

**ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR:
UMA ANÁLISE ACERCA DOS IMPACTOS SOFRIDOS PELAS OPERADORAS
DE PLANOS DE SAÚDE E SEUS BENEFICIÁRIOS FRENTE A
PROMULGAÇÃO DA LEI Nº 14.454/22 E O JULGAMENTO DO STJ (RESP
1886929 e RESP 1889704)**

Luiza Freire Lima¹

Walber Cunha Lima²

RESUMO

O presente trabalho possui como objetivo principal desenvolver uma análise frente às divergentes interpretações dentro do poder judiciário brasileiro acerca da aplicabilidade do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS). Nesse viés, busca-se demonstrar pelo método comparativo e pela análise de caso, os impactos sofridos por todo o setor de saúde suplementar frente ao alto índice de ações judicializadas contra essas instituições, bem como destrinchar as mais recentes posições jurisprudenciais adotadas sobre a temática pelo Superior Tribunal de Justiça (REsp 1886929 e REsp 1889704) e a publicação da Lei nº 14.454/22. Assim, os primeiros capítulos são responsáveis por destrinchar a evolução histórica da saúde no Brasil, desde os primeiros recursos até a trajetória para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e posteriormente, os primeiros planos de assistência privada do mercado. Logo em seguida, há a delimitação dos aspectos característicos da Agência Nacional da Saúde (ANS), principalmente com relação ao referido rol de procedimentos e eventos pertinentes a ele. Por fim, a pesquisa expõe o recente entendimento do STJ sobre a problemática, além da reflexão acerca da manutenção do equilíbrio contratual entre as partes em face a nova promulgação da Lei 14.454/22 e como o setor de saúde suplementar pode vir a reagir perante as modificações trazidas.

¹ Acadêmica do 4º ano do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNI-RN. E-mail: luiza.freirel17@gmail.com

² Professor-orientador. Doutor em Ciências Sociais - UFRN. Docente do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNI-RN. E-mail: walber@unirn.edu.br.

Palavras-chave: Plano de saúde. Rol da ANS. Judiciário. Saúde.

ROL OF PROCEDURES AND EVENTS IN SUPPLEMENTARY HEALTH CARE: ANAN ANALYSIS OF THE IMPACTS SUFFERED BY HEALTH PLAN OPERATORS AND THEIR BENEFICIARIES REGARDING THE PROMULATION OF LAW No. 14454/22 AND THE JUDGMENT OF THE STJ (RESP 1886929 and RESP 1889704)

ABSTRACT

This paper has as its main objective to develop an analysis of the divergent interpretations within the Brazilian judiciary about the applicability of the procedure list of the National Health Agency (ANS). In this vein, we seek to demonstrate, through the comparative method and case analysis, the impacts suffered by the entire supplementary health sector due to the high rate of lawsuits filed against these institutions, as well as the most recent jurisprudential positions adopted on the theme by the Superior Court of Justice (REsp 1886929 and REsp 1889704) and the publication of Law 14454/22. Thus, the first chapters are responsible for unraveling the historical evolution of health care in Brazil, from the first resources to the trajectory for the consolidation of the Unified Health System (SUS) and later the first private assistance plans in the market. Next, there is the delimitation of the characteristic aspects of the National Health Agency (ANS), mainly in relation to the aforementioned list of procedures and events pertinent to it. Finally, the research exposes the recent understanding of the STJ on the problematic, besides the reflection on the maintenance of the contractual balance between the parties in face of the new promulgation of Law 14.454/22 and how the supplementary health sector may react in face of the modifications brought.

Keywords: Health plan. ANS role. Judiciary. Health.

1. INTRODUÇÃO

A palavra saúde deriva do latim *salus (salutis)*, que significa bem-estar, cura,

conservação da vida. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Não só isso, pelo ordenamento jurídico brasileiro, a saúde também se insere como um direito essencial à vida.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) resguarda em seu artigo 6º o direito à saúde a todos os cidadãos, arrolando-o como um direito fundamental social. Atesta, ainda, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas. Logo, com o advento da promulgação da carta constitucional a saúde elevou-se ao status de um direito estruturalmente assistido pelo Estado.

No cenário brasileiro, esse direito é exercido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como propósito principal a universalização da saúde no país. Portanto, diante o elevado número de pessoas necessitadas desse serviço, o poder público passa a não comportar de forma eficiente a quantidade de demandas dos hospitais públicos, tornando o acesso a esse direito algo complexo e tardio. É nesse cenário que o mercado da Saúde Suplementar começa a crescer, quando na década de 50, as empresas passaram a usar recursos próprios para financiar seu alcance, porém desprendidos de qualquer regulamentação.

Nessa perspectiva, com o intuito de normalizar e fiscalizar a atividade prática da assistência privada, criou-se em 3 de junho de 1998 a Lei 9.656³ (BRASIL, 1998), estabelecendo normas e valores a serem seguidos por ambas as partes da relação contratual.

Por consequência, não muito tempo depois, em 28 de janeiro de 2000 criou-se a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) através da Lei 9.961⁴ (BRASIL, 2000), com o objetivo principal de organizar e regular a atuação dessas instituições. A partir desse marco, as empresas passam a se submeter unicamente às normas reguladoras dessa instituição e dentro dessa conjuntura, o mercado de saúde privada começa a se arquitetar e ganhar maiores rumos.

Vale salientar que o crescimento desse ramo não desvirtuou o funcionamento do acesso à saúde pública do país, uma vez que a própria Carta Magna dispõe em seu artigo 199 que "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada" (BRASIL, 1988), ou

³ Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

⁴ Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

seja, apesar de ser competência do Estado a garantia ao seu acesso, é permitido também que as instituições privadas contribuam para tal aquisição.

Com o passar dos anos, a judicialização da saúde suplementar se tornou evidente no cenário nacional em razão principalmente do elevado número de ações ajuizadas em face dos planos de saúde. Ocorre que tanto a Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) quanto a nº 9961/00 (BRASIL, 2000) estabelecem os procedimentos obrigatórios de cobertura aos planos privados de assistência à saúde, ou seja, as cooperativas médicas devem oferecer, minimamente, cobertura para os eventos descritos no rol da ANS.

Contudo, hoje os beneficiários enfrentam dificuldades em ter seus procedimentos e tratamentos autorizados pelas operadoras, que negam seu pleito sob a justificativa de que o evento solicitado não consta no referido rol. Diante da negativa, milhares de pessoas recorrem ao judiciário visando obter a autorização do procedimento negado.

Tal fenômeno traz como consequência uma ênfase ao poder judiciário tendo em vista que atualmente levanta-se a discussão acerca da autorização ou não desses tratamentos. De um lado, há as operadoras de plano de saúde que invocam o argumento da literalidade contratual e de que o rol não contempla o pleito do usuário, enquanto do outro lado há a aplicação do direito à saúde e do princípio da dignidade da pessoa humana em face da necessidade (muitas vezes urgente e crucial) do beneficiário.

Como resultado, criou-se um cenário de forte insegurança jurídica no mercado da saúde suplementar, que busca seguir criteriosamente as normas delimitadas pela ANS, porém precisa lidar constantemente com a divergência de entendimentos do judiciário a respeito do tema, com decisões ora pró-consumidor, ora pró-beneficiário.

Dessa forma, perante o antagonismo de juízos, busca-se o equilíbrio de valores e a sustentabilidade no mercado dos planos de saúde, a fim de desenvolver a harmonia contratual e o direito a todos os agentes envolvidos na relação, respeitando o limite de suas ações.

2. O ITINERÁRIO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL E O SURGIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE.

2.1. O NASCIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Tudo que existe hoje, deriva de algo que aconteceu anteriormente na história, e a saúde passou por uma série de transformações sócio-políticas enfrentadas pelo país ao longo dos anos.

Primordialmente, faz-se relevante iniciar aduzindo que de acordo com Polignano (2005, p.3) até o ano de 1500 o Brasil era carente de qualquer medida de enfoque à saúde e prevenção de enfermidades, uma vez que nossos antepassados indígenas utilizavam exclusivamente de recursos naturais como ervas e plantas para cura de doenças.

Foi somente por volta de 1800, com a vinda da Família Real que medidas mínimas de saneamento foram adotadas e desenvolvidas com o decorrer dos anos, principalmente em virtude das epidemias que atingiam a população. Foram criadas campanhas sanitárias contra tuberculose, lepra e doenças venéreas, além da criação do Departamento Nacional de Saúde em 1920. (POLIGNANO, 2005)

A promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) foi um marco na história da saúde no país uma vez que a proclamou como direito fundamental a todos juntamente com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), definido no artigo 198 da seguinte forma:

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Apesar de definido no corpo do texto constitucional, somente foi regulamentado na década de 90 com a Lei nº 8.080⁵ (BRASIL, 1990), criada com o intuito de propor seu modelo de organização e funcionamento.

De acordo com o professor Marcos Vinícius Polignano (2001, p.22), a

⁵ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Entretanto, apesar do SUS ser composto por uma série de órgãos e instituições do Poder Público e ser regido por princípios como o da universalidade, equidade e participação popular, seu funcionamento ainda carece de qualidade e sua estrutura é instável, não sendo condizente com os recursos investidos nele.

Cechin (2008, p. 68) aduz que ao comparar com outros países da América Latina ou do mesmo nível de renda, o Brasil gasta mais e os indicadores de saúde ficam abaixo da média.

Ou seja, apesar de bem fundamentado e com acesso a recursos financeiros para se desenvolver, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não consegue exercer com qualidade a sua atividade-fim de garantir o acesso à saúde de forma efetiva a toda população, contribuindo, portanto, para que outras alternativas fossem criadas com o objetivo atingir tal feito.

2.2. O NASCIMENTO DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE E O INÍCIO DA RELAÇÃO CONSUMERISTA.

Conforme exposto anteriormente, a Constituição Federal garante o acesso à saúde de forma gratuita, mas também deixa o caminho livre à iniciativa privada. Nesse sentido, a saúde suplementar começou a ser introduzida no Brasil em passos pequenos e hoje atende a milhares de usuários, ganhando força suficiente para se tornar um serviço cautelar essencial.

No Brasil, o início dos planos de saúde se deu justamente no período de instalações de indústrias automobilísticas no governo de Juscelino Kubitschek, onde empresários e trabalhadores custearam a assistência médica por intermediação dos serviços próprios de saúde das firmas a qual os empregavam.

A partir daí o mercado de saúde suplementar só cresceu, principalmente após a criação das primeiras cooperativas de saúde do país, uma vez que mostrou às grandes seguradoras que esse mercado era uma boa oportunidade de investimento.

Portanto, a relação de consumo na época se deu até os primeiros 60 anos de atuação sem grandes intervenções do poder estatal e carente de qualquer propagação de informação aos pacientes. Diante disso, os planos de saúde operavam em cima de técnicas falhas onde o beneficiário que o contratava se encontrava entregue a cláusulas abusivas que poderiam ir desde a exclusão de procedimentos complexos, limite da quantidade de internações hospitalares e até a proibição de assistência àqueles que já buscavam ingressar com uma doença prévia. (SALVATORI; VENTURA, 2011).

Com a consolidação da Lei 9.656/98 (BRASIL, 1998), regulamentou-se a relação de consumo entre cooperativa e beneficiário e mais ainda, no ano de 2000, com a consolidação da Agência Nacional de Saúde (ANS). Assim dizendo, hoje a prestação de serviço dos planos de saúde dá-se de forma regular para os beneficiários mediante a celebração de um contrato de adesão delimitado pela ANS, que possui competência não só de fiscalizar o mercado, mas também determinar a cobertura assistencial das obrigações a serem prestadas. Logo, o Superior Tribunal de Justiça se manifesta, pela Súmula nº 608, que diz: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.” (STJ, 2018).

Por consequência, a atuação do mercado privado não se dá mais de forma ampla como antigamente, mas de forma igualitária para todos aqueles que buscam o serviço. Ou seja, guiados pelo estabelecido no Código de Defesa do Consumidor, os planos oferecem e aquele que se sentir contemplado possui liberdade para celebrar o contrato, nos limites estabelecidos pela cooperativa.

3. O SURGIMENTO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS) E SUA CONTRIBUIÇÃO NA ATIVIDADE DA SAÚDE SUPLEMENTAR.

Diante um cenário atribulado e desprotegido, a Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) criou a necessidade de uma efetiva fiscalização com o objetivo de averiguar o cumprimento das normas estabelecidas legalmente. Pensando em atingir tal feito, criou-se a Agência Nacional de Saúde (ANS), que veio com o objetivo muito maior do que a simples regulamentação e ampliação dos procedimentos ofertados pelos planos

de saúde, mas sim uma contribuição necessária para o saneamento do mercado, trazendo mudanças no paradigma de atenção à saúde e representando um marco decisivo no processo de modernização das atividades das instituições privadas.

Finkelman (2002, p. 284) entende que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, representou a inserção definitiva da autoridade ministerial na regulamentação do mercado de medicina suplementar, até então de competência exclusiva da área econômica do governo, que limitava esse controle à supervisão do desempenho econômico-financeiro das empresas.

Afirma, ainda, que:

[...] “a Lei 9656, publicada no Diário Oficial da União de 4 de junho de 2000, trouxe garantias legais e benefícios evidentes no atendimento aos clientes dos planos de saúde:

- 1) exigência de atendimento a todos os agravos previstos no Código Internacional de Doenças (CID);
- 2) fixação de limites aos valores dos prêmios em função da faixa etária;
- 3) proibição da recusa de clientes com idade avançada;
- 4) proibição da exclusão de cobertura em função de doenças preexistentes, passados 24 meses da assinatura dos contratos;
- 5) ressarcimento pelas operadoras dos procedimentos prestados a seus clientes em hospitais vinculados ao SUS;
- 6) autorização à participação de empresas estrangeiras no mercado da assistência à saúde.” (FINKELMAN, 2002, p. 285)

Portanto, foi somente a partir do ano de 2000 que passou a ser exigido o cumprimento de diversas exigências que aos poucos foram servindo para reparar o mercado. A elaboração de condições e premissas para a prestação dos serviços de saúde serviu para filtrar a entrada de novas cooperativas não tão bem estruturadas ainda e consolidar aquelas mais sólidas e com melhores condições de arcar com os custos para a atuação.

Não há dúvidas de que o marco mais importante com a criação da ANS foi o rol de procedimentos da agência. Apesar de polêmico e fruto de uma longa e intensa discussão, ele possibilitou uma mudança significativa na atuação das redes de saúde suplementar. Mais do que a ampliação das coberturas oferecidas pelas operadoras de planos de saúde, abarcou alternativas terapêuticas, como o trabalho multidisciplinar, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

Com isso, houve uma melhoria no funcionamento do setor de saúde além de um mercado menor conflituoso e desorganizado, tendo em vista que a regulamentação contribuiu para o acompanhamento de autorizações e fornecimento de medicamentos de uma forma muito mais eficiente.

Outrossim, através das pesquisas realizadas por Santos, Malta e Merhy (2008) foi observado um aumento de 30% no número de beneficiários de planos de saúde entre os anos 2000 e 2006, ou seja, período que as cooperativas passaram a apresentar maior solidez e segurança no mercado.

Atualmente, essa instituição é regida pela Lei nº 14.307/22⁶ (BRASIL, 1988), validada recentemente (março de 2022) pelo Poder Executivo, que buscou alterar dispositivos da Lei nº 9.656/98 até então vigente, e trazer novas diretrizes para o funcionamento da saúde suplementar. À vista disso, a nova lei proporcionou mais celeridade no processo de inclusão de novos medicamentos e procedimentos ao rol, que é submetido a atualizações periódicas tendo em vista que novas tecnologias em saúde são continuamente incorporadas à prática assistencial.

Nesse sentido, a atualização da norma diminuiu de 18 meses para 180 dias (podendo ser prorrogável por mais 90 dias) o prazo para análise da elegibilidade para inclusão de novos procedimentos a serem contemplados pela instituição, garantindo com isso maior acurácia e prontidão ao processo.

Entretanto, apesar dos diversos pontos positivos que o regimento trouxe, faz-se relevante destacar que o rol da ANS também é fruto de uma onda significativa de críticas e insatisfações. Apesar da lista de procedimentos consagrar uma série de tratamentos, materiais e terapias que antes não existiam, os planos de saúde se limitam exclusivamente ao fornecimento dos casos que vislumbram ao estabelecido nesta diretriz, logo, impõe limites de sua utilização. Acontece que uma série de beneficiários necessitados de tratamentos específicos que muitas vezes não constam nos moldes da lista Agência Nacional de Saúde se veem impossibilitados de ter seu acesso. Tal fato acarreta em prejuízos financeiros significativos aos usuários, pois os obriga a buscar o recurso pleiteado na modalidade particular, mesmo arcando mensalmente com o sistema de saúde suplementar.

⁶ § 7º A atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar pela ANS será realizada por meio da instauração de processo administrativo, a ser concluído no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, prorrogável por 90 (noventa) dias corridos quando as circunstâncias o exigirem.

Esse circunstância, a longo prazo, resultou em uma onda de ajuizamentos contra as operadoras de plano de saúde e uma intensa divergência de entendimentos acerca da atuação do rol, onde de um lado, há o setor de saúde suplementar que relutam em cima do argumento pró beneficiário que afirma a mera exemplificação da lista de procedimentos atrelado ao direito à saúde e o princípio da dignidade humana garantido na Constituição Federal, enquanto outra parte do judiciário defende a taxatividade do rol e o respeito à relação consumerista fechada inicialmente entre as partes.

4. OS IMPACTOS DO ANTAGONISMO DE ENTENDIMENTOS NO PODER JUDICIÁRIO QUANTO AO ROL DE PROCEDIMENTOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

Defender direitos é sempre um processo contínuo e incessante em todas as categorias, sobretudo àquelas que concorrem para a conservação de direitos que envolvem a dignidade humana. Em razão do incessante número de ajuizamento de ações pleiteando tratamentos muitas vezes urgentes e fora da previsão contratual, o poder judiciário se viu diante uma intensa discussão acerca do limite de abrangência das atividades do plano de saúde.

Em conformidade com exposto anteriormente, via de regra essas instituições delimitam seus valores e condições para o oferecimento de determinado serviço, e essas condições encontram-se delimitadas no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde. Esse rol, atualmente regulamentado pela Resolução Normativa nº 465/2021⁷, constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória nos planos contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656/98⁸. (BRASIL, 1998).

Cechin (2008, p. 178) explica que a ANS é uma autarquia em regime especial, com autonomia nas gestões administrativa, financeira e de recursos humanos, bem como em suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

⁷ Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw>> Acesso em: 27 de nov. 2022.

⁸ Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

Em resumo, com base na lei que os regulamenta, cabe aos planos, via de regra, atuarem no limite da cobertura mínima obrigatória imposta.

Portanto, a delimitação dessa atuação provoca um desequilíbrio de natureza grave entre as partes tendo em vista que ainda atualmente há uma disparidade de opiniões envolvendo a sua aplicabilidade, o que resulta em consequências diretas a todos os lados da relação de consumo.

4.1 O POSICIONAMENTO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ) ACERCADA APLICABILIDADE DO ROL

O Superior Tribunal de Justiça possuía até o início de 2022 uma forte divergência de entendimentos entre a 3ª e a 4ª Turma. Enquanto a Terceira Turma, presidida pelo Ministro Moura Ribeiro, defendia a tese de que o rol é meramente exemplificativo (Recurso Especial nº 1829583/SP), devendo englobar procedimentos fora daqueles definidos pela Agência Nacional de Saúde, a Quarta Turma, presidida pelo Ministro Marco Buzzi, estava em conformidade ao Acórdão de relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão no Recurso Especial nº 1.733.013/PR que alegava a taxatividade do rol e a limitação na atividade dos planos de saúde.

Diante dessa oposição de interpretações, o número de ações ajuizadas contra as empresas de planos de saúde aumentou fortemente, considerando que os beneficiários, diante da negativa de seus tratamentos, não viam outra opção senão recorrer ao Poder Judiciário. Como consequência, além de lidar com um forte fluxo de demandas envolvendo a mesma matéria, o judiciário passou a sentenciar causas muitas vezes de natureza semelhante de forma distinta, onde a procedência ou não do tratamento pleiteado pelo requerente encontrava-se totalmente às mãos da sorte no momento da distribuição eletrônica do processo, podendo levar a resultados diversos a depender do entendimento adotado pelo Tribunal de determinada região.

Um forte exemplo é que ao passo que a lei de planos de saúde determina os limites para cobertura de procedimentos com base no estabelecido pela ANS, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, com base na Súmula 102 considera a aplicação do rol como mera referência para cobertura de procedimentos, configurando-o como exemplificativo e valendo-se disso como argumento base para

suas decisões.

102. Havendo expressa indicação médica, **é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento** sob o argumento de sua natureza experimental ou **por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.** (grifou-se)

Partindo desse viés, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte destaca:

AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. CIVIL (CPC/2015). CIVIL. PLANO DE SAÚDE NA MODALIDADE AUTOGESTÃO. RECUSA DE COBERTURA DE CIRURGIA PARA TRATAMENTO DE DEGENERAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM). DIVERGÊNCIA QUANTO À ADEQUAÇÃO DO PROCEDIMENTO. INGERÊNCIA NA RELAÇÃO CIRURGIÃO-PACIENTE. DESCABIMENTO. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DESTA TURMA. APLICABILIDADE ÀS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO. PRECEDENTE EM SENTIDO CONTRÁRIO NA QUARTA TURMA. REAFIRMAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DESTA TURMA.1.

Controvérsia acerca da recusa de cobertura de cirurgia para tratamento de degeneração da articulação temporomandibular (ATM), pelo método proposto pelo cirurgião assistente, em paciente que já se submeteu a cirurgia anteriormente, por outro método, sem obter êxito definitivo.2. Nos termos da jurisprudência pacífica desta Turma, **o rol de procedimentos mínimos da ANS é meramente exemplificativo**, não obstante a que o médico assistente prescreva, fundamentadamente, procedimento ali não previsto, desde que seja necessário ao tratamento de doença coberta pelo plano de saúde. Aplicação do princípio da função social do contrato.3. **Caso concreto em que a necessidade de se adotar procedimento não previsto no rol da ANS encontra-se justificada**, devido ao fato de o paciente já ter se submetido a tratamento por outro método e não ter alcançado êxito.4. Aplicação do entendimento descrito no item 2, supra, às entidades de autogestão, uma vez que estas, embora não sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor, não escapam ao dever de atender à função social do contrato.5. Existência de precedente recente da QUARTA TURMA no sentido de que seria legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS.6. Reafirmação da jurisprudência desta TURMA no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos.

(APELAÇÃO CÍVEL nº 0830128-38.2021.8.20.5001. Competência: Tribunal Pleno. Relator: Maria Zeneide Bezerra. TJRN, 2022).

Em contrapartida, nota-se pelo julgamento da Corte Catarinense argumentos voltados diretamente à literalidade contratual, seguindo o caminho contrário ao expresso pelo TJRN.

APELAÇÃO CÍVEL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA DA MODALIDADE BUCOMAXILOFACIAL E DOS MATERIAIS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO. DANO MORAL. PROCEDÊNCIA NA ORIGEM. APELO DA RÉ. CONTRATO FIRMADO ANTES DA LEI N. 9.656/98. COMPROVAÇÃO DA OFERTA DE MIGRAÇÃO PARA O PLANO REGULAMENTADO AO SINDICATO DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS DE

BLUMENAU, AO QUAL A AUTORA É SINDICALIZADA. RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 254/2011 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE QUE DESIGNA A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE PARA REALIZAR A MIGRAÇÃO. RECUSA DA TITULAR. IRRETROATIVIDADE DA LEI N. 9.656/98. INAPLICABILIDADE DO REGULAMENTO À RELAÇÃO JURÍDICA EM ANÁLISE. **exclusão de cobertura expressa no contrato para tratamento odontológico e na carteirinha da beneficiária para material de órtese e prótese. inexistência de responsabilidade da operadora de plano de saúde em custear tratamento taxativamente excluído do contrato.** dano moral. insubsistência. ausência de ato ilícito. redistribuição dos ônus sucumbenciais e honorários advcatícios. recurso conhecido e provido. (TJSC, Apelação Cível n. 0504677-95.2013.8.24.0008, de Blumenau, rel. Des. Osmar Nunes Júnior, Sétima Câmara de Direito Civil, j. 12-09-2019). (Grifou-se). (TJSC, 2019).

Portanto, com o intuito de consolidar um só entendimento perante as duas temáticas distintas, ocorreu em 06 de junho de 2022 o julgamento dos Recursos Especiais nº 1.886.929 e 1.889.704, onde a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça decidiu pela taxatividade do rol, prevalecendo o voto do Relator Luis Felipe Salomão e, via de regra, desvirtuando das redes de plano de saúde a responsabilidade perante ao custeio de materiais e procedimentos não descritos na lista.

Com isso, tendo como base o argumento da maior segurança econômica financeira para as partes, concluiu-se por maioria de voto que caso já exista previsibilidade pela ANS em cima de tratamentos específicos para a cura do paciente, não fica necessariamente determinado ao plano de saúde custear um tratamento paralelo, se não aquele já incluído no rol⁹.

Entretanto, é de extrema relevância ressaltar que o julgamento não tratou a taxatividade de forma absoluta, ou seja, nesse caso o STJ determinou circunstâncias e pré-requisitos os quais uma vez atendidos, podem ser acolhidos e custeados pelos planos de saúde, porém devendo ser tratados como excepcionalidades.

Ainda no bojo de tal julgado, vislumbra-se que apesar de não possuir força vinculante, a decisão final do Superior Tribunal de Justiça carrega uma forte relevância social, uma vez que serviria como referência para o julgamento de todas as ações relacionadas à cobertura dos planos de saúde. O ministro Luís Felipe Salomão possuía como premissa a segurança financeira não só da iniciativa privada mas

⁹ [...] HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.

também dos beneficiários, uma vez que seguindo a lógica de que a exemplificação do rol acarretaria no custeio de uma série de tratamentos e procedimentos de alto custo sem qualquer limitação a milhares de pessoas, a longo prazo isso provocaria forte prejuízo financeiro às instituições a ponto que muitas não teriam condições de se manter no mercado, sendo obrigadas a fechar as portas e com isso deixar muitos beneficiários desassistidos.

Outro ponto relevante acrescido a discussão é a forte tendência ao aumento considerável dos custos dos planos de saúde, que na tentativa de cobrir os gastos em virtude do custeio de eventos não previstos na lista, não veriam outra opção senão o encarecimento de seus serviços, visando dessa forma reequilibrar a relação contratual. Nessa esteira, levando em consideração que boa parte dos beneficiários de plano de saúde já possuem dificuldade em custear os valores atuais, o aumento deles desencadearia na criação de um produto inacessível à renda da maioria dos brasileiros.

[...] “não se pode deixar de observar que o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo representaria, na verdade, negar a própria existência do “rol mínimo” e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população.”

(STJ, REsp 1.889.704/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 03/08/2022)

Todavia, por se tratar de uma discussão fortemente contestável, vem à tona reflexões ligadas principalmente ao resguardo dos direitos ligados à vida e à saúde. A Ministra Nancy Andrigli, por exemplo, defendeu em julgamento argumentos que iam além dos princípios constitucionais, trazendo também questões consumeristas, uma vez que discorreu em cima da hipossuficiência do consumidor na relação e indagou acerca da irrazoabilidade em pôr em cima do aderente a responsabilidade de avaliar e entender no momento da contratação do plano, todos os procedimentos elencados na Resolução Normativa.

“Nessa linha de intelecção, o rol de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, enquanto importante instrumento de orientação quanto ao que lhe deve ser

oferecido pelas operadoras de plano de saúde, mas não pode representar a delimitação taxativa da cobertura assistencial, alijando previamente o consumidor/aderente do direito de se beneficiar de todos os possíveis procedimentos ou eventos em saúde que se façam necessários para o seu tratamento.”

(STJ, REsp 1.886.929/SP, Min. Nancy Andrighi, julgado em 03/08/2022)

Basicamente, por se tratar de uma problemática diretamente ligada à manutenção da saúde e conseqüentemente da vida, chegar a uma conclusão final se tornou algo de carregada complexidade e responsabilidade, especialmente por se tratar de um julgamento realizado ainda em um período sensível e vulnerável devido o colapso da pandemia da COVID-19. Ocorre que, de fato, a decisão pró interesse privado recai em cima de muitos brasileiros beneficiários de plano de saúde e por consequência trouxe uma indignação social quase que generalizada. Portanto, apesar de a tendência natural ser a busca e proteção do interesse econômico social do coletivo, é preciso analisar que, conforme apresentado, a decisão foi tomada com base em fundamentos válidos e necessários para que a prestação jurisdicional ocorra de forma mais equânime e menos discricionária.

Ter uma decisão fundamentada por um Tribunal Superior, embora à primeira vista tenha sido interpretada como onerosa ao consumidor, na realidade, abre caminhos para que o volume excedente de demandas envolvendo o mesmo mérito seja julgado com base em um único entendimento majoritário, trazendo assim a garantia de segurança financeira às instituições privada de assistência à saúde e afastando a ideologia de que em detrimento do pagamento de um valor mensal, resta ao plano de saúde o custeio de todo e qualquer tratamento, medicamento ou cirurgia, inclusive aqueles não previstos inicialmente no momento da contratação.

Em síntese, dentro do contexto geral é possível constatar que a decisão final do STJ não buscou limitar aos beneficiários o acesso aos serviços prestados pelos planos de saúde na intenção de garantir a segurança apenas do interesse privado, mas sim proteger a função regulatória da Agência Nacional de Saúde, que é precisamente definir, para todos os envolvidos, a cobertura mínima necessária.

A demarcação de critérios técnicos para as situações excepcionais, inevitavelmente tornaria o caminho para o alcance de serviços não assegurados no rol mais restrito, fazendo com que aos poucos fosse sendo reconhecida a imprescindibilidade do caráter taxativo do rol como pilar do sistema de saúde

suplementar. Por conseguinte, não bastaria apenas o mero ajuizamento da ação para conseguir a cobertura pleiteada (como frequentemente ocorre), já que pelo entendimento do Tribunal, as exceções devem ser tratadas como exceções para que assim seja possível o acesso aos beneficiários, porém com garantia de sustentabilidade a longo prazo.

5. OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELO MERCADO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO PERÍODO DE PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS PERANTE A CRIAÇÃO DA LEI Nº 14.454/22.

A rápida dissolução do vírus causador da COVID-19 produziu efeitos em escala global jamais vistos em diversos setores, sendo o mais impactado deles, sem dúvidas, os sistemas de saúde. Eventos inesperados como a pandemia abalaram a resiliência do sistema público e privado, os quais tiveram que enfrentar múltiplos desafios diante a alta transmissibilidade da doença e o estudo acelerado do novo vírus, além de problemas envolvendo infraestrutura hospitalar e falta de recursos.

Nessa perspectiva, o novo coronavírus levou uma série de brasileiros a buscarem uma cobertura privada de saúde, que por sua vez em março de 2021 atingiu o maior volume de beneficiários desde 2016, totalizando em média 47,9 milhões¹⁰.

Contudo, mesmo com o aumento significativo de usuários, a pandemia trouxe fortes impactos financeiros no ramo, de modo que em setembro de 2022 a Agência Nacional de Saúde registrou seu pior resultado operacional da série histórica: um prejuízo de R\$ 4,4 bilhões no segundo semestre do referido ano¹¹. Ocorre que durante o período pandêmico, a prestação de serviço aos diversos pacientes com covid exigiu dos planos de saúde assistência em uma quantidade jamais vista, e atualmente, passado esse período, o setor sofre com os efeitos desse processo. Depois de mais de 2 anos estacionados, muitos beneficiários prosseguiram com o uso de seus planos buscando principalmente retomar procedimentos eletivos não realizados antes,

¹⁰ Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/novembro-planos-de-assistencia-m-edica-totalizam-48-7-milhoes-novos-beneficiarios>> Acesso em: 01 de out. 2022.

¹¹ Disponível em:

<<https://veja.abril.com.br/coluna/radar-economico/o-pessimo-resultado-de-planos-de-saude-no-segundo-trimestre/#:~:text=Empresas%20registraram%20preju%C3%ADzo%20de%204,de%20reais%2C%20segundo%20a%20FenaSa%3%BAde&text=No%20segundo%20trimestre%20de%202022,4%2C4%20bilh%C3%B5es%20de%20reais.>> Acesso em: 01 de out. 2022.

aumentando assim o número de internações, exames e tratamentos.

A questão é que, acrescido de todas as consequências expostas, a alta procura por insumos, medicamentos e produtos farmacêuticos durante a pandemia gerou também a valorização e o aumento de seus valores, tornando a atuação dos planos de saúde ainda mais complexa para prestação de assistência médica perante a nova realidade na compra de materiais básicos.

Ademais, a alta judicialização contra planos de saúde nesse intervalo de tempo contribuiu para a instauração do cenário de incertezas e inseguranças financeiras, gerando assim um maior enfoque em cima da discussão a respeito da amplitude do rol da ANS, principalmente quando o tópico chegou aos tribunais superiores.

Nesse contexto, em 21 de setembro de 2022, cerca de 2 meses após o julgamento do Superior Tribunal de Justiça, foi sancionado pelo Estado-executivo o Projeto de Lei 2.033/2022, que possuía a proposta principal de trazer alterações em cima da lei dos planos de saúde, sancionada no ano de 1988 e responsável por reger a atuação e funcionamento dessas instituições.

Como resultado, criou-se a Lei 14.454/22 (BRASIL, 2022) a qual restou determinada a extinção dos limites ao acesso a exames, terapias e medicamentos não previstos inicialmente na lista de referência básica da Agência Nacional de Saúde, indo em contramão ao entendimento sedimentado no Superior Tribunal de Justiça e entendendo o rol como sendo, então, exemplificativo.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais." (NR)

De acordo com o parágrafo 13º, a referida lei expõe a plena possibilidade de inclusão de novos procedimentos, desde que preenchidos os requisitos delimitados, podendo vir a ser desde a comprovação científica da eficácia do tratamento, a recomendação da Comissão Nacional de Incorporação e Tecnologia no Sistema Único

de Saúde (conitec) ou de um órgão de renome internacional.

Assim, constata-se que em razão dessa nova extensão, poderia ser possível vislumbrar a possível instalação de um sistema intermediário capaz de solucionar ou ao menos amenizar a problemática envolvendo a disparidade de entendimentos até então existente e assim indicar soluções possíveis para reequilibrar a relação entre plano de saúde e paciente.

Verifica-se que a lei foi sancionada em conformidade com a avaliação preponderante nos tribunais até meados de 2019 bem como com a posição de boa parte da sociedade civil, dada a forte reação popular em defesa aos interesses do consumidor mediante decisão da Corte em agosto de 2022. Todavia, o que anteriormente já configurava uma situação delicada às instituições de saúde suplementar, no momento atual a realidade ligada a autonomia de uma “lista aberta” de procedimentos se torna ainda mais crítico a longo prazo.

Em se tratando de aplicabilidade, os critérios estabelecidos pela norma incluem a comprovação da eficácia do tratamento, mas não necessariamente da comprovação da segurança de sua utilização. Além disso, é possível constatar que esses critérios não se dão de forma cumulativa, mas sim alternativa, bastando apenas um tipo de validação para que o pleito do beneficiário seja atendido.

Entretanto, faz-se relevante levar em consideração que para que uma medicação ou procedimento seja incluído no rol, a reguladora leva em consideração uma série de critérios como eficácia, acurácia, efetividade, impactos orçamentários, disponibilidade, além de uma rigorosa análise quanto aos riscos que o método pode vir a trazer ao paciente. À vista disso, a falta de uma delimitação mais rigorosa corrobora para que haja a redução na exigência de uma apresentação mais consolidada voltada a evidência científica do tratamento pleiteado, tornando o caminho mais livre para a cobertura de terapias, medicamentos e procedimentos diversos àqueles que já possuem um maior embasamento para sua aplicação, podendo vir a expor os pacientes a uma série de riscos de segurança social.

Um forte exemplo frente ao apresentado, é que a nova disposição da lei trouxe em seu parágrafo 13º, inciso II, a necessidade apenas da recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) para a garantia de acesso a intervenção requisitada, enquanto Lei 9.656/98 (BRASIL, 1998)

determinava não só a sua recomendação, mas também a incorporação do tratamento ao Sistema Único de Saúde.

§ 10. As tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), instituída pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, serão incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de até 60 (sessenta) dias.

Nesta perspectiva, a liberdade delimitada por força de lei para a cobertura de procedimentos fora do rol traz a tona as mesmas reflexões levantadas pelo Ministro Luis Felipe Salomão durante o julgamento do Superior Tribunal de Justiça: a interpretação mais ampliativa resulta no esgotamento da competência atribuída à ANS para adoção de medidas regulatórias voltadas ao equilíbrio do setor de saúde suplementar, afetando, como consequência, toda a coletividade envolvida nesse processo.

“Segundo entendo, como foi verificado pelas instâncias ordinárias que o tratamento prescrito desborda da cobertura contratual – o que é incontroverso nos autos, conforme a própria causa de pedir da ação –, as operadoras não são obrigadas a prestá-lo, sob pena de ruptura do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos, podendo ocasionar despesa indevida para a coletividade do fundo mutual, prejudicando o universo de beneficiários do plano e até mesmo a manutenção de todos na Saúde Suplementar. É preciso também atentar para o fato de que considerar o rol da ANS meramente exemplificativo, à luz do CDC, penso, é negar vigência às regras especiais que integram o microsistema da saúde suplementar, ferindo a unidade harmônica do ordenamento jurídico (que não é um conjunto caótico de regras e princípios).”
(STJ), REsp 1.889.704/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 03/08/2022)

Em resumo, o desequilíbrio atuarial da saúde suplementar afeta diretamente na eficácia do direito constitucional à saúde. O Brasil, pelo artigo 197 da Constituição Federal¹² (BRASIL, 1998) dispõe do Poder Público juntamente às iniciativas privadas para garantia desse direito a todos os cidadãos. Entretanto, a ampliação da garantia dos serviços pelas instituições de saúde suplementar afeta diretamente a capacidade das operadoras, o que leva, como efeito, ao desequilíbrio no mercado de planos de

¹² Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

saúde.

Em decorrência a esse fato, não só as operadoras são atingidas pelos ônus trazidos em face a exemplificatividade total do rol, mas principalmente os consumidores. A interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui para o encarecimento de mensalidades, e conseqüentemente torna mais difícil seu acesso por parte dos consumidores. Logo, a confiabilidade assegurada nos procedimentos elencados na lista torna-se prejudicial a longo prazo, contribuindo dessa forma para o aumento significativo de demandas envolvendo o Sistema Único de Saúde (SUS), instituição naturalmente superlotada.

Além disso, é necessário compreender que a discussão envolve direitos e obrigações delimitadas na relação contratual entre as partes. O rol mínimo ofertado inicialmente pelo plano de saúde constitui a plena garantia ao consumidor no que diz respeito à diversidade de atendimento mediante um preço acessível, contemplando dessa forma até mesmo parcelas mais vulneráveis da população.

A Lei nº 13.784/2019 (BRASIL, 2019) estabelece que a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato, complementando que nas relações contratuais privadas prevalecerão o princípio da intervenção mínima e a excepcionalidade da revisão contratual. Nesse sentido, é forçoso reconhecer que apesar de os contratos de plano de saúde estarem sujeitos ao Código de Defesa do Consumidor, não significa que deve necessariamente haver abertura para ultrapassar os limites acordados e desatender aos dispositivos legais do plano básico de referência.

Logo, cabe ao Poder Judiciário a prudência em suas decisões visando coibir o acesso a ampla, indiscriminada e completa cobertura a produtos e procedimentos carentes de evidência científica ou fora do limite contratual, respeitando a manutenção da saúde dos pacientes bem como a estruturação administrativa da iniciativa privada.

6. CONCLUSÃO

É inegável a relevância da temática aqui discutida, assim como a vasta responsabilidade que há nas mãos dos julgadores ao tratar de uma matéria que

envolve a proteção do direito principal, garantido constitucionalmente a todos os cidadãos sem extinção: a vida.

A discussão referente ao caráter do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde, na realidade, vai muito além da imposição de um limite de aplicabilidade na utilização dos planos, uma vez que em consonância ao exposto vastamente, findam por ter consequências diretas na gerência do Poder Público e a quebra econômico-financeiro das operadoras.

Todavia, é extremamente importante reconhecer que apesar da relevância de todos os argumentos explanados em favor da taxatividade da lista de procedimentos, a divergência de entendimentos do Poder Judiciário em torno da temática resta cristalino a grande complexidade que a envolve, principalmente pelos valores rodeados. Com efeito, assim como as consequências e ameaças aos interesses privados das instituições de saúde merecem ser consideradas, os argumentos apresentados frente a defesa da "lista aberta" de tratamentos, exames e terapias também se fazem dignos à medida em que expõem também os interesses públicos e a responsabilidade civil que envolvem a relação.

Partindo dessa premissa, entende-se que o intuito para criação do rol foi mitigar as assimetrias informacionais quanto a cobertura dos planos de saúde, e principalmente garantir a eficácia na prestação de seus serviços. Em seguimento, o alto nível de judicialização deu margem para julgamentos mais técnicos, mantendo a equidistância entre as partes e dando assim a oportunidade de visualização do macro sistema e suas necessidades essenciais, e não somente a versão do usuário de modo unilateral e como a posição mais fragilizada da relação contratual.

Por se tratar de um mercado com milhões de beneficiários com necessidades distintas e com diversas questões a serem discutidas envolvendo desde princípios constitucionais até a forte pressão ao Sistema Único de Saúde, como esperado, mesmo com o entendimento sedimentado pelo STJ e a Lei nº 14.454/22, ainda há muito que evoluir e discutir acerca da temática aqui exposta.

Pautados na legislação e doutrina analisadas, reconhece-se que a taxatividade e aplicabilidade da lista de procedimentos ainda é uma questão em pauta perante o judiciário brasileiro visto que possui lacunas e questionamentos em aberto, além de estar suscetível a uma série de modificações à medida que as discussões tomam

maiores rumos.

Contudo, até o momento, é de encargo dos tribunais, de modo devidamente fundamentado e técnico, estabelecer as premissas frente ao caso a fim de atender minimamente aos interesses dos envolvidos de forma coesa, a ponto de que seja provável encontrar um caminho capaz de perceber a relevância do serviço prestado pelo plano de saúde e o reconhecimento aos seus interesses na relação contratual e dessa forma, impedir consequências futuras ao mercado de saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/2021/anexo_i_rol_2021rn_4652021.pdf> Acesso em: 27 de nov. 2022

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 5 de out. De 1988. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. **Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm> Acesso em: 05 mai. 2022

BRASIL. **Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm> Acesso em: 05 mai. 2022

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 16 de nov. 2022.

BRASIL. **Lei n. 14.307, de 03 de março de 2022.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14307.htm> Acesso em: 01 de nov. de 2022.

BRASIL. **Lei n. 14.545, de 21 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de

junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.454%2C%20DE%2021,e%20eventos%20em%20sa%C3%B Ade%20suplementar.> Acesso em: 01 out. 2022.

BRASIL. **Lei n. 13.784, de 20 de setembro de 2019.** Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado; altera as Leis nos 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), 6.404, de 15 de dezembro de 1976, 11.598, de 3 de dezembro de 2007, 12.682, de 9 de julho de 2012, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 10.522, de 19 de julho de 2002, 8.934, de 18 de novembro 1994, o Decreto-Lei nº 9.760, de 5 de setembro de 1946 e a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; revoga a Lei Delegada nº 4, de 26 de setembro de 1962, a Lei nº 11.887, de 24 de dezembro de 2008, e dispositivos do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm> Acesso em: 03 de nov. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.886.929/SP. Rel. Min. Luis Felipe Salomão.** Disponível em: <<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EResp%201886929>> Acesso em: 02 set. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.889.704/SP. Rel. Min. Luis Felipe Salomão.** Disponível em: <<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=EResp%201889704>> Acesso em: 02 set. 2022.

CECHIN, José. **A História e os desafios da saúde suplementar - 10 anos de regulação.** São Paulo: editora saraiva, 2008.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2022.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil.** Uma pequena revisão. Disponível em: <[file:///C:/Users/55849/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-\[16-200511-SES-MT\]%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55849/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-[16-200511-SES-MT]%20(1).pdf)> Acesso em: 21 ago. 2022.

SALVATORI, Rachel Torres; VENTURA, Carla A. Arena. **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: Onze anos de regulamentação dos planos de saúde.** Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/osoc/a/YZRSftDwyZRjBnwK8LpKJsn/?lang=pt#:~:text=A%20Ag%C3%Aancia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Suplementar%20%C3%A9%20uma%20ag%C3%Aancia%20reguladora,ser%C3%A1%20assunto%20do%20pr%C3%B3ximo%20t%C3%B3pico.>> Acesso em: 27 de nov. 2022.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho.; MERHY, Emerson Elias. **A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/n4wgfWsp6Z8Gs6sLcfwcz4F/?lang=pt>> Acesso em: 20ago. 2022.