

SECRETARIA DE GESTÃO E DESEMPENHO DE PESSOAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA SGP/SEDGG/ME Nº 97, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2022

Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor do Poder Executivo federal e do militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima, ativo ou aposentado, de seus dependentes e grupo familiar e do pensionista.

A SECRETÁRIA DE GESTÃO E DESEMPENHO DE PESSOAL SUBSTITUTA DA SECRETARIA ESPECIAL DE DESBUROCRATIZAÇÃO, GESTÃO E GOVERNO DIGITAL DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I, II, e III do caput do art. 138 do Anexo I do Decreto nº 9.745, de 8 de abril de 2019, e tendo em vista o disposto no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, bem como nos arts. 99 e 100 da Lei nº 13.328, de 29 de julho de 2016, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor do poder executivo federal, do militar da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima, ativo ou aposentado, de sua família e de pensionista, deverão observar as disposições desta Instrução Normativa.

Art. 2º Para fins desta Instrução Normativa considera-se:

I - Assistência à saúde suplementar: compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou aposentado, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde;

II - Plano de assistência à saúde: serviço oferecido pelas operadoras, com o intuito de prestar cobertura de custos assistenciais, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada;

III - Dependente: beneficiários de plano de assistência à saúde, com direito ao recebimento do per capita da União;

IV - Grupo familiar: beneficiários de plano de assistência à saúde, sem direito ao recebimento do per capita da União;

V - Per capita: valor pago pela Administração por beneficiário elegível, para fins de ressarcimento parcial do custeio da assistência à saúde suplementar, de acordo com a Portaria nº 8, de 13 de janeiro de 2016, do então Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG);

VI - Web Service: é a solução utilizada na integração de sistemas e na comunicação entre aplicações diferentes;

VII - Operadoras de natureza jurídica de direito público: são aquelas que não possuem a obrigatoriedade de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

VIII - Operadora de Autogestão: pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que celebra convênio com os órgãos ou entidades, para fins de ofertar plano de assistência à saúde aos servidores, seus dependentes e grupo familiar;

IX - Mensalidade: valor fixo preestabelecido para o pagamento do plano de assistência à saúde; e

X - Coparticipação: é o valor pago à parte para a realização de um procedimento ou evento, nas hipóteses contratualmente previstas.

Art. 3º A assistência à saúde dos beneficiários de que trata o art. 5º desta Instrução Normativa será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, mediante:

I - convênio com operadoras de planos de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

II - contrato com operadoras de planos de assistência à saúde, observado, no que for cabível, o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento parcial.

§ 1º A adesão pelos órgãos ou entidades aos convênios celebrados entre a União com operadoras organizadas na modalidade de autogestão, na forma prevista do art. 3º do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, não afasta ou impede a celebração de convênios firmados entre os órgãos ou entidades com outras operadoras, nem impede a contratação, na forma do disposto no inciso II do caput.

§ 2º O órgão ou entidade poderá ofertar concomitantemente as modalidades de convênio, contrato e auxílio de caráter indenizatório aos servidores, aos militares de ex-Território, aos aposentados, seus dependentes, e aos pensionistas.

§ 3º Excetua-se das regras estabelecidas nos §§1º e 2º do art. 3º, o caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, podendo ser concedido, de forma exclusiva ou concomitante, com o auxílio de caráter indenizatório e com convênio firmado entre operadora de autogestão e a União, na forma prevista do art. 3º do Decreto nº 4.978, de 2004.

Art. 4º Os planos de assistência à saúde destinados aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC deverão contemplar, no mínimo, atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com ou sem obstetrícia, realizados exclusivamente no país, com acomodação padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela ANS, ressalvado o previsto no §12 do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.

§ 2º O disposto no §1º deste artigo aplica-se aos planos de assistência à saúde destinados aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC por qualquer das modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar previstas no art. 3º desta Instrução Normativa.

§ 3º O servidor, o militar de ex-Território, o aposentado de que trata o art. 5º desta Instrução Normativa, seus dependentes e o pensionista poderão complementar o pagamento de planos de assistência à saúde superiores ao mínimo previsto neste artigo, sem qualquer custo adicional para a Administração Pública.

§ 4º É facultada aos órgãos e entidades do SIPEC a contratação de planos de assistência à saúde que contemplem a cobertura odontológica.

CAPÍTULO II

DOS BENEFICIÁRIOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 5º Para os fins desta Instrução Normativa, são beneficiários da assistência à saúde suplementar:

I - na qualidade de servidor, os aposentados, os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado, ou de natureza especial da Administração Pública federal direta, suas autarquias e fundações;

II - na qualidade de militar de ex-Território, os militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima;

III - na qualidade de dependente do servidor ou do militar de ex-Território:

- a) o cônjuge ou companheiro na união estável;
- b) a pessoa separada, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- c) os filhos e enteado, até a véspera em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- d) os filhos e enteado, entre 21 (vinte e um) e data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- e) o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

IV - na qualidade de pensionista de servidor ou de militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima.

§ 1º A existência do dependente constante da alínea "a" do inciso III deste artigo exclui a assistência à saúde do dependente constante da alínea "b" do mesmo inciso.

§ 2º Equipara-se ao servidor, referido no inciso I deste artigo, o ocupante de emprego público de órgão da Administração Pública Federal direta ou de uma de suas autarquias e fundações, enquanto permanecer incluído na folha de pagamento do órgão ou entidade.

§ 3º Ao pensionista é vedada a inclusão e inscrição de dependente e de grupo familiar.

Art. 6º É garantida ao servidor e ao militar de ex-Território exonerados, e ao empregado público demitido ou aposentado, a manutenção do contrato com o plano de assistência à saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 488, de 29 de março de 2022, da ANS, desde que assuma o seu pagamento integral.

Art. 7º Após o falecimento do servidor, do militar de ex-Território e do aposentado, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º poderão permanecer como beneficiários da assistência à saúde suplementar de que trata esta Instrução Normativa, na qualidade de pensionistas, nas mesmas condições contratuais, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de origem.

§ 1º Caberá à unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade comunicar o falecimento do servidor, do militar de ex-Território, do aposentado ou do pensionista à operadora de planos de assistência à saúde na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em contrato ou convênio.

§ 2º Caso a informação de óbito seja efetuada junto à operadora conveniada ou contratada, a operadora deverá dar conhecimento imediatamente ao órgão ou a entidade aos quais o servidor estiver vinculado.

§ 3º A unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade deverá comunicar o dependente da possibilidade de permanência como beneficiário do plano de assistência à saúde, de forma inequívoca.

§ 4º A opção de que trata o caput deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o § 1º deste artigo.

§ 5º O beneficiário que optar por permanecer no plano de assistência à saúde, na forma do caput, e não detiver a condição de pensionista, deverá assumir integralmente o pagamento do plano de assistência à saúde.

CAPÍTULO III

DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 8º O valor da mensalidade destinada exclusivamente ao pagamento do plano de assistência à saúde corresponderá a um valor fixo, definido em convênio ou contrato, observando-se, ainda, as cláusulas do convênio, do contrato, do regulamento ou do estatuto da entidade.

Parágrafo único. Os valores das mensalidades referentes ao plano de assistência à saúde, bem como eventual coparticipação no custo dos serviços utilizados, poderão ser consignados em folha de pagamento do servidor, do militar de ex-Território, do aposentado e do pensionista, conforme o disposto na legislação vigente.

Art. 9º O servidor, o militar de ex-Território e o aposentado poderão inscrever seus dependentes e grupo familiar em plano de assistência à saúde diferente do seu, desde que seja na mesma operadora, na forma desta Instrução Normativa.

Art. 10. São voluntárias a adesão, a exclusão e a migração de qualquer beneficiário nos planos de assistência à saúde de que trata esta Instrução Normativa.

Art. 11. O servidor, o militar de ex-Território, o aposentado e o pensionista deverão solicitar a adesão, a exclusão ou a migração entre planos de assistência à saúde, diretamente no Website da operadora conveniada ou contratada.

§1º Caberá às operadoras conveniadas ou contratadas encaminhar as solicitações de adesão, exclusão ou migração entre planos de assistência à saúde do servidor, do militar de ex-Território, do aposentado de seus dependentes cadastrados, e do pensionista, por meio de Web service, para fins de registro e análise pelo sistema.

§ 2º A inscrição, a adesão, a exclusão, ou a migração entre planos de assistência à saúde de operadora contratada ou conveniada, com o Web service, será efetivada a partir da data de solicitação, sendo o marco inicial para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

§ 3º Caso a solicitação encaminhada seja indeferida, o sistema retornará a informação ao agente pela plataforma do SouGov.Br e a operadora conveniada ou contratada de forma inequívoca e com o devido embasamento.

§ 4º Não se aplicam as disposições do caput, no caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade ou no caso de operadoras que não possuem o Web service, devendo a adesão, exclusão ou migração entre planos de assistência à saúde serem realizadas pelo servidor, pelo militar de ex-Território, pelo aposentado e pelo pensionista diretamente na plataforma do SouGov.Br.

§ 5º A adesão, a exclusão ou a migração, referente ao § 4º deste artigo, será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio, contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, sendo a data considerada no cronograma o marco inicial para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 12. A exclusão do servidor, do militar de ex-Território e do aposentado implicará a exclusão de todos os seus dependentes e do grupo familiar, junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, exceto no caso de falecimento, nos termos do art. 7º.

§ 1º O beneficiário excluído do plano de assistência à saúde deverá entregar seu cartão de identificação à operadora, quando for o caso.

§ 2º Além das situações previstas no caput do art. 16, a exclusão do servidor ou do militar de ex-Território seus dependentes e grupo familiar dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência, observadas, nesse caso, as normas editadas pela ANS.

Art. 13. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de mensalidade e/ou coparticipação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização do plano de assistência à saúde pelo titular e seus dependentes junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

CAPÍTULO IV

DO CUSTEIO

Art. 14. A contrapartida financeira da União, destinada ao custeio parcial da assistência à saúde suplementar dos servidores, dos militares de ex-Território, do aposentado, seus dependentes, e do pensionista é de responsabilidade da Administração Pública Federal direta, de suas autarquias e fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia, condicionada à disponibilidade orçamentária, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades do SIPEC com a assistência à saúde suplementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

