejam de planos por adesão, são elevados às mesmas condições de vulnerabilidade que ensejam a proteção estatal aos segurados de planos individuais e familiares, todavia sem tal proteção, consequentemente alijados de seus direitos constitucionais.

A bioética de intervenção e de proteção, conforme amplamente esclarecido, manifesta-se exatamente quanto à essa vulnerabilidade verificada no caso em exame, afirmando que há necessidade de intervenção e proteção do Estado para que a justiça seja feita.

A busca cinge a ideia de que os olhos do Estado se voltem para essas pessoas jurídicas e físicas que camufladas sobre o manto da falsa presunção de capacidade, são deixadas à margem da justiça.

Embora possa parecer que se busque apenas vantagens econômicas, o que se busca é justiça e equilíbrio. Na real situação que se encontra SUS, Sistema Único de Saúde Brasileiro, o Sistema Suplementar de Saúde, em especial o seguro ou plano de saúde, não são questões de luxo, mas de necessidade. E não pode ser permitido, sob qualquer prisma que se olhe, que os consumidores que buscam esses sistema seja expostos à abusos, sejam eles quais forem.

Os consumidores desses planos, conforme evidenciado no presente trabalho, passam anos contribuindo com essas empresas, acreditando que estão seguros, quando na verdade estão prestes à ter seu contrato cancelado por ausência de pagamento, uma vez que, em decorrência dos abusivos reajustes perpetrados, no decorrer dos anos o

contrato se torna inviável, justamente no momento em que os proveitos econômicos do segurados, em decorrência de sua idade, estão estabilizados.

A ideia não é que a empresa de plano de saúde seja obrigada à ter prejuízos, mas que o Estado regulamente a matéria, para impedir que tais empresas aproveitem-se de seus usuários para auferir lucros gigantescos, excluindo do plano o segurado mais idoso e também mais custoso.

Espera-se que este estudo através da bioética de intervenção e proteção, ou seja, em busca da justiça equânime e intervenção do Estado para tanto, que os atuais planos coletivos empresariais e por adesão, tão vulneráveis quanto os planos individuais, possuam os mesmos controles quanto aos seus reajustes e abrangências.

## **12. CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS**

Conclui-se que para que os ideais democráticos de justiça e equidade levantados pela bioética de intervenção e proteção, e consagrados pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO em 2005 sejam verificados no caso em estudo, o Estado deve instituir, também por meio da ANS, sistemas regulatórios para o reajuste anual também dos contratos coletivos de planos de saúde. Pelo que se verifica no presente estudo, seria insuficiente uma forma de se pensar a Bioética restrita apenas às relações interpessoais ou mesmo entre sujeitos coletivos ou organizacionais, sem incluir uma crítica ética aos jogos de poder que permeiam as relações em sociedade. A identificação das pessoas vulneradas ou vulneráveis em tais jogos de poder não se reduz adequadamente a indivíduos, pois as inequidades afetam massivamente também a grupos sociais amplos, como se percebe em contratos coletivos dos planos de saúde. Dentro do pluralismo social que afeta também as concepções das pessoas no regramento ético de seus interesses, não há como prescindir do postulado por ordenamentos jurídicos capazes de controlar os jogos de poder, que no fundo obedecem a fortes interesses econômicos. Este movimento e ação em favor da equidade e consequente defesa das pessoas e grupos mais frágeis merecem por parte da Bioética uma particular atenção e empenho teórico que subsidie práticas consistentes.

Dentro destas considerações entende-se como apropriado sugerir a criação de um comitê de bioética na própria ANS, para analisar à luz da multi e



interdisciplinaridade os meios mais equânimes e justos de normatização aos planos de saúde inclusive quanto ao tema do presente trabalho, bem como avaliar a estrutura ética e os procedimentos nos planos existentes.

### 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ANJOS, M. F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 2, n. 2, p.173–186, 2006.
- ANJOS, M. F. O corpo no espelho da dignidade e da vulnerabilidade. *Revista O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 29, n. 3, p. 325–335, jul./set., 2005.
- ANJOS, M. F. e SIQUEIRA, J. E. (orgs.). *BIOÉTICA NO BRASIL - Tendência e perspectivas*. - São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2007.
- BARCHFONTEINE, C. P. *De Saúde pública, bioética e Bíblia: Sejamos profetas!* São Paulo: Paulus, 2006.
- BEAUCHAMP T, CHILDRESS J. *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1979.
- CADERNOS: Centro Universitário São Camilo, *Filosofia Ética e Bioética*, v. 11 nº. 01 - São Paulo: Loyola, 2005.
- CARVALHO, G. I e SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001.
- CARVALHO, R. R. P, FORTES, P. A. C., and GARRAFA, V. "Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil."
- CIOMS. *Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédica em Seres Humanos*. Trad. Maria Stela Gonçalves e Adail Ubirajara Sobral São Paulo: Loyola, 2004.
- CLOUSER D, GERT B. Critique of principlism. *J Med Phil* 1990; 15:219-236.
- CRUZ, E. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006.
- FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- GARRAFA V, DINIZ D, GUILHEM D. B. Bioethical language and its dialects and idiolects. *Cadernos de Saúde Pública* 1999;15(supl. 1):35-42.
- GARRAFA V, PORTO D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003;17 (5-6):399-416.
- GARRAFA, V., PESSINI, L. (org.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: SBB & Loyola & S.Camilo, 2003.
- GARRAFA V, PRADO M. M. Tentativas de mudanças na Declaração de Helsinque: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. *Cadernos de Saúde Pública* 2001;17(6):1489-1496.
- GERT B, CULVER C. M, CLOUSER K. D. Principlism. In: *Bioethics: a return to fundamentals*. New York: Oxford University Press, 1997: 71-92.
- HOLM S. Not just autonomy: the principles of American biomedical ethics. *J Med Ethics* 1995;21:332-338.
- HOSSNE W. S. Dos referenciais da bioética – a vulnerabilidade. *Rev Bioethikos*. 2009.

- HOTTOIS, G.; PINSART, M. G., eds. et al. (1993), Hans Jonas. IN: REICH, Warren Thomas, ed. et al. (1982), *Encyclopedia of Bioethics*, 4 vols. New York & London: Macmillan/Free Press.
- LEPARGNEUR H. Força e fraqueza dos princípios da bioética. In: *Bioética, novo conceito a caminho do consenso*. São Paulo: Cedas/Loyola, 1996: 55-76.
- LEPARGNEUR, H. *Bioética, Novo Conceito*: São Paulo: Loyola, 1996.
- OCKÉ-REIS, C. O. - "SUS: O Desafio de ser único" – 02.09.2009.
- OCKÉ-REIS, C. O. e SOPHIA, D.C. - "Uma crítica à privat brasileiro: pela constituição de um novo modelo de proteção a saúde" - Ver. *Saúde em Debate* – V. 33, nº. 81 -2009.
- OLIVEIRA, F. *BIOÉTICA Uma face de cidadania*. pg. 48 - São Paulo: Editora Moderna Ltda, 1997.
- PESSINI, L. e BARCHIFONTAINE, C. P. *Bioética e Longevidade Humana*. São Paulo: Loyola, 2006.
- PESSINI, L. e BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas Atuais de Bioética*. 5ª. Ed. São Paulo: Loyola, 2000.
- PESSINI, L. No berço da bioética: O encontro de um credo, com um imperativo e um princípio *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 8, núm. 1, enero-junio, 2013, Universidad El Bosque Bogotá, Colombia.
- JAHN F. Bio-Ethic: eine umschau über die ethischen. Beziehungen des menschen zu tier und pflanze. *Kosmos. Handweiser für Naturfreunde*. 1927;24(1):2-4.
- PESSINI, L. *Bioética: um grito por dignidade de viver*. São Paulo: Paulinas, 2006.
- PRADO, M. M. *Panorama da bioética no Brasil. Um estudo sobre a reflexão bioética desenvolvida no país*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (xerocada) Brasília, 2002.
- REICH, W. T., ed. et al. *Encyclopedia of Bioethics*, 4 vols. New York & London: Macmillan/Free Press, 1982.
- SCHRAMM F. R, Kottow M. *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*. *Cad. Saúde Pub* 2001;17 (4):949-56.
- SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- TEALDI, J. C. (org.). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008.
- UNESCO. *Universal Draft Declaration on Bioethics and Human Rights*. Paris, mimeo, 24 de junho 2005.
- Tabela retirada do site da ANS - <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/716-reajuste-autorizado-as-operadoras-que-assinaram-termo-de-compromisso>
- Tabela retirada do site da ANS - <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/reajustes-aplicados-pelas-operadoras-para-contratos-coletivos-com-ate-30-beneficiarios>

## 14. ANEXO I.



# Presidência da República

## Casa Civil

### Subchefia para Assuntos Jurídicos

#### LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

#### Vigência

(Vide ADI nº 1.931)

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

(Vide Lei nº 13.003, de 2014)

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Art. 2º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 4º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 5º Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 6º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 7º A Câmara de Saúde Suplementar é composta dos seguintes membros: (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros

que venham a ser determinados pela ANS: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei no 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; (Redação dada pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de



mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (Incluído pela Lei nº 10.223, de 2001)

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. (Incluído pela Lei nº 12.738, de 2012) (Vigência)

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; (Incluído pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar; (Incluído pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1o Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4o As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS. (Incluído pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

§ 5o O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. (Incluído pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a recontagem de carências; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vide Lei nº 12.764, de 2012)

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o caput do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) individual ou familiar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) coletivo empresarial; ou (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) coletivo por adesão; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. (Redação dada pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 1o É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1o ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a

alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o Excetuam-se do previsto no § 2o os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4o Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - nome da entidade a ser excluída; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 1o São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1o e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 2o O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem: (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados; (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados; (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora; (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo. (Incluído pela Lei nº 13.003, de 2014)

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: (Redação dada pela Lei nº 13.003, de 2014)

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de

exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - nome fantasia; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - CNPJ; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - endereço; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - telefone, fax e e-mail; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - razão social da operadora ou da administradora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)



II - CNPJ da operadora ou da administradora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - nome do produto; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - âmbito geográfico de cobertura; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - faixas etárias e respectivos preços; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas

as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei no 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1o A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei no 7.661, de 21 de junho de 1945. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação

expressa da Diretoria Colegiada da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos

privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 28. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de

título executivo extrajudicial, obrigando-se a: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os

consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2o, do art. 29 desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3o Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4o O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5o A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6o Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura



assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2o, 3o, 4o, 5o e 6o do art. 30. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2o e 4o do art. 30.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 2o Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o A operadora efetuará o ressarcimento até o 15o (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4o O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3o será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - multa de mora de dez por cento. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5o Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3o serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6o O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7o A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2o deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 8o Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9o Os valores a que se referem os §§ 3o e 6o deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o O disposto no caput não se aplica às entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação que, na data da publicação desta Lei, já exerciam outras atividades em conjunto com as relacionadas à assistência à saúde, nos termos dos pertinentes estatutos sociais. (Incluído pela Lei nº 13.127, de 2015)

§ 2o As entidades de que trata o § 1o poderão, desde que a hipótese de segregação da finalidade estatutária esteja prevista ou seja assegurada pelo órgão interno competente, constituir filial ou departamento com número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sequencial ao da pessoa jurídica principal. (Incluído pela Lei nº 13.127, de 2015)

§ 3o As entidades de que trata o § 1o que optarem por proceder de acordo com o previsto no § 2o assegurarão condições para sua adequada segregação patrimonial, administrativa, financeira e contábil. (Incluído pela Lei nº 13.127, de 2015)

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1o de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4o Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5o A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6o Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, contratados até 1o de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7o Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 8o A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: (Vigência) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aprovar o contrato de gestão da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) aspectos econômico-financeiros; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência) (composição: vide Dec.4.044, de 6.12.2001)

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - da Saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - da Fazenda; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - da Justiça; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1o O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4o O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5o O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6o As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7o O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

III - de planejamento familiar. (Incluído pela Lei nº 11.935, de 2009)

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6o do art. 19 desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato,

deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2o Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3o O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1o desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei as disposições da Lei no 8.078, de 1990. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei no 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177o da Independência e 110o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Renan Calheiros*

*Pedro Malan*

*Waldeck Ornélas*

*José Serra*