

UNISA – UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

**Pós-graduação *stricto sensu* do Mestrado Acadêmico em
Direito Médico**

Luciana Paola Mussa

**DA APLICABILIDADE DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE
CONTRATUAL À SAÚDE SUPLEMENTAR**

**São Paulo
2023**

Luciana Paola Mussa

**DA APLICABILIDADE DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE
CONTRATUAL À SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação *stricto sensu* do Mestrado Acadêmico em Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade Santo Amaro - UNISA.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Francisco Constantino.

**São Paulo
2023**

Ficha Catalográfica

M977d Mussa, Luciana Paola.

Da aplicabilidade do princípio da integralidade contratual à saúde suplementar / Luciana Paola Mussa. — São Paulo, 2023.

108 p.: il., color.

Dissertação (Mestrado em Direito Médico) — Universidade Santo Amaro, 2023.

Orientador: Prof. Me. Dr. Clovis Francisco Constantino.

1. Plano de saúde. 2. Princípio de integralidade contratual. 3. Abrangência de cobertura. I. Constantino, Clovis Francisco, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Ficha elaborada por Andréa Carvalho — CRB8/93040

Luciana Paola Mussa

**DA APLICABILIDADE DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE
CONTRATUAL À SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito Médico. Orientador: Prof. Dr. Clóvis Francisco Constantino.

São Paulo, ____ de ____ de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr . Clóvis Francisco Constantino (Orientador)

Prof. Dr. Reynaldo Mapelli Júnior

Profa. Dr a. Gabriela Araújo

Conceito Final: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por ter me dado a oportunidade de participar deste curso.

Ao meu orientador, pelo apoio, motivação e carinho no desenvolver da orientação.

Ao Professor Reynaldo Mapelli Júnior, pela troca e inspiração.

À Coordenação de Pós- Graduação da Universidade de Santo Amaro, aos colaboradores e professores.

Ao meu marido, Sérgio, pelo apoio e pelo suporte, diante da minha ausência, junto aos nossos filhos.

Aos meus filhos, Rafael e Marina, por serem a luz da minha vida e minha motivação diária.

Ao meu parceiro de trabalho, Rafael de Almeida Medawar, pelo incentivo diário.

Aos meus amigos, Ariovânia Morilha Sano, Vinicius Nunes Abbud, Ronaldo Piber, Bruna Versetti Negrão, Angelita da Rosa e Ana Carolina Moreira Santos, amigos que encontrei na jornada acadêmica, com quem eu pude compartilhar reflexões, ideologias e princípios que me acompanharão pelo resto da minha jornada.

RESUMO

O presente estudo analisa a abrangência de cobertura da assistência à saúde oferecida pela saúde suplementar, e se é possível defender a aplicação do princípio da integralidade no setor.

Para realizar tal análise se considera a legislação aplicada à espécie, o posicionamento dos Tribunais sobre a matéria, inclusive sobre o ressarcimento ao SUS, e a regulamentação do setor pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, considerando o seu papel da agência reguladora, atribuído pela Lei nº 9.961/ 2000.

Faz-se uma reflexão sobre a problemática da saúde suplementar, os desafios atuais, e o oferecimento de saúde ao cidadão considerando todos os níveis de atenção, excepcionado apenas as hipóteses trazidas na Lei nº 9.656/1.998 e o segmento de assistência contratado.

Palavras-chave: Plano de saúde. Princípio de integralidade contratual. Abrangência de cobertura. Rol de procedimentos da ANS. Segmentação dos planos de saúde.

ABSTRACT

The present study analyzes the scope of coverage of health care offered by supplementary health, and whether it is possible to defend the application of the principle of integrality in the sector.

In order to carry out such an analysis, the legislation applied to the species, the position of the Courts on the matter, including the reimbursement to the SUS, and the regulation of the sector by the ANS - National Supplementary Health Agency.

A reflection is made on the problem of supplementary health, the current challenges, and the provision of health to the citizen considering all levels of care, excepting only the hypotheses brought in Law 9.656/1.998 and the contracted assistance segment.

Key words: Health plan. Principle of contractual integrality. scope of coverage. list of ANS procedures. Segmentation of health plans.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Ação de Descumprimento de preceito fundamental
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ART	Artigo
ASS	Agência de Saúde Suplementar
CADIN	Cadastro Informativo de Créditos não Quitados
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CASSI	Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco Brasil
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFR	Constituição Federal da República
CID	Código Internacional de Doenças
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho de Administração da Saúde Previdenciária
CONITEC de Saúde	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no sistema Único
CONSU	Conselho de saúde suplementar

CPI	Comissões Parlamentares de Inquérito
DJE	Diário da Justiça Eletrônico
DOU	Diário Oficial da União
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ERESP	Embargos de Divergência em Recurso Especial
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GEAP	Fundação de Seguridade Social
GRU	Guias de Recolhimento da União
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IAPI	Assistência patronal para os servidores do antigo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto Brasileiro do Consumidor
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisas Ambientais
MP	Medida Provisória
NT	Nota técnica
OMS	Organização Mundial da Saúde
REsp	Recurso Especial
RE	Recurso Extraordinário
RN	Resolução Normativa
SAS	Secretaria de assistência à Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

SUMÁRIO

1	Introdução	9
2	Direito Constitucional à Saúde – Estado Da Arte	12
3	Dos Serviços de Saúde no Brasil	18
3.1	Evolução histórica do direito da saúde	18
3.1.2	Histórico da saúde suplementar	19
3.1.3	Histórico da saúde pública no brasil	23
3.2	A crise no sistema de saúde privado – realidade atual	25
4	Lei Orgânica Da Saúde (Lei N° 8.080/90) Aplicável Ao Setor Privado	33
5	Do Conceito de Integralidade Contratual na Saúde Suplementar	39
6	Do Ressarcimento ao SUS	48
7	Da Alta Judicialização e Inadimplência Contratual das Operadoras de Plano de Saúde Diante da Análise Jurisprudencial	58
8	Da Movimentação Jurisprudencial sobre a Abrangência de Cobertura no Setor de Saúde Suplementar	65
9	A Lei nº 14.454/2022 como Reafirmação de Assistência Médica além do Rol de Procedimentos	85
10	Da Agência Reguladora da Saúde Suplementar - ANS	87
11	Discussão	92
12	Conclusão	94
	REFERÊNCIAS	96

1 INTRODUÇÃO

É possível aplicar o princípio da integralidade na saúde suplementar? Ou tal princípio se aplica exclusivamente à saúde pública?

O presente estudo diz respeito à abrangência de cobertura obrigatória, prestada pelos planos de saúde aos seus beneficiários, e se existem limites no oferecimento dessa cobertura.

Como referência se utiliza o princípio da integralidade aplicável ao Sistema único de saúde – SUS.

O princípio da Integralidade é trazido pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica da saúde como, “*conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*”¹

Através da análise da Constituição Federal, que traz a saúde como um direito social fundamental, a legislação infraconstitucional aplicável a espécie, as regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e a jurisprudência brasileira, refletimos sobre a aplicação desse princípio, também na saúde suplementar (aquela prestada ao beneficiário através de pacto contratual junto aos planos e às seguradoras de saúde, mediante pagamento de prêmio mensal).

Há, no Brasil, dois sistemas de saúde autônomos? O público e o privado, no que tange ao cuidado da saúde do cidadão, ou apenas um único sistema de saúde com esses segmentos interligados?

Para chegar a uma conclusão, abordamos a construção do direito constitucional à saúde, nos debruçamos sobre as reflexões realizadas pelo judiciário sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, quando foi

¹ BRASIL. Lei nº 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. **DOU**, Brasília, 20/10/1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15. jun. 2023.

questionada a constitucionalidade do artigo 32 da Lei nº 9.656/98, para aprimorar a compreensão da relação entre o sistema de saúde público e o privado.

Traz-se à luz a alta judicialização dos beneficiários em face das operadoras de planos de saúde, o que sugere uma inadimplência contratual destas em relação ao atendimento das necessidades daqueles, com repercussão direta na saúde pública, que acolhe 80% dos brasileiros, exclusivamente, como informado pelo Ministério da Saúde².

Apresenta-se a movimentação jurisprudencial que envolveu discussões sobre a abrangência de cobertura pelos planos de saúde, especificamente discutindo o rol de procedimentos da ANS, e seu caráter exemplificativo ou taxativo, para que seja possível analisar o alcance de cobertura a que o titular do plano teria direito.

Trazemos a importância da Agência Reguladora no Setor de Saúde suplementar, vez que os serviços de saúde têm relevância pública, e a necessidade desse órgão zelar pelos interesses dos beneficiários, considerando o contexto social da área da saúde e a repercussão que as coberturas terão no SUS.

Ao analisar as referências acima mencionadas juntamente com a jurisprudência e as normativas da agência reguladora (ANS), depreende-se que o papel das operadoras de planos de saúde é oferecer assistência médica ao beneficiário, em todos os níveis de atenção, respeitando-se a existência de “barreiras de cobertura” poucas exceções previstas em Lei –, bem como dos limites estabelecidos no plano de referência contratado.

Diante desse contexto, entendemos que, no âmbito da saúde suplementar, também se aplica o princípio da integralidade, vez que o beneficiário deve ser atendido em todos os níveis de atenção. Essa integralidade seria contratual,

² MINISTÉRIA DA SAÚDE. Gov.br. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 15 jun. 2023.

vez que os níveis de atenção devem estar relacionados ao plano de referência contratado, como será pontuado no decorrer deste trabalho.

2 Direito Constitucional à Saúde – Estado da Arte

A Constituição Federal, promulgada em 1988, trouxe um direcionamento às questões relativas ao bem-estar e justiça sociais. Reconheceu direitos fundamentais que passaram por diversas transformações, durante três gerações de direitos, ou dimensões de direitos, como trazido pela doutrina moderna.

A primeira dimensão de direitos, basicamente, protege os cidadãos do poder do Estado e a segunda dimensão de direitos fundamentais estabelece determinadas prestações positivas do Estado³.

Nesta linha, Ingo Wolfgang Sarlet:⁴

Os direitos fundamentais, ao menos no âmbito de seu reconhecimento nas primeiras Constituições escritas, são o produto peculiar (ressalvado certo conteúdo social característico do constitucionalismo francês), do pensamento liberal-burguês do século XVIII, caracterizados por um cunho fortemente individualista, concebidos como direitos do indivíduo perante o Estado, mais especificamente como direitos de defesa, demarcando uma zona de não intervenção do Estado e uma esfera de autonomia individual em face de seu poder. São, por este motivo, apresentados como direitos de cunho “negativo”, uma vez que dirigidos a uma abstenção, e não a uma conduta positiva por parte dos poderes públicos, sendo, neste sentido, “direitos de resistência ou de oposição perante o Estado.

Nesse contexto assumem particular relevo os direitos à vida, à liberdade, à propriedade e a igualdade perante a lei, , posteriormente, complementados por um leque de liberdades, incluindo as assim denominadas liberdades de expressão coletiva (liberdades de expressão, imprensa, manifestação, reunião, associação etc.), e pelos direitos de participação política, tais como o direito de voto e a capacidade eleitoral passiva, revelando, de tal sorte, a íntima correlação entre os direitos fundamentais e a democracia).

Conforme citado pelo autor⁵, após evitar a intervenção do Estado na esfera das liberdades individuais (primeira dimensão), se cobrou deste um comportamento ativo na realização da justiça social, uma atuação positiva, nas prestações

³ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 9. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

⁴ SARLET, Ingo Wolfgang *et al.* **Curso de direito constitucional**, 11. edição 2022. Saraiva Educação, 2022, n.p.

⁵ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

sociais estatais, como assistência social, saúde, educação, trabalho etc, na segunda dimensão de direitos fundamentais.

Ainda na segunda dimensão dos direitos fundamentais, além da característica positiva dos direitos sociais que a Constituição garante e visa a proteger, também se garantiram as liberdades sociais, a liberdade de sindicalização, do direito de greve, bem como do reconhecimento de direitos fundamentais aos trabalhadores, tais como o direito a férias e ao repouso semanal remunerado, a garantia de um salário mínimo.

Na terceira dimensão de direitos fundamentais, estão os direitos de solidariedade, onde a proteção envolve titularidade coletiva ou difusa. Citados entre os direitos dessa dimensão estão os direitos à paz, à autodeterminação dos povos, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e qualidade de vida, bem como o direito à conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural e, ainda, o direito de comunicação, entre outros.

A quarta dimensão de direitos fundamentais aguarda o reconhecimento do direito internacional, embora haja, no direito pátrio, a posição do constitucionalista cearense Paulo Bonavides, defendendo que a quarta dimensão de direitos fundamentais seriam aqueles direitos relativos à democracia, à informação e ao pluralismo⁶.

Dentro deste cenário, o direito à Saúde está estabelecido no artigo 6º da Constituição Federal, como um individual, fundamental e Social, da segunda dimensão e está mais bem detalhado nos artigos 196 e seguintes da Constituição.

Conforme, Paulo Roberto de Figueiredo Dantas

O direito à saúde, por sua vez, encontra tratamento constitucional nos artigos 196 e seguintes, da Carta Magna. Segundo o artigo 196, de nossa Lei Fundamental, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, norma constitucional

⁶DANTAS. Paulo Roberto de Figueiredo. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. Indaiatuba: Foco, 2021.

que deixa claro, a um só tempo, que o Poder Público tem o dever de garantir a universalização do serviço público de saúde, e que este serviço deve ter caráter não só recuperador, como também preventivo, de modo a evitar que doenças e epidemias se instalem no corpo social. (DANTAS, 2021, n.p. [e-book]).

Essa determinação, de que o Estado deve apregoar e garantir o direito à saúde, consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e foi positivado no nosso ordenamento jurídico na Constituição Federal, que consagrou as garantias e os direitos fundamentais e que atestou os valores da dignidade da pessoa humana como imperativo de justiça social⁷.

Assim sendo, sob a ótica constitucional, o direito à saúde, direito de todos e dever do Estado, pode ser por ele oferecido de forma direta ou por meio da iniciativa privada.

Em sua forma direta, o Estado exerce esse dever através da prestação de serviço público, conceituado por Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁸ como:

Toda atividade material que a Lei atribui ao Estado para que exerça diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer concretamente às necessidades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente público. (DI PIETRO, 2003, p. 99).

Considerando a forma direta de prestação de serviços, o artigo 196 da Constituição Federal nos sinaliza que à Saúde abrange as dimensões preventiva, promocional e curativa.

Já o artigo 198, esclarece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, o “Sistema Único de Saúde”. Também fixa diretrizes como a descentralização, o atendimento integral tanto na esfera preventiva como na assistencial e a participação da comunidade, com financiamento advindos do orçamento da seguridade social, bem como da

⁷ GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde**: a ótica de proteção do consumidor. 4. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2009.

⁸ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, nos termos do artigo 195, da Carta Magna⁹.

O Sistema Único de Saúde é regulamentado pela Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Entre as diretrizes estabelecidas na lei, estão o acesso universal e gratuito, e a integralidade de ações.

Além da Lei nº 8.080/90, a Lei nº 8.142/90 é de fundamental importância, vez que dispõe sobre a participação popular no SUS e instituiu normas sobre transferências de recursos públicos. Esta regulamentação é complementada pelo Decreto nº 7.508/2011, que, regulamenta a Lei nº 8.080/1990; e pela Lei Complementar nº 141/2012 que dispõe sobre aplicação de recursos mínimos em saúde.

Esse caráter público não impede que as ações e serviços de saúde sejam prestados pela iniciativa privada, conforme estabelecido na Constituição Federal, artigo 199, tanto através da saúde complementar, onde instituições privadas prestam serviços mediante convênios e contratos com o SUS, ou através da saúde suplementar, hipótese em que a assistência à saúde é prestada por planos ou seguro saúde.

José Joaquim Gomes Canotilho,¹⁰ assevera que as ações de saúde têm caráter indisponível dos direitos fundamentais e podem moldar relações privadas, em razão de seu caráter público:

a relevância pública das ações e dos serviços de saúde, decorrente do caráter indisponível do direito fundamental e dos valores que visa a proteger (vida, dignidade, integridade física e psíquica, adequadas condições de vida e de desenvolvimento humano, entre outros), incide como parâmetro de modelação e (re)adequação das relações privadas estabelecidas no setor, inclusive no que pertine aos planos e seguros privados de saúde, seja para fundamentar o afastamento de cláusulas contratuais tidas como abusivas (oportunidade em que dialoga com o direito do consumidor), seja para determinar a busca de solução ao intrincado problema da continuidade do serviço de saúde, que, embora prestado por particular, não perde o caráter público que lhe é imanente. (CANOTILHO, 2018, n.p. [e-book])

⁹ DANTAS, Paulo Roberto de Figueiredo. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. Indaiatuba: 2021.

¹⁰ CANOTILHO, José Joaquim Gomes *et al.* **Comentários à constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

Assim, embora a iniciativa privada seja legítima para explorar ações e serviços de saúde, o caráter público está enraizado inclusive nos deveres de regulamentação, fiscalização e controle do Estado sobre a iniciativa privada.

Prova disso é que no setor de saúde suplementar, a Lei nº 9.656/98 regulamenta a relação entre os planos e seguradoras de saúde com os beneficiários, e se estabeleceu a Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS) para a atuação administrativa na regulação do setor.

Como determina a legislação específica, a relação entre o beneficiário de plano de saúde e os convênios ou seguradoras deve estar garantida em contrato específico, no qual deve vigor a boa-fé objetiva como base da conduta das partes, com redação de cláusulas contratuais que resguardem a vulnerabilidade do contratante, tanto na qualidade de consumidor, quanto na qualidade de sujeito detentor do direito de proteção da saúde, com atenção à responsabilidade pela execução adequada dos serviços de saúde submetidos à dupla incidência da proteção fundamental.

Isto porque, como um direito fundamental social, a saúde constitui uma reserva indevassável oponível ao poder público e aos próprios particulares.

Georges Abboud, sobre o tema, destaca que por explorar atividade pública essencial, o particular fica vinculado no tocante à garantia de direitos fundamentais, como é o caso da saúde.¹¹

O que se deve destacar é que, no Estado Constitucional, o cidadão, em regra, é sujeito ativo de um direito fundamental. Contudo, em determinados momentos, também poderá ser o destinatário passivo desse direito. Essa vinculação dos demais particulares pode ser visualizada com maior facilidade nas hipóteses em que a iniciativa privada explora atividade pública essencial (e.g., saúde e educação), ou ainda, nas relações em que preceitos de direito público entrelaçam-se com o direito privado, por exemplo, urbanismo, meio ambiente e proteção dos consumidores (ABBOUD, 2021, n.p. [e-book]).

¹¹ ABBOUD, Georges. **Direito constitucional pós-moderno**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021. *E-book*.

Como direito fundamental, portanto, o direito à saúde, deve ser respeitado tanto pelo setor público, quanto no setor privado, vez que essas duas categorias não podem ser totalmente separadas. Ao contrário, a saúde oferecida pelo setor público de forma frequente se comunica com o setor privado de assistência à saúde.

3 Dos Serviços de Saúde no Brasil

No Brasil, os serviços de saúde podem ser desenvolvidos e prestados pelo setor público, através do Sistema único de Saúde e pela iniciativa privada.

A iniciativa privada está presente naquela prestação de serviços clássica, onde o paciente remunera diretamente o profissional de saúde escolhido, bem como sustenta diretamente os custos de assistência médica.

A iniciativa privada também está presente na hipótese de atividade privada prestada mediante convênios e contratos firmados com o SUS (“saúde complementar”) e, também, na denominada “saúde suplementar”, ou seja, a prestação de assistência à saúde a partir de contratos de planos e seguros de saúde.

No Sistema Único de Saúde há uma estrutura de gestão da saúde que oferece ao cidadão atendimento nos diversos níveis de atenção, por um conceito jurídico de integralidade e universalidade.

No setor privado, a saúde suplementar é oferecida considerando o contrato de saúde firmado pelos beneficiários junto a planos e seguradoras de saúde, mediante pagamento de contraprestação mensal.

Para traçar o paralelo de aplicação do princípio da integralidade do SUS à saúde suplementar, se faz necessária a análise sobre a evolução desses dois institutos.

3.1 Evolução histórica do direito da saúde

Resgatando os ideais da Revolução Francesa, de igualdade, liberdade e fraternidade, a Declaração Universal dos direitos Humanos, de 1948 e seu desdobramento com o Pacto internacional sobre direitos, sociais e culturais de

03 de janeiro de 1976, se tornaram um marco no reconhecimento universal incluiu, no rol de direitos humanos, o direito à saúde.

A partir daí esses direitos foram sendo incorporados aos textos legais, evoluindo quanto ao seu reconhecimento como direito fundamental e quanto à forma como são interpretados atualmente.

3.1.2 Histórico da saúde suplementar

No Brasil, o mercado de saúde suplementar surge, formalmente, no início do século XX, nas décadas de 20 e 30, com pouca interferência do Estado e estava ligado, originalmente, a instituições filantrópicas.

Em 1923, a Lei Eloy Chaves cria as sociedades civis e autônomas para iniciar alguma regulamentação do setor de previdência e de assistência à saúde, com a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), em cada empresa de ferro empregadora.

As CAPs tinham por finalidade o financiamento da saúde privada individual e era custeada pela contribuição de patrões e de empregados.

Já no governo Getúlio Vargas, em 1933, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que, além de garantirem aposentadorias e pensões, prestavam serviços de saúde. Nesses institutos, os empregados tinham a contribuição descontada da folha de pagamento; o Estado e o empregador também contribuía com parte dos valores e ambas as partes exerciam a administração do Fundo.

Entre 1940 e 1950, empresas do setor público e do setor privado esquematizam a assistência médica e hospitalar para seus funcionários. Neste período, há a criação do Cassi (Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco Brasil) e da IAPI (assistência patronal para os servidores do antigo Instituto de

Aposentadorias e Pensões dos Industriários), que mais tarde dão origem à GEAP (Fundação de Seguridade Social)¹².

Essa criação permanece vigente até que, nos anos 60 e 70, há um aumento considerável de contratações de planos coletivos, principalmente com a transferência, para as empresas privadas, das responsabilidades acerca da assistência de saúde de seus funcionários.

Nesse momento surgem as empresas médicas, oferecendo a venda de serviços assistenciais, por redes próprias ou por credenciamento de prestadores. Durante o regime militar, esses grupos médicos ganham incentivo e surgem as Unimeds (cooperativas de trabalho) com o fortalecimento de estruturas próprias pelas empresas estatais, que mais tarde viriam a ser denominadas sistemas de autogestão.

Em 1966, há a normatização do Seguro Saúde pelo Decreto nº 73, que dispôs sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, com a criação da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). À SUSEP caberia a organização, o funcionamento e as operações das Sociedades Seguradoras.

Nesse decreto, foi destinado um capítulo ao Seguro Saúde, que tinha o objetivo de dar assistência médica e hospitalar, diante do pagamento em dinheiro, pela seguradora ao prestador da assistência ao segurado. Ou seja, eram compreendidas apenas as hipóteses de reembolso de valores em relação à livre escolha de médicos e de hospitais, mediante franquias, conforme explicitado nos artigos abaixo transcritos¹³:

Art. 129. Fica instituído o Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar.

¹² MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. Agência de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas de assistência médica suplementar.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

¹³BRASIL. Decreto Lei nº 73/99. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **DOU**, 22 nov. 1966.

Art. 130. A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado.

§ 1º A cobertura do Seguro-Saúde ficará sujeita ao regime de franquia de acordo com os critérios fixados pelo CNSP.

§ 2º A livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nos contratos referidos no artigo anterior.

Em 30 de outubro de 1980, a Lei nº 6.839 instituiu a obrigatoriedade de registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão da sua atividade básica ou em relação àquela pela qual prestam serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, nos Conselhos Regionais de Medicina.

Em 1989, por meio da circular 5, a SUSEP determinou que o regime de prestação de serviço poderia consistir em, além de reembolso, acordos e convênios com prestadores de serviço médico-hospitalares a fim de facilitar a prestação de serviços para o segurado.

Em 1991, entrou em vigor o Código de Defesa do Consumidor.

A atuação dos Procons e do Ministério público, voltada para os consumidores, se deparou com um elevado número de denúncias e de reclamações sobre as negativas de atendimento, sobre reajustes abusivos, bem como ajuizamento de ações judiciais sobre o tema. Tal situação constatou a necessária fiscalização do Estado, sobre o setor de saúde oferecido pelo setor privado.

Foi em 1993, por meio da Resolução Normativa 1401, que o Conselho Federal de Medicina impôs a necessidade de atendimento, pelas empresas de prestação de serviços médicos e hospitalares, de todas as doenças com código internacional de doenças, sob a pena de cancelamento dos registros e de sanções disciplinares aos diretores técnicos responsáveis.

Ainda em 1993, o Senado Federal recebe um projeto de Lei, já aprovado pela Câmara, que determinava a proibição de exclusão de cobertura de despesas referente ao tratamento de doenças nos contratos de assistência médico hospitalar oferecido por empresas privadas.

O projeto foi discutido, teve diversas alterações que mudaram totalmente o texto original, e foi instituída uma Comissão Especial para análise. O relatório dessa comissão foi aprovado na Câmara dos deputados, voltando ao senado em 1997 e previa a exclusão de cobertura para doenças preexistentes, congênitas e infectocontagiosas¹⁴.

O projeto, alterado e aprovado pela Câmara dos deputados, trouxe um forte debate no Senado e interesse de reinício de debates diante da descaracterização do texto original.

O Ministério da Saúde da época, o Senador José Serra, propôs a aprovação integral do projeto e comprometeu-se a fazer modificações por meio de medida provisória, inclusive na criação de um órgão para a regulamentação do setor de saúde suplementar dentro do Ministério da Saúde, com vocação técnica.

O texto deu origem à Lei nº 9.656/98, publicada em 04/06/1998, já com as alterações introduzidas pela Medida Provisória nº 1665. A citada lei regulamenta a relação entre a operadora de plano de saúde, as seguradoras com os seus beneficiários.

No primeiro momento foram criadas duas formas de regulação¹⁵ do mercado de saúde suplementar. A primeira, com foco no aspecto econômico-financeiro, ficou a cargo do Ministério da Fazenda, pelo conselho Nacional de Seguros privados e da SUSEP, e a segunda, sobre a assistência oferecida, ficou a cargo do Ministério da Saúde por intermédio do CONSU (Conselho de saúde suplementar) e da SAS (Secretaria de assistência à Saúde).

Com a Medida Provisória nº 1908/99, a regulamentação passou a ser exclusiva do Ministério da Saúde, tanto na questão econômico-financeira, como na assistencial.

¹⁴ GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde**: a ótica de proteção do consumidor. 4. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2009.

¹⁵ GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde**: a ótica de proteção do consumidor. 4. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2009.

Em 2001, foi criada a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), órgão ligado ao Ministério da saúde, para regular e fiscalizar todo o setor de saúde suplementar.

Nos dizeres de Maria Stella Gregori¹⁶, a criação da agência nacional de saúde suplementar foi um marco importante para sinalizar a intervenção estatal na atividade privada de assistência à saúde:

A criação da ANS foi um marco importante para o mercado de saúde suplementar, à medida que o Estado sinalizava, de um lado, que esta atividade estava submetida aos princípios constitucionais da ordem econômica, de livre iniciativa e competição, por considerá-los instrumentos agregadores de eficiência a esse mercado, e, de outro, que tais atividades deveriam ser desenvolvidas de acordo com decisões e regulamentações editadas por um órgão estatal responsável por autorizar, regulamentar e fiscalizar o exercício dessas atividades, de modo a permitir que a competição se desse de forma saudável em benefício da sociedade como um todo. (GREGORI, 2009, p. 48)

Após a criação da Agência nacional de saúde, o sistema de saúde suplementar ganhou os contornos que prevalece até os dias atuais.

3.1.3 Histórico da saúde pública no brasil

Antes de 1988, ano de promulgação da nossa Constituição Federal, a Saúde era excludente e contributiva, ou seja, só tinham acesso aos serviços de saúde aqueles que contribuíam com a Previdência. Aqueles que não contribuíam eram atendidos pelas santas casas de misericórdia.

O conceito de saúde que temos na atualidade se inicia na Conferência Internacional em Alma-Ata, realizada em 1978, no Cazaquistão, com a proposta de oferecer a atenção primária para todos. Na conferência, se trata da saúde como um direito fundamental e de responsabilidade dos governos com a necessidade de articulações intersetoriais.

¹⁶ GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde**: a ótica de proteção do consumidor. 4. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2009.

Posteriormente, em 1982, há a criação dos CONASP (Conselho de Administração da Saúde Previdenciária), com o intuito de aumentar a produtividade, de melhorar a qualidade da assistência e de equilibrar as ações ofertadas à população.

Em 1983, são criadas as AIS (Ações Integradas de Saúde), que propõem a otimização dos serviços públicos de saúde, integrando ações curativas, preventivas e educativas e tornando o atendimento médico mais acessível à população.

Com a eleição de Tancredo Neves, que marca o fim da Ditadura, seguem vários movimentos sociais na área da saúde, que culminam, entre outras ações sociais, em uma grande mobilização social que resultou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Esse evento lança as bases da reforma sanitária norteadas pelo princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Sua principal deliberação é a base da institucionalização do SUS pela Constituição Federal de 1988.¹⁷

Em 1988, é criado o SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde), que apresenta, como princípios básicos, a universalização, a equidade, a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade.

Em 1988, a atual Constituição contempla o setor da saúde entre os artigos 196 e 200, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado. Ademais, insere o SUS no contexto de políticas públicas de Seguridade Social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.¹⁸

O SUS é regulamentado em 1990, por meio da Lei nº 8.080, que traz um modelo operacional e propõe a sua forma de organização e de funcionamento.

¹⁷ CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/sistema-unico-de-saude-2/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

¹⁸SANTOS, Jackeline Borges Reis dos; SOUZA, Natale Oliveira de. COLETTTO, Yara Cardoso. **Legislação do SUS**: Comentada e Esquematizada. 4. ed. Salvador: Sanar, 2021.

Como princípios doutrinários do SUS, explicitamos a universalidade, a equidade e a integralidade; e como princípios organizativos, a hierarquização, a participação social e a descentralização política administrativa.

3.2 A crise no sistema de saúde privado – realidade atual

Antes da aprovação da Lei nº 9.656/98, já havia um forte debate na Câmara dos Deputados e no Senado, sobre a abrangência de cobertura da saúde suplementar.

A crescente reclamação sobre as exclusões de cobertura que chegavam aos órgãos de defesa do consumidor sinalizavam a necessidade de fiscalização do Estado sobre o setor.

Em paralelo, as operadoras de planos de saúde e as seguradoras faziam uma forte pressão, chamando a atenção para a suposta impossibilidade de cobertura integral, diante da necessidade de equilíbrio contratual entre os valores arrecadados e as despesas médicas crescentes pela inclusão de novas tecnologias. Pressão que dura até os dias atuais.

A pandemia intensificou ainda mais essa discussão, chamando a atenção tanto sobre as necessidades dos consumidores, como das despesas crescentes com o oferecimento de coberturas.

Para entender a alegação das operadoras sobre o equilíbrio financeiro do contrato, bem como o aumento de despesas assistenciais, analisamos as notas técnicas elaborada pela ANS, que traz a análise sobre o setor de saúde suplementar, principalmente sobre o custo da incorporação de novas tecnologias, a inflação sobre os produtos de saúde, bem como sinistralidade do setor.

Em 2020, a ANS, gerou a nota técnica nº 13/2020¹⁹, que analisou as ações de natureza técnica sobre a dinâmica de regulação dos reajustes de contraprestações aplicáveis naquele ano, apresentando avaliações e dados no momento da pandemia.

O estudo constatou que após cinco meses do reconhecimento da situação de pandemia, *“o setor, até o momento se mantém sólido e no geral em condições melhores do que antes da pandemia”*²⁰. E acrescenta:

Os motivos para a manutenção dos bons números do setor até o momento, elencados em reuniões [com operadoras e agentes do setor] e demais análises são: em primeiro lugar, o esforço das famílias e empresas em manter os planos de saúde devido à atual crise ser uma emergência de saúde, ou seja, tais agentes postergam outros pagamentos, porém mantêm até onde possível o pagamento das contraprestações dos planos; em segundo lugar a redução de procedimentos eletivos devido ao distanciamento social, que gerou significava redução das despesas assistenciais do setor durante esses primeiros meses da pandemia.

Pela ótica da receita, destaca-se que não houve variação significava desse montante durante a crise, um grande receio no início da pandemia. Para isso se destacam dois aspectos: base de beneficiários e nível de inadimplência. Frente à crise econômica observada, houve, relativamente, pequena redução nos últimos meses da base de beneficiários, considerando os dados até junho[...] Quanto à inadimplência verifica-se [...] que não houve grande variação do indicador durante a pandemia até julho.

Já pela ótica das despesas [...] observa-se uma queda expressiva dos valores pagos a fornecedores e prestadores de saúde. Como resultado, no mês de junho/2020, teve-se o menor índice de sinistralidade de caixa observado em toda a série histórica. Embora o índice tenha se elevado em julho, ainda está abaixo da média histórica do setor.[...].²¹

Diante do cenário trazido pela Nota Técnica, se concluiu que houve, durante o ano de 2020, uma retração de custos que perdurou nos meses subsequentes, com indícios de finalizar o ano de 2020 em queda de despesas assistenciais,

¹⁹ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota Técnica 13/2020**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/nota-tecnica-13-2020-difis-diope-dipro.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

²⁰ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota Técnica 13/2020**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/nota-tecnica-13-2020-difis-diope-dipro.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

²¹ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota Técnica 13/2020**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/nota-tecnica-13-2020-difis-diope-dipro.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

com alta probabilidade de aplicação de reajuste negativo no período de 2021/2022.

Assim, em 2021 a ANS anunciou, de forma inédita, um reajuste negativo de 8,19%, resultando na redução de mensalidades no período de maio de 2021 até abril de 2022, em razão da queda de 17% no total de procedimentos como consultas, exames, terapias e cirurgias²².

De igual modo, com o fim do cenário de pandemia ativa, no terceiro trimestre de 2022 (Jan a Set) a ANS registrou um resultado líquido negativo de R\$ 2.5 bilhões de prejuízo das operadoras de planos de saúde, e um aumento de beneficiários (50.420.198 milhões ou 25,9% dos brasileiros em dez de 2022).²³

A ANS traz que o resultado de aplicações financeiras como compensador de desempenho.

Ou seja, os procedimentos eletivos, ficaram represados, e trouxeram grande impacto para o setor em 2022, afetando diretamente a lucratividade deste, vez que 90,3²⁴% do arrecadado direcionava-se a despesas com prestadores dos serviços assistenciais.

Tal situação acabou resultando um reajuste de 15,5% nas mensalidades de planos de saúde (o maior da história) em 2022.

No quarto trimestre, conforme comunicado pela ANS²⁵, o setor da saúde suplementar apresenta sinais de recuperação, com lucro líquido de 2,5 milhões:

²² MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. **ANS estabelece teto para reajuste de planos de saúde individuais e familiares.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-estabelece-teto-para-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-e-familiares>. Acesso em: 15 jun. 2023.

²³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. **Dados Gerais:** Tabelas de beneficiários de planos de saúde, taxas de crescimento e cobertura. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/dados-gerais>. Acesso em: 15 jun. 2023.

²⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. **ANS divulga dados econômico-financeiros do 3º tri/2022.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-divulga-dados-economico-financeiros-do-3o-tri-2022>. Acesso em: 15 jun. 2023.

²⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. **ANS divulga dados econômico-financeiros do 3º tri/2022.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-divulga-dados-economico-financeiros-do-3o-tri-2022>. Acesso em: 15 jun. 2023.

As informações financeiras enviadas pelas operadoras de planos de saúde à ANS demonstram que o setor fechou 2022 praticamente no “zero a zero”, registrando lucro líquido de R\$ 2,5 milhões. Comparado com a receita efetiva de operações de saúde – principal negócio – de R\$ 237,6 bilhões, esse lucro representa apenas 0,001% (para cada R\$ 1.000,00 de receita, R\$ 0,01 de lucro).

A tendência dos resultados anuais no momento pós pandemia – desde 2021 – persistiu com a deterioração dos resultados, especialmente em grandes operadoras, após o lucro recorde de R\$ 18,7 bilhões em 2020, seguido de lucro de R\$ 3,8 bilhões em 2021. Entretanto, o 4º trimestre de 2022 já apresenta sinais de recuperação.²⁶

Chama-se a atenção à previsão legal, referente a licitude dos reajustes aplicáveis as mensalidades em razão da sinistralidade, para manutenção do equilíbrio contratual²⁷:

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

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados

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

Ou seja, há previsão legal para o reequilíbrio contratual anual, mediante a aplicação de reajustes das mensalidades, por sinistralidade e, em determinado momento em algumas faixas etárias do beneficiário.

As operadoras de planos de saúde buscam incansavelmente uma forma de diminuição de despesas assistenciais em busca do aumento da lucratividade,

²⁶ *Idem.*

²⁷ BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, 04/06/1998.

o que é legítimo, desde que se cumpra de forma adequada o contrato firmado junto ao beneficiário oferecendo-lhe assistência médica ampla, conforme o plano de referência contratado.

Em reportagem da folha de São Paulo²⁸ denominada “a saúde financeira dos planos de saúde”, publicada em 22 de maio de 2023, a diretora executiva do IDEC (Instituto Brasileiro do Consumidor) Carlota Aquino Costa e o economista Carlos Octávio Ocké-Reis, afirmam que presenciaram uma eclosão de notícias sobre a crise econômica do mercado de planos de saúde. Os autores informaram que tal movimentação é uma estratégia antiga para justificar o sacrifício do consumidor em prol do reequilíbrio financeiro do mercado.

Prosseguem afirmando que na retomada dos serviços de saúde, pós pandemia, as operadoras encerram o ano em zero a zero (receita x despesas), porém, não se referem à lucratividade e rentabilidade que antecederam a crise (ano de 2020), o pico de novos usuários e as fusões e aquisições dentro do setor:

(...) E agora mobilizam a opinião pública sinalizando um resultado que não chegou nem perto do caos enfrentados em outros mercados para justificar reajustes estratosféricos. Será mesmo que o setor esperava que os anos seguintes seriam de desempenho parecido com 2020? E, se chegamos nesse nível de amadorismo, é justo ainda repassar ao consumidor a ineficiência que o mercado – e indiretamente a reguladora – produziu?

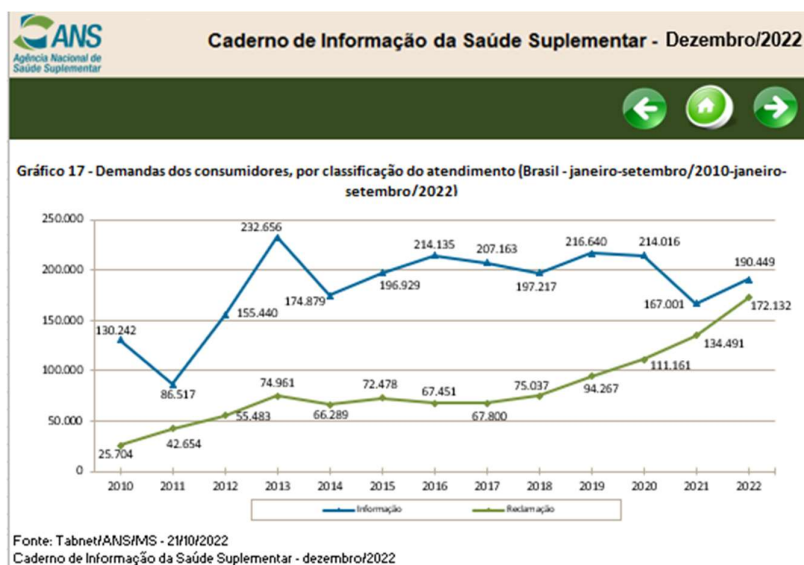
É preciso dar um basta à retórica alarmista, sempre oposta ao consumidor, à concorrência regulada, à qualidade dos serviços e ao interesse público. Um setor com volumosas isenções fiscais e que no ano passado faturou R\$ 237,6 bilhões no segmento médico-hospitalar não está à beira do colapso.

Erros na quantificação e diluição dos riscos não podem ser repassados ao consumidor sob a ameaça de que a alternativa será a desassistência. E a mera ausência de lucro não deveria pautar decisões da ANS ou qualquer

²⁸ COSTA, Carlota Aquino Costa; OCKÉ-REUS, Carlos Octávio. https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2023/05/a-saude-financeira-dos-planos-de-saude.shtml?pwgt=l4y2pg0qox74n7c58dhbbqolwzw3f34puepf8nrgryi39p1e&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift. A saúde financeira dos planos de saúde: operadoras não mencionam a lucratividade que antecedeu suposta crise. **Folha de São Paulo**. São Paulo, , 22 maio 2023. caderno opinião Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2023/05/a-saude-financeira-dos-planos-de-saude.shtml?pwgt=l4y2pg0qox74n7c58dhbbqolwzw3f34puepf8nrgryi39p1e&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift. Acesso em: 15 jun. 2023.

outra autoridade, uma vez que essas sim podem causar prejuízos incalculáveis à saúde física, mental e financeira das famílias brasileiras²⁹.

Diante desse cenário, conforme informação da ANS, através dos dados trazidos no Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2022, as reclamações dos consumidores aumentaram consideravelmente a partir de 2018, sendo mais impactante o aumento de reclamações entre 2020 e 2022³⁰:



Percebe-se, assim, que a saúde privada passa por uma transformação vez que se tem exigido um atendimento mais efetivo das operadoras de planos de

²⁹ COSTA, Carlota Aquino Costa; OCKÉ-REUS, Carlos Octávio. https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2023/05/a-saude-financeira-dos-planos-de-saude.shtml?pwgt=l4y2pg0qox74n7c58dhbbqolwz3f34puepf8nrgryi39p1e&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift. A saúde financeira dos planos de saúde: operadoras não mencionam a lucratividade que antecedeu suposta crise. **Folha de São Paulo**. São Paulo, , 22 maio 2023. caderno opinião Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2023/05/a-saude-financeira-dos-planos-de-saude.shtml?pwgt=l4y2pg0qox74n7c58dhbbqolwz3f34puepf8nrgryi39p1e&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift. Acesso em: 15 jun. 2023.

³⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados abertos**. Disponível em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/Caderno_SS/2022/. Acesso em: 15 jun. 2023.

saúde aos beneficiários, inclusive pela incorporação de novas tecnologias, o que gera um maior custo a título de despesas assistenciais.

Para diminuir as despesas assistenciais, os hospitais que eram administrados por profissionais da área da saúde começaram ser vendidos para grandes operadoras de planos de saúde, na aposta da verticalização da saúde.

Se torna cada vez mais palpável, também a diminuição de despesas assistenciais, considerando os profissionais da área da saúde, são injetados com maior frequência no mercado, diante do aumento do número de faculdades.

Dos profissionais injetados no mercado, avaliados pelo Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) em 2016, mais da metade foi reprovada, o que demonstra a baixa qualidade do serviço prestado, e o aumento de custos com exames laboratoriais desnecessários.

Em qualquer análise, cabe às operadoras de planos de saúde, como fornecedora de serviços, a realização de um plano de negócio que lhe resulte em uma gestão lucrativa, sem que tal situação impacte no direito de assistência aos beneficiários, tanto na qualidade da assistência, quanto na amplitude da cobertura oferecida.

A premissa acima é constituída diante da situação vivida pelo SUS que, por lei, tem a obrigatoriedade da assistência universal e integral; porém, os repasses não acompanham o aumento populacional e o aumento de custos, como informado pelo Ministério da economia e o IBGE:

Em 2016, com a aprovação do Novo Regime Fiscal pela emenda Constitucional n. 95, de 15.12.2016 (BRASIL, 2016), os gastos federais, com exceção do pagamento de juros sobre a dívida pública, ficaram limitados a um teto definido pelo montante do gasto do ano anterior, corrigido pela inflação acumulada (com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA) até 2036. Em consequência, os gastos públicos não acompanharão as necessidades decorrentes do aumento populacional e do aumento de custos, uma vez que os valores mínimos obrigatório da União destinados ao financiamento da saúde foram de 15% da RCL, em 2017, e,

nos anos seguintes, o valor passou a ser corrigido pelo IPCA.” (O Ministério da Economia e o IBGE realizaram um estudo denominado Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população Brasileira 2021).³¹ (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, IBGE, 2021)

A comparação do custo assistencial da saúde suplementar, com a situação do SUS, se faz necessária porque a crise que assola a saúde suplementar reflete diretamente na procura dos cidadãos à saúde pública, fazendo com que os planos de saúde fiquem com a lucratividade do setor. E, diante da desassistência dos beneficiários que são empurrados para o SUS, este último fica com os custos assistenciais que são extraídos de repasses cada vez menores.

Além da absorção de beneficiários citados na hipótese acima, a saúde pública, diante do princípio da universalidade imposta ao Sistema único de Saúde, atende 80% da população brasileira exclusivamente, como informado pelo Ministério da Saúde³².

Assim, a suposta crise vivida pelo setor de saúde suplementar deve encontrar um equilíbrio entre o legítimo atendimento dos beneficiários e a lucratividade, o que está sob responsabilidade exclusiva das operadoras.

³¹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sínteses de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

³² MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**. Brasília, 19, setembro 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 15 jun. 2023.

4 Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90) Aplicável ao Setor Privado

Como exposto, após a promulgação da Constituição Federal, que prevê o acesso à saúde como um direito fundamental, ocorreu a regulamentação do setor, inicialmente em 1990, por meio da Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre condições de promoção, de proteção e de recuperação da saúde e as organizações e o funcionamento da Saúde no país.

O artigo 1º da Lei nº 8.080/90 deixa claro que o sistema de saúde instituído pela Lei abarca a administração direta e indireta do poder público, bem como a iniciativa privada:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado³³.

No artigo 2º da lei em comento se reafirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o dever do Estado é garantir o exercício deste direito. Isso sem excluir a responsabilidade das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade, conforme explicita o artigo abaixo:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

³³ BRASIL. Lei nº 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. **DOU**, Brasília, 20/09/1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2023.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, **das empresas**³⁴ e da sociedade.³⁵

Tão importante quanto os destaques acima, foi a positivação do entendimento de que saúde não é tão somente a ausência de doenças, mas, também, o bem-estar físico, mental e social. (artigo 3 da Lei nº 8.080/90).

Essa afirmação condiz com o conceito de saúde trazido pela Organização Mundial da Saúde, como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Nesse sentido, o professor Reynaldo Mapelli Júnior (2017, p. 43/44)³⁶, explica que:

É no preâmbulo da Constituição da OMS, cujos dizeres indicam que estamos diante de um direito fundamental, que deve ser implementado da forma mais ampla possível pelos Estados, mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas, que o direito e as ciências médicas encontram o conceito de saúde que foi consagrado internacionalmente: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Conceito amplo de saúde também foi amparado pelo Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976 e “constitui uma espécie de desdobramento, de complementação, dos princípios” da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 (Nunes Júnior, 2009, p. 55), segundo o qual os Estados – Partes que o assinaram, como é o caso do Brasil, “reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (Art. 12, item 1) (COMPARATO, 2010, p. 349-378).

A Lei nº 8.080/90 define, ainda, o Sistema Único de Saúde como o conjunto de ações e de serviços de saúde, prestados por órgãos e por instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das

³⁴ BRASIL. Lei nº 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. **DOU**, 20/02/1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2023.

³⁵ BRASIL. Lei nº 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. **DOU**, Brasília, 20/09/1990.

³⁶MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. **Judicialização da Saúde**: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

fundações mantidas pelo Poder Público (artigo 4). Essa Lei estabelece, ainda, princípios doutrinários aplicados ao SUS (universalidade, integralidade da atenção e equidade) e organizativos (descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e controle social).

Entre os princípios doutrinários acima destaca-se, para o presente estudo, a integralidade aplicada ao sistema público como sendo “*um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigindo para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema*” (artigo 7,II).

Vale ressaltar, ainda, que em seu art.15 a referida Lei atribui à União, Estados, Distrito Federal e Municípios a obrigatoriedade de, no âmbito administrativo, elaborarem “*normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública*” (artigo 15, XI).

Andrea Lazzarini Salazar, Karina Rodrigues, Vidal Serrano Nunes Júnior³⁷, se posicionaram sobre a questão, afirmando que as diretrizes adotadas na Lei nº 8.080/90 devem ser obedecidas tanto pelo poder público como pelo poder privado:

Nesse passo convém pontuar os principais princípios previstos no texto constitucional e na LOS: (a) a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;(b) integralidade de assistência; (c) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; (d) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; (e) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; (f) participação da comunidade; afinal essas diretrizes gerais devem ser, indistintamente, obedecidas pelo serviço público ou privado no trato da saúde.

Essa imposição vem expressa no artigo 15 da Lei nº 8.080/90, na medida em que reforça a necessidade imperativa de obediência do setor privado à regulamentação e de fiscalização e controle do Poder Público (nas três esferas administrativas), ao determinar sua competência para elaborar normas que visem a regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública (inciso XI)³⁸.

37 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília, 2003 Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

38 Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**, Secretaria Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (ARANHA, 2003, p. 337-338)

Mais adiante, os mesmos autores reafirmam que a Lei nº 8.080/90 diz respeito a preservação, manutenção e recuperação da saúde do Brasileiro, constituindo a base de todas as outras regras que versem sobre saúde, como é o caso, segundo o seu entendimento, da Lei nº 9.656/98 (que regulamenta a saúde suplementar):

A Lei nº 8.080/90 tem função estruturante no que diz respeito às ações de preservação, manutenção e recuperação da saúde do cidadão brasileiro, estabelecendo desde regras de competência, organização e funcionamento, até relativas ao financiamento para viabilização do direito constitucional à saúde. Está diretamente vinculada à idéia de justiça, na medida que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; de forma que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (artigo 3º). E, dessa forma, constitui-se na base de todas as outras regras que porventura versem sobre seu conteúdo, ainda que parcialmente, ou mesmo de forma a complementá-la, como entendemos ser o caso da Lei 9.656/98.

Observa-se que a Lei nº 9.656/98, que regulamenta a saúde suplementar, em seu artigo 35-F³⁹, possui os mesmos dizeres sobre a necessidade de a assistência à saúde contemplar todas as ações necessárias à prevenção, recuperação, manutenção e reabilitação, igualmente como descrito na ementa da Lei nº 8.080/90.

Embora seja importante explorar essa semelhança, que não é coincidência, a saúde suplementar e a Lei nº 9.656/98 será abordada em capítulo próprio.

Voltando à Lei nº 8.080/90, esta, em capítulo próprio, se debruça sobre o setor privado, caracterizando os serviços privados de assistência como a “atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da

³⁹ Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, 04/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19.656.htm. Acesso em: 15 jun. 2023.

saúde” (art. 20) e menciona expressamente que tal assistência é livre à iniciativa privada (art. 21).

Em seu artigo 22, a Lei impõe a observância dos princípios éticos e normas do SUS na prestação de serviços privados de assistência à saúde:

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, **serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS)**⁴⁰ quanto às condições para seu funcionamento. (grifo nosso)

Claro está que o setor privado, também abarcado pela Lei nº 8.080/90, deve observar os princípios éticos e as normas do SUS.

O entendimento acima também é partilhado por Andrea Lazzarini Salazar, Karina Rodrigues, Vidal Serrano Nunes Júnior, na coletânea de textos sobre direito sanitário e saúde pública, decorrente do Projeto de Formação de Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal em Direito Sanitário e dos Cursos de Especialização e de Extensão a distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal oferecidos pela Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.⁴¹

Ora, partindo-se do enunciado constitucional, da abrangência da LOS, que já em seu artigo 1º determina sua competência para regular quaisquer ações ou serviços de saúde, inclusive os prestados pela iniciativa privada, que, por sua vez, são referidos em título específico e, em matéria legislativa, de competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, é lógico se concluir que a prestação de serviços de saúde - seja de iniciativa de integrantes do sistema único, seja de iniciativa privada - deve seguir as mesmas diretrizes e os mesmos princípios. É claro que suas diferenças e peculiaridades devem ser respeitadas, mas sempre tendo em vista que o interesse da coletividade, o bem comum que se pretende buscar com o fornecimento de serviços de saúde adequados, se sobrepõe aos interesses particulares, quaisquer que sejam eles; e, paralelamente, que o interesse social está acima do econômico. Não fosse essa a vontade do legislador constituinte, teriam sido criados dois regimes para garantir, por um deles, a proteção à saúde, considerando-se a natureza e relevância desse direito

⁴⁰ BRASIL. Lei nº 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. **DOU**, Brasília, Brasília, 20/09/1990.

⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

individual e social; e, pelo outro regime, a prevalência do lucro - como bem maior defendido. Mas, como é notório, a Constituição optou por uma única política para a condução da saúde no país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Diante dos apontamentos trazidos, vê-se que a Lei nº 8.080/90 se aplica, também, à saúde privada.

5 Do Conceito de Integralidade Contratual na Saúde Suplementar

A Lei nº 9.656/98⁴² é o marco de regulamentação específica da Saúde suplementar. Tal lei, além de determinar a questão assistencial ao beneficiário, estabelece aspectos institucionais e econômico-financeiros. Ela se dirige às pessoas jurídicas de direito privado que operam plano de assistência à saúde, e estabelece a obrigatoriedade de assistência dentro do plano de referência, previsto no artigo 10, estabelecendo exceções, com os seguintes dizeres:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, **das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas**⁴³ estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

III - inseminação artificial;

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

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;

IX - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

⁴² BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, Brasília, 04/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9.656.htm. Acesso em: 15 jun.2023.

⁴³ BRASIL. Lei nº 9.656/98. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, 03/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9.656.htm. Acesso em: 14 jun. 2023.

X - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;

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

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

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS. (grifo nosso)

No parágrafo quarto, citado acima, a Lei 9.656/98 menciona a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que por meio da Lei nº 9.961/2000⁴⁴, foi criada como responsável para regular e fiscalizar o setor de saúde suplementar como autarquia vinculada ao Ministério da Saúde:

autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A Agência Reguladora, para regulamentar as hipóteses que dispõem o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656/98, adotou a Resolução Normativa 465/2021⁴⁵, estabelecendo princípios de atenção à saúde aplicáveis à Saúde Suplementar:

Art. 5º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

⁴⁴ BRASIL. Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **DOU**, Brasília, 29/01/2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 15 jun. 2023.

⁴⁵ BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, 04/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9.656.htm. Acesso em: 15 jun. 2023.

II - integralidade das ações;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde;

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia e

VI - utilização das melhores práticas, baseadas em evidências científicas.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados **em todos os níveis de complexidade da atenção**, respeitando-se as segmentações contratadas, **visando à promoção da saúde, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação**⁴⁶. (grifos nossos) (BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário oficial da União, Brasil, Brasília, 04 de Jun. 1998)

Ainda, no mesmo contexto, o artigo 35-F da Lei 9.656/98⁴⁷, textualmente estabelece que:

A assistência dos planos de saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos da Lei nº 9.656 de 98 e do contrato firmado entre as partes.

Os dispositivos acima deixam claro que a iniciativa privada pode explorar a Saúde, desde que observando os princípios de saúde contidos na Lei nº 8.080/90 – aplicáveis às empresas privadas – e a Resolução Normativa 465/2021, dentre eles a integralidade de ações, oferecendo aos beneficiários aquilo que for necessário para a prevenção de doenças, além dos procedimentos voltados à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde dos contratantes, relacionados às doenças classificadas com CID

⁴⁶ BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, 04/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9.656.htm. Acesso em: 14 jun. 2023.

⁴⁷ BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, 04/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9.656.htm. Acesso em: 15 jun. 2023.

(Classificação Internacional de Doenças), respeitando-se as exceções contidas no artigo 10 e a segmentação do plano contratado.

Silvio Luís Ferreira da Rocha⁴⁸, sobre o tema, aduz:

Há dúvida quanto à possibilidade de o plano ou seguro excluir da cobertura assistencial tratamentos relacionados a determinadas doenças. A redação original do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, admitia a exclusão, pois facultava a oferta, contratação e vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano-referência definido no art. 10.

Esta redação foi modificada pela Medida Provisória 1.685, que faculta a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incs. de I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 10.

Assim, pela modificação introduzida pela Medida Provisória 1.685 na redação do art. 12, foi proibida a exclusão do tratamento de doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Portanto, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, veda a existência de cláusula excludente de cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e põe fim a inúmeros conflitos decorrentes de cláusulas de exclusão de doenças, como a Aids. (ROCHA, 199, p. 68).

Imperioso registrar que a Medida Provisória 1685, citada acima, responsável pela alteração descrita pelo autor, foi revogada pela Medida Provisória 2177/2001, que preservou a lógica acima tratada pelo doutrinador, no sentido da impossibilidade de exclusão de cobertura assistencial pelas operadoras de planos de saúde, referente às doenças listadas no plano de referência.

Importante, ainda, frisar que, ao defender a aplicação do princípio da integralidade contratual no setor privado, não se ignora a existência de “barreiras de cobertura” que tratam das exceções trazidas em lei como não cobertas (incisos dos art. 10 da Lei 9.656/98), bem como dos limites estabelecidos no ato da contratação, que se denomina plano de referência.

⁴⁸ ROCHA, Silvio Luís Ferreira: **Saúde e responsabilidade**: seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

O plano de referência, conforme a Lei dos planos de saúde, possibilita a venda de produtos no âmbito ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia e/ ou odontológico. (art. 10 da Lei nº 9.656/98)

Dentro das opções acima, o beneficiário, na adesão ao plano de saúde, escolhe qual segmento contratar. Tal contratação define a abrangência de cobertura que o beneficiário tem por direito (o plano de referência), sem esquecer que, dentro dessa segmentação contratada, o plano de saúde tem que respeitar a integralidade das ações, ou seja, se o plano é ambulatorial, devem ser oferecidas todas as ações ambulatoriais para garantir todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde (art. 35-F da Lei nº 9.656/98).

Esse limite abstrai-se, ainda, do parágrafo único do Artigo 5º da RN 465⁴⁹ da ANS, que explicita:

Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação⁵⁰.

A tese de doutorado chamada “O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada⁵¹, de Isabela Soares Santos, também trata da questão supracitada, explicitando que:

⁴⁹ BRASIL. Resolução Normativa 465 de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. **DOU**, Brasília, 01/04/2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>. Acesso em: 15 jun. 2023.

⁵⁰ BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, 04/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9.656.htm. Acesso em: 15 jun. 2023.

⁵¹ SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Orientadora Prof. Dra. Maria Alicia Dominguez Ugá. 2009. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP, Rio de Janeiro, 2009. 186 p.

A Lei n.º 9.656/98 estabelece que a cobertura de serviços de saúde deva ser comercializada em pacotes (ou cestas) de serviços (ou procedimentos), que devem ser ambulatoriais, hospitalares sem obstetrícia, hospitalares com obstetrícia e/ou odontológicos, como mostra o Quadro 5. A junção desses pacotes, excetuados o de serviços odontológicos, conforma o denominado “plano-referência”, que corresponde à cobertura ampla de serviços médico hospitalares e, como versa a Lei, deve ser oferecido por todas as operadoras que comercializem planos médico-hospitalares. Assim, todas as operadoras que prestam assistência médico-hospitalar devem comercializar, ao menos, um plano-referência, porém lhes é permitido comercializar planos segmentados para cada tipo de pacote, de forma ilimitada. Um exemplo é um plano que cobre somente serviços ambulatoriais, mas que deverá atender a todas as patologias da CID-10 que possam ser realizadas em ambiente ambulatorial. Portanto, a definição desta Lei, de que todas as patologias da CID-10 devem ser cobertas, terá sua aplicação condicionada ao limite do contrato do plano, ou seja, os procedimentos cobertos serão os do nível de atenção contratado, mas para qualquer patologia”. (SANTOS, 2009, p. 137/138)

Dentro dessa linha de raciocínio, aquele beneficiário que contratar só o segmento ambulatorial deverá ter a cobertura ambulatorial integral; aquele beneficiário que contratou apenas a segmentação hospitalar terá cobertura integral quando houver a necessidade de permanência hospitalar; e o beneficiário que contratou todos os segmentos deve ter um atendimento integral dentro de todas as segmentações e níveis de atenção (ambulatorial, internação, parto e odontológico).

Isso quer dizer que o plano de saúde sempre vai garantir uma cobertura integral considerando todas as patologias que estejam classificadas pela Organização Mundial da Saúde, porém haverá um limite de cobertura, caso a segmentação contratada seja limitada.

A ANS divulgou, em 2005, uma cartilha denominada “Cobertura ambulatorial: Contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, plano novos e adaptados” que esclarece a variedade de produtos que, conforme legislação, vão integrar cada segmento que pode ser contratado pelo beneficiário de plano de saúde,⁵²:

⁵² BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados**. 3. ed. Rio de Janeiro: 2005.

As regras da legislação de saúde suplementar definem a cobertura obrigatória em função da assistência prestada, gerando segmentos específicos. Você pode contratar um ou mais segmentos, independente da modalidade do seu plano de saúde: individual/familiar ou coletivo.

Observe no quadro abaixo a cobertura obrigatória de cada segmento. As operadoras poderão oferecer combinações diferentes, como: plano com cobertura ambulatorial + cobertura hospitalar com obstetrícia ou o plano com cobertura ambulatorial + cobertura odontológica. Cabe ao consumidor escolher o produto que oferecer mais vantagens. As operadoras são obrigadas a oferecer o Plano de Referência. As segmentações, bem como suas diferentes combinações, são de oferecimento facultativo:

Segmento	Cobertura					
	Consultas	Exames	Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamentos odontológicos
Ambulatorial	✓	✓	✓			
Hospitalar sem obstetrícia				✓		
Hospitalar com obstetrícia				✓	✓	
Odontológico						✓
Referência	✓	✓	✓	✓	✓	

Fonte, ANS 2005

Baseado na referência bibliográfica acima, a autora Isabela Soares Santos⁵³, na sua tese de doutorado, aduz, se posiciona no mesmo sentido:

Uma vez que todas as patologias devem ser atendidas, a cobertura integral pode se dar quando o segurado possuir cobertura para todos os níveis de atenção, obtida pelo plano-referência ou pela junção dos serviços ambulatorial e hospitalar, no caso da assistência médico-hospitalar [vii]. A principal razão aventada para explicar a obrigatoriedade da oferta de um plano-referência é a criação da possibilidade do consumidor comparar os preços dos planos similares, seja por diferentes operadoras ou mesmo em uma única operadora. Ao mesmo tempo em que a Lei n. 9.656/98 estabelece a obrigatoriedade (i) da cobertura de todas as patologias e (ii) de as operadoras comercializarem ao menos um plano-referência, ela permite a venda de planos com cobertura segmentada pelos pacotes de serviço do Quadro 5, mas sem determinar quais serviços devem ser contemplados na cobertura assistencial. (...) **As regras advindas com a regulação, de (i) obrigações de comercialização do plano-referência e (ii) do atendimento a todas as patologias, estão associadas à noção de integralidade, isto é, à ideia de que a assistência à saúde deve dar conta de todos os níveis**

⁵³ SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Orientadora Prof. Dra. Maria Alicia Dominguez Ugá. 2009. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP, Rio de Janeiro, 2009.

da atenção e com uma extensa cesta de serviços a ser coberta.⁵⁴
(SANTOS, 2009, p. 138/139).

Dentro dessa lógica, se abre um parêntese para mencionar a importância de considerarmos um único sistema de saúde, independentemente do responsável pelo custeio dos serviços de saúde (se o Estado ou os planos de saúde).

Isso porque em diversas situações, o beneficiário de plano de saúde demanda o SUS de forma legítima. Explica-se:

Um beneficiário que não tenha contratado um plano de saúde com segmentação ambulatorial e hospitalar, terá o atendimento do plano apenas no setor contratado, e se houver necessidade precisará do SUS para complementar o atendimento iniciado no setor particular, por ausência de contratação neste sentido.

Por exemplo, se houver a contratação da segmentação ambulatorial, e este beneficiário precisar de internação deve ser encaminhado para o setor público, para as linhas secundárias de atenção à saúde, porém, não existe a aceitação ou aproveitamento das prescrições médicas advindas do setor particular. E tal questão deveria ser aperfeiçoada.

Para que um cidadão tenha acesso às linhas secundárias de atenção no sistema público de saúde, necessita de encaminhamento pelo ambulatório do SUS, precisando passar pela atenção primária desnecessariamente.

Tal situação ocorre igualmente no fornecimento de medicação disponível no SUS, onde se exige a prescrição por profissional médico vinculado ao SUS⁵⁵, mesmo o beneficiário já tendo a devida prescrição oriunda do setor particular:

⁵⁴ SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Orientadora Prof. Dra. Maria Alicia Dominguez Ugá. 2009. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP, Rio de Janeiro, 2009

⁵⁵ BRASIL. Decreto Lei nº 14.572 de 8 maio de 2023. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

Embora haja projetos de lei com a finalidade de garantir o fornecimento de medicação, pela rede pública, aos pacientes que tem prescrição do sistema de saúde suplementar, sem precisar da prescrição do médico do SUS, ainda, a exigência aumenta as filas de atendimento e onera o Estado com despesas desnecessárias, o que pode ser revisto, caso os setores de saúde (SUS e saúde suplementar) sejam mais integrados.

6 Do Ressarcimento ao SUS

Dentro do entendimento dos capítulos anteriores, percebemos que o sistema de saúde é único ao estipular, tanto na saúde pública como na iniciativa privada, que se atinja o oferecimento da preservação/tratamento da saúde ao cidadão. Nesse sentido, expõe Fernando Rodrigues Martins:⁵⁶

Destarte, ao tema contratos de saúde os artigos 197 e 199 da Constituição Federal têm proeminência. Enquanto o primeiro dispositivo destaca a relevância pública dos serviços e ações de saúde, o segundo possibilita a iniciativa privada atuar na prestação de serviço desse direito fundamental. Ademais, tanto o parágrafo primeiro do Artigo 199 da Constituição Federal, como o parágrafo segundo do Artigo 4 da Lei nº 8.080/90 estabelecem que essa atuação se dá de forma complementar, ao passo que a lei federal 9961/00 ao criar a respectiva Agência Reguladora alcunha-a de Agência Nacional de Saúde 'Suplementar'. As duas expressões (suplementar e complementar) têm sido utilizada na contrafação hermenêutica de limitar o dever das operadoras de saúde, especialmente o argumento das obrigações pactuais seriam de natureza supletiva (residual), ao serviço único de saúde e, por conseguinte, as respectivas responsabilidades decorreriam simplesmente do rol constante no próprio contrato de adesão, onde unicamente a vontade do predisponente atua. Em outras palavras, a restrição na interpretação da locução constitucional impediria a escorreita integração dos contratos de saúde. Parece evidente que as posições na Constituição Federal das expressões 'relevância pública' (Art. 197), 'complementar' (Art. 199) e 'suplementar' (Lei nº 9.961/00) forcejam o intérprete a *conceitos jurídicos indeterminados de ordem valorativa* carentes de preenchimento pela ética e que sucumbidos ao exercício exegético apontam prevalência dos interesses humanitários do consumidor expressados em contrato frente aos inerentes riscos que são próprios das operadoras de saúde. Tanto assim, que os atendimentos levados a efeito pelo SUS ao paciente protegido por contratos de saúde podem ser cobrados na forma disposta no art. 32 da Lei nº 9.656/98. Por isso a 'relevância pública' da saúde somente pode ser interpretada extensivamente, sob pena de minorar as potências da pessoa humana. Gize-se, em conclusão, que não existem para o ordenamento jurídico dois tipos de saúde: uma pública e outra privada. O conceito jurídico de saúde é unívoco. E neste caso mesmo que possa haver divergência de efeitos da seara pública ou da atividade privada quanto à prestação de serviços de saúde, a interpretação básica a ser realizada deve partir da circunstância jurídica da saúde (nível de satisfação e integridade psicofísica da utente). Por fim, em consequência ao reconhecimento do direito da saúde como "direito fundamental social" também em face das operadoras de saúde podem ser pleiteadas garantias em forma de justiciabilidade como injunções aptas a limitar a "ameaça horizontal" à intangibilidade da pessoa humana, galvanizando ampla incidência desses interesses fundamentais na relação

⁵⁶ MARTINS, Fernando Rodrigues. Estatuto constitucional da pessoa e gênese e direitos inderrogáveis: vida, saúde e morte digna nos contratos privados de prestação de serviços. **Revista de direito do consumidor**. Brasília. v. 127, 143-170, fev. 2020. Disponível em: <https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/view/1266>. Acesso em: 15 jun. 2023.

jurídico privada concretizadora do contrato de prestação de saúde. (MARTINS, 2020, p. 143 – 170).

Como bem apontado na citação, o artigo 32 da Lei nº 9.656/98 prevê o ressarcimento, pelas operadoras de saúde, de despesas relativas a serviços de atendimento aos respectivos consumidores, previstos nos contratos, prestados pela rede pública, em confirmação ao conceito sistêmico discorrido no presente trabalho.

Digno de nota é que a constitucionalidade desse artigo foi questionada pelas operadoras de planos de saúde através da ADI 1.931/DF, sob o argumento de que a sua participação na saúde é apenas suplementar, sendo do Estado o dever originário de assegurar o acesso à saúde nos termos da Constituição Federal.

O Supremo Tribunal Federal, no julgamento da ADI 1.931/DF, declarou a constitucionalidade do artigo em comento. Para reflexão, menciona-se o Recurso Especial 1053810 SP⁵⁷, de Relatoria da Ministra Nancy Andrighi, julgado em 17 de dezembro de 2009, pela Terceira Turma, em que, ao analisar-se a obrigatoriedade de cobertura de um tratamento hepático, de posterior transplante de órgãos e de retransplante, realizado a um beneficiário de plano de saúde, entendeu que a Saúde é um direito social constitucionalmente assegurado a todos, e que ao propor um seguro Saúde, a empresa privada está substituindo o Estado e assumindo perante o beneficiário de dever de prover as garantias constitucionais.

Explica o acórdão que a saúde é um direito social constitucionalmente concedido a todos, e aqueles que a fornecem devem se basear na redução dos riscos de adoecimento para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, seja no setor privado ou público.

⁵⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial: REsp 1053810 SP 2008/0094908-6. Brasília, Relator: Ministra Nancy Andrighi, julgado em 17/12/2009, **DJe** de 15/03/2010. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19152853/recurso-especial-resp-1053810-sp-2008-0094908-6>. Acesso em: 22 jun. 2022.

Um dos argumentos utilizados para persuadir mais beneficiários à contratação de planos / seguro saúde é o de que o sistema privado cobrirá as lacunas deixadas pelo sistema público, assegurando os beneficiários contra perigos e preservando sua saúde de uma maneira que o Estado não consegue fazer.

Outro fato é o interesse da seguradora em obter lucro, que deve ser protegido, pois se trata de um direito que lhe é assegurado. Todavia, não podemos esquecer que tal lucro advém de um serviço prestado, ou seja, do fato de o segurado receber o tratamento adequado para a promoção, a proteção e a recuperação de sua saúde, incluindo qualquer procedimento médico ou cirúrgico necessário.

Dessa forma, serviço suficiente é aquele que permite a garantia total da saúde, prestado de forma eficiente, integral e com qualidade, conforme contratualmente pactuado e constitucionalmente garantido.

Como bem apontado no citado acórdão, quando todo o aparato médico-assistencial está em movimento, auxiliando o segurado contra quaisquer riscos à sua saúde, quando necessário e em tempo hábil, surge o direito de lucro da seguradora naquele determinado contrato.

Tal premissa é notável uma vez que o segurado é responsável pelo pagamento do prêmio; e a seguradora, pela prestação da assistência contratualmente conferida que, conforme amplitude estabelecida em Lei, deve garantir a integralidade de ações em todos os níveis de saúde, considerando o plano de referência.

Assim, ao assumir uma participação de mercado significativa com base na existência de uma "lacuna estatal", há um paradoxo a ser considerado: a obtenção do lucro da seguradora incide diretamente na prestação de garantias de cuidados de saúde; se o último for realizado de forma otimizada, o primeiro é perfeitamente alcançável.

O lucro é garantido se os riscos inerentes à proteção à saúde, como os previstos na Constituição Federal, forem assumidos.

Na mesma linha de raciocínio, também é relevante o Recurso Extraordinário 597.064⁵⁸, do Rio de Janeiro, em que se alegou a inconstitucionalidade do artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998. Nele ficou estabelecido o dever de ressarcimento, pelas operadoras de saúde, de despesas relativas a serviços de atendimento prestados pelo SUS aos beneficiários de planos de saúde, com o mesmo argumento da ADI 1931: o de que a participação das operadoras de planos de saúde privados é apenas complementar, e a Constituição atribui a responsabilidade primária de garantir o acesso à saúde às instituições políticas que compõem a organização federativa brasileira.

Afirmou-se que a exigência legal de ressarcimento do SUS pelos custos associados ao atendimento a beneficiários de planos privados de saúde viola o direito de livre iniciativa concedido pelo artigo 199 da Constituição.

No julgamento do RE 597064⁵⁹, fora fixado o tema 345 do STF, com os seguintes dizeres:

O ressarcimento previsto na norma do art. 32 da Lei nº 9.656/1998 é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS posteriores a 4.06.1998, desde que assegurado o exercício do contraditório e da ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos.

Na fundamentação do Recurso Extraordinário citado, ressaltou-se que a gestão do Sistema Único de Saúde, pautada pelo ideal constitucional de acesso universal e igualitário aos atos e serviços de saúde, só pode ter sucesso se forem desenvolvidas políticas públicas que distribuam os recursos escassos da

⁵⁸ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário: RE 597064. Rio de Janeiro, Relator: Ministro Gilmar Mendes, julgado em 07/02/2018, **DJe** de 16/05/2018. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=14817081>. Acesso em: 11 abr. 2023.

⁵⁹ BRASIL. Tema 345 do STF - Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 5º, II, XXXVI; 154, I; 195, § 4º; 196; 198, § 1º; e 199, da Constituição Federal, a constitucionalidade, ou não, do art. 32 da Lei nº 9.656/98, que prevê ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS, pelos custos com atendimento prestado, por instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, Relator Min. Gilmar Mendes., julgado em 07/02/2018, **DJe** de 16/05/2018. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=345>. Acesso em: 12 abr. 2023.

forma mais eficiente possível. Não deve, portanto, haver distinção entre aqueles que podem pagar o seguro de saúde e aqueles que não podem, em razão do princípio da universalidade.

O que distingue os dois sistemas de saúde é o direcionamento do custo final da prestação de serviços: ao orçamento público ou às operadoras de planos de saúde utilizando as reservas financeiras constituídas com o pagamento do prêmio pelos beneficiários.

O Estado permitiu que as empresas privadas prestassem serviços de assistência de saúde em paralelo, sob sua própria regulação e fiscalização, para compartilhar benefícios e atender a interesse do legislador.

Assim, o Estado passou a promover a atividade privada com o objetivo de dividir a implantação do programa de acesso à saúde, permitindo que qualquer empresa privada obtenha receita enquanto presta um serviço público.

Como visto na tese fixada, as despesas médicas passíveis de ressarcimento tiveram assegurado o contraditório e a ampla defesa em sede administrativa. Isto porque, os planos de saúde ofertados pelas operadoras possuem seus cálculos atuariais próprios, e quando falamos do direito ao contraditório e da ampla defesa previamente à formação do contrato, a Resolução Normativa 502⁶⁰ de 2022, dispõe claramente sobre os procedimentos administrativos de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/98.

Necessário observar, ainda, que a constitucionalidade do artigo 32 se baseia, também, na vedação do enriquecimento ilícito da empresa privada que recebe contraprestação para prestar assistência à saúde, e não o faz, onerando o Estado por algo pelo qual recebeu o correspondente pagamento.

⁶⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa – RN nº 502, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS e revoga as Resoluções Normativas nº 358, de 27 de Novembro de 2014, nº 377, de 08 de maio de 2015, e o art. 25 da nº 464, de 29 de dezembro de 2020. **DOU**, Brasília, 30/03/2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0502_01_04_2022.html. Acesso em: 15 abr. 2023.

Se fosse admitida a impossibilidade do ressarcimento ao SUS, indiretamente, estar-se-ia financiando com recursos públicos as empresas privadas, que certamente calculam suas receitas como forma de compensar financeiramente os custos dos serviços contratados.

Entender que o ressarcimento ao SUS seria indevido equivaleria a ele deixar de ser contabilizado como despesas das operadoras de planos de saúde (gerando lucro certo), o que seria onerado pelos cofres públicos da área da saúde (aumentando o rombo já existente).

No momento em que há a autorização à iniciativa privada da assistência à saúde, tanto o bônus (receita) quanto o ônus (custo da prestação do serviço) devem ser assumidos pelo segundo setor (iniciativa privada), sob a pena de desvirtuamento do artigo 199 da Constituição Federal.

Como visto, não há, realmente, causa jurídica para que as entidades privadas recebam as quantias referentes ao prêmio dos beneficiários sem prestarem os serviços, e o Estado tenha gastos que irão beneficiar diretamente essas empresas.

O Poder Público estaria participando do aumento de lucro das operadoras de Planos de Assistência à Saúde, se prestasse serviços aos contratantes de desses planos sem nada cobrar das empresas de planos de saúde. Com a previsão legal expressa pelo artigo 32 e seus parágrafos, a restituição do patrimônio público pela via administrativa não lesa nenhum direito fundamental do cidadão, mas apenas impede a atribuição patrimonial sem causa das empresas privadas obrigadas, contratualmente, a prestar o atendimento, não oferecido ao beneficiário.

O objetivo do artigo 32 é evitar que os custos de um serviço já pago pelo consumidor, que integram os riscos do negócio da operadora de plano de saúde (empresa privada) e, já coberto pelos valores das mensalidades pagas pelos beneficiários da carteira do plano, seja dividido pela integralidade da sociedade, de modo a assegurar um lucro certo às empresas sem a contrapartida necessária.

Estabelecida a constitucionalidade do artigo 32 da Lei nº 9.656/98, a ANS recebe do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a base de dados com informações sobre os atendimentos ocorridos na rede do SUS e faz a conferência dessas informações com o seu banco de dados de beneficiários de planos de saúde.

Após a checagem, uma vez identificado que beneficiários utilizaram os serviços do SUS, são encaminhadas às operadoras de planos de saúde notificações, denominadas de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para que efetuem o pagamento dos valores apurados ou apresentem defesa.

A defesa por parte das operadoras é composta por duas instâncias. Inicialmente é protocolada uma impugnação, em que serão alegados os motivos pelos quais o ressarcimento não é devido. Caso haja o indeferimento das alegações, é possível apresentar um recurso contra a decisão anteriormente proferida.

Ao final do processo administrativo, caso seja constatado que os atendimentos identificados de fato se encontravam cobertos pelos contratos, são emitidas Guias de Recolhimento da União (GRU).

As operadoras que não pagarem as guias serão inscritas em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público federal (CADIN), bem como ficam sujeitas à cobrança judicial.

Por fim, os valores arrecadados pela ANS são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde.

Os encaminhamentos dos valores arrecadados pela ANS, são encaminhados ao fundo nacional de saúde, em razão da alteração legislativa realizada pela Lei nº 12.469/2021, que altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis nºs 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002.

Tal alteração fez com que os entes públicos que teriam interesse em prosseguir judicialmente o ressarcimento, desprendendo verba e pessoal para levar a

questão ao judiciário, não tenham mais interesse em fazê-lo, vez que o retorno do valor perseguido, não volta ao ente público, e sim para o Fundo Nacional de Saúde, diante das alterações do artigo 32 da Lei nº 9.656/98, pela Lei nº 12.469/2011.

Traz-se reconto extraído na ANS⁶¹, onde informa que em abril de 2021, os planos apresentaram impugnações “travando” bilhões de reais, que poderiam ser investidos em melhorias no serviço público de saúde.

Naquela ocasião, os planos privados deviam cerca de R\$ 2,9 bilhões ao SUS, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As maiores devedoras são a Hapvida e a NotreDame Intermédica, que anunciaram fusão em março de 2022 e devem juntas ao menos R\$ 648 milhões (22% do total).

Os 10 planos de saúde que mais devem ao SUS (em reais)

Operadora	Dívida total	Valor pago ou parcelado	Dívida atual
Hapvida	382 milhões	0%	382 milhões
Notre Dame Intermédica	265 milhões	0%	265 milhões
Unimed Belo Horizonte	194 milhões	27,4%	141 milhões
Central Nacional Unimed	165 milhões	28,8%	117 milhões
Green Line Sistema de Saúde	158 milhões	45,1%	86 milhões
Unimed Curitiba	63 milhões	0,45%	63 milhões
Unimed Paulista (em liquidação extrajudicial)	49 milhões	1,9%	48 milhões
Clinipam Clínica Paranaense de Assistência Médica	37 milhões	7,7%	34 milhões
Massa falida de Pró-Saúde Planos de Saúde	33 milhões	0%	33 milhões
Unimed Porto Alegre	55 milhões	43,2%	31 milhões

Fonte: ANS (Índice Efetivo de Pagamento - abril/2021)

Diante do apresentado, embora o ressarcimento ao SUS ter sido declarado constitucional, o ressarcimento ocorre de forma muito morosa, e, comumente é

⁶¹ Planos de saúde devem R\$ 2,9 bi ao SUS. Valor compraria 58 milhões de doses de vacina. Repórter Brasil. **Repórter Brasil**, 29/06/2021 Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2021/06/planos-de-saude-devem-2-9-bi-de-reais-ao-sus-valor-compraria-58-milhoes-de-doses-de-vacina/>. Acesso em: 16 jun. 2023.

impugnada pelas operadoras de planos de saúde, que tem como princípio discutir a amplitude de seus contratos.

Ademais, não é todo o procedimento de assistência à saúde oferecido pelo SUS aos beneficiários de planos de saúde que terão as despesas ressarcidas, vez que, como visto, só serão alvo de ressarcimento aquelas despesas previstas em contrato.

Tal situação coloca o SUS em desvantagem, pois frequentemente os contratos de planos de saúde possuem cláusulas de exclusão que são consideradas pelo poder judiciário abusivas. O exemplo disso reside nos contratos firmados anteriormente à promulgação da Lei nº 9.656/98, que em razão da ausência de legislação possuíam cláusulas restritivas.

Conforme Maria Ângela Nogueira Scatena,⁶² em sua dissertação de mestrado sobre o ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema público de saúde segundo período da contratação dos planos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, afirma a ausência de ressarcimento ao SUS dos atendimentos realizados durante a vigência do plano de saúde, nos casos em que os contratos firmados com a operadora de plano de saúde ocorreram antes da prolação da Lei nº 9.656/98:

A impugnação ao ressarcimento é o mecanismo através do qual as operadoras podem alegar, em caráter de defesa e atendendo aos princípios de direito à ampla defesa e ao devido processo legal, a desobrigação de proceder ao ressarcimento ao SUS. Isto porque existem situações nas quais ocorrem identificações de beneficiários cujos atendimentos a operadora não está obrigada a ressarcir, em virtude de norma legal ou contratual. Assim sendo, nas situações abaixo elencadas é indevido o ressarcimento: a) Beneficiários cumprindo período de carência contratual (variação de 24 horas a dez meses, dependendo do procedimento realizado). b) Beneficiários com cobertura parcial temporária para doenças ou lesões das quais já era portador antes da contratação do plano assistencial; c) Falta de cobertura contratual pelo fato de o beneficiário pertencer a plano assistencial cuja segmentação não obrigue a realização do procedimento, ou ainda situações em que o atendimento tenha ocorrido fora da área de abrangência geográfica do contrato. d) Existência de cláusula de franquia ou co-participação, que obrigue a modificação dos valores a serem ressarcidos.

Entretanto, as obrigações e direitos legais acima relacionados não alcançam os contratos de planos privados de assistência à saúde firmados antes da Lei

⁶² SCATENA, Maria Angela Nogueira. **O Ressarcimento ao SUS**: análise do perfil de utilização do sistema único de saúde segundo período da contratação dos planos. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004. 186 p.

9.656/98 e suas regulamentações, e neste sentido os atendimentos realizados a beneficiários de planos antigos não adaptados, cujas cláusulas possuam exclusão de cobertura para o procedimento realizado, embora identificados não são objetos de ressarcimento. (SCATENA, 2004, p. 52).

Outra situação que deixa o SUS em desvantagem e sem ressarcimento de despesas, são os procedimentos que estão fora do rol de procedimentos da ANS, embora a Lei nº 14.454/2022 tenha alterado a Lei nº 9.656/98, 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.

Trabalhando em uma lógica de lucro, e considerando a alta judicialização de tratamentos ou procedimentos pelos beneficiários, vislumbra-se que os planos de saúde usualmente negam procedimentos necessários e às vezes já oferecidos pelo SUS, com o argumento de o procedimento não estar previsto no Rol da ANS (abrangência de cobertura).

Isso faz com que o SUS seja responsável por determinado atendimento, sem o respectivo ressarcimento, porque, nos termos da Resolução Normativa nº 358/2014 e da Instrução Normativa nº 45/14, da ANS, serão ressarcidos ao SUS apenas os procedimentos prestados, aos usuários de planos de saúde, previstos em contrato (Rol de cobertura).

Precisamos refletir como são elaborados esses contratos de planos de saúde, se eles estão de acordo com a abrangência de cobertura imposta pela Lei.

Tal cenário implica na premissa que a discussão sobre a abrangência do contrato de saúde firmado com os beneficiários impacta diretamente o SUS, tanto no nível de assistência direta, como no recebimento de valores a título de ressarcimento.

7 Da Alta Judicialização e Inadimplência Contratual das Operadoras de Plano de Saúde Diante da Análise Jurisprudencial

Desde a sua origem, os planos de saúde tiveram como características o desequilíbrio contratual e a preponderância de interesses do fornecedor de serviços frente aos beneficiários, em razão de ter o segmento uma legislação própria apenas em 1998.

Antes da legislação própria entrar em vigor, o consumidor buscava auxílio no Decreto Lei nº 73/66, no Código Civil e, posteriormente, no Código de Defesa do Consumidor.

Como ponderado por Adalberto Pasqualotto:⁶³

Ao instituir o seguro-saúde, o Dec.- Lei nº 73, prescreveu o prazo de 120 dias para a sua regulamentação (art. 149), fato que nunca se concretizou, propiciando que entidades passassem a funcionar sem qualquer controle, muitas vezes prejudicando os segurados (...) Ausência de regulamentação pública franqueou o espaço a autonomia privada. Num setor de atividade dominado pelos contratos de adesão, os abusos seriam inevitáveis. (PASQUALOTTO, 1999, p. 40).

Apenas em 1991, com a entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor e com a atuação dos Procons, os reclamos dos beneficiários de saúde privada era um dos assuntos de maior destaque com uma crescente judicialização do setor.

Mesmo após a entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, lei de regulamentação do setor, as operadoras de planos de saúde continuaram com o comportamento leonino, fazendo com que os beneficiários procurassem o judiciário em busca de direitos.

⁶³ PASQUALOTTO, Adalberto. **A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde: uma interpretação construtiva.** Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

Digno de nota é que, após a entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, houve um incentivo, por meio da Lei nº 10.850/2004, que fixou as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656/98, e da RN 63/2003, posteriormente revogada pela RN 254/2011, para que os consumidores fizessem a adaptação dos planos firmados ante a entrada em vigor da Lei. Tal adaptação teria o incremento no valor das mensalidades, até o limite de 20,59%.

Na exposição de motivos⁶⁴, da Lei acima mencionada, observamos que:

A regra de adaptação prevista na Lei 9.656, de 1998, confere aos consumidores o direito de optar por adaptá-los às novas regras, sem perda de garantias já adquiridas, **com preço acrescido na proporção do aumento da cobertura assistencial**. (grifos nossos)

Isso significa que, se houve, por parte da Lei, uma maior exigência de cobertura por parte das operadoras de planos de saúde, isso repercutiu no prêmio pago pelos beneficiários, em razão do incremento acima mencionado nos planos adaptados, o que não foi suficiente para que as operadoras deixassem de alegar um desequilíbrio contratual, ante a cobertura exigida.

Até os dias atuais, a judicialização da saúde privada é, excessivamente, alta, o que sugere um comportamento abusivo por parte das operadoras de planos de saúde.

O CNJ (Conselho Nacional de Justiça), preocupado com a alta judicialização da área de saúde, vem implementando diversas iniciativas para aperfeiçoar a prestação jurisdicional nas demandas por acesso à saúde.

Nesse contexto, o órgão emitiu artigo Judicialização e saúde⁶⁵ que afirma:

⁶⁴ BRASIL. Lei nº 10.850 de 25 de março de 2004. Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **DOU**, Brasília, 25/03/2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.850.htm. Acesso em: 16 jun. 2023.

⁶⁵ CONSELHO Nacional de Justiça. **Judicialização e saúde**: ações para acesso à saúde pública de

O Fórum Nacional de Saúde do CNJ é responsável pelo monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos (...)

Neste contexto, com o auxílio dos dados do DataJud e analisando período de 2015 a 2020, é possível ter uma percepção sobre movimentos dos processos que envolvem o tema Saúde. A Tabela 5 mostra a situação de concessão de liminares em um grupo de assuntos mais frequentes entre os processos. O resultado mostra que apenas a temática Plano de Saúde possui concessão de liminar abaixo de 80,0%, todos os outros estão nessa faixa percentual, sendo Saúde Mental e Hospitais e Outras Unidades de Saúde/Internações/UTI e UCI os que tiveram os percentuais de concessão mais altos, acima de 86,0%.

Tabela 5 - Percentual de Processos com e sem concessão de liminar por grupo de assuntos

Grupo de Assuntos	% de Processos com Concessão de Liminar	% de Processos sem Concessão de Liminar
Fornecimento de Medicamentos/insumos	83,0%	17,0%
Hospitais e Outras Unidades de Saúde/ Internações/ UTI e UCI	86,3%	13,7%
Planos de Saúde	70,7%	29,3%
Saúde Mental	86,9%	13,1%
Saúde/SUS	80,4%	19,6%
Tratamento Médico-Hospitalar	81,9%	18,1%
Total	80,8 %	19,2%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DataJud/CNJ, 2020

Com relação aos pedidos considerados procedentes (Tabela 6), há também um alto percentual tanto sobre os processos julgados ou procedentes, improcedentes, ou procedentes em parte. O grupo de assuntos envolvendo hospitais e outras unidades de Saúde/Internações/UTI e UCI é o com maior grau de procedência com um total de 84%; em seguida, o grupo Fornecimento de Medicamentos/insumos, com 83%. Em relação aos processos envolvendo Planos de Saúde conta com a menor taxa de procedência dos pedidos, com 43%.

Tabela 6 - Percentual de deferimentos em relação aos casos novos e processos julgados

Grupo de Assuntos	% procedente sobre julgados	% não procedente sobre julgados	% parcialmente procedente sobre julgados
Fornecimento de Medicamentos/Insumos	83,0%	7,7%	9,3%
Hospitais e Outras Unidades de Saúde/ Internações/UTI e UCI	84,2%	8,2%	7,6%
Planos de Saúde	42,9%	36,8%	20,3%
Saúde Mental	80,3%	8,2%	11,5%
Saúde/SUS	77,7%	10,2%	12,1%
Tratamento Médico-Hospitalar	80,7%	9,3%	10,0%
Total	71,6%	15,9%	12,5%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DataJud/CNJ, 2020

O exposto pelo CNJ, reportado acima, demonstra que um percentual alto das ações que discutem assuntos referentes aos contratos de saúde privada, tem deferidas as concessões de liminares (70,7%) e a planilha seguinte nos mostra que a maioria das ações, que envolvem a saúde privada, são julgadas procedente ou parcialmente procedente. Apenas (36,8%) de ações julgadas são “não procedentes”.

Tal demonstrativo sinaliza que a maioria das demandas de saúde privada que chegam ao judiciário tiveram os pleitos concedidos ao consumidor, sugerindo uma arbitrariedade por parte das operadoras de planos de saúde.

No judiciário, diariamente, ingressam ações que discutem assuntos inerentes à relação dos beneficiários junto às operadoras: discussões sobre carência, manutenção de plano de saúde frente a rescisão imotivada, prestação de serviços frente aos prestadores credenciados do plano, política de reajustes, entre outros assuntos.

Muito se discute, também, sobre a abrangência de cobertura desses contratos de saúde privada, se estes devem se ater ao rol de procedimentos da ANS, ou se devem considerar o rol, apenas, uma cobertura mínima.

Conforme artigo publicado pela “Revista Caderno Virtual”, de Ana Luísa Araújo Machado⁶⁶, a maioria das reclamações recebidas pela Agência reguladora se refere a cobertura assistencial:

Segundo dados da ANS na pesquisa que identificava qual o perfil das reclamações recebidas pela agência de acordo com o tema, 68,02% das reclamações recebidas diziam respeito a cobertura, 22,27% tratavam sobre contratos e regulamentos, 8,97% eram sobre mensalidades e reajustes e 0,73% correspondiam a outros assuntos.

Nota-se, a partir dos resultados da pesquisa, o que o assunto “cobertura” lidera o ranking de reclamações à agência, assunto este que mantém relação direta com os medicamentos e procedimentos previstos no rol da ANS e, por consequência, de modo esperado, também está entre os assuntos mais recorrentes nas demandas judiciais contra os planos de saúde.⁶⁷

Para a ANS,

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, **contemplando os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde**, em cumprimento ao disposto na *Lei n. 9.656, de 1998*⁶⁸ (grifos nossos)

A Lei nº 9.656/98 estabelece, no *caput* do artigo 10, um plano de referência, todas as doenças classificadas com código Internacional de Doenças e, em seu parágrafo quarto, estabelece que a amplitude de coberturas será definida pela ANS (agência reguladora do setor).

⁶⁶ MACHADO, Ana Luísa Araújo. Os Impactos da declaração de taxatividade do rol da agência nacional de saúde pelo Superior Tribunal de Justiça no ecossistema da saúde suplementar. **Revista Caderno Virtual**. Florianópolis, v. 6, nº 2, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/243008/V6N2_academica_220-236.pdf?sequence=1. Acesso em: 16 jun. 2023.

⁶⁷ MACHADO, Ana Luísa Araújo. Os impactos da declaração de taxatividade do rol da agência nacional de saúde pelo Superior Tribunal de Justiça no ecossistema da saúde suplementar. **Revista Caderno Virtual**, Florianópolis, v. 6, nº 2, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/243008/V6N2_academica_220-236.pdf?sequence=1. Acesso em: 16 jun. 2023.

⁶⁸ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Rol de procedimentos**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 30 dez. 2022.

A Lei nº 9.961/2000⁶⁹, que institui a ANS, atribui à Reguladora, entre várias outras incumbências, a elaboração de um rol de procedimentos que constituirão uma referência básica.

Art. 4º Compete à ANS:

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão **referência básica** para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

A Leitura dos dispositivos acima mencionados, associados à leitura dos artigos 196 e 199 da Constituição Federal, do artigo 10 e artigo 35-F da Lei nº 9.656/98 e do artigo 5º da Resolução Normativa 465/2021, deixam claro que o rol é apenas uma referência não exauriente.

Adalberto Pasqualotto⁷⁰, na linha desse raciocínio, afirma que

Levando em conta que o art. 10 [da Lei nº 9.656/1998] adota a Classificação Internacional de Doenças como cobertura referencial, os contratos segmentados não podem reduzi-la. A assistência deverá ser prestada segundo a modalidade contratada, não importa qual seja a doença. Em outras palavras, a segmentação pode ser feita apenas horizontalmente, não verticalmente. Por isso mesmo, o art. 16, inc. VI [da Lei nº 9.656/1998], que impõe a indicação clara, nos contratos, dos eventos cobertos e excluídos, deve ser interpretado no sentido de que só podem ser excluídas as coberturas relativas aos segmentos não contratados pelo consumidor, além das exceções legais declinadas nos incisos do art. 10, sendo vedado ao operador criar exclusões estranhas à lei. (PASQUALOTTO, 1999, p. 49).

Em que pese a clareza dos dispositivos invocados, a cobertura de procedimentos e de tratamentos fora dessa lista, frequentemente negada por operadoras de planos de saúde, faz com que os beneficiários se socorram do judiciário para ter as necessidades médicas atendidas, e aqueles que não o

⁶⁹ BRASIL. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e dá outras providências. **DOU**, Brasília, 29/01/2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 16 jun. 2023.

⁷⁰ PASQUALOTTO, Adalberto. **Saúde e responsabilidade**: seguros e planos de assistência privada à saúde.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

fazem e se socorrem do SUS, tais despesas não são passíveis de ressarcimento como dito no capítulo anterior.

Outro ponto importante de ser abordado é que existe, embora em menor número, aquela judicialização onde beneficiários exigem direitos que por vezes não são consistentes, como por exemplo procedimentos e tratamentos sem comprovação científica, reembolsos integrais, frente a livre escolha de profissionais, medicamentos não reconhecidos pela ANVISA e sem estudos de eficácia etc.

A judicialização, embora seja pontual, acarreta prejuízos, não só aos beneficiários demandantes, mas também a toda a população de beneficiários.

Tal excesso, por parte dos beneficiários, é fruto da desinformação e da falta de capacitação de alguns profissionais perante as especificidades da saúde suplementar.

Digno de nota é que a alta judicialização, diante dos números apresentados pelo conselho nacional de justiça, apenas 36,8% das ações são tidas como não procedentes, o que demonstra a existência de restrição aos direitos dos beneficiários de planos de saúde, pelas operadoras. Tal situação acarreta despesas altas, diante da condenação de honorários advocatícios, multas diárias por descumprimento de decisões judiciais etc, que devem ser custeadas pelas operadoras.

Diante desse cenário, a despesa da judicialização poderia ser investida em melhoria de assistência aos beneficiários, que promoveria, em algum aspecto, a diminuição das reclamações e das ações diariamente ajuizadas, bem como desafogaria o SUS, no que se refere ao atendimento dos beneficiários de planos de saúde por lá atendidos, muitas vezes sem o devido ressarcimento.

8 Da Movimentação Jurisprudencial sobre a Abrangência de Cobertura no Setor de Saúde Suplementar

Sobre a alta judicialização, muito debatida desde a entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, originariamente, havia o entendimento pacífico no judiciário de que, se a doença estivesse prevista em contrato (todas as doenças previstas na Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde – CID, da Organização Mundial da Saúde⁷¹) seria abusiva a negativa de tratamento necessário para se alcançar a cura ou reabilitação contra a doença.

Conforme Ana Luísa Araújo Machado:⁷²

Após pesquisa feita na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ), conforme será melhor detalhado no capítulo seguinte, foi possível identificar que 116 acórdãos versam sobre a discussão em torno da taxatividade ou não do rol da ANS. O primeiro acórdão a afirmar que o rol é exemplificativo, e formar a jurisprudência dominante nesse sentido, foi de relatoria da Ministra Maria Isabel Gallotti, integrante da 4ª Turma do referido Tribunal, no julgamento do Agravo em Recurso Especial 750.941/MG no dia 01.09.2015.

A partir de então, as decisões da Corte Especial nas duas turmas passaram a ser no mesmo sentido: o rol da ANS é meramente exemplificativo. A fundamentação utilizada pelos ministros do STJ para embasar tal entendimento consistem basicamente na ideia de que o beneficiário do plano de saúde, enquanto consumidor, ocupa posição de completa vulnerabilidade e possui uma legítima expectativa de ser atendido em qualquer demanda de saúde por não prever quais procedimentos irá precisar e não poder assumir os riscos da atividade econômica, já que esta é uma função do fornecedor. Ademais, argumenta-se que a partir do momento em que o consumidor não é atendido pelo plano de saúde, procura o SUS, gerando maior sobrecarga no sistema público. (MACHADO, 2022, n.p. [e-book])

De fato, o entendimento jurisprudencial sobre o rol de procedimentos foi construído sobre a ótica de abusividade de cláusulas contratuais que impossibilitassem o acesso à saúde dos beneficiários, conforme exposto:

⁷¹ Art. 10 da Lei nº 9.656/98.

⁷² MACHADO, Ana Luísa Araújo: Os impactos da declaração de taxatividade do rol da agência nacional de saúde pelo superior tribunal de justiça no ecossistema da saúde suplementar. **Revista Caderno Virtual. São Paulo**, v. 1, nº 53. 2022. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/6386>. Acesso em: 16 jun. 2023.

Seguro saúde. Cobertura. Câncer de pulmão. Tratamento com quimioterapia. Cláusula abusiva. 1. O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta. 2. Recurso especial conhecido e provido. (REsp n. 668.216/SP, relator Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, Terceira Turma, julgado em 15/3/2007, DJ de 2/4/2007, p. 265.)

PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. À FALTA DE PREQUESTIONAMENTO, INVIÁVEL O EXAME DO ALEGADO JULGAMENTO EXTRA PETITA - ART. 460 DO CPC. NECESSIDADE DE OPOSIÇÃO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. NULIDADE DE CLÁUSULA INSERTA EM CONTRATO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES, QUE EXCLUI DA COBERTURA DESPESAS REALIZADAS NO TRATAMENTO DA "DISPLASIA MAMÁRIA" E DOENÇAS "FIBROCÍSTICAS DA MAMA".1. As duas Turmas que compõem a Segunda Seção tem traçado orientação no sentido de considerar abusiva cláusulas que limitam os direitos dos consumidores de plano ou seguro-saúde. (Resp n. 434699/RS). 2. Tal entendimento cristalizou-se com a edição da Súmula 302/STJ, assim redigida: É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. 3. A exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato.4. A saúde é direito constitucionalmente assegurado, de relevância social e individual. Recurso conhecido, em parte, e provido.⁷³

Dentre outras decisões, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, órgão em que uma das competências é pacificar a jurisprudência dos Tribunais Estaduais, traçou a orientação no sentido de considerar abusivas cláusulas que limitam os direitos dos consumidores de plano ou seguro-saúde, de que são exemplos, dentre outros, os RESP 251024/SP, Relator Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira; 158728/RJ, Relator Ministro Carlos Alberto Menezes Direito; 249.423/SP e 434699/RS, Relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar.

Em 2019, por meio do RESP 1.733.013/PR, a Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça mudou o entendimento, até então, consolidado no STJ.

⁷³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, REsp nº 183.719/SP, Relator: Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 18/09/2008, **DJe** de 13/10/2008.

Digno de nota é a participação de *Amicus curiae*, no recurso analisado, destacando-se, entre eles, o CNS – Conselho Nacional de Saúde, que ao ser chamado para participar dos autos, aprovou o Parecer Técnico n. 243/2019-SECNS/MS, por meio do qual este órgão colegiado **posicionou-se no sentido de que se o rol da ANS fosse tido como taxativo**⁷⁴, o SUS seria impactado:

Trabalhando numa lógica de lucro, os planos de saúde comumente negam procedimentos necessários e geralmente já oferecidos pelo SUS, com o argumento de o procedimento não estar previsto no Rol. **Isso faz com que o SUS seja responsável por determinado atendimento, sem o respectivo ressarcimento, porque, nos termos da Resolução Normativa n. 358/2014 e da Instrução Normativa nº 45/14, da ANS, serão ressarcidos ao SUS apenas os procedimentos prestados pelo SUS aos usuários de planos de saúde previstos no Rol ou em contrato. A guisa de ilustração, a rubrica da receita “Ressarcimento por Operadoras de Seguros Privados de Assistência à Saúde” integra o rol de receitas vinculadas ao Ministério da Saúde e o valor arrecadado em 2018 foi de R\$ 783,5 milhões, que não expressa os atendimentos que as unidades do SUS realizam aos possuidores de planos de saúde.**

(...)

Se o Rol for considerado taxativo (ou seja, apenas o que está previsto na lista é que deverá ser oferecido), **há o risco de o SUS ser acionado no lugar dos planos de saúde para fazer esse atendimento. Isso com certeza aumentará a carga de atendimento, e tem potencial para aumentar também a carga judicial hoje já elevada contra o sistema público, já que retira do SUS o montante a ser investido no sistema**⁷⁵. (Parecer Técnico n. 243/2019-SECNS/MS. Conselho Nacional de Saúde)

Em razão disso, o CNS entende que a adoção do rol taxativo pode piorar o quadro do financiamento da saúde pública no Brasil:

Assim, os efeitos negativos da EC n. 95 (EC 95/2016), a fixação da regra do “teto”, cujas despesas serão atualizadas tão somente pela variação anual da inflação, mesmo que a receita cresça no mesmo período, reduzirá as despesas por habitante com o SUS e a população crescerá nesse período.

Ao contrário, aos planos de saúde, a par dos cálculos atuariais que permitem que as operadoras busquem o equilíbrio entre receitas e despesas, a ANS autoriza os reajustes visando à atualização das mensalidades, com o objetivo de compensar a variação dos custos médico-hospitalares e o incremento do risco, evitando o desequilíbrio econômico-financeiro dos contratos. Assim, são previstos o reajuste anual, além do reajuste por variação de faixa etária do beneficiário.

⁷⁴ Grifo feito pela autora deste texto.

⁷⁵ Conselho Nacional de Saúde. **Parecer Técnico nº 243/2019-SECNS/MS.**

O recurso em análise foi julgado e, nele, se entendeu que era inviável um rol sem limitações definidas e que tal situação encarecia os prêmios dos planos de saúde e afrontaria a livre concorrência. Veja-se a ementa do julgado:

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (OVERRULING). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE VISANDO HARMONIZAR OS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO ESTABELECIDADA PELA AGÊNCIA. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE. 1. A Lei nº 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. O art. 4º, III e XXXVII, atribui competência à Agência para elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656/1998, além de suas excepcionalidades, zelando pela qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar. 2. Com efeito, por clara opção do legislador, é que se extrai do art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei nº 9.961/2000, a atribuição dessa Autarquia de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Em vista dessa incumbência legal, o art. 2º da Resolução Normativa n. 439/2018 da ANS, que atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo caput do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde. 3. A elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, apresenta diretrizes técnicas relevantes, de inegável e peculiar complexidade, como: utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS; observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências – SBE; e resguardo da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. 4. O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, em revisitação ao exame detido e aprofundado do tema, conclui-se que é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas. Esse raciocínio tem o condão de encarecer e efetivamente padronizar os planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas. 5. Quanto à invocação do diploma consumerista pela autora desde a exordial, é de se observar que as técnicas

de interpretação do Código de Defesa do Consumidor devem reverência ao princípio da especialidade e ao disposto no art. 4º daquele diploma, que orienta, por imposição do próprio Código, que todas as suas disposições estejam voltadas teleologicamente e finalisticamente para a consecução da harmonia e do equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores. 6. O rol da ANS é solução concebida pelo legislador para harmonização da relação contratual, elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico. A uníssona doutrina especializada alerta para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar. A disciplina contratual exige uma adequada divisão de ônus e benefícios dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso tem de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto à identificação de deveres específicos do fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente. 7. No caso, a operadora do plano de saúde está amparada pela excludente de responsabilidade civil do exercício regular de direito, consoante disposto no art. 188, I, do CC. É incontroverso, constante da própria causa de pedir, que a ré ofereceu prontamente o procedimento de vertebroplastia, inserido do rol da ANS, não havendo falar em condenação por danos morais. 8. Recurso especial não provido.⁷⁶

O Ministro, em seu voto, afirma que o rol exemplificativo traz incertezas sobre os riscos que são assumidos pela operadora de plano de saúde o que traria, por consequência, a impossibilidade de precificação adequada.

Prossegue afirmando que:

O mecanismo de financiamento do setor é o mutualismo, ou seja, todos contribuem para cobrir os gastos para recuperação da saúde de determinado membro do grupo, o preço maior das mensalidades pode afastar o indivíduo de menor risco do sistema, potencializando a espiral de seleção adversa que acaba por inviabilizar o próprio mercado. (...) Sabe-se que há uma boa parte de operadoras de plano de saúde em atividade que são de médio ou pequeno porte. É possível que o aumento demasiado nos custos do setor acabe por inviabilizar, num primeiro momento, os modelos de negócio de menor envergadura, do que resultaria uma acentuada concentração de mercado.⁷⁷

Outro ponto considerado pelo Ministro, em seu voto, foi o que ele chamou de “caráter dialógico do processo de atualização do rol” (atualizado, até então, de dois em dois anos em meados dos anos 2000) com a presença de representantes de órgãos de defesa do consumidor, de prestadores de serviços

⁷⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. RESP nº 1.733.013/PR, Ministro Luís Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 10/12/2019, **DJe** de 20/02/2020.

⁷⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. RESP nº 1.733.013/PR, Ministro Luís Felipe Salomão. Quarta Turma, julgado em 10/12/2019. **DJe** de 20/02/2020.

de saúde, de operadores de planos de assistência à saúde, de órgãos de governos, de conselhos profissionais de saúde, de sociedades médicas e odontológicas, da indústria, além do próprio corpo técnico competente da ANS. Segundo o entendimento do Ministro, a participação desses setores revela uma governança compartilhada e, dessa forma, esperar-se-á interferência de tais órgãos na tomada de uma decisão final, o que traduziria uma maior legitimidade e um menor índice de conflituosidade.

Além do anteriormente apontado, o acórdão responsável pelo *overruling* defendeu que a flexibilização desmedida do rol acaba por prestigiar, invariavelmente, a opinião de um médico, que opina sobre o procedimento mais adequado para um determinado paciente, que nem sempre seria revestido de consenso científico apto a torná-lo obrigatório no plano de saúde. Afirma, assim, que tal dinâmica compromete a regulação implementada pela ANS.

Ainda no referido acórdão, ficou decidido que a ANS cumpria a Resolução Normativa 439/2018⁷⁸, que determinava o processo de atualização do rol e em seu artigo 2º, hoje revogado, e afirmava que:

O rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656/1998.

Tal resolução, segundo a concepção do Ministro, analisada em conjunto com o artigo 10 da Lei nº 9.656/98 garantiria a amplitude de cobertura estabelecida em Lei.

Independentemente da mudança de entendimento da Quarta Turma do STJ, a Terceira Turma reafirmou o caráter exemplificativo do rol. O REsp

⁷⁸ BRASIL. Resolução Normativa nº 439 de 03 de dezembro de 2018. Dispõe sobre processo de atualização periódica do rol de procedimentos e eventos em saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **DOU**, Brasília, 04/12/2023. Disponível em: <https://www.abrapp.org.br/legislacao/resolucao-normativa-rn-ans-no-439-de-3-12-2018/>. Acesso em: 16 jun. 2023.

1.876.630/SP⁷⁹, relatado pela Ministra Nancy Andrighi, apresenta relevante contraponto ao esposado pelo Ministro Salomão e é assim ementado:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZATÓRIA C/C COMPENSAÇÃO DE DANO MORAL. CERCEAMENTO DE DEFESA NÃO CONFIGURADO. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. AMPLITUDE DE COBERTURA. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA DE MAMOPLASTIA BILATERAL. PROCEDIMENTO INDICADO PARA TRATAMENTO DE HIPERPLASIA MAMÁRIA BILATERAL. RECUSA INDEVIDA CARACTERIZADA. DEVER DA OPERADORA DE INDENIZAR A USUÁRIA. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E ANGÚSTIA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. CIRCUNSTÂNCIAS NÃO DELIMITADAS NO ACÓRDÃO RECORRIDO. DANO MORAL AFASTADO. JULGAMENTO: CPC/15. 1. Ação indenizatória c/c compensação de dano moral ajuizada em 22/05/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 04/03/2020 e atribuído ao gabinete em 09/06/2020. 2. O propósito recursal é dizer sobre: (i) o cerceamento de defesa; (ii) a obrigação de a operadora de plano de saúde indenizar a beneficiária pelas despesas com a realização de cirurgia, após recusar a cobertura do procedimento; (iii) a configuração e o valor arbitrado a título de compensação do dano moral. 3. A jurisprudência desta Corte orienta que a avaliação quanto à necessidade e à suficiência das provas demanda, em regra, incursão no acervo fático-probatório dos autos e encontra óbice na súmula 7/STJ, bem como que não configura cerceamento de defesa o julgamento antecipado da lide, quando o Tribunal de origem entender substancialmente instruído o feito, declarando a prescindibilidade de produção probatória. 4. Nos termos do § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, a amplitude da cobertura assistencial médico-hospitalar e ambulatorial, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, é regulamentada pela ANS, a quem compete a elaboração do rol de procedimentos e eventos para a promoção à saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde – OMS, respeitadas as segmentações assistenciais contratadas. 5. O Plenário do STF reafirmou, no julgamento da ADI 2.095/RS (julgado em 11/10/2019, DJe de 26/11/2019), que “o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência”, razão pela qual os atos normativos exarados pela ANS, além de compatíveis com a Lei nº 9.656/1998 e a Lei nº 9.961/2000, dentre outras leis especiais, devem ter conformidade com a CF/1988 e o CDC, não lhe cabendo inovar a ordem jurídica. 6. Conquanto o art. 35-G da Lei nº 9.656/1998 imponha a aplicação subsidiária da lei consumerista aos contratos celebrados entre usuários e operadoras de plano de saúde, a doutrina especializada defende a sua aplicação complementar àquela lei especial, em diálogo das fontes, considerando que o CDC é norma principiológica e com raiz constitucional, orientação essa que se justifica ainda mais diante da natureza de adesão do contrato de plano de saúde e que se confirma, no âmbito jurisdicional, com a edição da súmula 608 pelo STJ. 7. Quando o legislador transfere para a ANS a função de definir a amplitude das coberturas assistenciais (art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656/1998),

⁷⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial, REsp 1876630, Relatora: Ministra Nancy Andrighi. julgado em 09/03/2021, **DJe** de 11/03/2021. STJ JUS. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=122761985&tipo=5&nreg=202001255040&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20210311&formato=PDF&salvar=false>. Acesso em: 15 mai. 2023.

não cabe ao órgão regulador, a pretexto de fazê-lo, criar limites à cobertura determinada pela lei, de modo a restringir o direito à saúde assegurado ao consumidor, frustrando, assim, a própria finalidade do contrato. 8. O que se infere da leitura da Lei nº 9.656/1998 é que o plano-referência impõe a cobertura de tratamento de todas as doenças listadas na CID, observada a amplitude prevista para o segmento contratado pelo consumidor e excepcionadas apenas as hipóteses previstas nos incisos do art. 10, de modo que qualquer norma infralegal que a restrinja mostra-se abusiva e, portanto, ilegal, por colocar o consumidor em desvantagem exagerada. 9. O rol de procedimentos e eventos em saúde (atualmente incluído na Resolução ANS 428/2017) é, de fato, importante instrumento de orientação para o consumidor em relação ao mínimo que lhe deve ser oferecido pelas operadoras de plano de saúde, mas não pode representar a delimitação taxativa da cobertura assistencial mínima, na medida em que o contrato não se esgota em si próprio ou naquele ato normativo, mas é regido pela legislação especial e, sobretudo, pela legislação consumerista, com a ressalva feita aos contratos de autogestão. 10. Sob o prisma do CDC, não há como exigir do consumidor, no momento em que decide aderir ao plano de saúde, o conhecimento acerca de todos os procedimentos que estão – e dos que não estão – incluídos no contrato firmado com a operadora do plano de saúde, inclusive porque o rol elaborado pela ANS apresenta linguagem técnico-científica, absolutamente ininteligível para o leigo. Igualmente, não se pode admitir que mero regulamento estipule, em desfavor do consumidor, a renúncia antecipada do seu direito a eventual tratamento prescrito para doença listada na CID, por se tratar de direito que resulta da natureza do contrato de assistência à saúde. 11. No atendimento ao dever de informação, deve o consumidor ser clara, suficiente e expressamente esclarecido sobre os eventos e procedimentos não cobertos em cada segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar – com ou sem obstetrícia – e odontológico), como também sobre as opções de rede credenciada de atendimento, segundo as diversas categorias de plano de saúde oferecidas pela operadora; sobre os diferentes tipos de contratação (individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial), de área de abrangência (municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados e nacional) e de acomodação (quarto particular ou enfermaria), bem como sobre as possibilidades de coparticipação ou franquia e de pé ou pós-pagamento, porque são essas as informações que o consumidor tem condições de avaliar para eleger o contrato a que pretende aderir. 12. Não é razoável impor ao consumidor que, no ato da contratação, avalie os quase 3.000 procedimentos elencados no Anexo I da Resolução ANS 428/2017, a fim de decidir, no momento de eleger e aderir ao contrato, sobre as possíveis alternativas de tratamento para as eventuais enfermidades que possam vir a acometê-lo. 13. A qualificação do rol de procedimentos e eventos em saúde como de natureza taxativa demanda do consumidor um conhecimento que ele, por sua condição de vulnerabilidade, não possui nem pode ser obrigado a possuir; cria um impedimento inaceitável de acesso do consumidor às diversas modalidades de tratamento das enfermidades cobertas pelo plano de saúde e às novas tecnologias que venham a surgir; e ainda lhe impõe o ônus de suportar as consequências de sua escolha desinformada ou mal informada, dentre as quais, eventualmente, pode estar a de assumir o risco à sua saúde ou à própria vida. 14. É forçoso concluir que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem natureza meramente exemplificativa, porque só dessa forma se concretiza, a partir das desigualdades havidas entre as partes contratantes, a harmonia das relações de consumo e o equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores, de modo a satisfazer, substancialmente, o objetivo da Política Nacional das Relações de Consumo. 15. Hipótese em que a circunstância de o procedimento não constar do rol de procedimentos e eventos em saúde, não é apta a autorizar a operadora a recusar o seu custeio, sobretudo considerando que a cirurgia prescrita para a recorrida não se enquadra em nenhuma das hipóteses de exceção previstas no art. 10 da Lei nº 9.656/1998. 16. Ausente a indicação no acórdão

recorrido de que a conduta da operadora, embora indevida, tenha agravado a situação de aflição psicológica e de angústia experimentada pela recorrida, ultrapassando o mero inadimplemento contratual, ou ainda de que a recorrida se encontrava em situação de urgente e flagrante necessidade de assistência à saúde, deve ser afastada a presunção do dano moral. 17. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.⁸⁰

No acórdão apresentado, observávamos a divergência de entendimento entre a Terceira e a Quarta Turmas do STJ diante da complexidade e da relevância do tema.

A Ministra Nancy menciona que a ANS, na qualidade de Agência Reguladora, não pode desprezar as normas e o princípio de direitos instituídos no ordenamento jurídico e aponta que:

No exercício desse poder normativo conferido pelo legislador, não se pode perder de vista, como adverte Leila Cuéllar, que os atos editados pelas agências reguladoras “não podem desprezar as normas e princípios de direito que lhes são superiores” e, por isso, lhes é “vedado modificar, suspender, derogar ou revogar as normas e princípios constitucionais ou contrariar a lei, entendida em sentido amplo.”⁸¹ (As agências reguladoras e seu poder normativo. São Paulo: Dialética, 2001. p. 124)

Ela traz ainda que o Supremo Tribunal Federal já se debruçou sobre o tema do poder normativo das agências reguladoras no julgamento da ADI 2.095/RS⁸², de relatoria da Ministra Cármen Lúcia, conforme voto condutor do acórdão que afirma:

Este Supremo Tribunal, na linha do acórdão de indeferimento da cautelar na presente ação, tem proclamado que o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência:

O campo no qual o agente regulador atua com liberdade tem suas margens definidas pelos conteúdos que podem ser inequivocamente extraídos, senão da letra da lei, pelo menos do propósito claro e manifesto do legislador. Para ser legítima, a atuação normativa do agente regulador deve ser capaz de ser

⁸⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1876630-SP. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Terceira Turma, julgado em 09/03/2021, **DJe** de 11/03/2021.

⁸¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1876630-SP, Relatora: Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 09/03/2021 **DJe** de 11/03/2021).

⁸² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade: ADI 4093, Relatora: Ministra Rosa Weber, julgado em 24/09/20014, **DJe** de 10/10/2014. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2624788>. Acesso em: 16 jun. 2023.

justificada como a integração de uma evidente escolha legislativa. Em outras palavras, a orientação seguida pelo Administrador deve necessariamente traduzir uma escolha previamente realizada pelo Legislador, que lhe confere autoridade, e não uma interpretação possível, entre tantas outras, de conceitos jurídicos indeterminados. Isso em absoluto significa reduzir a regulação setorial ao preenchimento de lacunas e muito menos à execução mecânica da lei. Dotada de inquestionáveis relevância e responsabilidade, a função regulatória só é dignificada pelo reconhecimento de que não é inferior nem exterior à legislação. **Exercida em um espaço que se revela qualitativamente diferente daquele em que exercida a competência legiferante, a competência regulatória é, no entanto, conformada pela ordem constitucional e legal vigente.** O poder normativo atribuído às agências reguladoras pelas respectivas leis instituidoras consiste em instrumento para que dele lance mão o agente regulador de um determinado setor econômico ou social na implementação das diretrizes, finalidades, objetivos e princípios expressos na Constituição e na legislação setorial. No domínio da regulação setorial, a edição de ato normativo geral e abstrato (poder normativo) destina-se à especificação de direitos e obrigações dos particulares. Não permite a Constituição, no entanto, lhes seja emprestada força legislativa suficiente para criá-los ou extingui-los. O poder normativo atribuído às agências reguladoras vocaciona-se a 'traduzir, por critérios técnicos, os comandos previstos na Carta Magna e na legislação infraconstitucional acerca do subsistema regulado'. 2 A norma regulatória deve se compatibilizar com a ordem legal, integrar a espécie normativa primária, adaptando e especificando o seu conteúdo, e não substituí-la ao inovar na criação de direitos e obrigações. Seu domínio próprio é o do preenchimento dos espaços normativos deixados em aberto pela legislação, e não o da criação de novos espaços. Hierarquicamente subordinado à lei, o poder normativo atribuído às agências reguladoras não lhes faculta inovar *ab ovo* na ordem jurídica, mormente para "impor restrições à liberdade, igualdade e propriedade ou determinar alteração do estado das pessoas" 3. Vale ressaltar, ainda, que, sendo uma das justificativas centrais para a emergência da regulação setorial por agências independentes o elevado grau de segurança jurídica exigido pela complexidade das relações sociais no mundo contemporâneo, admitir alto grau de discricionariedade do agente regulador ou baixa vinculação da regulação aos limites impostos pela lei contraria a sua própria finalidade institucional, passando, as agências reguladoras, de agentes estabilizadores a fatores de instabilidade jurídica.⁸³

A Ministra cita, no acórdão que defende a exemplificabilidade do rol da ANS, que, além de o STF já ter se posicionado sobre as reguladoras, a Ministra Carmén Lúcia, nos autos da Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 532/DF⁸⁴, debate exatamente o papel da ANS, afirmando que:

⁸³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 4093, Relatora Ministra Rosa Weber, julgado em 24/09/2014, **DJe** de 10/10/2014.

⁸⁴ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 532/DF, Relatoria da Ministra Carmem Lúcia. Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF): 532/DF, Relatora: Ministra Carmem Lúcia, julgado em 02/08/2018, **DJe** de 03/08/2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1227496037/inteiro-teor-1227496052>. Acesso em: 16.

10. A segurança jurídica exigida nas contratações é também princípio determinante para respeito ao devido processo legislativo. É ele que assegura ao cidadão o conhecimento prévio do direito que se pretende estabelecer, suas razões e finalidades de cada norma, a participação da sociedade legitimador do ordenamento jurídico.

Por isso, normas editadas pelos órgãos e entidades administrativas não podem inovar a ordem jurídica, ressalva feita à expressa autorização constitucional e não com o objetivo de restringir direitos fundamentais. A edição de norma administrativa que inaugura situação de constrangimento a direito social fundamental, como é o caso da saúde, não apenas pode vir a limitar esse direito, mas também instala situação da segurança e da confiança no direito e do direito, o que tem contribuído para a instabilidade das relações sociais brasileiras e, mais ainda, tem minado a confiança dos cidadãos nas instituições públicas. Daí porque a observância da Constituição é urgente por todos nós, incluídos e principalmente, servidores do Poder Judiciário, atuando como guarda permanente da Lei que dá fundamento a todas as outras.

Permitir que órgãos e entidades administrativas inovem a ordem jurídica é anuir em que o direito seja instrumento insuficiente ou incapaz de dotar de segurança as relações sociais, a boa-fé que está na base dos contratos firmados, a confiança que os negócios devem prover, tudo em contrariedade à conquista constitucional do Estado de Direito. (...)

13. A saúde tida como direito fundamental da pessoa não pode ser tida apenas como ausência de doença, como afirmei, por exemplo, na ADPF n. 101, mas como estado de bem-estar ocasionado pelas condições gerais que lhe asseguram segurança e confiança no seu entorno sócio político e econômico.

Esse direito é, portanto, posto em questão quando se configuram situações desarrazoadas de incerteza provocadas pelo advento de normas editadas fora do espaço legislativo próprio e com a garantia do devido processo legislativo que permite a transparência dos debates, das razões e das finalidades buscadas pelas normas, especialmente sobre direitos fundamentais. A confiança em todo o sistema não pode ser diminuída ou eliminada por normas cuja correção formal é passível de questionamento judicial.

14. Causa estranheza que matéria relativa ao direito à saúde, de tamanha relevância social, e que a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei, e sem que a ela, aparentemente, se atenha, deixe de ser cuidada no espaço próprio de apreciação, discussão e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional, e seja cuidado em espaço administrativo restrito, com parca discussão e clareza, atingindo a sociedade e instabilizando relações e aumentando o desassossego dos cidadãos. Daí porque, nesse momento processual, é recomendável que se assegure a estabilidade do atual sistema de saúde suplementar à luz da Constituição brasileira.

15. O negócio jurídico consubstanciado nos contratos de adesão propostos pelas operadoras de saúde devem obrigatoriamente observar os ditames constitucionais da máxima eficiência, da transparência, da legalidade e, ainda, ao art. 170 da Constituição do Brasil, segundo o qual:

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios.

Digno de nota, também, é a citação ao voto do Ministro Marco Aurélio, extraído da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.931/DF ⁸⁵que expõe:

a promoção da saúde, mesmo na esfera privada, não se vincula às premissas do lucro (...) Atuação no lucrativo mercado de planos de saúde não pode ocorrer à revelia da importância desse serviço social, reconhecida no artigo 197 do Texto Maior”, *verbis*: 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.

Diante dessas citações, a Ministra Nancy, da Terceira Turma, concluiu no acórdão relatado, que os atos emitidos pela ANS devem ser compatíveis com as Leis n^{os} 9.656/98 e 9.960/2000 e que, além disso, devem estar em conformidade com a Constituição Federal e com o Código de Defesa do Consumidor, que garantem, ainda que em caráter suplementar, a concretização do direito à saúde garantido a todos os cidadãos.

Segundo o entendimento da Ministra, o plano de referência, ou seja, aquilo que deve ser oferecido pelas operadoras de planos de saúde, impõe a cobertura de tratamento de todas as doenças listadas na CID, observada a amplitude prevista para o segmento contratado pelo consumidor (ambulatorial; internação hospitalar; obstétrico; odontológico) com a exceção do artigo 10, incisos I a X, já citados anteriormente, além daquelas não contratadas.

Outro contraponto importante contido no acórdão é a ponderação de que o rol de procedimentos da ANS, por ter uma linguagem técnico-científica, é ininteligível para o beneficiário contratante, sendo impossível a exigência, ao

⁸⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931/DF. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931, Relator: Ministro Marco Aurélio, julgado em 07/02/2018, **DJe** de 14/02/2018. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>. Acesso em: 16 jun. 2023.

aderir ao plano, do conhecimento daquilo que está incluído no contrato. Além disso, não se pode esperar que o contratante renuncie a eventual assistência que possa vir a acometê-lo.

No tocante à natureza econômica do contrato e ao equilíbrio contratual, pondera a Ministra que, ao pretender uma certeza para viabilizar a precificação do prêmio, seria transferida a mesma incerteza ao consumidor diante da impossibilidade de antever as suas necessidades médicas futuras.

Ela afirma, ainda, quanto ao equilíbrio contratual, que a Lei prevê reajustes visando à atualização das mensalidades para propiciar o equilíbrio contratual, tanto por sinistralidade (o que inclui a incorporação de novas tecnologias), como por faixa etária, tudo para harmonizar a relação entre as partes e a manutenção do contrato de trato sucessivo. E conclui expondo que:

Os interesses em conflito, o fiel da balança deve pender para a proteção da parte vulnerável, que é o consumidor beneficiário do plano de saúde, porque gozam as operadoras, ante a posição de superioridade – técnica, jurídica, fática e informacional – que ocupam nesse mercado, de melhores condições para analisar e contabilizar os riscos envolvidos, a fim de atender a finalidade do contrato, sem comprometer o seu equilíbrio econômico-financeiro.⁸⁶

Diante da análise dos argumentos acima, percebemos que a divergência entre a Terceira e Quarta Turma foi instaurada no STJ, causando, assim, insegurança jurídica tremenda aos beneficiários de plano de saúde que buscavam determinados tratamentos. Estes logravam reconhecimentos distintos aos buscar o judiciário, a depender de que Turma analisasse o recurso interposto.

A divergência das Turmas foi alvo de Embargos de Divergência para, finalmente, pacificar o entendimento do STJ. Mas, antes do dito julgamento, a

⁸⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1876630-SP. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Terceira Turma, julgado em 09/03/2021, **DJE** de 11/03/2021.

ANS editou a RN 465⁸⁷, em fevereiro de 2022, ultrapassando seu dever institucional considerando o rol taxativo:

Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

No mês de março de 2022, a Medida Provisória 1.067/2021 é convertida na Lei nº 14.307/2022, alterando a Lei nº 9.656/98, frisando-se a alteração em seu art. 10, com os seguintes parágrafos:

§ 7º A atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde complementar 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.

§ 8º Os processos administrativos de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde complementar referente aos tratamentos listados nas alíneas c do inciso I e g do inciso II do **caput** do art. 12 desta Lei deverão ser analisados de forma prioritária e concluídos no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, prorrogável por 60 (sessenta) dias corridos quando as circunstâncias o exigirem.

§ 9º Finalizado o prazo previsto no § 7º deste artigo sem manifestação conclusiva da ANS no processo administrativo, será realizada a inclusão automática do medicamento, do produto de interesse para a saúde ou do procedimento no rol de procedimentos e eventos em saúde complementar até que haja decisão da ANS, garantida a continuidade da assistência iniciada mesmo se a decisão for desfavorável à inclusão.

§ 10. As tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), instituída pela Lei n. 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

⁸⁷ BRASIL. Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. **DOU**, Brasília, 01/04/2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp106/SEI_ANS__25440548__Minuta_de_Norma.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023.

§ 11. O processo administrativo de que trata o § 7º deste artigo observará o disposto na Lei n. 9.784, de 29 de janeiro de 1999, no que couber, e as seguintes determinações:

I - apresentação, pelo interessado, dos documentos com as informações necessárias ao atendimento do disposto no § 3º do art. 10-D desta Lei, na forma prevista em regulamento;

II - apresentação do preço estabelecido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, no caso de medicamentos;

III - realização de consulta pública pelo prazo de 20 (vinte) dias com a divulgação de relatório preliminar emitido pela Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar;

IV - realização de audiência pública, na hipótese de matéria relevante, ou quando tiver recomendação preliminar de não incorporação, ou quando solicitada por no mínimo 1/3 (um terço) dos membros da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar;

V - divulgação do relatório final de que trata o § 3º do art. 10-D desta Lei da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar; e

VI - possibilidade de recurso, no prazo de até 15 (quinze) dias após a divulgação do relatório final.” (NR)

“Art. 10-D. Fica instituída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10 desta Lei.

§ 1º O funcionamento e a composição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar serão estabelecidos em regulamento.

§ 2º A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar terá composição e regimento definidos em regulamento, com a participação nos processos de:

I - 1 (um) representante indicado pelo Conselho Federal de Medicina;

II - 1 (um) representante da sociedade de especialidade médica, conforme a área terapêutica ou o uso da tecnologia a ser analisada, indicado pela Associação Médica Brasileira;

III - 1 (um) representante de entidade representativa de consumidores de planos de saúde;

IV - 1 (um) representante de entidade representativa dos prestadores de serviços na saúde suplementar;

V - 1 (um) representante de entidade representativa das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

VI - representantes de áreas de atuação profissional da saúde relacionadas ao evento ou procedimento sob análise.

§ 3º A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar deverá apresentar relatório que considerará:

I - as melhores evidências científicas disponíveis e possíveis sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade, a eficiência, a usabilidade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou para a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e

III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

§ 4º Os membros indicados para compor a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, bem como os representantes designados para participarem dos processos, deverão ter formação técnica suficiente para compreensão adequada das evidências científicas e dos critérios utilizados na avaliação.

As alterações acima são de vital importância, uma vez que reconhecem a necessidade de atualização permanente do Rol da ANS, com a composição de uma comissão de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar.

Além disso, foi explicitada a necessidade de incorporação de tecnologias disponíveis no SUS, visto que, anteriormente à Lei nº 14307/2022, o SUS, por meio da CONITEC, incorporava os procedimentos com uma velocidade maior do que era realizada a atualização do Rol da ANS, à época, de dois em dois anos.

Tal situação fazia com que procedimentos necessários aos beneficiários fossem negados pelos planos por não constarem no rol, e disponíveis no SUS, sobrecarregando-o com o custo de procedimentos que deveriam ser oferecidos pelas operadoras de planos de saúde.

A análise da divergência levou à interposição de Embargos de Divergência 1.886.929-SP, pela segunda seção do STJ, que foi alvo de diversos votos dos Ministros, entre eles cita-se novamente o voto da Ministra Nancy Andrighi que, além dos argumentos trazidos à baila no acórdão citado anteriormente, debruça-se sobre o lucro das operadoras de planos de saúde, informado pela

ANS, que seriam contraditório com a ideia de desequilíbrio contratual sofrido por estas.

A Ministra analisa⁸⁸ os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (fundação vinculada ao Ministério da Economia), que conclui: “*O lucro líquido per capita de planos de saúde mais que dobrou em quatro anos*” e que, “*de 2014 a 2018, receita do setor aumentou mesmo com queda no número de usuários.*”

No estudo realizado pela entidade, em setembro de 2021, sobre o desempenho do mercado de planos de saúde de 2014 a 2018, registrou:

As empresas de planos de saúde faturaram R\$ 192,1 bilhões em 2018. Em 2014, a receita do setor somou R\$ 123,8 bilhões, havendo crescimento do valor no período, mesmo diante de uma queda de cerca de 3,3 milhões no número de usuários, que passou de 50,5 milhões, em 2014, para 47,2 milhões, em 2018. Nesse período, o lucro líquido per capita no mercado de planos de saúde mais que dobrou, considerada atualização para valores constantes de 2018, passando de R\$ 75,7 em 2014 para R\$ 185,8 em 2018. No mesmo sentido, o lucro líquido agregado desse mercado também mais que dobrou em termos reais no período, de R\$ 3,825 bilhões para R\$ 8,755 bilhões. Enquanto isso, a taxa de sinistralidade – que é a razão entre despesas assistenciais em relação à receita – caiu de 0,850 para 0,832, no mesmo período. (grifou-se).

Diante desse cenário, é possível afirmar que, dadas as circunstâncias delineadas, eventual “elevação exponencial do preço” não teria outra finalidade senão a de aumentar, ainda mais, a lucratividade das operadoras de planos de saúde, onerando, injustificadamente, o consumidor/aderente.

O julgamento do ERESP 1886929-SP⁸⁹, pela segunda seção do STJ, ocorreu em junho de 2022, e restou decidido pela taxatividade mitigada do rol da ANS,

⁸⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Divergência nº 1.886.929-SP, Relator: Luis Felipe Salomão. Voto vista: Ministra Nancy Andrichi, proferido em 26/03/2020. **DJe** de 03/08/2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=136077861&num_registro=202001916776&data=20220803&tipo=3&formato=PDF. Acesso em: 16 jun. 2023.

⁸⁹BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. ERESP 1886929 Voto Vista: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, 2ª seção, julgado em 03/08/2022, **DJe** de 03/08/2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=3&documento_sequencial=154857066®istro_numero=202001916776&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF; Embargos de divergência em recurso especial 1886929, Relator: Luis Felipe Salomão. Voto Vista: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, proferido em 03/08/2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=3&d

em que se acolheu o voto do Ministro Villas Bôas Cueva, cujos destaques são apontados com os trechos:

Por sua vez, a ANS, ao elaborar o Rol, deve considerar que a assistência suplementar à saúde compreende todas as ações necessárias para a prevenção da doença e a recuperação, manutenção e reabilitação da higidez física, mental e psicológica do paciente, observados os termos da Lei e o contrato firmado entre as partes (art. 35-F da Lei n. 9.656/1998).

(...)

Logo, o que consta no Rol da ANS - atualizado periodicamente, com auxílio técnico e participação social e dos demais atores do setor -, são procedimentos mínimos obrigatórios para tratar doenças catalogadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (...)

É certo que compete ao médico assistente esclarecer o paciente sobre a melhor terapêutica para a sua recuperação. Entretanto, comumente há diversas estratégias para se combater males da saúde, com procedimentos incluídos no Rol da ANS. Não se desconhece que tecnologias inovadoras muitas vezes ainda não foram incorporadas, mas a operadora não poderá ser obrigada a custear procedimentos extra Rol se outras opções também eficazes para o tratamento do beneficiário estiverem disponíveis na lista mínima⁹⁰.

Assim, conforme entendimento proferido pela segunda seção do STJ, devemos considerar a existência de um rol formulado para atender às necessidades dos beneficiários, nos termos da Lei nº 9.656/98, especificamente, no artigo 35-F, e apenas após tal oferecimento analisar os procedimentos fora do Rol, nas hipóteses de mitigação, quais sejam:

1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo;

2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS **se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol;**

3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol;

documento_sequencial=154857066®istro_numero=202001916776&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF. Acesso em: 16 jun. 2023.

⁹⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de divergência em recurso especial 1886929, Relator: Luís Felipe Salomão, julgado em 03/08/2022, **DJe** de 03/08/2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=3&documento_sequencial=154857066®istro_numero=202001916776&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF. Acesso em: 16 jun. 2023.

4 - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que:

não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar;

haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências;

haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e

seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS. (grifos nossos)

Então, diante do entendimento exarado pela segunda seção do STJ, prestigiou-se ao rol de procedimentos da ANS, **que deve conter procedimentos que atendam às necessidades INTEGRAIS dos beneficiários**, conforme plano de referência, ou seja, oferecendo cura e reabilitação de todas as doenças com CID.

Caso isso não aconteça, isto é, caso o beneficiário fique desprotegido com as hipóteses terapêuticas ali contidas, analisa-se as hipóteses de mitigação, que prestigia o oferecimento de necessidades médicas, desde que tenham evidências científicas e recomendação de órgãos de renome nacionais e estrangeiros.

Esse entendimento vai ao encontro da legislação aplicável à espécie, no sentido de as operadoras terem a obrigatoriedade de cobrir as necessidades médicas integrais do beneficiário, ressalvadas as hipóteses do artigo 10 da Lei nº 9.656/98, respeitando as segmentações contratadas.

Assim, verifica-se que o legislador, ao estabelecer os dispositivos legais acima, quis trazer um sistema de saúde suplementar integral, que pudesse atender às necessidades de seus beneficiários, sem que eles dependessem do SUS.

O objetivo, analisando a legislação, é que os beneficiários de planos de saúde sejam atendidos, diante do segmento contratado, de forma satisfatória e independente. Destacando-se que, para atingir o objetivo da legislação, a abrangência de cobertura dos planos de saúde, principalmente, no que tange ao rol de procedimentos da ANS, definido como taxativo mitigado pelo STJ, considere um rol que atenda às necessidades dos beneficiários, atendendo à Lei 9.656/98, artigo 35-F.

Importante frisar que o julgamento acima mencionado não foi proferido pela sistemática de recursos repetitivos, portanto, não tem efeito vinculante, sendo sempre viável a análise do caso concreto de quem necessita ter acesso à saúde.

9 A Lei nº 14.454/2022 como Reafirmação de Assistência Médica além do Rol de Procedimentos

Em que pese o entendimento jurisprudencial sobre a amplitude de cobertura obrigatória, oriundo da segunda seção do STJ, em setembro de 2022, houve uma alteração à Lei nº 9.656/98⁹¹, por meio da Lei nº 14.454/2022, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou de tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e de eventos em saúde suplementar.

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

[...]

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 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)

⁹¹ BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, Brasília, 04/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19.656.htm. Acesso em: 16 jun. 2023.

O objetivo da Lei é claro no sentido de reforçar a aplicabilidade simultânea da Lei nº 9.656/98 com o Código de Defesa do Consumidor junto à natureza não exauriente do rol da ANS.

Isso porque a Lei reafirma que o rol de procedimentos é uma referência básica para as operadoras de planos de saúde. E destaca que, se o beneficiário necessitar, para ver atendida a sua saúde, de um tratamento ou de um procedimento prescrito por médico ou por odontólogo assistente, que não estejam previstos no rol referido, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, quando existir comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico ou 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.

A jurisprudência pátria começou a usar a legislação supracitada para fundamentar o acesso de beneficiários a procedimentos ou tratamentos médicos que tenham evidência científica e que não são oferecidos pelas operadoras de planos de saúde.

Pelas recentes atualizações da saúde suplementar, fica claro que o entendimento é no sentido de se reconhecer a amplitude de cobertura do plano de saúde para o atendimento da saúde do beneficiário em termos integrais, todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde (artigo 35-F da Lei nº 9.656/98), observando-se o segmento contratado, bem como as exclusões contidas na Lei (art. 10, incisos I/X), prestigiando-se primariamente as hipóteses terapêuticas contidas no rol e a evidência científica dos tratamentos pleiteados, em caráter excepcional pelo beneficiário.

10 Da Agência Reguladora da Saúde Suplementar - ANS

Com o fim do processo de desestatização, o Estado deixou de executar diretamente serviços e passou a regular as atividades para as quais autorizou a realização pelo setor privado.

Essa regulamentação ocorreu por meio de agências reguladoras que exercem o controle e a fiscalização de determinados serviços essenciais.

Nos dizeres de Maria Stella Gregori⁹²:

no modelo brasileiro, as Agências Reguladoras são autarquias, de natureza especial, criadas por Lei, dirigidas por um órgão colegiado, com a missão de regulamentar e fiscalizar a prestação de certos bens e serviços considerados de relevância pública” (...) “A função essencial das Agências, objetivamente, é a de executar as políticas do Estado de orientação e de planejamento da economia, com vistas à eficiência do mercado, corrigindo, ou ao menos atenuando, suas falhas, por meio de intervenção direta nas decisões dos setores econômicos, tais como formação de preços, competição, entrada e saída do mercado, garantias de operação etc (GREGORI, 2009, p. 63).

A ANS foi criada pela Lei nº 9.961/2000 que, em seu artigo 3º⁹³, define a finalidade da agência reguladora.

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.⁹⁴

É importante frisar que a Agência, por ser um braço do Estado, tem a incumbência de promover a defesa do interesse público, inclusive, do impacto da abrangência de cobertura na esfera privada, e de sua repercussão no

⁹² GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde**: a ótica de proteção do consumidor. 4 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2009.

⁹³ BRASIL. Lei nº 9961 de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **DOU**, Brasília, 29/01/2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 16 jun. 2023.

⁹⁴ BRASIL. Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **DOU**, Brasília, 29/01/2000.

sistema público de saúde. Isso porque a regulação da saúde suplementar deve estar inserida na política de saúde pública para que interfira em prol da proteção social.

Nessa linha de entendimento está Noronha⁹⁵:

De modo que a constituição deu uma instituição dentro do Ministério da Saúde para regular o mercado privado resultou, obviamente, em desafios referentes à disparidade entre os interesses capitalistas do mercado privado e os objetivos de proteção social do sistema único de saúde – SUS. (NORONHA, 2011, p. 152-179).

Na tese “O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada”⁹⁶, a Autora sabiamente aduz:

A regulação do mercado de seguros privados deve ser inserida na política pública de saúde, de modo que, além de visar o equilíbrio das relações entre os atores do mercado privado deve regular também a relação do mercado privado com o SUS. A regulação deve ser orientada para interferir em prol de uma proteção social que defenda os interesses públicos, baseada em princípios solidários. Nesse sentido, existem algumas pistas e elementos para identificar os limites da crítica à lógica do mercado privado e, portanto, avançar nas recomendações da política pública de regulação. Isso é necessário para embasar a formulação de estratégias de regulação que possam reorientar o mix público-privado do sistema de saúde brasileiro para uma proteção social mais solidária” (SANTOS, 2009, p. 186).

Digno de nota é que em 2003, no Governo Luís Inácio Lula da Silva, o Ministério da Saúde propôs a criação de um Fórum de Saúde Suplementar, representado por todos os setores envolvidos, organizado pela ANS e sob supervisão do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

No Fórum, a discussão se baseou em treze diretrizes definidas pelo Governo, entre elas se destaca a que zela pela observância da Saúde Suplementar do

⁹⁵ NORONHA J. C., Santos, I.S., PEREIRA, T.R. Relação entre o SUS e saúde suplementar universal. *In: SANTOS, N.R., Amarante, P.D.C (org). Gestão pública e relação público privado na saúde.* ed. Rio de Janeiro.2011.

⁹⁶ SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada.** Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fio Cruz. Rio de Janeiro: 2009, 186 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelassantos_mh_d.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023. 186 p.

princípio de integralidade da atenção (na segmentação contratada), da resolutividade e da qualidade de serviços prestados.

Importante destacar, também, a diretriz que estabelece o modelo de atenção à saúde suplementar adotando medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças, e a que observa a necessidade de aprofundamento da articulação entre a saúde suplementar e o SUS.

Ainda no mesmo ano, 2003, foi instaurada a CPI dos planos de saúde, na Câmara dos deputados, onde o relatório entregue ao Ministério da Saúde apresentava propostas de melhorias. Baseada nas observações relatadas na CPI, a ANS traçou nova perspectiva de regulação como principal objetivo de incentivar as operadoras de planos de saúde: a) atuarem como gestoras de saúde através da promoção, prevenção e recuperação da saúde de seus consumidores; b) estimular a prestação de serviços de saúde de forma integral ao consumidor; c) desenvolver a consciência sanitária para prevenção de doenças e promoção da saúde⁹⁷.

Em que pese o seu objetivo institucional, a ANS não promove diretamente a defesa dos consumidores, o que não significa que os esforços da reguladora tenham como objetivo final o equilíbrio daquilo que é oferecido ao consumidor, como destinatário final do serviço assistencial.

Hoje vemos uma ANS – reguladora do setor de saúde suplementar – que não logra um alinhamento diante das operadoras e planos de saúde que resulte em uma prestação de serviços menos judicializada.

Frequentemente, vemos judicializações de procedimentos ou tratamentos que devem ser oferecidos, prazos de atendimentos não respeitados, reajustes superiores ao devido. Tal realidade sugere que a ANS, não encontrou uma maneira de garantir um atendimento satisfatório aos beneficiários.

⁹⁷ GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde**: a ótica de proteção do consumidor. 4. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019.

O descontrole e mau atendimento da saúde suplementar, como visto, impacta diretamente o segmento com o SUS.

Por essa razão, a ANS deve direcionar os seus esforços de regulação para o setor privado de saúde, considerando a interface do segmento com o SUS.

Nos dizeres de Isabela Soares Santos⁹⁸, em sua tese afirma que:

Mesmo nos pontos em que a Lei n. 9.656/98 estabelece interface do segmento suplementar com o SUS – por exemplo o ressarcimento –, o objeto a ser regulado é o seguro privado, objetivando-se diminuir a área de abrangência deste com o SUS e não regulando o SUS quanto à organização do sistema, com base nas sobreposições de uso e financiamento

(...)

Para dar certo, o mix público-privado devem ser levados em conta quando da elaboração de políticas em prol do interesse público, do planejamento e da organização da oferta dos serviços de saúde dos sistemas públicos.

A regulação do mercado de seguros privados deve ser inserida na política pública de saúde, de modo que, além de visar o equilíbrio das relações entre os atores do mercado privado deve regular também a relação do mercado privado com o SUS. (SANTOS, 2009, p. 186).

Assim, a ANS deve visar a sustentabilidade do setor, garantindo que as operadoras sejam sólidas e seus consumidores tenham atendimento de qualidade. Para isso, a agência impõe a adoção de práticas mínimas de governança, conforme RN 518/2022⁹⁹.

Para determinar o cumprimento da legislação a ANS, conta com o TCAC – Termo de ajuste de conduta e o termo de compromisso. O primeiro se resume a um pacto realizado com as operadoras, com o compromisso de cessarem

⁹⁸ SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fio Cruz. Rio de Janeiro: 2009, 186 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelassantos_mh_d.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023.

⁹⁹ BRASIL. Resolução Normativa n. 518/2022. Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, 01/06/2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0518_04_05_2022.html. Acesso em: 16 jun. 2023.

irregularidades, e o segundo, é voltado à implementação de práticas que consistam em vantagens aos consumidores.¹⁰⁰

Além disso, a ANS tem o dever de fiscalizar o mercado de saúde suplementar. E o faz de forma direta, através de agentes investidos no poder de polícia, verificando o cumprimento da legislação pelas operadoras. As denúncias realizadas pelos consumidores perante a ANS fazem parte de um programa de fiscalização direta, assim como a fixação de multa em caso de constatação de infração à legislação, com o objetivo de inibir essa prática.

Mesmo diante dos mecanismos fiscalizadores, a alta judicialização da saúde suplementar sugere que as operadoras de planos de saúde têm um espaço para, reiteradamente, deixarem de oferecer os serviços contratados pelos beneficiários da forma com que são determinados na legislação, com negativa de tratamentos aos beneficiários. É necessário, pois, um alinhamento maior por parte da agência reguladora, para diminuir esse prejuízo que reverbera diretamente no Sistema único de Saúde e, conseqüentemente, nos cofres públicos.

¹⁰⁰ GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde**: a ótica de proteção do consumidor. 4. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. 78/79 p.

11 Discussão

Nos termos da Constituição Federal, a saúde é um direito fundamental social de segunda dimensão, garantido ao cidadão.

Ao ser aberta à iniciativa privada, a saúde continua sendo esse direito fundamental, a ser garantido pelas operadoras de planos de saúde, nos limites da Lei, ou seja, na integralidade das ações de saúde, dentro do plano de referência contratado.

A abrangência de cobertura aqui estudada define a extensão do serviço de saúde oferecido no setor de saúde suplementar, e impacta diretamente o sistema único de saúde. Este, ao custear as necessidades dos beneficiários de planos de saúde, deixa para as empresas privadas, em forma de lucro, os valores despendidos com essa assistência.

Diante de tal premissa refletimos se a abrangência de cobertura oferecida pelas operadoras de planos de saúde está em conformidade com a legislação.

Parece nos que não, considerando como parâmetro, a alta e frequente judicialização dos beneficiários para em busca do atendimento às suas necessidades médicas, que deveriam ser garantidas no contrato firmado entre as partes.

A crise da saúde, atualmente enfrentada em razão da alta despesa assistencial, não pode ser transferida ao beneficiário do plano de saúde, ou até mesmo repercutir em um oferecimento de serviços de pior qualidade, ou, ainda, gerar desassistência.

As operadoras devem, com os valores arrecadados, traçar um plano economicamente sustentável para o setor de saúde suplementar, de forma a garantir a prestação de serviços nos termos estabelecidos em Lei.

Ao enfrentar a crise da saúde, as operadoras de planos de saúde têm o direcionamento da agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão que tem, entre suas principais atribuições, a defesa dos interesses dos beneficiários do setor.

A ANS, ao defender os interesses de um setor de saúde suplementar, não pode ficar refém dos interesses capitalistas do setor, na contramão dos princípios sociais.

Na busca por soluções que atendam à necessidade de equilíbrio entre os serviços de atendimento particular e público, parece-nos que as políticas do setor devam ser direcionadas ao interesse público. E a agência reguladora de saúde suplementar deve ser integrante pertencer da política pública de saúde.

De tal forma, o interesse público seria preservado da inadimplência dos serviços oferecidos pela saúde suplementar.

12 Conclusão

Conclui-se, com este estudo, que a abrangência de cobertura definida em Lei, é aquela que estabelece o oferecimento de assistência, ao beneficiário, em todos os níveis de atenção, respeitando-se a existência de “barreiras de cobertura” que, são as exceções trazidas em Lei como não cobertas (incisos do art. 10º da Lei nº 9.656/98), bem como dos limites relativos ao plano de referência contratado.

A conclusão acima é incompatível com o cenário de alta judicialização de beneficiários que se sentiram lesadas em razão da falta de assistência médica oferecida pelos planos de saúde.

As despesas assistenciais estão em alta, tanto no setor de saúde privada quanto público. Porém, ao contrário dos planos de saúde, que tem a legalidade de reajuste de mensalidades tanto por sinistralidade, como por mudança de faixa etária do beneficiário para reequilibrar o contrato firmado, o SUS tem um repasse de verba que não corresponde ao aumento de usuários e nem à incorporação de novas tecnologias.

Há que se insistir que os planos privados de assistência à saúde devem traçar um plano de negócio que estabeleça uma cobertura assistencial satisfatória na abrangência determinada na lei.

Foram traçadas, também, neste trabalho, reflexões sobre eventual gerenciamento e fiscalização do setor de saúde, globalmente e por um mesmo órgão, que abranja a saúde pública e a saúde suplementar.

Como sugestão, pondera-se que tal cenário traçaria um novo percurso na assistência dos usuários do setor da saúde, pois seriam considerados os impactos da ausência de cobertura na saúde suplementar utilizada por apenas 25% dos brasileiros, conforme noticia o Ministério da Saúde, que de forma duplicada, diante do Princípio da Universalidade, também podem usar o SUS,

utilizado pela grande maioria dos usuários de saúde, que dele se valem exclusivamente.

REFERÊNCIAS

ABBOUD, Georges. **Direito constitucional pós-moderno**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021. *E-book*.

AGÊNCIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas de assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

AGÊNCIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas de assistência médica suplementar**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Nota técnica nº 13/2020, ano 2020

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados**. 3. ed. Rio de Janeiro: 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Nota Técnica nº 13/2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/nota-tecnica-13-2020-difis-diope-dipro.pdf.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa – RN nº 502, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS e revoga as Resoluções Normativas nº 358, de 27 de Novembro de 2014, nº 377, de 08 de maio de 2015, e o art. 25 da nº 464, de 29 de dezembro de 2020. **DOU**, 30/03/2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0502_01_04_2022.html

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Rol de procedimentos e evento em saúde.** São Paulo. 2023. ANS. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir/o-que-e-o-rol-de-procedimentos-e-evento-em-saude/consultar-se-procedimento-faz-parte-da-cobertura-minima-obrigatoria>.

ARANHA. Márcio Lorio Aranha (org.). **Coletânea de Textos.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2. 2003.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** 9. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

BRASIL. Decreto Lei nº 14.572 de 8 maio de 2023. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **DOU**, 09/05/2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14572.htm.

BRASIL. Decreto Lei nº 73/99. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **DOU**, 22/11/96. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/100638/decreto-lei-73-99-de-16-de-marco>. Acesso em jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **DOU**, 29/01/2000.

BRASIL. Lei nº 10.850 de 25 de março de 2004. Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

DOU, Brasília, 25 mar. 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.850.htm.

BRASIL. Lei nº 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. **DOU**, 20/02/1990. 20/09/1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, 04/06/1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9.656.htm.

BRASIL. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e dá outras providências. **DOU**, 29/01/2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm.

BRASIL. Resolução Normativa 465 de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. **DOU**, Brasília, 1 abr. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>

BRASIL. Resolução Normativa nº 439 de 03 de dezembro de 2018. Dispõe sobre processo de atualização periódica do rol de procedimentos e eventos em saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **DOU**, Brasília, 4 dez. 2023. Disponível em: <https://www.abrapp.org.br/legislacao/resolucao-normativa-rn-ans-no-439-de-3-12-2018/>.

BRASIL. Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. **DOU**, Brasília, 1 abr. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp106/SEI_ANS__25440548__Minuta_de_Norma.pdf.

BRASIL. Resolução Normativa nº 518/2022. Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde. **DOU**, Brasília, 01/06/2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0518_04_05_2022.html

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Divergência nº 1.886.929-SP. Relator: Luis Felipe Salomão. Voto vista: Ministra Nancy Andrighi. **DJe**:26/03/2020. STJ.2020. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=136077861&num_registro=202001916776&data=20220803&tipo=3&formato=PDF.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, REsp nº 183.719/SP, Relator: Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 18/09/2008, **DJe** de 13/10/2008.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de divergência em recurso especial 1886929, Relator: Luís Felipe Salomão, julgado em 03/08/2022, **DJe** de 03/08/2022. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/>

?documento_tipo=3&documento_sequencial=154857066®istro_numero=202001916776&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Divergência nº 1.886.929-SP, Relator: Luis Felipe Salomão. Voto vista Ministra Nancy Andrichi, julgado em 03/08/2022, **DJe** de 03/08/2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=136077861&num_registro=202001916776&data=20220803&tipo=3&formato=PDF.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. ERESP 1886929 Voto Vista: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, 2ª seção, julgado em 03/08/2022, **DJe** de 03/08/2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=3&documento_sequencial=154857066®istro_numero=202001916776&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF; Embargos de divergência em recurso especial 1886929, Relator: Luis Felipe Salomão. Voto Vista: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 03/08/2022, **DJe** de 03/08/2022. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=3&documento_sequencial=154857066®istro_numero=202001916776&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial, REsp 1876630, Relatora: Ministra Nancy Andrichi. julgado em 09/03/2021, **DJe** de 11/03/2021. STJ JUS. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=122761985&tipo=5&nreg=202001255040&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20210311&formato=PDF&salvar=false>.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial: REsp 1053810 SP 2008/0094908-6. Brasília, Relator: Ministra Nancy Andrichi, julgado em 17/12/2009, **DJe** de 15/03/2010. Disponível em <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19152853/recurso-especial-resp-1053810-sp-2008-0094908-6>. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1876630-SP, Relatora: Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 09/03/2021, **DJe** de 11/03/2021).

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. RESP 1.733.013/PR, Ministro Luís Felipe Salomão. Quarta Turma, julgado em 10/12/2019. **DJe** de 20/02/2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.931/DF. Relator: Ministro Marco Aurélio. Julgado em 27/06/2018, **DJe** de 01/08/2018. Brasília 2018. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF): 532/DF. Relatora: Ministra Carmem Lúcia. Julgado em 01/07/2022. **DJe** de 18/09/2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1227496037/inteiro-teor-1227496052>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.931, Relator: Ministro Marco Aurélio, julgado em 07/02/2018, **DJe** de 14/02/2018. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade: ADI 4093, Relatora: Ministra Rosa Weber, julgado em 24/09/2014, **DJe** de 10/10/2014. STF, 2014. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=331571>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931/DF. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931, Relator: Ministro Marco Aurélio, julgado em 07/02/2018, **DJe** de 14/02/2018. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 4093, Relatora Ministra Rosa Weber, julgado em 24/09/2014, **DJe** de 10/10/2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Arguição de

Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 532/DF, Relatoria da Ministra Carmem Lúcia. BRASIL. STF. Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF): 532/DF, Relatora: Ministra Carmem Lúcia, julgado em 02/08/2018, **DJe** de 03/08/2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1227496037/inteiro-teor-1227496052>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário: RE 5957064. Rio de Janeiro. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Disponível em 07/02/2018 <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=14817081>

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário: RE 5957064. Rio de Janeiro, Relator: Ministro Gilmar Mendes, julgado em 07/02/2018, **DJe** de 07/05/2018. Disponível em <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=14817081>

BRASIL. Tema 345 do STF - Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 5º, II, XXXVI; 154, I; 195, § 4º; 196; 198, § 1º; e 199, da Constituição Federal, a constitucionalidade, ou não, do art. 32 da Lei nº 9.656/98, que prevê ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS, pelos custos com atendimento prestado, por instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, Relator Min. Gilmar Mendes., julgado em 07/02/2018, **DJe** de 16/05/2018. Disponível <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=345>.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes *et al.* **Comentários à constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

CONSELHO Nacional de Justiça (Brasil). **Judicialização e saúde**: ações para acesso à saúde pública de qualidade / Conselho Nacional de Justiça. Brasília, v. 2. 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-

08_V2.pdf.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Parecer Técnico** nº 243/2019-SECNS/MS.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). **Sistema Único de Saúde**. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/sistema-unico-de-saude-2/>.

COSTA, Carlota Aquino Costa; OCKÉ-REUS, Carlos Octávio. https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2023/05/a-saude-financeira-dos-planos-de-saude.shtml?pwgt=l4y2pg0qox74n7c58dhbbqolwzw3f34puepf8nrgryi39p1e&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift. A saúde financeira dos planos de saúde: operadoras não mencionam a lucratividade que antecedeu suposta crise. **Folha De São Paulo**. São Paulo, 22 maio 2023. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2023/05/a-saude-financeira-dos-planos-de-saude.shtml?pwgt=l4y2pg0qox74n7c58dhbbqolwzw3f34puepf8nrgryi39p1e&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift.

DANTAS, Paulo Roberto de Figueiredo. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. Indaiatuba: Foco, 2021.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde: a ótica de proteção do consumidor**. 4. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sínteses de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>.

MACHADO, Ana Luísa Araújo. Os Impactos da declaração de taxatividade do rol da agência nacional de saúde pelo Superior Tribunal de Justiça no ecossistema da saúde suplementar. **Revista Caderno Virtual**. Florianópolis, v. 6, nº 2. 2022. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/243008/V6N2_academica_220-236.pdf?sequence=1.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. **Judicialização da Saúde**: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MARTINS, Fernando Rodrigues. **Estatuto constitucional da pessoa e gênese e direitos inderrogáveis**: vida, saúde e morte digna nos contratos privados de prestação de serviços. **Revista de direito do consumidor**. Brasília. v. 127, 143-170, fev. 2020. Disponível em: <https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/view/1266>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**. Brasília, 19, setembro 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Gov.br. **ANS divulga dados econômico-financeiros do 3º tri/2022**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-divulga-dados-economico-financeiros-do-3o-tri-2022>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Gov.br. **ANS estabelece teto para reajuste**

de planos de saúde individuais e familiares. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-estabelece-teto-para-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-e-familiares>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Gov.br. **Dados abertos.** Disponível em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/Caderno_SS/2022/.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. **Dados Gerais:** Tabelas de beneficiários de planos de saúde, taxas de crescimento e cobertura. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>.

NORONHA J. C., Santos, I.S., PEREIRA, T.R. Relação entre o SUS e saúde Suplementar universal. *In:* SANTOS, N.R., Amarante, P.D.C (org). **Gestão pública e relação público privado na saúde.** ed. Rio de Janeiro.2011.

PASQUALOTTO, Adalberto. **Saúde e responsabilidade:** seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

PASQUALOTTO, Adalberto. **A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde:** uma interpretação construtiva. Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais

ROCHA, Silvio Luís Ferreira: **Saúde e responsabilidade:** seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro:** elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fio Cruz. Rio de Janeiro: 2009, 186 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelasantos_mh_d.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023. 186 p.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro:** elementos para a regulação da cobertura duplicada. Orientadora

Prof. Dra. Maria Alicia Dominguez Ugá. 2009. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP, Rio de Janeiro, 2009. 186 p.

SANTOS, Jackeline Borges Reis dos; SOUZA, Natale Oliveira de. COLETTTO, Yara Cardoso. **Legislação do SUS**: Comentada e Esquematizada. 4. ed. Salvador: Sanar, 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SAELET, Ingo Wolfgang. Curso de Direito Constitucional - 11ª edição 2022. N.p.: Saraiva Educação S.A., 2022

SCATENA, Maria Angela Nogueira. **O Ressarcimento ao SUS**: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004. 186 p.

SOUZA, Marcelle **Planos de saúde devem R\$ 2,9 bi ao SUS**. Valor compraria 58 milhões de doses de vacina. Repórter Brasil. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2021/06/planos-de-saude-devem-2-9-bi-de-reais-ao-sus-valor-compraria-58-milhoes-de-doses-de-vacina/>.

SOUZA, Natale Oliveira de; SANTOS, Jackeline Borges Reis dos; COLETTTO, Yara Cardoso. **Legislação do SUS**: Comentada e Esquematizada. 4. ed. Salvador: Editora Sanar, 2021.