



ANDESS



FPESS

POLICY PAPER · DOCUMENTO DE APOIO À TRAMITAÇÃO · VERSÃO 2 –
REVISADA PELO TEXTO OFICIAL PROTOCOLADO (24/08/2026)



ANDESS

Aliança Nacional em Defesa da Ética na
Saúde Suplementar



FPESS

Frente Parlamentar em Defesa da Ética na
Saúde Suplementar

Marco Legal da Integridade Assistencial, da Governança e da Sustentabilidade da Saúde Suplementar

Fundamentação técnica e política do **PL nº 2.976/2026 — 701 artigos**, em 34 títulos e 151 capítulos — apresentado pelo Dep. Federal Marangoni, Vice-Presidente da FPESS, em 09/06/2026, com base no parecer técnico da ANDESS.

Projeto de Lei

PL nº 2.976/2026

Apresentação

09 / 06 / 2026

Autoria política

Dep. Marangoni · FPESS

01 • SUMÁRIO EXECUTIVO

O que o PL 2.976/2026 propõe, e por quê

A saúde suplementar brasileira opera hoje sob um modelo em que a negativa assistencial virou instrumento de gestão financeira. O PL 2.976/2026 inverte essa lógica: coloca a vida acima da lucratividade como princípio reitor (Art. 3º), responsabiliza criminalmente o desenho deliberado de barreiras ao cuidado, e devolve ao médico — assistente e auditor — o centro da decisão clínica.

O eixo principal: cinco frentes de combate

O modelo imposto pelas operadoras se sustenta sobre cinco práticas que o PL ataca de frente.

01

Automação de negativas

02

Imposição de limite de gastos

03

Desrespeito à autonomia médica

04

Restrição de acesso a novas tecnologias

05

Comprometimento da dignidade humana

Esse modelo é o **principal causador da explosão de processos contra os planos de saúde** — 657 mil novas ações em 2024 e êxito médio do paciente superior a 85%. Onde a negativa virou rotina, o Judiciário virou a única porta de acesso ao cuidado contratado.

Cinco perguntas que o documento responde

1. Por que o modelo de fiscalização atual faliu?
2. O que muda para o beneficiário?
3. O que muda para o médico?
4. Quais condutas passam a ser crime?
5. Como se garante a sustentabilidade do setor sem caps de cuidado?

Tese central

A negativa de cuidado deixa de ser uma decisão administrativa de baixo custo e passa a ser um ato sujeito a ônus, a controle médico e, no limite, a responsabilização penal.

A sobrecarga do Judiciário

O modelo de negativa transferiu ao Judiciário a função de autorizar cuidado. Segundo o **TCU**, os processos contra planos de saúde saltaram de cerca de 170 mil (2022) para mais de 300 mil em 2024; processos contra operadoras já respondem por aproximadamente **47% das ações de saúde** no país, com mais de **80% das decisões favoráveis aos pacientes** (FGV). A judicialização não nasce no fórum — nasce na negativa.

53,2 mi

beneficiários de planos de saúde

ANS · dez/2025

657 mil

novos processos judiciais de saúde

CNJ/DataJUD · 2024

R\$ 4,6 bi

despesas judiciais das operadoras

análise setorial · 2025

★ PONTOS PRINCIPAIS

Os eixos estruturantes do PL 2.976/2026

Síntese dos pilares que diferenciam esta proposta de toda a legislação anterior do setor. Cada eixo é desenvolvido nas seções correspondentes.

01 Autoria e liderança política

Apresentado pelo Dep. Federal Marangoni, **Vice-Presidente da FPESS**, com fundamentação técnica da ANDESS.

02 Diálogo técnico obrigatório como condição de validade da auditoria

Nenhuma negativa é válida sem diálogo prévio entre médico auditor e médico assistente (Art. 56 §2º e Art. 380). Negativa sem diálogo é nula de pleno direito.

03 Proteção do médico auditor contra influência comercial

O auditor é resguardado de metas, bônus e pressões econômicas que distorçam a decisão clínica (Arts. 268–270).

04 Regulação da relação médico–indústria

Transparência obrigatória de vínculos entre profissionais, operadoras e indústria de produtos e dispositivos de saúde.

05 Combate à fraude e ao desvio do ato médico

Enfrentamento da fraude no setor em ambos os sentidos — operadora e prestador — e do uso do **ato médico para ganho financeiro** ou sua vinculação a interesses comerciais (Art. 637 §1º). A própria auditoria do TCU apontou a fragilidade dos mecanismos de prevenção a fraudes como risco estrutural do setor.

06 Revisão do ato médico e certificação de especialidade

Indicação de procedimentos de **média e alta complexidade** vinculada à certificação de especialista reconhecida (**RQE**), qualificando a indicação e protegendo o paciente — sem converter a especialização em barreira de mercado.

07 Saúde suplementar como vetor de desenvolvimento tecnológico

O setor é reconhecido como motor de inovação e incorporação tecnológica em saúde (Art. 2º §3º), não como mero gestor de risco.

08

Combate à imposição de limite de gastos (pacotização)

Vedação a pacotes e tetos financeiros que interfiram na **autonomia profissional** ou limitem o acesso a cuidado e a tecnologias em saúde, em consonância com a Lei 9.656/98 (Art. 1º, I — "sem limite financeiro"). A decisão sobre o que o paciente precisa não pode ser pré-comprimida por um pacote.

09

Combate à concentração econômica e ao favorecimento de fornecedores

Vedação a decisões, credenciamentos e processos assistenciais desenhados **em benefício de fornecedor ou prestador específico** e a protocolos e sistemas concebidos para favorecer interesses econômicos (Art. 200, V e VI); a **concentração econômica** que comprometa a concorrência e a liberdade de escolha do beneficiário entra no radar de supervisão do equilíbrio do setor (Art. 318, II). O ato médico não pode ser terceirizado (Art. 377) nem ter sua prescrição capturada comercialmente (Art. 376).

10

Ressarcimento ao SUS rastreável e automatizado

Novo regime de ressarcimento ao SUS (Título XX, Cap. II — Arts. 438 a 445): sistemas eletrônicos **auditáveis e interoperáveis**, rastreabilidade integral dos créditos, integração com a saúde digital nacional e inteligência regulatória para cobrança efetiva, com regulamentação em 180 dias — fechando a brecha do subfaturamento ao sistema público.

11

Piso nacional de honorários médicos

A **CBHPM** passa a ser referência obrigatória de remuneração (Art. 384), com vedação expressa à **pacotização de honorários** e a códigos únicos que reduzam a remuneração; piso legal de **130% da tabela SUS** para atos equivalentes (Art. 385) e vedação à glosa posterior de procedimento autorizado (Art. 383).

12

Crime contra a dignidade humana — proposta pioneira mundial

Tipificação inédita (Arts. 637-638), equiparada a hediondo, a ser apresentada à **OMS** e à **Corte Interamericana de Direitos Humanos** como modelo internacional.

13

Combate à concentração de poder econômico e à captura de reguladores

Mecanismos contra a captura de entidades reguladoras e a concentração que esvazia a concorrência no setor.

14

Prevenção à captura institucional e regime de conflitos de interesse

Quarentena de **12 meses** de saída para diretores da ANS (Art. 184) e de entrada para quem vem de entidade regulada (Art. 186), com restrições pós-exercício (Art. 183); regime autônomo de **conflitos de interesse** para toda a cadeia — operadoras, auditorias, certificadoras e fornecedores de tecnologia (Título X, Arts. 198–217) — e **crime de ocultação dolosa de conflito** de interesse (Art. 631). O Sistema Nacional de Ética na Saúde Suplementar (Título XXIV) atua em cooperação com os conselhos profissionais.

15

Moralização pioneira que abre caminho ao SUS

A reforma da saúde suplementar é apresentada como marco moralizador que cria condições para o fortalecimento do próprio SUS.

02 · CONTEXTO E DIAGNÓSTICO**Falência fiscalizatória: um modelo ultrapassado e capturado**

O que falhou não foi a "autorregulação" — foi a **fiscalização**. O setor movimenta cerca de R\$ 337 bilhões em receita assistencial e cobre 53,2 milhões de vidas sob um modelo de controle ultrapassado e sujeito à **captação institucional e política**, em que o fiscalizado influencia o fiscalizador. O resultado: a relação operadora-beneficiário migrou em massa para o Judiciário, com êxito médio do paciente superior a 85% nas ações analisadas — sinal de que a negativa, e não a exceção, tornou-se rotina de gestão.

O ciclo da negativa como modelo de negócio

Quando negar custa menos do que autorizar — porque parte dos

O custo oculto repassado ao SUS

Beneficiários com negativa frequentemente recorrem à rede pública, transferindo ao SUS um

beneficiários desiste, e só uma fração judicializa — a negativa deixa de ser exceção técnica e vira política operacional. O PL ataca exatamente esse cálculo: torna a negativa cara, rastreável e, no abuso reiterado, criminosa.

custo que o setor privado já recebeu para cobrir. O ressarcimento previsto hoje é inefetivo; o PL o reconstrói sobre sistemas eletrônicos auditáveis, rastreabilidade dos créditos e integração de dados (Arts. 438-445).

A sinistralidade e a concentração da cadeia

Parte relevante do custo (a sinistralidade) não decorre do excesso de cuidado, mas da **intermediação**: redes que concentram, numa só cadeia comercial, plano, hospital e fornecedores de medicamentos e produtos — capturando margem em cada elo.

O problema: cadeia fechada e prescrição cativa

Algumas redes verticalizadas impõem **fornecedores próprios** ao corpo clínico: o médico não pode prescrever materiais, medicamentos ou produtos fora da cadeia comercial da rede. O ato médico deixa de ser técnico e passa a ser capturado comercialmente — e o custo, em vez de cair, é redistribuído dentro do mesmo grupo econômico.

A proposta: cortar o favorecimento e devolver a escolha ao médico

O PL veda que credenciamentos, contratações e processos assistenciais sejam conduzidos em benefício de fornecedor ou prestador específico e que protocolos e sistemas sejam concebidos para favorecer interesses econômicos (Art. 200, V e VI); proíbe a terceirização do ato médico (Art. 377) e trata a interferência econômica deliberada sobre a prescrição como ilícito de extrema gravidade (Art. 376). Ao cortar a prescrição cativa, reduz-se a sinistralidade sem comprimir o acesso.

Evidências institucionais: SENACON e TCU

Recorde de reclamações — SENACON / Ministério da Justiça

Em 2025, a Secretaria Nacional do Consumidor registrou cerca de **35 mil queixas** contra planos de saúde — o maior volume em 12 anos, próximo de quatro reclamações por hora — tendo a **negativa de cobertura como principal motivo** (mais de 60% das queixas, conforme o relatório). A escalada é contínua: 12 mil em 2022, 19 mil em 2023, 31 mil em 2024.

Ineficiência regulatória da ANS — TCU (acórdão de 06/05/2026)

A auditoria operacional do Tribunal de Contas da União apontou **fragilidades de governança**, baixa efetividade da fiscalização e da indução de qualidade, deficiência na integração de dados e fragilidade dos mecanismos de prevenção a fraudes. O TCU atribuiu a explosão da judicialização à **insegurança e ineficiência regulatória** e determinou plano de ação em 180 dias.

Mais de 260 propostas legislativas encontram-se apensadas ao PL 7.419/2006 sem consolidação. O PL 2.976/2026 não é mais um apenso: é um **marco legal completo**, com framework penal próprio, regime de decisões automatizadas e arquitetura de governança.

03 • OS QUATRO PILARES

A arquitetura principiológica

I • A vida acima da lucratividade

Art. 3º estabelece a primazia da vida e da integridade do beneficiário como vetor interpretativo de todo o marco. Toda dúvida razoável resolve-se em favor do cuidado.

II • Inversão do ônus da prova

Art. 6º: cabe à operadora demonstrar a licitude técnica da negativa, não ao beneficiário provar seu direito. Inverte a assimetria estrutural de informação e

poder.

III · Aprovação tácita

Art. 7º: o silêncio da operadora dentro do prazo equivale a autorização. O tempo deixa de ser arma de desgaste contra o paciente.

IV · Efeito imediato e prazo de adequação

Art. 5º: vigência imediata dos direitos do beneficiário, com prazo de 180 dias para a ANS regulamentar a operacionalização.

Art. 3º

Art. 5º

Art. 6º

Art. 7º

Lei 9.656/98 Art. 1º, I – "sem limite financeiro"

04 · RESPONSABILIZAÇÃO CRIMINAL

O crime contra a dignidade humana na assistência à saúde

Inovação central e pioneira em escala internacional. O Título XXX (Arts. 637–638) tipifica como crime o **desenho deliberado de um modelo operacional** destinado a dificultar, restringir ou negar acesso ao cuidado para garantir ou majorar lucro — alcançando tanto a estrutura corporativa quanto o profissional que se preste a isso.

Art. 637 — núcleo do tipo

Manter, instituir ou operar modelo deliberado de barreira ao acesso assistencial sob motivação financeira. Entre as condutas alcançadas: negativa automatizada sem avaliação médica; auditoria por não médico; metas e bônus de negativa; substituição da decisão clínica por IA; e a reiteração de negativas abusivas (Art. 628), a negativa fraudulenta com risco grave (Art. 632) e a fraude em sistemas automatizados (Art. 633).

§1º — alcança o profissional médico que utilize o ato médico para interesse financeiro ou pessoal, interferindo na decisão clínica sob motivação econômica.

3–8 anos

conduta-base

5–12 anos

com dano agravado

8–20 anos

resultado morte /
incapacidade

Art. 638 — equiparação a crime hediondo

Quando a conduta resultar em morte, incapacidade permanente, agravamento irreversível ou dano coletivo, equipara-se a crime hediondo nos termos da Lei 8.072/1990 — inafiançável e insuscetível de graça ou anistia. É a primeira proposta no mundo a tratar a negativa sistemática de cuidado como ofensa equiparável às mais graves do ordenamento.

Arts. 637–638

Art. 628

Art. 632

Art. 633

Arts. 629–631 / 634–636

Lei 8.072/1990

05 • AS PRINCIPAIS INOVAÇÕES

Situação atual → proposta

01 Diálogo técnico obrigatório

HOJE

Negativa emitida por auditor, muitas vezes não médico, sem contato com o assistente.

PL 2.976

Diálogo prévio entre auditor e assistente como condição de validade (Art. 56 §2º; Art. 380). Sem diálogo, negativa nula.

02 Auditoria médica protegida

HOJE

Auditor sob metas e bônus atrelados ao volume de negativas.

PL 2.976

Vedação de incentivos à negativa; proteção do auditor contra interferência comercial (Arts. 268-270).

03 Reembolso com prazo e crime**HOJE**

Reembolso lento, parcial e sem garantia; pré-autorização ignorada na hora de pagar.

PL 2.976

Análise e pagamento em até 30 dias (Art. 359), com deferimento tácito no silêncio (Art. 7º); piso do reembolso = valor efetivamente gasto quando a rede falha (Art. 349); negativa sempre motivada, com acesso à memória de cálculo (Arts. 352-353); vedada a glosa posterior do procedimento autorizado (Art. 383); falsificar documento ou parecer para influenciar reembolso ou glosa é crime (Art. 630).

04 Junta Técnica independente + SUASS**HOJE**

Recursos analisados pela própria operadora, juiz e parte do mesmo conflito.

PL 2.976

Junta Técnica de Resolução de Conflitos da Saúde Suplementar — JTRC (Título VI), com procedimento prioritário e conclusão em até 72h nos casos urgentes (Art. 85) e avaliação em duplo cego nas controvérsias complexas (Arts. 97-98); e o SUASS (Título VII), plataforma nacional que dá ao beneficiário acesso em tempo real ao histórico de suas solicitações, negativas e recursos (Art. 110, I).

05 Piso de honorários

HOJE

Honorários aviltados, descolados do custo e da complexidade do ato.

PL 2.976

CBHPM como referência obrigatória (Art. 384), piso de 130% da tabela SUS (Art. 385) e vedação à pacotização de honorários.

06 Quarentena anticaptura

HOJE

Trânsito imediato entre operadoras, reguladores e conselhos; membros de conselhos sujeitos a vínculos e pressões que desvirtuam a fiscalização.

PL 2.976

Quarentena de 12 meses de saída e de entrada na ANS (Arts. 184 e 186), regime de conflitos de interesse para toda a cadeia (Arts. 198–217) e crime de ocultação de conflito (Art. 631).

07 Fim da pacotização abusiva

HOJE

Pacotes e tetos financeiros limitam materiais, tecnologias e condutas, comprimindo o cuidado por dentro.

PL 2.976

Vedação a limites de gasto que firam a autonomia ou restrinjam acesso e tecnologia — Lei 9.656/98, "sem limite financeiro".

08 Ato médico e certificação

HOJE

Indicação de procedimentos complexos sem exigência clara de qualificação reconhecida.

PL 2.976

Procedimentos de média e alta complexidade vinculados à certificação de especialista (RQE).

O limite da máquina diante do ato médico

O PL não proíbe a tecnologia — proíbe que ela substitua a decisão clínica. Sistemas automatizados podem triar e apoiar, nunca negar cuidado sem revisão médica humana e fundamentada.

Fundamento nacional

LGPD Art. 20 (revisão de decisões automatizadas); Lei 12.842/2013 (Lei do Ato Médico); Res. CFM 1.614/2001 e Res. CFM 2.448/2025; CEM Art. 8º. A negativa por algoritmo sem médico responsável é nula e, se reiterada, criminosa.

Convergência internacional

GDPR Art. 22 e EU AI Act (Reg. UE 2024/1689) classificam IA em saúde e seguros como alto risco; CJEU C-634/21 (SCHUFA); Colorado SB 21-169; NAIC Model Bulletin on AI. Tendência global, não legislação idêntica.

07 · ATO MÉDICO, CERTIFICAÇÃO E LIMITES DE GASTO

Reestruturação do ato médico, RQE e fim da pacotização

A proposta inscreve a **revisão do ato médico** como pauta: vincula a indicação de procedimentos de **média e alta complexidade** a profissionais com certificação de especialista reconhecida via **RQE (Registro de Qualificação de Especialista)**, protegendo o paciente e qualificando a indicação — sem transformar a especialização em barreira de mercado.

O que muda na prática

A decisão sobre conduta e complexidade volta a ser do médico habilitado, não do gestor financeiro. A operadora não pode descredenciar ou pressionar profissional por excesso de indicações

tecnicamente fundamentadas (Arts. 268–270). A interferência comercial no ato médico passa a ter consequência penal.

Combate à pacotização e ao limite de gastos

A imposição de pacotes fechados e tetos financeiros — a "pacotização" — é vedada quando interfere na autonomia profissional ou limita o acesso ao cuidado e às tecnologias em saúde. O paciente não pode ter sua necessidade clínica pré-comprimida por um pacote desenhado para conter custo.

Fundamento legal

Lei 9.656/98, Art. 1º, I, define a cobertura assistencial "**sem limite financeiro**". O teto de gastos que restringe acesso ou tecnologia contraria a própria natureza do contrato de plano de saúde.

Por que importa

A pacotização é uma das formas mais silenciosas de compressão assistencial: não nega abertamente, mas limita por dentro — restringe materiais, dispositivos e condutas que o pacote não comporta, transferindo o risco ao paciente e ao médico.

Lei 9.656/98 Art. 1º, I

Lei 12.842/2013

Res. CFM 2.448/2025

CEM Art. 8º

RQE

média e alta complexidade

08 • CONCEITO INÉDITO

Compressão assistencial

Conceito cunhado no parecer ANDESS para nomear o fenômeno que o PL combate: a redução progressiva e deliberada do acesso real ao cuidado, sem alteração formal do contrato — por glosas, prazos, exigências documentais e negativas seriadas.

Como se manifesta

O contrato permanece intacto no papel, mas o acesso encolhe na prática: cada etapa adiciona atrito até que o beneficiário desista ou judicialize. A soma de pequenas barreiras lícitas produz um resultado ilícito.

Por que precisa de nome

Nomear o fenômeno permite combatê-lo juridicamente: o PL passa a olhar o **padrão** de conduta, não apenas a negativa isolada — que é onde reside o crime do Art. 637.

09 · REEMBOLSO E DIREITOS DO BENEFICIÁRIO

Prazos, garantias e crime na fraude documental (Título XVI — Arts. 347 a 372)

DIREITO	REGRA DO PL
Análise e pagamento do reembolso	Até 30 dias da entrega da documentação (Art. 359); rol documental mínimo e taxativo (Art. 360)
Rede insuficiente ou indisponível	Reembolso pelo valor efetivamente gasto — vedada a limitação à tabela (Art. 349)
Contestação da negativa ou glosa	Procedimento simplificado, decisão fundamentada em até 30 dias (Arts. 365–369)
Procedimento pré-autorizado	Vedada a glosa posterior; a autorização gera obrigação jurídica da operadora (Art. 383)
Aprovação tácita	Silêncio no prazo = autorização (Art. 7º)
Fraude documental em reembolso ou glosa	Crime (Art. 630 — reclusão de 3 a 8 anos), alcançando quem altera laudo, parecer ou documento para influenciar reembolso, glosa ou cobertura — prestador ou operadora

Bidirecionalidade

A fraude é criminalizada nos dois sentidos: protege o sistema contra abuso de prestadores e protege o beneficiário contra a negativa indevida disfarçada de glosa. A simetria é o que confere legitimidade à norma.

Arts. 347–372

Art. 383

Art. 630

Art. 7º

09-A · DEFESA DO CONSUMIDOR E DIREITOS DO BENEFICIÁRIO

O que o PL entrega ao consumidor de plano de saúde (Títulos III e XXIII)

O Código de Defesa do Consumidor é preservado integralmente (Art. 524) e ganha, na saúde suplementar, uma camada de direitos autoaplicáveis (Art. 5º) e de estrutura pública de proteção.

DIREITO	REGRA DO PL
Informação mínima obrigatória	Coberturas, rede, prazos, critérios de autorização e reajuste, exigíveis desde a vigência e sem regulamentação (Arts. 13–15)
Revisão administrativa gratuita	De qualquer negativa, glosa, autorização parcial ou reembolso, por unidade independente, em até 10 dias úteis — 48 horas em urgência (Art. 16)
Devido processo assistencial	Ciência dos fundamentos, acesso aos pareceres e protocolos, direito de manifestação e decisão motivada (Art. 17); revisão administrativa não condiciona o acesso ao Judiciário (Art. 18)
Práticas abusivas tipificadas	Negativa sem fundamentação individualizada, justificativas genéricas, exigências repetitivas, metas de glosa, critérios exclusivamente econômicos, sigilo empresarial oposto ao beneficiário (Arts. 19–20)

Direitos digitais	Transparência sobre algoritmos e IA usados em decisões que afetem o beneficiário; supervisão humana obrigatória (Arts. 22–25)
Vulnerabilidade presumida e ônus invertido	Nas esferas administrativa, regulatória e judicial (Art. 6º)
Deferimento tácito	Silêncio ou resposta genérica no prazo = autorização, cobertura ou reembolso nos termos do pedido (Art. 7º)
Reparação	Solidariedade de toda a cadeia (Art. 618) e dano moral presumido na negativa de urgência e na interrupção de tratamento (Art. 619, §2º)

Programa Nacional de Defesa do Consumidor da Saúde Suplementar — PNDCSS

Instituído pelo Art. 525 e coordenado entre ANS, Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e Ministério da Justiça (Art. 527): educação, transparência ativa, indicadores de efetividade da proteção (Art. 529) e prioridade a soluções céleres e menos onerosas (Art. 530).

Núcleos especializados em saúde suplementar nos PROCONs

A União promove, com o SNDC, a criação e o fortalecimento de núcleos especializados (Arts. 533–539): orientação técnica, análise de reclamações, mediação, capacitação, relatórios periódicos sobre práticas abusivas — o modelo **Procon Saúde**, já premiado pelo CNJ em Campina Grande, ganha assento na lei.

Cooperação ANS ↔ órgãos de defesa do consumidor

Acordos e protocolos de atuação conjunta (Art. 540), painéis e relatórios da ANS aos PROCONs (Art. 542), encaminhamento de reclamações recorrentes à ANS

Transparência em tempo real

Pelo SUASS, o beneficiário acessa gratuitamente o histórico de suas solicitações, autorizações, negativas, glosas, recursos e reembolsos (Art. 110, I).

(Art. 543), capacitação (Art. 544) e fórum permanente de articulação (Art. 546).

Arts. 12–25

Art. 524

Arts. 525–532

Arts. 533–539

Arts. 540–547

CDC – Lei 8.078/1990

10 • RESPONSABILIZAÇÃO NAS TRÊS ESFERAS

Civil, administrativa e penal

Civil

Reparação integral, com inversão do ônus da prova (Art. 6º) e dano moral presumido na negativa ou retardo de urgência e na interrupção indevida de tratamento continuado (Art. 619, §2º).

Administrativa

Sanções da ANS (Título XXVIII), ressarcimento ao SUS rastreável e automatizado (Arts. 438–445); responsabilidade solidária de toda a cadeia — operadora, auditoria e fornecedores de tecnologia — com direito de regresso (Arts. 618 e 624).

Penal

Framework dos Arts. 628–638, com o crime contra a dignidade humana equiparado a hediondo no Art. 638.

Bidirecional e proporcional

A responsabilização alcança operadora e profissional que instrumentalize o ato médico para fim financeiro (Art. 637 §1º) — preservando o médico que age tecnicamente e punindo quem captura a decisão clínica.

11 • IMPACTO POR PARTICIPANTE

Quem ganha o quê

PARTICIPANTE	ANTES	COM O PL 2.976
Beneficiário	Negativa, desgaste, judicialização	Aprovação tácita, prazos firmes, ônus invertido
Médico assistente	Decisão sobreposta pela auditoria	Diálogo obrigatório, autonomia protegida
Médico auditor	Metas de negativa, pressão comercial	Proteção legal contra interferência (268-270)
SUS	Absorve custo sem ressarcimento real	Ressarcimento rastreável, auditável e integrado (Arts. 438-445)
Operadora idônea	Concorre com quem nega para lucrar	Mercado nivelado por integridade

12 • REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

Convergência regulatória global

O eixo de decisões automatizadas dialoga com a tendência regulatória internacional, enquadrada como convergência de princípios — não como transplante de legislação idêntica.

INSTRUMENTO	CONTRIBUIÇÃO
GDPR Art. 22 (UE)	Direito à revisão humana de decisão automatizada
EU AI Act (Reg. UE 2024/1689)	IA em saúde/seguros como alto risco
CJEU C-634/21 (SCHUFA)	Scoring automatizado sujeito ao Art. 22
Colorado SB 21-169 (EUA)	Vedação de discriminação algorítmica em seguros
NAIC Model Bulletin on AI	Governança de IA por seguradoras

O **crime contra a dignidade humana** (Art. 638) é projetado para apresentação à **OMS** e à **Corte Interamericana de Direitos Humanos** como modelo pioneiro de responsabilização por violação sistemática de direitos no acesso à saúde.

13 · IMPLEMENTAÇÃO E APÊNDICES

Linha do tempo e fundamentos

Cronologia da articulação

- 16/12/2025
Lançamento oficial da FPESS — Auditório Nereu Ramos, Câmara dos Deputados.
- 2025–2026
Audiências nas Comissões de Defesa do Consumidor e de Saúde; pedido de CPI com 173 assinaturas.
- 09/06/2026
Apresentação do PL 2.976/2026 pelo Dep. Marangoni (Vice-Presidente da FPESS).
- Em curso
Tramitação, defesa técnica e articulação internacional (OMS / CIDH).

Glossário essencial

Compressão assistencial

Redução progressiva e deliberada do acesso real ao cuidado sem alteração formal do contrato.

JTRC e SUASS

JTRC — Junta Técnica de Resolução de Conflitos (Tít. VI): revisão independente, 72h em urgência, duplo cego. SUASS — Sistema Unificado de Autorização e Auditoria (Tít. VII): plataforma nacional de rastreabilidade com acesso do beneficiário ao próprio histórico.

Diálogo técnico

Interação obrigatória auditor-assistente como condição de validade da negativa (Art. 56 §2º; Art. 380).

RQE

Registro de Qualificação de Especialista, vinculando complexidade do ato à certificação reconhecida.

Base legal mobilizada

Lei 9.656/98 Art. 1º, I

Lei 12.842/2013

Lei 14.454/2022

Lei 8.072/1990

LGPD Art. 20

Res. CFM 1.614/2001

Res. CFM 2.448/2025

CEM Art. 8º

SENACON/MJ – relatório de reclamações 2025

TCU – auditoria operacional ANS (acórdão 06/05/2026)

FGV – judicialização da saúde

PL 2.976/2026 – Arts. 2º, 3º, 5º, 6º, 7º, 16, 19–20, 56 §2º, 184, 186, 198–217, 268–270, 347–372, 375–385, 524–547, 618–619, 626–638

AUTORIA E LIDERANÇA INSTITUCIONAL

Quem conduz o Marco Legal

A proposta nasce da convergência entre liderança parlamentar e fundamentação técnica: a autoria política na Câmara dos Deputados e a construção institucional da ANDESS.



AUTOR DO PL Nº 2.976/2026

Dep. Federal Fernando Marangoni

Podemos-SP · Advogado · Vice-Presidente da FPESS

Advogado e Deputado Federal por São Paulo, Vice-Presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Ética na Saúde Suplementar. Autor do Marco Legal da Integridade Assistencial, conduz a tramitação e a defesa da proposta no Congresso Nacional.



Dr. José Ramalho da Silva Neto

Médico · Neurocirurgião · Fundador e Presidente da ANDESS · Secretário-Geral da FPESS

Médico neurocirurgião, fundador e presidente da Aliança Nacional em Defesa da Ética na Saúde Suplementar (ANDESS) e Secretário-Geral da FPESS. Responsável pela fundamentação técnica do PL 2.976/2026 e pela articulação institucional da agenda de integridade no setor.



Policy Paper · PL nº 2.976/2026

Marco Legal da Integridade Assistencial, da Governança e da Sustentabilidade da Saúde Suplementar

ANDESS — Aliança Nacional em Defesa da Ética na Saúde Suplementar · **FPESS** — Frente Parlamentar em Defesa da Ética na Saúde Suplementar. Autoria política: Dep. Federal Marangoni, Vice-Presidente da FPESS. Presidente da ANDESS e Secretário-Geral da FPESS: José Ramalho da Silva Neto.

Base documental — texto oficial do PL nº 2.976/2026 (apresentado em 09/06/2026 — 701 artigos, 34 títulos, 151 capítulos) e parecer técnico da ANDESS ("Marco Civil da Saúde Suplementar"). Dados citados — ANS (53,2 mi de beneficiários, dez/2025; ~R\$ 337 bi de receita assistencial); CNJ/DataJUD (657 mil novos processos de saúde em 2024); análise setorial 2025 (R\$ 4,6 bi de despesas judiciais;

êxito médio do paciente superior a 85%); SENACON/MJ (recorde de ~35 mil reclamações em 2025); TCU (auditoria operacional na ANS, acórdão de 06/05/2026); FGV (judicialização da saúde suplementar). Referências internacionais conforme a seção 12.

Documento de trabalho para apoio à tramitação legislativa. Versão 2 (24/08/2026): todas as remissões foram conferidas artigo a artigo com o texto oficial protocolado na Mesa em 09/06/2026 (701 artigos). Em relação à versão 1, corrigiram-se o total de artigos, os prazos de reembolso (Tít. XVI), a quarentena (12 meses — Arts. 184/186), o piso remuneratório (Arts. 384/385), a descrição da JTRC/SUASS e o regime de ressarcimento ao SUS (Arts. 438–445). Logomarcas oficiais da ANDESS e da FPSS aplicadas conforme arquivos institucionais.

USO RESTRITO • FPSS • ANDESS