

**OFÍCIO 046/2014/DIREX**

Rio de Janeiro, 13 de outubro de 2014.

À Senhora

**MARTHA REGINA DE OLIVEIRA**

Diretora de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS  
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória  
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

**MICHELLE MELLO DE SOUZA RANGEL**

Diretora Adjunta de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS  
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória  
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

**JAQUELINE ALVES TORRES**

Gerente de Avaliação da Qualificação Setorial – GEAQS/GGISE/DIRAD/DIDES/ANS  
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória  
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Assunto: **Contribuições ao Grupo de Trabalho de Regulamentação da Lei 13.003/14**

Senhora Diretora,

1. A FENASAÚDE – Federação Nacional de Saúde Suplementar, considerando os debates em andamento no âmbito dessa diretoria, encaminha sugestões com o propósito de auxiliar na elaboração da regulamentação dos artigos 17, 17-A e 18 da Lei 9.656/98, alterados pela Lei 13.003/14.
2. Nesta correspondência abordaremos as considerações acerca dos temas para debate apresentados pela ANS, quais sejam: (a) necessidade de adaptação dos contratos vigentes; (b) critérios de equivalência para substituição; (c) formas de comunicação ao beneficiário; (d) contratos – forma e conteúdo; (e) definição de Ano-Calendário; e (f) quando o índice definido pela ANS deve ser utilizado.
3. O tema Definição do Índice pela ANS será tratado em outra oportunidade, de acordo com o planejamento do Grupo de Trabalho. Visando antecipar parte da discussão, anexamos o Ofício 035/2013/DISAU da FenaSaúde que foi enviado à ANS em agosto de 2013, no âmbito da discussão da aplicabilidade da Instrução Normativa nº 49, da DIDES. Nesse documento trazemos parte da densidade da discussão quanto ao reajuste dos diferentes prestadores de serviço e parecer sobre os impactos

econômicos da aplicação da citada instrução, com destaque para os efeitos nocivos de eventual indexação do reajuste.

4. Adicionalmente, há temas correlacionados aos listados que merecem nossa atenção e também serão registrados.

5. Faremos, neste documento, uma exposição de motivos, com as respectivas considerações ou sugestões da Federação, para cada um dos itens listados a seguir:

- (a) Necessidade de adaptação dos contratos vigentes
- (b) Critérios de equivalência para substituição
- (c) Formas de comunicação ao beneficiário
- (d) Contratos – forma e conteúdo
- (e) Definição de Ano-Calendário
- (f) Quando o índice definido pela ANS deve ser utilizado
- (g) Temas correlatos

6. Conforme solicitado pela ANS, o anexo desta correspondência traz minutas de Resolução Normativa e Instrução Normativa com as sugestões da FenaSaúde. Especificamente para a regulamentação do §§ 2º e 3º, do art. 17-A, utilizamos como base as resoluções atuais consolidadas e a Instrução Normativa nº 49, da DIDES combinada com a Nota nº 06/2013/GERPS/GGISE/DIDES/ANS.

7. Por fim, solicitamos que os argumentos expostos na presente correspondência sejam considerados quando da análise de impacto regulatório – AIR<sup>1</sup>.

### **NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO DOS CONTRATOS VIGENTES**

**Posicionamento:** Os instrumentos jurídicos que tratem da relação entre as operadoras e os prestadores de serviço que estiverem em vigor quando do início de vigência da norma devem ser preservados.

#### **Fundamentação:**

a) Não houve significativa inovação trazida pela Lei 13.003/14 em relação à regulamentação infralegal em vigor, no que diz respeito às obrigatoriedades formalizadas em instrumento jurídico entre a operadora e o prestador de serviço.

---

<sup>1</sup> Trata-se de uma forma analítica de informar os tomadores de decisão, e sua estrutura é, tipicamente, dividida da seguinte forma: título da proposta; objetivo e efeito esperado da política regulatória; avaliação do problema político; consideração das opções alternativas; avaliação de todos os impactos distributivos; resultados da consulta pública; estratégias de *compliance*; e processos para monitoramento e avaliação. ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO: UMA ABORDAGEM EXPLORATÓRIA, Lucia Helena Salgado e Eduardo Bizzo de Pinho Borges. Jan/2010.

Os incisos I a V do § 2º, do art. 17-A faziam parte das normas em vigor. A aparente inovação consiste no § 3º do art. 17-A, que será tratado em seção específica.

Desta forma, não parece haver benefícios para a repactuação de novos instrumentos contratuais quando as exigências acrescidas por meio da nova Lei já estão contempladas nos normativos atuais, frente aos ônus decorrentes de reconstrualização.

b) Violação ao princípio da intangibilidade do ato jurídico perfeito

Transcrevemos trecho de parecer elaborado pelo Doutor Gustavo Binenbojn acerca do tema:

*“(iii) Violação ao princípio da intangibilidade do ato jurídico perfeito*

“Também é possível desenvolver argumento no sentido de que a aplicação das regras previstas nos §§3º e 4º do art. 17-A da Lei nº 9.656/98 aos contratos já existentes no momento da entrada em vigor do referido diploma ensejaria violação ao princípio da intangibilidade do ato jurídico perfeito (art. 5º, XXXVI, CRFB/1988<sup>i</sup>). Não se trata, registre-se, de inconstitucionalidade *per se* do texto da Lei, mas sim da possível aplicação imediata de seus termos aos negócios jurídicos celebrados antes de iniciada a vigência da Lei. Explica-se.

O art. 5º, XXXVI da Carta Magna dispõe que *“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada.”* A ideia do constituinte foi exatamente limitar a atuação do legislador infraconstitucional quanto à alteração de situações concretizadas no tempo. Dentre os institutos previstos na norma constitucional, o ato jurídico perfeito, de forma singela, representa um direito assegurado pela prática de um ato, segundo a lei vigente<sup>ii</sup>. Isto é: se um ato ou negócio jurídico seguiu as exigências legais vigentes à época da sua formação, lei posterior que vier a modificar o ordenamento jurídico não poderá, em regra, retroagir para afetar aquele ajuste pretérito, seja quanto aos seus efeitos pendentes ou futuros.

A garantia da irretroatividade das normas jurídicas, que é corolário dos princípios da legalidade e da segurança jurídica, impõe que as regras somente se apliquem a situações futuras ou, pelo menos, aos efeitos derivados de situações que ocorram após o início da sua vigência. Segundo o entendimento do Supremo Tribunal Federal, o dispositivo preserva inclusive efeitos futuros de contratos pretéritos. É que, no Brasil, adota-se a fórmula de Gabba<sup>iii</sup> de proteção da segurança jurídica, segundo a qual a retroatividade pode assumir três formas: *máxima*, *média* e *mínima*,<sup>iv</sup> todas irremediavelmente vedadas pelo nosso ordenamento jurídico<sup>v</sup> (art. 5º, XXXVI, da Constituição e art. 6º da LICC).

(...)

Dessa forma, diante da proteção ao ato jurídico perfeito, eventual exigência de aplicação das obrigações legais aos contratos celebrados à luz das normas vigentes anteriores ao seu advento pode ser impugnada. Além disso, diante da previsão contida no §4º do mesmo dispositivo, é possível questionar eventual imposição da ANS de alteração de índices de reajuste já contemplados nos contratos celebrados antes da vigência da Lei. Quanto ao

tema, os tribunais superiores já tiveram a oportunidade de analisar a retroatividade de novos índices de atualização monetária a contratos previamente ajustados. Confirmam-se:

“Ação Direta de Inconstitucionalidade. Lei n. 8.177, de 1./03/1991 – inciso II e paragrafo único do art. 6., artigos 16 e 22. Art. 5., XXXVI da C.F. (ato jurídico perfeito). Medida Cautelar. I - Contratos em geral. T.R. (Taxa Referencial). B.T.N. (Bônus do Tesouro Nacional). T.R.D. (Taxa Referencial Diária). B.T.N.F. (B.T.N. Fiscal). U.P.C. (Unidade Padrão de Capital). II - Contratos de financiamento rural (celebrados com recursos de depósitos de poupança rural). 1. Ao julgar a ADIn n. 493, o S.T.F. concluiu não ser a T.R. "índice de correção monetária, pois, refletindo as variações de custo primário de captação dos depósitos a prazo fixo, não constitui índice que reflita a variação do poder aquisitivo da moeda". 2. E por isso declarou inconstitucionais vários dispositivos da Lei n. 8.177, de 1./03/1991, que visaram a substituição de índices de correção monetária, pela T.R. **Para assim concluir, a Corte considerou violado, por tais dispositivos, o princípio constitucional que protege o ato jurídico perfeito (art. 5., inciso XXXVI, da C.F.), porque alteraram "o critério de reajuste das prestações, nos contratos anteriormente celebrados pelo sistema do Plano de Equivalência Salarial por Categoria Profissional" (P.E.S./C.P.).** 3. Em face desse precedente (ADIn 493) e de outro (ADIn 768), e de ser considerada juridicamente relevante a alegação de que o inciso II e o paragrafo único do art. 6. da mesma Lei (n. 8.177, de 1./03/1991), ofendem o mesmo princípio tutelar do ato jurídico perfeito, ao substituírem pela T.R. e T.R.D., nos contratos anteriormente celebrados, os índices neles previstos (B.T.N. e B.T.N. Fiscal). 4. Pela mesma razão, e de ser qualificada como relevante a arguição de inconstitucionalidade dos artigos 15 e 16 de tal diploma, por substituírem, pela T.R., nos contratos anteriores a este, os índices previstos para a correção monetária - U.P.C. (Unidade Padrão de Capital). 5. Caracterizados os requisitos da plausibilidade jurídica da ação, a Corte, por maioria, defere medida cautelar, para suspender, a partir da data do deferimento, até o julgamento final da ação, a eficácia dos referidos dispositivos (inciso II e paragrafo único do art. 6., artigos 15 e 16 da Lei n. 8.177, de 1./03/1991). 6. Quanto ao art. 22 da Lei, referente aos contratos de financiamento rural, o Tribunal indefere a medida cautelar de sua suspensão, por entender, "prima facie", que tal dispositivo não inova, quanto aos índices de correção monetária, pois a atualização continua sendo feita segundo a remuneração básica aplicada aos depósitos de poupança, não vislumbrando, nesse ponto, violação de ato jurídico perfeito. Decisão, também, por maioria. (STF, ADI 959 MC, Rel. Min. Sydney Sanches, Tribunal Pleno, j. em 16/03/1994, publicado em 13/05/1994; grifou-se).

“(…). 1. **O STF, nas ADINs fundadas na impugnação da TR como fator de correção monetária, assentou que mencionado índice referenciador não foi suprimido do ordenamento jurídico, concluindo que o mesmo não poderia substituir outros índices previamente estabelecidos em lei ou em contratos, pena de violação do ato jurídico perfeito.** 2. Sob esse ângulo, "O Supremo Tribunal Federal, no julgamento das ADIns 493, Relator o Sr. Ministro Moreira Alves, 768, Relator o Sr. Ministro Marco Aurélio e 959-DF, Relator o Sr. Ministro Sydney Sanches, não excluiu do universo jurídico a Taxa Referencial, TR, vale dizer, não decidiu no sentido de que a TR não pode ser utilizada como índice de indexação. O que o Supremo Tribunal decidiu, nas referidas ADIns, é que **a TR não pode ser imposta como índice de indexação em substituição a índices estipulados em contratos firmados anteriormente à Lei 8.177,**

**de 01.03.91. Essa imposição violaria os princípios constitucionais do ato jurídico perfeito e do direito adquirido.** C.F., art. 5., XXXVI." (RE n.º 175.678/MG - Rel. Ministro Carlos Velloso). 3. É assente na Corte que "A Taxa Referencial (TR) é indexador válido para contratos posteriores à Lei n. 8.177/91, desde que pactuada" (Súmula n.º 295/STJ). 4. Deveras, não obstante insindicáveis os contratos nas suas disposições (súmula n.º 05/STJ), in casu, há cláusula prevendo como indexador a mesma taxa aplicável às contas de poupança, no dia primeiro de cada mês, permitindo-se, portanto, a utilização da TR para corrigir contrato firmado em 10.04.1999 (fl. 18/22), vez que não se pode olvidar que a partir da vigência da Lei n.º 8.177/91, os saldos das contas vinculadas do FGTS passaram a ser corrigidos com o mesmo rendimento das contas de poupança com data de aniversário no primeiro dia de cada mês, havendo ato jurídico perfeito a impedir sua supressão (Precedentes: AgRg no Resp 756.635/DF, Rel. Min. Fernando Gonçalves, DJ de 05/09/2005; AgRg no AG 427.522/PR, Rel. Min. Barros Monteiro, DJ de 29/08/2005; e Resp 216.684/BA, Rel. Min. João Otávio de Noronha, DJ de 26/04/2005) 5. Recurso especial provido." (STJ, REsp 712305/RS, Rel. Min. Luiz Fux, Primeira Turma, j. em 06/12/2005, DJ 13/02/2006, p. 693).

Nos julgados transcritos acima, os Tribunais Superiores resguardaram contratos já celebrados quanto à incidência de arcabouço legislativo superveniente (nesses casos, relativamente à alteração de índices de reajuste), sob pena de violação ao princípio constitucional da intangibilidade do ato jurídico perfeito. Observe-se, todavia, que os precedentes fazem uma diferenciação com relação aos contratos celebrados antes e depois da Lei paradigma. Nesse sentido, a inconstitucionalidade suscitada opera-se apenas quanto aos ajustes já consolidados no tempo antes da vigência da nova lei.

Ajustes esses, frise-se, entabulados entre partes privadas, no âmbito de relações de direito privado. Assim, diferentemente dos contratos públicos, como os de concessão de serviços públicos, que se sujeitam, por sua natureza, a uma maior mutabilidade, aqui as relações travadas têm natureza privada e, por isso, estão abarcadas pela proteção constitucional conferida ao ato jurídico perfeito."

c) Dificuldades relacionadas à eventual reconstrução obrigatória da integralidade da rede credenciada.

A experiência decorrente das obrigações de ajustes nos contratos previstos nas Resoluções Normativas nº 42, 54 e 71, IN nº 49, da DIGES, dentre outras normas, que determinava a repactuação de instrumentos contratuais de todos os prestadores componentes das redes credenciadas das operadoras, demonstrou diversas dificuldades. A primeira é a impossibilidade de obtenção de assinatura de todos os prestadores nos instrumentos contratuais propostos. Seja porque preferiam manter os termos dos contratos anteriormente firmados, seja porque preferiam oferecer modelo próprio de contrato, ou outros motivos. Fato é que grande parte dos prestadores restou silente quanto ao documento recebido. Assim, a solução encontrada foi a assunção de aceitação tácita da proposta de Instrumento Jurídico quando o prestador mantinha o atendimento aos beneficiários da operadora. Outra alternativa é o registro dos modelos de contratos em cartório.

A segunda dificuldade foi o fato da inexistência de documento efetivamente assinado ter levado a fiscalização da ANS a autuar diversas operadoras, que na prática não tinham ingerência sobre a decisão do prestador em firmar sua assinatura em um contrato. Adicionalmente, a alternativa extremada de exclusão do prestador da rede credenciada, pareceu absolutamente desproporcional e inadequada, e que certamente contrariaria o interesse do público prioritário: os beneficiários de planos de saúde.

### **CRITÉRIOS DE EQUIVALÊNCIA PARA SUBSTITUIÇÃO – art. 17**

**Posicionamento:** Sugere-se que a regulamentação considere o conceito de equivalência sob a ótica da garantia do atendimento ao beneficiário do plano de saúde. Deverá ser possível o redimensionamento da rede credenciada – hospitalar e não hospitalar - por substituição ou por redução.

A Resolução Normativa nº 259 tem abrangência suficiente para estabelecer de forma eficaz parâmetros, critérios, fluxos e rotinas para garantir o atendimento ao beneficiário, inclusive exigindo que a operadora diligencie que o atendimento seja realizado por profissional ou estabelecimento externo à sua rede credenciada, quando necessário.

Visando um maior equilíbrio da capacidade de negociação entre as partes, sugere-se que somente seja devida a taxa por alteração de produto quando o descredenciamento for originado por interesse da operadora. Além disso, se, durante o período de análise da ANS o descredenciamento for revertido, ou seja, o prestador permanecer na rede da operadora, a taxa deverá ser ressarcida à operadora.

### **Fundamentação:**

a) Primeiramente, convém ressaltar que a recém-publicada IN 46/14, que estabelece regras para substituição e redimensionamento por redução de entidade hospitalar, prevê a possibilidade de redução desde que a operadora declare que a rede disponível será capaz de atender às demandas, desde que cumpra as regras da RN 259/11. Dessa forma, deve-se considerar que, em razão dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, que são princípios gerais de Direito, deve ser dado o mesmo tratamento aos prestadores não hospitalares. Considerando que a estrutura hospitalar, preparada para atendimento nos casos de risco de vida, por meio de pronto socorro, pode ser reduzida com base no que prevê a Lei 9.656/98, em seu art. 17, §4º, não é razoável entender que tal previsão não possa ser estendida aos prestadores não hospitalares.

O princípio da razoabilidade associa-se à verificação de adequação e necessidade. Em relação à adequação, a Administração analisa se o ato atingirá os fins almejados. Já a necessidade está ligada à "proibição do excesso" por parte da Administração. Trata-se de controle de legalidade ou legitimidade, e não de controle de mérito. Avalia-se a validade do ato, que, sendo contrariada, enseja a sua nulidade.

O princípio da proporcionalidade é uma das vertentes do princípio da razoabilidade e tem sua aplicabilidade vinculada à proporcionalidade entre os meios empregados e o fim almejado.

Assim, deve ser considerado que, caso haja redimensionamento por redução de prestador não hospitalar, as operadoras associadas à Federação deverão cumprir as normas estabelecidas pela RN 259/11, como já o vêm fazendo. Mesmo que a rede seja reduzida, o que importa é que o atendimento aos beneficiários seja garantido na forma da RN 259/11, da mesma forma que se é exigido para a rede hospitalar.

b) O processo de análise poderia ser simplificado, pois as regras previstas na RN 259/11 e na RN 343/13 já garantem ao beneficiário o acesso aos serviços contratados. Em relação às consequências ao consumidor, se a operadora não mantiver a sua rede suficiente para atender as demandas de sua carteira, sofrerá às sanções previstas na regulamentação para os casos em que deixar de garantir ao beneficiário o acesso à assistência contratada: negativa de cobertura, suspensão da comercialização de produtos e instauração de regime especial.

c) Em relação à taxa, o §4º, do artigo 20 da Lei 9.9.61/00, admite a possibilidade de isenção da taxa nos casos em que as alterações dos dados não produzam consequências para o consumidor.

*Art. 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:*

*/.../*

*II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.*

*/.../*

*§ 4º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de **alteração de dados referentes ao produto** ou à operadora **que não produzam consequências para o consumidor** ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, **poderão fazer jus a isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.***

Vale lembrar que a regulamentação prevê a cobrança da taxa de alteração de produto conjugada à quantidade de hospitais e produtos, com isso o valor a ser pago alcança cifras extraordinárias. Como exemplo, um único hospital pertencente a 500 produtos da operadora alcança exatos R\$ 250.000,00. Os prestadores, tendo conhecimento desta expressiva quantia, utilizam-se deste argumento como ameaça ao descredenciamento. Nos casos em que o descredenciamento ocorrer a pedido do prestador, o pagamento da taxa deverá ser isentado, para que a relação entre operadoras e prestadores seja mais equilibrada.

Adicionalmente, se o redimensionamento por redução a pedido da operadora, que é a única situação em que cabe autorização expressa da ANS, portanto, importando na cobrança de taxa, for revertido antes de seu deferimento, a taxa deverá ser ressarcida.

Especificamente em relação ao redimensionamento, existem casos em que a Agência demora de 1 a 3 anos para responder ao pedido de exclusão de prestador e não pode a operadora ser prejudicada por esta demora, pois poderá acarretar na dificuldade de negociação com prestadores, além de prejudicar sua capacidade de competição no mercado.

Em contrapartida, a operadora precisa cumprir os prazos contratuais estabelecidos com seus prestadores para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço (RN 42, artigo 2º, V, *a*). No modelo atual, em razão da necessidade de obter a anuência da Agência mesmo quando o descredenciamento ocorre por solicitação do prestador, não há sequer como fazer uma estimativa de quando o contrato será extinto.

d) A atualização da rede deve estar restrita à divulgação no site das operadoras, conforme determina a RN 285/11, tendo em vista que a dinâmica do setor possui diferentes classes de profissionais e estabelecimentos de saúde que, juntos, contabilizam mais de 100 mil no país. Isso faz com que os ajustes e atualizações nas redes de serviços das operadoras sejam necessários e frequentes.

e) Por último, é relevante considerar, ainda, que a simplificação dos processos de substituição ou redimensionamento por redução de prestadores de serviços no âmbito ambulatorial evitará eventuais condutas de imposição de honorários médicos e outras práticas potencialmente ilícitas no que se refere ao equilíbrio econômico-financeiro do setor de saúde suplementar. Trata-se de matéria relevante quando já se observa com considerável resiliência, que determinadas especialidades médicas, em determinadas regiões geográficas do País, organizam-se em forma de cooperativas para impor, às operadoras de planos de saúde, condições de negociação. Em outras palavras, quanto maior for a dificuldade para substituição de prestadores médicos, mais riscos de imposição de preços teremos no setor, que já enfrenta, nos últimos três anos, significativa alta de custos. Com isso o que se observa é que a solução apresentada com a utilização dos mecanismos regulatórios definidos na Resolução Normativa nº259 não apenas protege o aspecto assistencial, qual seja, o aspecto relacionado a garantias de atendimento, como não sobrecarrega questões de natureza concorrencial já detectadas pela ANS.

#### **FORMAS DE COMUNICAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

**Posicionamento:** A comunicação ao beneficiário deve ser realizada por meio da disponibilização, no site da operadora, por meio de lista com todos os prestadores de serviços descredenciados nos 6 meses que antecedem a data da disponibilização. A central de atendimento também deve disponibilizar esta lista para os beneficiários que, eventualmente, não tenham acesso à internet.

#### **Fundamentação:**

a) A FenaSaúde entende que a comunicação a que se refere a Lei 13.003/14 deva se dar por meio dos portais corporativos na internet das operadoras, que hoje já são destinados ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, para os seus prestadores de serviço de saúde e para a própria ANS, disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias por semana. Esse entendimento tem como



alicerce a garantia de que o beneficiário terá a informação da rede atualizada e estará sujeita às penalidades cabíveis na esfera penal, caso disponibilize informações falsas de um prestador de serviços.

b) Não se deve considerar o envio de SMS, correspondência eletrônica, muito menos carta, seja ela registrada ou não, pelos motivos que se seguem.

A carta registrada, além de gerar custos altíssimos para as operadoras, demora para ser entregue, de forma que a informação não estará atualizada.

O Deputado Relator do Projeto de Lei que antecedeu a publicação da lei, em sua justificativa quanto aos aspectos do texto da proposição, argumentou no sentido de ser inviável a comunicação escrita de todas as substituições de prestadores a todos os beneficiários de uma operadora. Em sequência, sugere que essa comunicação se dê através do sítio das operadoras na rede mundial de computadores.

Em relação ao SMS e à correspondência eletrônica, cabe ressaltar que o Código de Defesa do Consumidor (aplicável subsidiariamente aos contratos de planos de saúde) determina que a obrigação de prestar informação adequada e clara encontra limites nas práticas abusivas e enganosas. Isso quer dizer que, apesar da informação aos beneficiários ser uma obrigação das operadoras, estas não podem fornecer essa informação de forma abusiva. Na prática, o beneficiário será importunado a cada comunicação de redimensionamento (que são muitas) e que, na maioria das vezes, não será de seu interesse. Há uma viabilidade muito maior na prática de consultar o portal corporativo na internet das operadoras quando este quiser informações da rede de prestadores.

c) Destaque-se que o acesso à informação estará disponível de forma atualizada a todos os beneficiários, seja por meio digital seja por contato por telefone com a operadora.

**Proposta de redação:**

Sugestão de dispositivo a ser inserido na RN 285/11

*Art. 2º-A Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais Corporativos na Internet informações sobre os prestadores de serviços que deixarem de fazer parte de sua rede assistencial, observando os seguintes requisitos mínimos:*

*I – deverá ser informada a relação dos prestadores que tiverem deixado de fazer parte da rede ao longo de 6 (seis) meses que antecedem a data de disponibilização da informação.*

*II – cada prestador de serviços de saúde deverá ser exibido com os seguintes dados:*

*a) Tipo de estabelecimento*

*b) Nome fantasia do estabelecimento, se houver, além da razão social e do CNPJ do estabelecimento, caso se trate de pessoa jurídica;*

*c) Nome do profissional caso se trate de pessoa natural, com o número de registro no respectivo Conselho Profissional;*

- d) especialidade(s) ou serviço(s) contratado(s),*
- e) endereço, contendo:*
  - 1. unidade da Federação;*
  - 2. município;*
  - 3. bairro;*
  - 4. logradouro;*
  - 5. número; e*
  - 6. código de Endereçamento Postal - CEP.*
- f) outras formas de contato:*
  - 1. ddd e telefones; e*
  - 2. sítio eletrônico da Internet, caso exista.*

*III – a obrigatoriedade de que trata o caput se aplica aos prestadores que deixarem a rede assistencial da operadora a partir de 180 dias do início de vigência desta resolução.*

*IV – a operadora deverá disponibilizar a informação em 30 dias de antecedência da data em que o prestador interromper seu atendimento pelo plano, desde que a operadora tenha ciência no prazo de 60 dias que antecedem a interrupção do atendimento.*

*V – caso o prestador deixe de comunicar à operadora no prazo mencionado no inciso IV desse artigo, a operadora terá 10 dias úteis para disponibilizar a informação a partir do momento que tomar ciência e verificar a interrupção.*

*Art. 2º-B A operadora deverá informar o(s) prestador(es)equivalentes ao que deixou a rede assistencial da operadora.*

*I – a informação de que trata o caput não necessita ser individualizada por prestador de serviço, podendo ser indicada a consulta das informações disponível no Portal Corporativo na Internet de que trata o § 1º, do art. 2º.*

## **CONTRATOS – FORMA E CONTEÚDO**

**Posicionamento:** Os contratos devem ser elaborados de acordo com os interesses das partes, estabelecendo-se como obrigatórios exclusivamente os temas previstos na nova Lei.

**Fundamentação:**

a) Os contratos celebrados entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços possuem natureza de contrato civil e são fundamentados na liberdade de contratar, princípio estabelecido no art. 421 do Código Civil:

*“Art. 421. A liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato.”*

Convém ressaltar que os contratos também são regidos pelo princípio da boa fé, que deve ser observado tanto na celebração do ato até sua execução, conforme preceitua o art. 422 do Código Civil:

*“Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa fé.”*

Trata-se da boa fé objetiva, que impõe um dever de comportamento, conduta, significando que as partes devem agir com lealdade, probidade, retidão, ética, confidencialidade e reciprocidade.

Partindo desse princípio, tem-se que o prestador que cumpre as cláusulas contratuais previstas no documento oferecido pela operadora, mesmo diante da ausência da assinatura, está agindo de boa fé e aceitou tacitamente as condições estabelecidas no contrato.

Dessa forma, a sugestão da FenaSaúde é no sentido de haver regulamentação da obrigatoriedade de oferecimento do contrato pelas operadoras. Entretanto, sugere-se que haja a previsão da possibilidade de aceitação do contrato oferecido pelo prestador, desde que contenha as cláusulas obrigatórias.

Além disso, com base nos princípios da liberdade de contratar e da boa fé, a Federação propõe que as cláusulas sejam genéricas. Isso quer dizer que a regulamentação deve estabelecer que os contratos firmados entre prestadores de serviço e operadoras devem, necessariamente, conter cláusulas conforme determinação do art. 17-A, § 2º, da Lei 13.003/14, sem, contudo, determinar suas especificidades, que variam conforme operadora, prestador, área geográfica etc.

Assim, sugere-se que a regulamentação preveja a obrigatoriedade de contrato que estabeleça com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente as que determinem:

*“Art. 17-A. ....*

*§2º .....*

*I – o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;*

*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;*

*III – a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;*

*IV – a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;*

*V – as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.”*

Ressalte-se que a regulamentação deve isentar a operadora de penalidade caso não haja concordância do prestador quanto à assinatura do contrato em vigor ou de termo aditivo, reconhecendo formas alternativas de aceitação por parte do prestador quanto ao instrumento jurídico oferecido pela operadora. Conforme foi mencionado anteriormente, sugere-se que a regulamentação reconheça modelos de contrato registrados em cartório, ausência de manifestação contrária por parte do prestador ou da operadora quanto ao contrato enviado, caracterizando aceitação tácita, ou seja, reconhecer a manutenção do atendimento por parte do prestador de serviços ou por parte do pagamento pela operadora como aceitação tácita etc.

Os critérios previstos na Lei 13.003/14 devem estar descritos na regulamentação de forma genérica e deverão ser especificados no contrato de acordo com cada prestador de serviço. As partes devem ter liberalidade para determinar as regras específicas em seus contratos.

Outra proposta da FenaSaúde está relacionada às classes representativas de prestadores. A norma a ser editada pela Agência não deve prever que as entidades médicas poderão ser reconhecidas como representante de prestadores de serviços para fins de negociação.

**Proposta de redação:** Uma proposta de normatização dessa matéria encontra-se anexa.

#### **DEFINIÇÃO DE ANO-CALENDÁRIO**

**Posicionamento:** 1. Os contratos terão suas datas base mantidas, devendo ser negociado a cada 12 meses;

2. A ANS deverá divulgar no prazo improrrogável de 90 dias, contados do início de cada ano-calendário, o critério a ser adotado caso não tenha aceitação, ainda que tácita.

#### **Fundamentação:**

a) Nosso entendimento é que o legislador não teve intenção de restringir a capacidade de negociação das partes.

b) Se a periodicidade do reajuste é anual, a sua apuração necessita ser, obrigatoriamente, anual. Não há sentido num contrato firmado em dez/15, por exemplo, ter a definição de seu reajuste até

30/mar/16. Não haveria informação suficiente disponível para a verificação da evolução de custos incorridos e a efetiva necessidade de ajuste dos valores pactuados.

### **QUANDO O ÍNDICE DEFINIDO PELA ANS DEVE SER UTILIZADO**

**Posicionamento:** Inicialmente deve ser comprovada a necessidade de intervenção do órgão regulador enquadrando-se o caso concreto e individualizado nos seguintes critérios:

- a) Impossibilidade de equacionar a situação por meio das próprias partes envolvidas
- b) A questão envolver interesse público relevante

### **Fundamentação:**

Primeiramente, ressalte-se que a regra estabelecida no § 4º do art. 17-A configura-se como uma delegação “em branco”, conferida à ANS, tendo em vista que *“confere à ANS uma margem de discricionariedade excessivamente ampla. Com efeito, o legislador não definiu standards mínimos para a atuação da ANS. Trata-se de típico caso de delegação “em branco” à agência”,* que poderia ser interpretado como uma violação ao *“princípio da legalidade (arts. 5º, II e 37, caput, CRFB) e o princípio democrático (art. 1º, CRFB)”*. (Trechos do parecer do Dr. Gustavo Binenbojn em destaque).

Não oferece parâmetros mínimos de atuação da ANS e, por conseguinte, inviabiliza o controle de seus atos pelos administrados. Nesse sentido, exige-se que as leis que outorgam competências à Administração revistam-se de um grau mínimo de densidade normativa, suficiente para orientar o agente público e, ao mesmo tempo, possibilitar o controle de seus atos.

Adicionalmente, é importante destacar que a intervenção do Estado no domínio econômico deve obedecer a dois princípios: o da subsidiariedade e o da proporcionalidade. O primeiro determina que a regulação estatal incida apenas sobre situações e conflitos com relevância social, que não possam ser dirimidos autonomamente pelas instituições sociais. Isto é, em regra, os agentes econômicos devem conduzir sozinhos as relações privadas. Contudo, nas excepcionais hipóteses em que (i) a questão envolver interesse público relevante e (ii) o conflito de interesses não puder ser equacionado satisfatoriamente pelas próprias partes envolvidas, cabe ao Estado subsidiariamente regular a matéria.

Ressalte-se que o contrato entre prestador e operadora configura-se como um mercado em que prevalece a livre concorrência, com multiplicidade de *players* e no qual não há qualquer obrigatoriedade de credenciamento para o exercício da atividade. Vale dizer: os hospitais, clínicas e médicos podem optar por se vincular ou não a planos de saúde, além de poderem escolher livremente aqueles que lhes oferecerem as melhores vantagens comparativas.

A restrição à liberdade de iniciativa trazida pela lei também fere o princípio da proporcionalidade, na medida em que não se mostra adequada à promoção da finalidade de redução de conflitos no setor e consequente melhoria da assistência à saúde no Brasil. Teoria econômica destaca que não há qualquer comprovação quanto à relação de causalidade entre, de um lado, a imposição de reajustes anuais e a

interferência da ANS na fixação dos índices de reajuste dos valores contratados, e, de outro, a melhoria do serviço prestado ao consumidor final.

Da mesma forma, é plausível o argumento de que tal alteração legislativa não se mostrava necessária à melhoria da assistência à saúde no Brasil. Com efeito, a determinação de que os contratos sejam escritos e observem cláusulas obrigatórias que disponham sobre seu objeto, vigência, rescisão, reajuste, entre outros, já é suficiente para reduzir a insegurança jurídica dos prestadores e os eventuais conflitos com as operadoras. Assim, vislumbra-se que a imposição da periodicidade anual para os reajustes e a possibilidade de a ANS fixar seus índices revela-se desnecessária para atingir os fins da norma, diante das alterações já introduzidas pelo § 2º do art. 17-A.

Destacamos que a regulamentação infralegal existente atualmente estabelece previsão no próprio contrato nos casos em que não há acordo entre as partes no estabelecimento do reajuste anual. Vejamos, o art. 4º, da IN 49, DIDES estabelece:

*“Art. 4º As partes deverão escolher uma das seguintes formas de reajuste:*

*I - índice vigente e de conhecimento público;*

*II - percentual prefixado;*

*III - variação pecuniária positiva;*

*IV - fórmula de cálculo do reajuste.*

*Parágrafo único. Será admitida a previsão de livre negociação no instrumento jurídico, desde que fique estabelecido que em não havendo acordo até o termo final para a efetivação do reajuste, aplicar-se-á automaticamente uma das formas listadas nos incisos de I a IV deste artigo, que deverá ser expressamente estabelecida no mesmo instrumento.”*

É possível perceber que os contratos atuais, adequados à regulamentação, preveem a possibilidade de livre negociação do reajuste anual. Adicionalmente, nos casos em que a livre negociação não encontrar um ponto comum entre a operadora e o prestador de serviço, automaticamente, é aplicado um critério previamente definido no próprio contrato.

**Assim, entende-se que o número de situações em que a ANS seria acionada para intermediar a definição do reajuste seria bastante reduzido.**

Em relação aos critérios de reajuste, sua definição caberá à ANS, em até 90 dias do início do ano-calendário e somente poderão ser aplicados nos contratos entre operadora e prestadores caso seja verificada ameaça ao interesse público, verificada no caso de prejuízo causado ao beneficiário quando houver, por exemplo, um descredenciamento como consequência da ausência de acordo entre as partes (operadora e prestador).

A regulamentação pela ANS das novidades trazidas pela Lei 13.003/14 deve atentar para não criar desincentivos às contratualizações de novos prestadores de serviços. Se a ANS for excessivamente flexível no acolhimento de pedidos de enquadramento na situação prevista na Lei 13.003/14 “quando for o caso”, haverá grande incentivo aos prestadores não mais firmarem instrumentos jurídicos junto às operadoras, dificultando enormemente a capacidade de ajuste da rede credenciada às oscilações da massa de beneficiários nas diversas regiões do país.

**Proposta de redação:**

**“Art. X A ANS receberá pedidos para definir índice de reajuste nas situações que se enquadrarem cumulativamente nas seguintes condições:**

**I – Não tiver sido oferecido instrumento jurídico pela Operadora ao prestador de serviços ou o instrumento jurídico não estabelecer critério de reajuste.**

**II – A operadora ou o prestador de serviços tiver decidido pelo descredenciamento definitivo da rede assistencial da operadora;**

**III – comprovação de que não há possibilidade de implementação da garantia de atendimento prevista na Resolução Normativa nº 259.**

**§ 1º Os pedidos a que se refere o *caput* poderão ser formalizados por operadoras de planos de saúde ou por prestadores de serviços, individualmente;**

**§ 2º Os pedidos de reajuste deverão ser fundamentados com informações quanto a variação dos custos observados em 12 meses, observando-se o contexto nacional.”**

Uma proposta para o aprimoramento da IN nº 49, observado o discutido no âmbito do grupo de trabalho instituído para esse fim, encontra-se anexa a esta correspondência.

**TEMAS CORRELATOS**

a) Oportunamente, solicitamos que a ANS avalie a possibilidade de disponibilizar a base de dados de rede de serviços, deixando-a livre para atualização numa única correção, de forma a permitir extinguir as inconsistências eventualmente existentes, considerando que desde o início da regulamentação, em razão da própria complexidade deste processo, ocorreram mudanças nos conceitos e sistemas de cadastramento dos produtos. A Federação sugere que a declaração da operadora de que o prestador foi excluído da rede em razão de ter encerrado as suas atividades seja prova suficiente. Se a informação não for verdadeira, sabe-se que a operadora poderá ser penalizada, conforme previsto no artigo 38 da RN 124, por fornecer informações falsas à ANS:

*Art. 38. Fornecer à ANS, exceto na hipótese do art. 33, informações ou documentos falsos ou fraudulentos:*

*Sanção - multa de R\$ 100.000,00;*

*suspensão do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias.*

*Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem prejuízo da multa. **[grifo nosso]***

A FenaSaúde agradece a oportunidade de contribuir para o processo de regulamentação do setor e se coloca à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

**JOSÉ CECHIN**  
Diretor-Executivo



Anexo 1 – Versão comentada

Minuta de Resolução Normativa e Instrução Normativa para a regulamentação do art. 17-A

**Proposta de resolução que visa regulamentar o §2º, do art. 17-A**

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN XXXX

*Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços.*

**FenaSaúde: propomos a consolidação das Resoluções atuais.**

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 3º e no inciso II, do art. 4º, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei 9.961, de 2000, considerando XXXXX em reunião realizada em XXXXX, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art.1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão propor aos prestadores de serviços credenciados, referenciados e contratados no ato da contratação instrumentos formais jurídicos firmados que observem os termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa. (RN 42, 54, 71)

*Parágrafo Único: Os termos e condições deverão ser observados quanto aos instrumentos firmados após o início de vigência dessa Resolução.*

**FenaSaúde:**

- a) **propomos a consolidação das Resoluções atuais;**
- b) **a norma deverá ser aplicada aos instrumentos jurídicos firmados após o início de vigência da Lei 13.003/14.**

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se lhes os princípios da teoria geral dos contratos. (RN 42, 54, 71)

Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam: (RN 42, 54)

**FenaSaúde:**

- a) **Sugerimos a exclusão do detalhamento quanto à qualificação das partes, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14.**
- b) **Adicionalmente, não vemos a necessidade de registro no contrato do número do CNES. Conforme a própria norma RN 54 considera em seu parágrafo único do art. 3º, há diversas situações em que o**

prestador não possui cadastro atualizado no CNES. Adicionalmente, o acompanhamento dessa informação junto ao site do Datasus e posterior elaboração de aditivo traz custos administrativos sem efetiva contrapartida no sentido de benefício às partes. Sugerimos a revogação da RN 79, que instituiu a obrigação de inclusão nos contratos de prestadores de consultórios as informações referentes ao registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Entendemos que a operadora não tem controle sobre a atualização do CNES pelos prestadores e que muitos prestadores sequer possuem número do CNES, em especial os de consultórios. Essa exigência cria obstáculos contratuais que prejudicam ambas as partes.

II - objeto e natureza do contrato, bem como descrição de todos os serviços contratados: (RN 42, 54)

*FenaSaúde: sugerimos a exclusão do detalhamento, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14;*

a) no caso de prestador que tenha internação, padrão de acomodação e as seguintes cláusulas correlatas:

1. previsão de que inexistindo vaga na acomodação contratada pelo consumidor, a internação do mesmo ocorrerá em acomodação superior.

2. *definição da responsabilidade pelo ônus decorrente de internação em acomodação superior, em observância ao artigo 33 da Lei 9.656 de 1998;*

*FenaSaúde: entendemos que a definição do ônus para a situação prevista no art. 33 da Lei 9.656 de 1998 deve ser negociada entre as partes e registrada em contrato.*

III - prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com: (RN 42, 54, 71)

a) definição dos valores dos serviços contratados; (RN 42, 54, 71)

b) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora; (RN 42, 54, 71)

*FenaSaúde: sugerimos a exclusão do detalhamento, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14*

IV – a) vigência dos instrumentos jurídicos: (RN 42, 54, 71)

b) regras para prorrogação ou renovação: (RN 42, 54, 71)

*FenaSaúde: sugerimos a exclusão do detalhamento, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14*

V - critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação: (RN 54, 71)

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação: (RN 42)

*FenaSaúde: a) sugerimos a exclusão do detalhamento, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14.*

*a) o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias para a notificação expressa e formal da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço, inclusive decorrente do encerramento das suas atividades.*

Parágrafo único: nas situações de descumprimento contratual por parte do prestador, sem a comunicação com o prazo acima estipulado, não poderá ser exigido da operadora a comunicação com antecedência de 30 dias aos seus beneficiários, não podendo a mesma ser penalizada.

FenaSaúde: a) sugerimos a exclusão do detalhamento, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14;  
b) caso a ANS não concorde com a exclusão integral da alínea c, sugerimos a exclusão do subitem 4, em vista da impossibilidade operacional para a sua implementação.

FenaSaúde: sugerimos a exclusão do inciso VI, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14

VII - direitos e obrigações, , contemplando: (RN 54)

- a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18, da Lei 9.656, de 1998; (RN 42, 54)
- b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade; (RN 42, 54)
- c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade; (RN 42, 54)
- d) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e (RN 54)
- e) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual. (RN 42, 54)

FenaSaúde: sugerimos a exclusão de itens específicos, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14, incluindo-se os seguintes:

- a) a vedação da utilização de agendas com prazos de marcação diferenciados e qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação de consultas entre o paciente consumidor de plano ou seguro privado de assistência à saúde e o paciente custeado por recursos próprios; (Projeto de Lei 525/13)
- b) autorização para divulgação dos atributos de qualificação da entidade hospitalar contratada
- c) obrigação de comunicação expressa e formal com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias no caso de suspensão temporária do atendimento, indicando o período e os serviços que estarão indisponíveis; e
- d) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

FenaSaúde: sugerimos a exclusão do art. 3º, visto não estar explicitado na Lei 13.003/14.

FenaSaúde: Sugere-se a inclusão do seguinte dispositivo:

*Art. 5º As operadoras de saúde não serão responsabilizadas nas hipóteses de: i) inobservância por parte dos prestadores de serviços aos normativos editados pela ANS que versam sobre a relação com sua rede credenciada, contratada, referenciada, cooperada; e ii) pelo descumprimento, pelos prestadores de serviços, das obrigações contratuais.*

FenaSaúde: Sugere-se a inclusão do seguinte dispositivo:

*Art. 6º Ficam revogadas as Resoluções Normativas 42, 54, 71, 241 e a IN nº 49, da DIDES.*

Art. 7º Esta Resolução Normativa entra em vigor em 180 (cento e oitenta) dias da data de sua publicação. (RN nº 54)

FenaSaúde: prazo mínimo para a adequação dos modelos contratuais em vigor e organização dos sistemas das operadoras para a implementação da norma.

**Proposta de Instrução Normativa que visa regulamentar o dispositivo de critério, forma e periodicidade do reajuste dos valores dos serviços contratados junto aos prestadores da rede credenciada.**

**Proposta de alteração a IN 49, da DIDES.**

INSTRUÇÃO NORMATIVA 49, DE 17 DE MAIO DE 2012

*Regulamenta o critério de reajuste, conforme disposto na alínea "c" do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas - RN 42, de 4 de julho de 2003; 54, de 28 de novembro de 2003; e 71, de 17 de março de 2004.*

A Diretora responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIDES/ANS, XXXXX, resolve:

Art. 1º Esta IN regulamenta a forma e a periodicidade do reajuste, conforme disposto XXXXX.

Art. 2º Para fins de aplicação desta IN define-se:

- I - periodicidade do reajuste: é o intervalo de tempo cujos termos inicial e final são demarcados para efetivação do reajuste; e
- II - forma do reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

Art. 3º A forma e a periodicidade do reajuste devem ser expressas no instrumento jurídico de modo claro, objetivo e de fácil compreensão.

Art. 4º As partes deverão escolher a forma de reajuste que deverá ser expressamente estabelecida no instrumento jurídico, podendo ser previstas as seguintes de forma individual ou combinada:

- I – livre negociação
- II - índice vigente e de conhecimento público;
- III - percentual prefixado;
- IV - variação pecuniária positiva;
- V - fórmula de cálculo do reajuste.

§ 1º. Quando a escolha for o inciso I deste artigo, essa não poderá ser considerada de forma individual, devendo ser combinada com pelo menos mais uma das formas listadas nos incisos II a V deste artigo.

§ 2º A fórmula prevista no inciso V poderá considerar informações, tais como:

- I – informações acerca da necessidade de reposição de diárias e taxas;
- II – evolução do número de atendimentos a beneficiários;
- III – evolução do custo global com beneficiários;
- IV - evolução do custo médio por beneficiário;
- V – parâmetros de qualidade na prestação do serviço assistencial;
- VI – parâmetros de racionalização do uso de recursos;
- VII – dentre outros

Art. 5º É vedada cláusula de reajuste baseada em fórmula de cálculo do reajuste ou percentual prefixado que o seu resultado seja sempre igual ou inferior a zero. Art. 7º

Art. 6º No relacionamento entre cooperativas e cooperados, a deliberação da Assembléia Geral, de que trata a Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, atende à alínea "c" do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas - RN 42, de 4 de julho de 2003; 54, de 28 de novembro de 2003; e 71, de 17 de março de 2004.

Art. 7º Para os instrumentos jurídicos que não estiverem em conformidade com as regras estabelecidas nesta Instrução Normativa, as operadoras de planos privados de saúde terão que se adequar no prazo m Para os instrume, a partir da publicação desta IN.

Art. 8º Esta Instrução Normativa entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação.

Anexo 3 – Ofício 035/2013/DISAU – FenaSaúde

---

<sup>i</sup> “Art. 5º, (...)

XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;”

<sup>ii</sup> Segundo Caio Mário da Silva Pereira, ato jurídico perfeito “[é] o ato plenamente constituído, cujos requisitos se cumpriram na pendência da lei sob cujo império se realizou, e que ficou a cavaleiro da lei nova.” (Caio Mário da Silva Pereira, 'Instituições de Direito Civil', 24ª ed., Rio de Janeiro: Forense, v. I, 2011, p. 49). Segundo a Lei de introdução às normas do direito brasileiro, “reputa-se a jurídico perfeito o já consumado segundo a lei vigente ao tempo em que se efetuou.” (art. 6º, Decreto-Lei nº 4.657/1942).

<sup>iii</sup> Confira-se, a respeito, GABBA, Carlo Francesco. *Teoria della retroattività delle leggi*, 1868.

<sup>iv</sup> Confira-se, a este respeito, trecho do paradigmático voto do Min. Moreira Alves, na ADI 439/DF, j. em 25.06.1992: “Dá-se a retroatividade máxima (também chamada restitória, porque em geral restitui as partes ao seu ‘status quo ante’), quando a lei nova ataca a coisa julgada e os fatos consumados. (...) A retroatividade é média quando a lei nova atinge os efeitos pendentes de ato jurídico verificados antes dela, (...). Enfim, a retroatividade é mínima (também chamada temperada ou mitigada), quando a lei nova atinge apenas os efeitos dos atos anteriores produzidos após a data em que ela entra em vigor.”

<sup>v</sup> BARROSO, Luís Roberto. *Temas de direito constitucional – tomo III*. RJ: Renovar, 2005, p. 141 e 158-159.