

**Pós-Graduação: Especialização lato sensu em Direito
Sanitário**

THIAGO URSINI NASCIMENTO

**ANÁLISE ACERCA DA APLICAÇÃO DO ROL DE
PROCEDIMENTOS DA ANS NOS CONTRATOS DE
PLANO DE SAÚDE**

**Belo Horizonte
2024**

THIAGO URSINI NASCIMENTO

**ANÁLISE ACERCA DA APLICAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS
NOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Direito Sanitário.

Orientador: Prof. Fausto Pereira dos Santos

Belo Horizonte

2024

N244a

Nascimento, Thiago Ursini.

Análise acerca da aplicação do rol de procedimentos da ANS nos contratos de plano de saúde. / Thiago Ursini Nascimento. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

58 f.

Orientador(a): Fausto Pereira dos Santos.

Monografia (Especialização) em Direito Sanitário.

Inclui bibliografia.

1. Rol de Procedimentos da ANS. 2. Planos de Saúde. 3. Cobertura Assistencial. 4. Direitos do Usuário. 5. Legislação. 6. Litígios. I. Santos, Fausto Pereira dos. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 540

THIAGO URSINI NASCIMENTO

**ANÁLISE ACERCA DA APLICAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS
NOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Direito Sanitário.

Orientador: Prof. Fausto Pereira dos Santos

Banca Examinadora

Doutorado. Mônica Silva Monteiro de Castro.Fiocruz

Doutorado. Iara de Oliveira Figueiredo

Belo Horizonte

2024

Dedico esse trabalho a minha esposa Paula, que me proporciona o suporte material e emocional necessário para me dedicar aos estudos e ao trabalho e acredita sempre no meu potencial. Também aos meus filhos, João Vitor e Joaquim, minhas eternas fontes de inspiração e meus combustíveis diários.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro momento, a Deus que me proporciona saúde e força para enfrentar mais um desafio acadêmico em meio a tantos compromissos profissionais e pessoais. Em seguida, a minha esposa e filhos, que me apoiam e inspiram todos os dias.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise sobre a aplicação do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos contratos de plano de saúde. Inicialmente, é apresentado um panorama do setor de saúde suplementar no Brasil, abordando o crescimento do mercado de planos de saúde e a importância da regulamentação por parte da ANS. São discutidos os direitos e deveres dos usuários, bem como as responsabilidades das operadoras de planos de saúde na prestação de serviços. Em seguida, são analisados os fundamentos jurídicos que embasam a aplicação do Rol de Procedimentos da ANS nos contratos de planos de saúde. São abordados aspectos legais, como a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. O estudo também explora a evolução do Rol de Procedimentos ao longo dos anos, destacando as atualizações e inclusões de novos procedimentos e terapias. Além disso, são apresentados casos emblemáticos de litígios envolvendo a aplicação do Rol de Procedimentos, buscando compreender as divergências de entendimento entre usuários, operadoras de planos de saúde e o Poder Judiciário. A seguir, é feita uma análise pormenorizada acerca da emblemática decisão que reconheceu o rol como taxativo e suas implicações, para, ato contínuo, compará-lo aos termos da Lei nº 14.454/22 e suas implicações. Por fim, são apresentadas considerações sobre a efetividade da aplicação do Rol de Procedimentos da ANS nos contratos de planos de saúde, levando em conta os aspectos legais, econômicos e sociais, discutindo-se possíveis melhorias e alternativas para garantir a adequada cobertura assistencial aos beneficiários, sem comprometer a sustentabilidade financeira das operadoras.

Palavras-chave: Rol de Procedimentos da ANS, planos de saúde, cobertura assistencial, direitos do usuário, legislação, litígios.

ABSTRACT

The present work aims to carry out an analysis on the application of the List of Procedures of the National Supplementary Health Agency (ANS) in health plan contracts. Initially, an overview of the supplementary health sector in Brazil is presented, addressing the growth of the health plan market and the importance of regulation by the ANS. The rights and duties of users are discussed, as well as the responsibilities of health plan operators in the provision of services. Next, the legal foundations that support the application of the ANS List of Procedures in health plan contracts are analyzed. Legal aspects are considered, such as Law No. 9,656/98, which provides for private health care plans and insurance, and ANS regulations that establish guidelines for mandatory minimum care coverage. The study also explores the evolution of the Roster of Procedures over the years, highlighting updates and additions of new procedures and therapies. In addition, emblematic cases of processes related to the application of the List of Procedures are presented, seeking to understand the differences of understanding between health plan operators, users and the Judiciary. Next, a detailed analysis is made of the emblematic decision that controlled the list as exhaustive and its volunteers, in order to compare it to the terms of Law nº 14.454/22 and its volunteers. Finally, the sequence of application of the List of Procedures of the ANS in health plan contracts is taken into account, taking into account the legal, biological and social aspects, discussing possible improvements and alternatives to guarantee adequate assistance coverage to the beneficiaries, without compromising the financial sustainability of operators.

Keywords: List of ANS Procedures, health plans, assistance coverage, user rights, legislation, litigation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESP-MG Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

ANS Agência Nacional de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

CDC Código de Defesa do Consumidor

CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema único de Saúde

NAT-JUS Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário

OMS Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	12
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	14
1.4 OBJETIVOS.....	16
1.5 METODOLOGIA.....	17
2 DO DIREITO À SAÚDE.....	18
2.1. CONCEITO E BREVE INTRODUÇÃO.....	18
2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.2.1 O Sistema Único de Saúde.....	23
2.2.2 Os Planos Privados de Assistência à Saúde.....	27
2.3 PRINCÍPIOS RELACIONADOS AO TEMA.....	30
2.3.1 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.....	31
2.3.2. Princípio da Autonomia Privada.....	34
2.3.3 Princípio da Boa-fé Objetiva.....	36
3 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	37
3.1 A Competência da ANS para a Regulamentação Dos Planos Privados de Saúde.....	38
3.2 Do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.....	40
4 ANÁLISE JURISPRUDENCIAL ACERCA DA APLICAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE.....	42
5. Decisões relevantes do Judiciário sobre o tema: ROL TAXATIVO versus ROL EXEMPLIFICATIVO.....	44
5.1. Da decisão que reconheceu o rol como taxativo e suas implicações.....	46
5.2. DA LEI nº 14.454/22 E SUAS IMPLICAÇÕES.....	49

6 CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	55

1 INTRODUÇÃO

É imprescindível começar destacando que o direito à vida é consagrado na Constituição Federal de 1988 como um dos direitos fundamentais, estabelecendo, em seu artigo 5º, a inviolabilidade desse direito (BRASIL, 1988). Esta garantia fundamental estabelece que a preservação da vida está intrinsecamente ligada à preservação da saúde, uma vez que a saúde precária e sem mínimas condições necessárias pode ameaçar a continuidade da vida.

Nesse contexto, para além do direito à vida, o direito à saúde também é amparado pela Constituição Federal, sendo classificado como um direito social (direito de 2ª geração/dimensão) e fundamental, conforme o artigo 6º da Carta Magna (BRASIL, 1988). O artigo 196 da Constituição Federal ainda determina que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Partindo para o plano internacional, menciona-se que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, datada de 10 de dezembro de 1948, estabelece no artigo 25 o direito de toda pessoa a um padrão de vida capaz de prover saúde e bem-estar a si e à sua família (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 1948).

Esses princípios deixam claro que, muito antes da Constituição de 1988, o sistema jurídico brasileiro já reconhecia o direito à saúde como uma prioridade para a humanidade.

Além de garantir o direito à vida e o direito à saúde, a Constituição Federal autoriza a prestação de assistência à saúde por meio da iniciativa privada, conforme o artigo 199, que estabelece que "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada" (BRASIL, 1988).

Para tanto, no ano de 1998, o legislador ordinário regulamentou os planos e seguros privados de assistência à saúde com a promulgação da Lei nº. 9.656 de 3 de junho de 1998 (BRASIL, 1998). Além disso, com o propósito de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das instituições privadas de assistência à saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada por meio da Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, 2000).

Implementada tal legislação, as operadoras de planos de saúde passaram a ser submetidas às regulamentações da ANS. Importante notar que, antes da Lei nº. 9.656/1998, as operadoras de planos de saúde tinham liberdade para determinar os termos de seus contratos, incluindo os procedimentos a serem cobertos, o que, por certo, ante a falta de regulamentação,

resultava em contratos muitas vezes desequilibrados, favorecendo as operadoras em detrimento dos consumidores.

No entanto, a criação da Lei nº. 9.656/1998 e da Lei nº. 9.961/2000 concedeu à ANS a autoridade para definir procedimentos de cobertura mínima obrigatória, considerando que o artigo 4º, inciso III, da Lei nº. 9.961/2000, confere à ANS a competência para elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, o que implica que as operadoras de planos de saúde devem, no mínimo, fornecer cobertura para os procedimentos listados nesse rol (BRASIL, 2000).

Entretanto, a aplicação do rol de procedimentos da ANS nos contratos de planos de saúde tem sido objeto de controvérsias judiciais. Com frequência, os beneficiários dos planos de saúde buscam a intervenção do Judiciário para obter procedimentos médicos que foram negados pelas operadoras, alegando que tais procedimentos são necessários para preservar o direito à vida e à saúde, fundamentados nos princípios da dignidade da pessoa humana. Isso levanta questões importantes sobre a interpretação do contrato de plano de saúde e o equilíbrio entre os interesses das operadoras e dos beneficiários.

Assim, a aplicação do rol de procedimentos da ANS nos contratos de planos de saúde se tornou um tema complexo, onde o texto da lei se encontra em constante diálogo com princípios constitucionais fundamentais, e sua resolução frequentemente depende da jurisprudência e análise detalhada das circunstâncias individuais de cada caso.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

A delimitação do tema "Análise Acerca da Aplicação do Rol de Procedimentos da ANS nos Contratos de Plano de Saúde" se concentra na investigação das implicações e desafios relacionados à implementação do Rol de Procedimentos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos contratos estabelecidos entre operadoras de planos de saúde e beneficiários. Esse recorte tem como objetivo central compreender como a regulamentação influencia a prestação de serviços de saúde, os direitos dos consumidores e as obrigações das operadoras. A análise contemplará aspectos econômicos, jurídicos e de acesso à assistência médica, promovendo uma visão abrangente sobre essa dinâmica crucial no contexto do sistema de saúde suplementar no Brasil.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Ante a recusa das operadoras de planos de saúde em autorizar procedimentos que não estejam contemplados no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), muitos beneficiários buscam a via judicial em busca de autorização para a realização desses procedimentos. Esse cenário tem revelado uma tendência de decisões judiciais que favorecem os consumidores, embora também existam casos em que as operadoras saem beneficiadas. Alguns magistrados sustentam que a negativa das operadoras de planos de saúde é justificável, uma vez que a ANS estabelece uma cobertura mínima obrigatória por meio do rol de procedimentos. Em sentido contrário, argumenta-se que os pedidos dos beneficiários devem ser deferidos em virtude do direito à saúde e do princípio da dignidade da pessoa humana.

Essas decisões divergentes geram incerteza no setor de operadoras de planos de saúde, que buscam aderir estritamente às regulamentações estabelecidas pela ANS.

Diante desse contexto, surgem questões essenciais para compreender a natureza do problema de pesquisa, tais como: Qual é o propósito de contratar um plano de saúde privado? As operadoras têm o direito de negar tratamentos aos beneficiários que não estejam listados no rol de procedimentos da ANS? O que exatamente é o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS? Com base nessas indagações e com o objetivo de delimitar claramente o escopo da pesquisa, a pergunta central que orienta este estudo é: Qual são os parâmetros que orientam a utilização dos métodos de aplicação do rol de procedimentos de saúde da ANS e suas implicações, quais sejam: aquele que se orienta estritamente pela previsão taxativa do rol ou aquele que se sustenta em relatórios médicos e evidências científicas para além da previsão legal e normativa?

1.3 JUSTIFICATIVA

A relevância do tema em questão reside na existência de divergências substanciais nos fundamentos adotados pelos tribunais brasileiros ao lidar com a aplicação do rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Por um lado, frequentemente, as operadoras de planos de saúde recusam a autorização de procedimentos alegando que esses não estão listados no rol da ANS e, portanto, não são abrangidos pelos termos do contrato de plano de saúde.

Por outro lado, os beneficiários buscam a aprovação desses procedimentos e invocam princípios fundamentais como o da dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, argumentando que o rol da ANS é meramente exemplificativo e que deveriam ter acesso a procedimentos necessários para preservar sua saúde.

Nesse cenário, os tribunais brasileiros emitem decisões contraditórias, ora favorecendo as operadoras de planos de saúde, ora os beneficiários. A falta de consenso entre as decisões judiciais torna essencial a investigação desse tema, a fim de contribuir para a compreensão das implicações e nuances envolvidas na aplicação do rol de procedimentos da ANS em casos de recusa por parte das operadoras de planos de saúde.

A título ilustrativo, vejamos a seguir uma decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE - TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE) - REQUISITOS AUTORIZADORES - PRESENÇA - CLÁUSULA EXCLUDENTE DE COBERTURA - ABUSIVIDADE - ANS - ROL EXEMPLIFICATIVO - DECISÃO MANTIDA. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, conforme Súmula 469 do STJ. Para o deferimento da tutela de urgência necessária a presença da probabilidade do direito invocado e do risco de dano irreparável ou de difícil reparação, nos termos do art. 300 do Código de Processo Civil. **A cláusula contratual que exclui cobertura de procedimento indispensável à manutenção da vida deve ser considerada abusiva, à luz das regras consumeristas. O fato de o procedimento não constar do rol da ANS não afasta o dever de cobertura do plano de saúde, haja vista se tratar de rol meramente exemplificativo.** Presentes os requisitos previstos no art. 300 do CPC, deve ser

mantida a decisão que deferiu ao agravado tratamento médico domiciliar - "home care". (TJMG - Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.23.131588-8/001, Relator(a): Des.(a) Octávio de Almeida Neves , 15ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 06/10/2023, publicação da súmula em 11/10/2023) (grifo nosso)

Analisando o teor do acórdão acima, verifica-se assistir razão ao beneficiário do plano de saúde, com fundamento de que o rol da ANS seria meramente exemplificativo.

Em sentido diametralmente oposto, decisão também do Egrégio TJ/MG, destaca entendimento de ser devida a negativa de procedimento ante o fato do procedimento pleiteado não constar do rol da ANS. Senão vejamos:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE - PROCEDIMENTO - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA - NEGATIVA DE COBERTURA - ROL DA ANS NÃO EXEMPLIFICATIVO - AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DAS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA COBERTURA OBRIGATÓRIA - REQUISITOS PARA COBERTURA EXCEPCIONAL - NÃO VERIFICAÇÃO - EXERCÍCIO REGULAR DO DIREITO - DANO MORAL - INOCORRÊNCIA. Conforme jurisprudência contemporânea do STJ, o rol de procedimentos de cobertura obrigatória regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar não é exemplificativo. **O plano de saúde não é obrigado a cobrir procedimento quando ausente comprovação nos autos de que a autora perfaz as condições descritas no rol da ANS. Impossível concluir pela obrigatoriedade excepcional de custeio de tratamento não previsto no rol da ANS à míngua de recomendações de órgãos técnicos de renome nacional ou estrangeiro em favor do procedimento.** Não é devida indenização por dano moral se a negativa de cobertura por parte do plano de saúde estava embasada em exercício regular do direito, conforme art. 188, inciso I, do Código Civil. (TJMG - Apelação Cível 1.0000.17.008109-5/002, Relator(a): Des.(a) Valeria Rodrigues , 15ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 18/08/2023, publicação da súmula em 23/08/2023) (grifo nosso)

Observa-se no acórdão supracitado que um dos critérios fundamentais para a decisão foi a ausência de previsão do procedimento como obrigatório no rol da ANS, assim como em sua fundamentação encontramos argumentos ligados a ausência de previsão contratual, no sentido de que deveria ver-se respeitado o acordo prévio firmado entre as partes.

Ante o exposto, diante dos diferentes posicionamentos em relação a aplicação do rol de procedimentos e eventos da ANS, resta demonstrada a justificativa do tema proposto.

1.4 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é realizar uma análise da aplicação do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos contratos de plano de saúde. O estudo tem como finalidade compreender a importância, os fundamentos jurídicos e os impactos da decisão prolatada pelo STJ que reconheceu o rol como taxativo na prestação de serviços de saúde suplementar no Brasil.

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar os argumentos utilizados pela jurisprudência pátria no que se refere à aplicação do rol de procedimentos e eventos da ANS nos contratos de planos de saúde.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Discorrer sobre a evolução histórica do direito à saúde no Brasil e no mundo;
- b) Dissertar acerca dos contratos de plano de saúde e da ANS, bem como respectivo rol de procedimentos;
- c) Analisar os fundamentos dos Tribunais Pátrios na aplicação do rol da ANS, fazendo um contraponto entre o Rol Taxativo e o Rol Exemplificativo.

1.5 METODOLOGIA

Este trabalho será desenvolvido por meio de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, utilizando uma abordagem qualitativa. Serão adotados procedimentos metodológicos como revisão bibliográfica, que permitirá o levantamento de informações teóricas e conceituais sobre a aplicação do Rol de Procedimentos da ANS nos contratos de planos de saúde; e estudo de jurisprudência, selecionando casos emblemáticos de litígios envolvendo a aplicação do Rol de Procedimentos, por meio de pesquisa em tribunais e bases de dados jurídicos, notadamente a decisão emblemática e recente que reconheceu o rol como taxativo.

Os métodos de procedimento a serem utilizados na pesquisa consistem no monográfico e no comparativo. O primeiro deve-se a preocupação com o aprofundamento do tema em estudo e o segundo, a necessidade de comparações entre leis, normas e doutrinas.

Segundo descrito no “Guia TCC Direito Sanitário 2023”, disponibilizado pela ESP-MG, “A MONOGRAFIA é o formato mais tradicional para construção do trabalho de conclusão de curso. A monografia tem como principal objetivo agregar informações, análises, interpretações e relatos científicos de valor relevante e original à ciência. É compreendida academicamente como um tipo de trabalho escrito que está relacionado com a singularidade de um problema ou contexto sobre determinada área do conhecimento ou até mesmo o relato da experiência da intervenção. A produção de uma monografia depende de algumas etapas, como a delimitação do tema de uma área específica, a definição de um problema, objetivos, objetos de estudo e métodos, que podem ser qualitativas, quantitativas, entre outras. A revisão de literatura e relatos de experiência são os tipos mais comuns para este formato na ESP-MG (ESP-MG, s/d).” O método comparativo, por sua vez, consiste na verificação de semelhanças e diferenças entre duas ou mais pessoas, empresas, tratamentos, técnicas, etc., levando-se em conta a relação presente entre os aspectos comparados.

Por fim, o método de abordagem que se aplicará na pesquisa é o do tipo dedutivo, uma vez que se analisarão documentos, inerentes às normas e leis, e doutrinas vinculadas ao tema proposto no projeto. Do âmbito geral para o específico.

2 DO DIREITO À SAÚDE

Este capítulo se destina a traçar uma breve linha do tempo que abrange o reconhecimento internacional do direito à saúde, com o objetivo de identificar o primeiro tratado internacional que abordou esse tema. Em seguida, exploraremos a incorporação do direito à saúde na constituição do Brasil.

Adicionalmente, investigamos o papel desempenhado pela iniciativa privada na promoção da saúde no país, em conformidade com as disposições da Constituição Federal. Analisaremos o enquadramento legal que orienta a formação de operadoras de planos de saúde e seguros de saúde, buscando compreender o processo de constituição dessas entidades.

Por fim, conduzimos uma breve avaliação da Lei nº 9.656/98, que regula as operações das entidades privadas de saúde em relação aos consumidores beneficiários. Esta lei estabelece obrigações e diretrizes para o setor, além de definir os padrões de cobertura para tratamentos, com ênfase especial no rol de procedimentos e eventos em saúde estipulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2.1. CONCEITO E BREVE INTRODUÇÃO

A saúde é um dos direitos fundamentais mais essenciais e universais do ser humano. A busca por uma vida saudável e digna é inerente a todos, independentemente de raça, gênero, classe social ou nacionalidade. Nesse contexto, o Direito à Saúde surge como um pilar fundamental para o bem-estar social, sendo um dos principais pilares dos sistemas democráticos e uma das responsabilidades do Estado em promover o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Conforme ensina o doutrinador Bernardo Gonçalves Fernandes em seu Curso de Direito Constitucional, (...) “não é nada fácil, nem simples, desenvolver um conceito jurídico do que seja saúde.”

Segundo Reissinger, o principal conceito se dá a partir do próprio preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS): “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades.”

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), por outro lado, apresenta uma leitura que engloba ainda no conceito de saúde um conjunto de ações públicas que assegurem uma vida digna e a autonomia dos sujeitos beneficiários.

Superando sua conceituação, a origem do Direito à Saúde remonta à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que proclamou o direito de toda pessoa a um padrão de vida adequado, incluindo a saúde e o bem-estar. Esse direito é reforçado por diversos tratados internacionais e constituições nacionais ao redor do mundo, consagrando-o como um valor intrínseco à dignidade humana.

A concretização do Direito à Saúde implica a implementação de políticas públicas voltadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da população. Isso inclui o acesso a serviços médicos e hospitalares, medicamentos, vacinas, exames, tratamentos, entre outros, de forma integral e gratuita, sempre que possível. Além disso, é essencial que sejam criadas condições adequadas para que os cidadãos possam usufruir desse direito, como o acesso à água potável, saneamento básico, educação em saúde e informações relevantes.

No entanto, a efetivação do Direito à Saúde enfrenta diversos desafios. Entre eles, destacam-se a desigualdade social, a falta de investimentos adequados no setor, a escassez de recursos e a corrupção, que podem comprometer a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde. Além disso, questões políticas, burocráticas e ideológicas podem afetar a formulação e implementação de políticas públicas eficazes.

Outro desafio está relacionado à crescente demanda por serviços de saúde, seja em decorrência do envelhecimento populacional, do aumento de doenças crônicas ou de emergências de saúde pública, como pandemias. O Direito à Saúde também é influenciado por avanços tecnológicos e científicos, que podem oferecer novas possibilidades de tratamentos, mas também gerar dilemas éticos e questões sobre sua acessibilidade a todos.

A busca pela universalização do Direito à Saúde requer um esforço conjunto da sociedade e do Estado. A participação ativa dos cidadãos na formulação e monitoramento de políticas públicas é fundamental para garantir que as necessidades e peculiaridades de diferentes grupos sejam contempladas. Além disso, a transparência e a prestação de contas por parte dos governantes são essenciais para evitar o mau uso dos recursos públicos e garantir que as ações sejam efetivas e eficientes.

Em suma, o Direito à Saúde é um princípio basilar para a construção de sociedades mais justas e igualitárias. Garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde é um desafio contínuo, mas necessário para assegurar a dignidade humana e o bem-estar de todos

os cidadãos. A luta pela efetivação desse direito deve ser uma prioridade de governos, organizações da sociedade civil e da própria sociedade como um todo, trabalhando em conjunto para promover um futuro saudável e sustentável para as gerações presentes e futuras.

2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE

O conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Segundo os autores Sarah Escorel e Luiz Antônio Teixeira (GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., 2012, página 1097), o desenvolvimento das políticas que conformaram o sistema de saúde no Brasil podem ser divididos em três grandes períodos: do final do Império à República Velha, a era Vargas e o período do ‘desenvolvimentismo populista’, encerrado com o golpe militar que depôs João Goulart

O primeiro período retrata o momento de formulação das primeiras ações governamentais de saúde, ainda restritas aos principais aglomerados urbanos e a algumas doenças epidêmicas com repercussões econômicas. Já o processo de modernização do Estado Nacional, instituído durante a era Vargas, regulou as relações de trabalho e transformou a agenda da política de saúde, que passou a incorporar os trabalhadores ao instituir as bases do sistema previdenciário. A criação do Ministério da Saúde e a incorporação extensiva da assistência médica, configurando um modelo mais abrangente de previdência social, são as principais características do terceiro momento.

Outro momento crucial para o desenvolvimento da saúde em nosso país foi a conhecida Reforma Sanitária, ocorrida nos idos dos anos 80 e conceituada pela doutrinadora Sarah Escorel (GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., 2012) nos seguintes termos:

Reforma Sanitária, nas palavras de Sergio Arouca (1988), é um “projeto civilizatório” contendo em si os valores que queremos para toda a sociedade brasileira. Compreende um processo de transformação da situação sanitária em pelo menos quatro dimensões: específica, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional; ideológica; e das relações sociais que orientam a produção e distribuição de riquezas. Jairnilson

Paim dedicou-se a estudar a Reforma Sanitária brasileira (2008), examinando-a como um ciclo composto por “ideia – proposta – projeto – movimento – processo”. No seu entender a Reforma Sanitária é “uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços de organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral” (Paim, 2010: 173-174 – grifos do autor).

Encerrado o período ditatorial no país, a Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art. 194), um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (art. 196), adotando-se o conceito ampliado de saúde. Ademais, foi criado o SUS, sistema universal de atenção à saúde, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (Brasil, 1988).

Diante do breve histórico acima apontado, salienta-se que os estudos de análise da política pública relativa à saúde no Brasil apresentam uma trajetória bastante recente. Isso porque, até meados da década de 70, as políticas públicas definidas pelo Estado Brasileiro estavam voltadas prioritariamente para a parcela da população que apresentava vínculo trabalhista, com emprego formal, passando paulatinamente a abranger outros grupos populacionais.

Nesse sentido, podemos dizer que o direito à saúde ganhou espaço no debate público, especialmente nas últimas duas décadas, em função do aumento do acionamento do Poder Judiciário por parte dos cidadãos que requerem do Estado a garantia de acesso a medicamentos, exames, internações, entre outros bens e serviços de saúde. Foi reconhecido na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) como um direito de todos e um dever do Estado, e

sua garantia se dará “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” (Brasil, 1988, art. 196).

Até por isso, a história da saúde no Brasil é marcada por um processo de evolução complexo, repleto de desafios e conquistas que moldaram o sistema de saúde ao longo dos séculos. Desde o período colonial até os dias atuais, o país enfrentou diferentes cenários e transformações, refletindo mudanças sociais, políticas e econômicas que impactaram diretamente o acesso à saúde e o bem-estar da população.

Nesse sentido, trata-se de uma jornada que reflete a crescente compreensão da importância do bem-estar humano e da necessidade de proteger e promover a saúde das populações.

Falando em âmbito global, na antiguidade, sociedades como a Grécia e Roma já reconheciam a importância da higiene e do tratamento de doenças. Os templos gregos, por exemplo, eram centros de cura e locais onde os doentes recebiam atenção médica. No entanto, esse cuidado estava longe de ser universal e sistematizado. Durante a Idade Média, a assistência médica era geralmente prestada por instituições religiosas e mosteiros, sendo os cuidados médicos limitados, não estando disponíveis para toda a população, sendo frequentemente baseada em práticas tradicionais e conhecimentos limitados. Ainda, no início da Idade Moderna viu o surgimento das primeiras formas de regulamentação da assistência médica e dos serviços de saúde, sendo criado em algumas da Europa sistemas para prestar assistência médica aos pobres, todavia, longe de serem abrangentes e, muitas vezes, carentes de recursos. O século XIX, por sua vez, foi marcado por avanços significativos na medicina e na higiene, com a descoberta de agentes patogênicos, a disseminação da teoria germinal de doenças e a melhoria das condições sanitárias, que começaram a transformar a prática médica, notadamente com o surgimento de movimentos para melhorar o acesso a serviços de saúde, especialmente para as camadas mais pobres da sociedade. Avançando ao século XX, vislumbramos avanços significativos no reconhecimento do direito à saúde em nível internacional, sendo marco a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948, que reconheceu o direito de toda pessoa a um padrão de vida que assegurasse saúde e bem-estar. Ademais, a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 refletiu um compromisso global com a saúde como um direito humano fundamental. Na mesma toada, após a Segunda Guerra Mundial, muitos países desenvolvidos adotaram sistemas de saúde

universais e financiados pelo Estado, como o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido e o Sistema de Saúde Medicare do Canadá. Esses sistemas buscavam garantir que todos os cidadãos tivessem acesso igualitário a serviços de saúde. Por fim, em décadas recentes, a evolução do direito à saúde continuou, com o reconhecimento crescente de que a saúde é um direito humano fundamental, consagrado em tratados e convenções internacionais, considerando que muitos países expandiram e aprimoraram seus sistemas de saúde, trabalhando para garantir a universalidade, a equidade e a qualidade dos serviços de saúde.

Em conclusão, podemos verificar que a evolução do direito à saúde é uma história de progresso, mas também de desafios persistentes. O acesso à saúde ainda é desigual em muitas partes do mundo, e os sistemas de saúde enfrentam pressões financeiras e demográficas crescentes. No entanto, o reconhecimento global do direito à saúde continua a moldar políticas e práticas, com o objetivo de proporcionar a todos o mais alto padrão possível de saúde física e mental.

No caso brasileiro, a evolução histórica da saúde no Brasil é um reflexo das mudanças sociais, políticas e econômicas ao longo dos séculos. As conquistas alcançadas, como a criação do SUS, trouxeram avanços significativos no acesso à saúde. No entanto, os desafios ainda são muitos, e é fundamental que o país continue investindo em políticas públicas eficazes, na melhoria da gestão dos serviços de saúde e na promoção de uma saúde mais igualitária e universal para todos os brasileiros. Somente assim será possível garantir um futuro saudável e sustentável para as próximas gerações.

2.2.1 O Sistema Único de Saúde

Conforme conceito extraído do sítio eletrônico do Ministério da Saúde, “O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.”

Ainda, os doutrinadores José Carvalho de Noronha, Luciana Dias de Lima e Cristiani Vieira Machado conceituam que “O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (página 367 livro).

Por certo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas sociais do Brasil e representa um marco na busca pela universalização do acesso à saúde e a garantia do direito à saúde como um dever do Estado.

O SUS é fundamentado em um modelo de saúde pública que valoriza a prevenção, a promoção da saúde e a atenção primária como bases para a construção de uma sociedade mais saudável. Por meio de uma rede hierarquizada de serviços, o SUS oferece desde a atenção básica, com ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças comunitárias, até a alta complexidade, com procedimentos de maior complexidade e atendimento hospitalar especializado.

Tem como princípios basilares a UNIVERSALIZAÇÃO, a EQUIDADE e a INTEGRALIDADE.

No tocante à UNIVERSALIZAÇÃO, importante mencionar que “O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social – inicialmente compostos por determinadas categorias profissionais e, posteriormente, pelos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho – aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços: as despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de responsabilidade de toda a sociedade.” (página 369). Nesse sentido, a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Quanto à EQUIDADE, significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Nesse sentido, este princípio reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não. Somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas.

A INTEGRALIDADE, por fim, “é entendida, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A ideia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Por isso, os profissionais de saúde e os gestores do SUS devem empenhar-se em organizar as práticas dos serviços, de modo a permitir que essa integração ocorra. No âmbito mais geral da política de saúde, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população.” (página 370). Nesse sentido, tal princípio tem como objetivo considerar as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

Ainda, em termos de organização, rege-se pelos princípios da REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO, devendo os serviços serem organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida; DESCENTRALIZAÇÃO E COMANDO ÚNICO, redistribuindo o poder e responsabilidade entre todos.

Discorrendo melhor acerca dos princípios organizatórios, salienta-se que “A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário e que possam retornar à sua unidade básica de origem para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou

estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais.” (PÁGINA 371). A descentralização, por sua vez, associada ao comando único em cada esfera de governo, redefine responsabilidades entre os entes, reforçando a importância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde. Ora, o fortalecimento desses governos se justifica como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas.

De certo, desde sua criação, o SUS tem alcançado avanços significativos. A implantação de programas de vacinação em massa, o combate a endemias e epidemias, a melhoria no acesso a medicamentos e a ampliação do atendimento à população são alguns dos resultados positivos alcançados pelo sistema. Além disso, o SUS é reconhecido internacionalmente como uma referência em políticas de saúde pública e como um exemplo de sistema que busca a universalização do acesso, mesmo em um país de dimensões continentais e diversidade socioeconômica.

No entanto, apesar dos avanços e conquistas, o SUS enfrenta diversos desafios. A escassez de recursos financeiros, a falta de infraestrutura adequada, a má gestão dos recursos, a desigualdade regional e a concentração de serviços de saúde em algumas áreas urbanas são alguns dos obstáculos que impactam a efetividade do sistema. Além disso, o SUS também é afetado pela carência de profissionais qualificados, especialmente em áreas mais remotas e vulneráveis.

Outro ponto de preocupação é a necessidade de se promover uma maior articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, de forma a garantir a continuidade do cuidado ao paciente em todas as etapas do tratamento. A integralidade do atendimento é essencial para o sucesso do SUS e para que os usuários tenham acesso a um tratamento eficaz e adequado às suas necessidades.

Por fim, a participação social é outro desafio para o SUS. Isso porque, a participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos conselhos de Saúde e pela realização das conferências de Saúde, que representam um

canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população.

De certo, a efetiva participação da população na gestão e no controle social é fundamental para garantir que as políticas de saúde sejam realmente voltadas às necessidades da comunidade e que haja transparência e accountability na utilização dos recursos públicos.

Diante dos desafios, é necessário que o SUS continue a ser fortalecido e aprimorado. Investimentos na qualificação dos profissionais de saúde, na ampliação da rede de atendimento e no aprimoramento da gestão são fundamentais para garantir a efetividade e a sustentabilidade do sistema. Além disso, é fundamental que haja um compromisso contínuo dos governantes e da sociedade em assegurar a universalidade do acesso à saúde e a promoção da igualdade social.

Por tudo quanto exposto, cabe consignar que o principal desafio para a consolidação do SUS, portanto, é superar as profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local. Isso implica uma mudança substantiva no papel do Estado nas três esferas de governo, o fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal, a divisão de competências e a articulação de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais.

2.2.2 Os Planos Privados de Assistência à Saúde

O Plano Privado de Assistência à Saúde é o contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora ou mediante reembolso. A essência dos planos de saúde, portanto, é a cobertura contratual financeira das despesas associadas a doenças e a acidentes pessoais que afetem a saúde do beneficiário, os quais são, por sua vez, eventos indesejados, imprevisíveis e de natureza aleatória, ou seja, assemelham-se aos contratos de seguros, seguindo os mesmos princípios técnicos, econômicos, financeiros e atuariais.

Como breve histórico e nos baseando nos ensinamentos trazidos no livro *POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL*, no capítulo 14. Planos e Seguros Privados de Saúde,

de autoria de Lúgia Bahia e Mário Scheffer, podemos citar que, nos países da Europa central, na Escandinávia, na Austrália, na Nova Zelândia e no Japão, as coberturas por planos e seguros privados de saúde são residuais, isto é, abrangem parcelas reduzidas da população e, em determinadas circunstâncias, restringem-se a complementar a oferta de cuidados e serviços públicos. Ademais, nações que concentram um elevado contingente populacional, como Bangladesh, China, Índia, Indonésia, Nigéria e Paquistão, destinam relativamente poucos recursos públicos para seus sistemas de saúde e tampouco possuem coberturas expressivas de planos e seguros privados. Nesses países, a assistência institucionalizada à saúde é obtida fundamentalmente mediante pagamento direto a profissionais e estabelecimentos de saúde. Já nos Estados Unidos, até o início deste século, a responsabilidade direta das instituições governamentais era restrita aos idosos e a indivíduos e famílias com rendimentos situados abaixo da linha da pobreza. Os demais segmentos da população eram cobertos por seguros de saúde financiados pelas empresas empregadoras ou pelos orçamentos familiares. Assim, os níveis elevados de renda da população americana e a proeminência do país no desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e assistenciais tornaram os seguros e planos privados a principal alternativa para a organização da assistência médico-hospitalar. No continente americano, por sua vez, o Brasil, a Costa Rica, o Canadá e Cuba destacam-se por considerarem que o direito à saúde é universal. Outros países dispõem de normas legais que legitimam a segmentação de seus sistemas de saúde. No entanto, ao contrário dos congêneres continentais que adotaram sistemas universais, no Brasil o sistema público convive com um considerável mercado privado de planos e seguros de saúde.

Nos atendo ao exemplo brasileiro, as operadoras de planos de saúde, obrigatoriamente, necessitam de registro perante a agência reguladora para seu funcionamento, no caso, a ANS. Para tanto, devem demonstrar a sua capacidade de atendimento e a constituição de garantias financeiras, além da necessidade de publicidade dos balanços.

Os planos privados de assistência à saúde são uma alternativa que milhões de brasileiros buscam para garantir um atendimento médico de qualidade, complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esses planos são oferecidos por operadoras de saúde, sejam elas empresas ou cooperativas, e proporcionam acesso a uma rede de serviços médicos, hospitais, clínicas e laboratórios privados.

A popularidade dos planos privados de saúde tem aumentado ao longo das últimas décadas, impulsionada tanto pelas limitações do sistema público de saúde quanto pela crescente preocupação da população com a qualidade do atendimento médico. Os

beneficiários desses planos desejam contar com agilidade no atendimento, maior variedade de especialidades médicas e maior conforto nas instalações hospitalares, o que muitas vezes não é possível no SUS.

Quanto às suas modalidades, podemos mencionar a existência de planos e seguros de saúde. As principais diferenças entre planos e seguros de saúde são: 1) quanto à natureza das empresas que comercializam os contratos, as seguradoras integram o sistema financeiro, enquanto as empresas de planos são regidas por outro ordenamento jurídico e tributário; 2) em decorrência da natureza do contrato de seguro, os seguros de saúde necessariamente admitem a livre escolha dos prestadores de serviços mediante reembolso, enquanto para as empresas de planos de saúde a modalidade de reembolso é opcional. No Brasil, frequentemente, tanto os clientes de planos de saúde quanto os de seguros de saúde utilizam serviços prestados pelos profissionais e estabelecimentos credenciados (também denominados conveniados ou referenciados), normalmente divulgados em livros (os livretos do plano). A liberdade de escolha de profissionais ou estabelecimentos que não constam nas listas das empresas de planos ou seguros depende dos valores de reembolso previstos.

Uma das principais vantagens dos planos privados de assistência à saúde é a possibilidade de escolher entre diferentes modalidades de cobertura, de acordo com a necessidade e o poder aquisitivo do usuário. Existem planos mais básicos, que cobrem apenas procedimentos mais simples, como consultas e exames, e planos mais abrangentes, que incluem cirurgias, internações e tratamentos mais complexos.

No entanto, apesar das vantagens, os planos privados de saúde enfrentam uma série de desafios e críticas. Um dos principais pontos de preocupação é a elevação dos custos dos planos ao longo dos anos, que muitas vezes tornam o acesso a esses serviços financeiramente inviável para grande parte da população. Além disso, há a questão da judicialização da saúde, onde muitos beneficiários precisam recorrer à justiça para conseguir o acesso a determinados tratamentos ou medicamentos não cobertos pelo plano.

Outro desafio é a regulação do setor. O crescimento exponencial do número de operadoras de saúde e a oferta de diversos tipos de planos têm levantado questões sobre a qualidade dos serviços prestados e a solidez financeira das empresas. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável por regular e fiscalizar o setor, mas ainda enfrenta dificuldades em assegurar o cumprimento de todas as normas e garantir a proteção dos consumidores.

Além disso, a existência de diferenças na cobertura entre os diversos planos e operadoras também gera desigualdades no acesso à saúde. Muitas vezes, os planos mais completos e de maior qualidade são acessíveis apenas para uma parcela mais privilegiada da população, o que reforça as disparidades sociais existentes.

Uma reflexão importante a ser feita é sobre o papel dos planos privados de assistência à saúde no contexto do sistema de saúde brasileiro. Enquanto esses planos oferecem benefícios aos seus beneficiários, eles também podem contribuir para a fragmentação e desigualdade do sistema, uma vez que nem todos têm acesso aos mesmos serviços de saúde.

Em conclusão, os planos privados de assistência à saúde desempenham um papel significativo na oferta de serviços médicos de qualidade para parte da população brasileira. Todavia, a segmentação das coberturas dos planos e seguros representa um desafio permanente à universalização da atenção à saúde, na medida em que seus efeitos ultrapassam as fronteiras das relações de consumo e incidem sobre a organização e a utilização de serviços de saúde da sociedade como um todo.

Nesse sentido, é essencial que sejam enfrentados os desafios relacionados aos altos custos, à regulação do setor e à desigualdade no acesso aos serviços de saúde. É fundamental que haja um esforço conjunto entre o Estado, as operadoras de saúde e a sociedade civil para garantir a sustentabilidade e a equidade no sistema de saúde, buscando promover uma saúde de qualidade para todos os cidadãos, independentemente de sua condição financeira.

2.3 PRINCÍPIOS RELACIONADOS AO TEMA DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde é um dos pilares fundamentais dos direitos humanos, sendo reconhecido internacionalmente como um direito inalienável de todas as pessoas. No contexto brasileiro, esse direito está assegurado pela Constituição Federal de 1988, que estabelece os princípios e diretrizes para a promoção e garantia da saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos. Após analisarmos e discutirmos os principais princípios relacionados ao tema do direito à saúde e sua importância para a efetivação desse direito no contexto brasileiro, dentre eles Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação Social, pretendemos neste capítulo, de forma breve e resumida, discorrer acerca dos princípios relacionados ao direito à saúde que impactam na relação contratual regida entre prestadores de

serviços de saúde e beneficiários, sendo eles: dignidade da pessoa humana, autonomia privada e boa-fé, fazendo um contraponto de tais princípios com o direito à saúde, tema central desta dissertação.

2.3.1 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana versus Direito à Saúde

A dignidade da pessoa humana é um dos princípios fundamentais dos direitos humanos e representa o alicerce moral e ético para a construção de uma sociedade justa e igualitária. Esse princípio reconhece o valor intrínseco e inalienável de cada indivíduo, independentemente de sua origem, condição social, crenças ou capacidades.

O princípio da dignidade da pessoa humana é universal e está presente em diversas declarações e tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que afirma que "todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos". Esse princípio estabelece que cada indivíduo possui um valor intrínseco e que sua dignidade deve ser respeitada e protegida em todas as circunstâncias.

Segundo o doutrinador Bernardo Gonçalves Fernandes, em seu livro Curso de Direito Constitucional, (...) a dignidade seria um superprincípio, como uma norma dotada de maior importância e hierarquia que as demais, que funcionaria como elemento de comunhão entre o direito e a moral, na qual o primeiro se fundamenta na segunda, encontrando sua base de justificação racional.”

Uma noção jurídica da dignidade da pessoa humana encontra melhor espaço, então, no exame de sua eventual negação, como se vê da seguinte passagem de INGO WOLFGANG SARLET, consentânea como o olhar mais recorrente do operador do direito para o tema:

O que se percebe, em última análise, é que onde não houver respeito pela vida e integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço

para a dignidade humana e está (a pessoa), por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiças.

Segundo o doutrinador Silvio Beltramelli Neto, “ A dignidade da pessoa humana é multidimensional e individual. Multidimensional, porque congrega diversos atributos intrínsecos do ser humano (v.g. liberdade, igualdade, integridade física e psíquica). Individual, porque, embora inerente a todo ser humano, é moldada com características próprias, delineadas pelo contexto histórico-cultural que circunda o indivíduo. ”

Enfim, a dignidade da pessoa humana permeia todos os aspectos da vida em sociedade. Na esfera jurídica, esse princípio serve como fundamento para a garantia dos direitos fundamentais, como o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à privacidade, à saúde, à educação, entre outros. Na área da saúde, por exemplo, esse princípio exige que todos tenham acesso aos serviços de saúde de qualidade, independentemente de sua condição financeira.

O direito à saúde, por sua vez, é uma manifestação concreta do princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que a saúde é um dos elementos essenciais para a plena realização do indivíduo e para o exercício de seus demais direitos. O acesso a serviços de saúde de qualidade é condição para que a pessoa possa viver com dignidade, exercer sua cidadania e participar plenamente da sociedade.

A saúde é um direito humano fundamental consagrado em diversos tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. No contexto brasileiro, o direito à saúde está garantido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, assegurando a sua promoção e proteção por meio de políticas públicas.

A saúde, como direito humano fundamental, abrange não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também a promoção de ações de prevenção, promoção da saúde e a garantia de um ambiente saudável. Nesse sentido, o Estado tem o dever de implementar políticas de saúde que visem à redução dos riscos de doenças, à promoção de hábitos saudáveis e à melhoria das condições de vida da população.

No entanto, apesar dos avanços na garantia do direito à saúde, ainda persistem desafios a serem superados. A desigualdade social e a concentração de recursos em determinadas regiões do país são fatores que contribuem para a exclusão de parte da população do acesso aos serviços de saúde. Além disso, o subfinanciamento do sistema de saúde, a falta de investimentos adequados e a má gestão dos recursos também são obstáculos para a efetivação desse direito.

Outro desafio é a judicialização da saúde, que ocorre quando os cidadãos precisam recorrer ao Poder Judiciário para garantir o acesso a determinados medicamentos, tratamentos ou procedimentos não oferecidos pelo sistema de saúde. Embora a judicialização possa garantir o direito à saúde em casos específicos, ela também revela as limitações e as lacunas do sistema de saúde, o que exige uma maior atenção por parte dos gestores públicos.

Diante desse contexto, é fundamental que o princípio da dignidade da pessoa humana seja colocado em prática por meio de políticas públicas efetivas e do compromisso do Estado em garantir o direito à saúde de todos os cidadãos. É necessário fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), com investimentos adequados, gestão eficiente e transparência nas ações.

Além disso, é importante promover a conscientização da população sobre a importância da saúde preventiva, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e a busca por atendimento médico preventivo. A participação da sociedade na formulação e monitoramento das políticas de saúde também é essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo.

Em conclusão, o princípio da dignidade da pessoa humana está intrinsecamente ligado ao direito à saúde, sendo um dos fundamentos para a garantia da vida e do bem-estar social. Garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde é um desafio que exige o compromisso do Estado, da sociedade civil e de todos os atores envolvidos na construção de um sistema de saúde mais justo, solidário e comprometido com o respeito à dignidade de cada indivíduo. Somente assim será possível construir uma sociedade mais humana, inclusiva e comprometida com a promoção da saúde e o respeito aos direitos fundamentais de todos os cidadãos.

2.3.2 Princípio da Autonomia Privada versus Direito à Saúde

Segundo conceito trazido por Flávio Tartuce “ A autonomia privada é o poder que os particulares têm de regular, pelo exercício de sua própria vontade, as relações que participam, estabelecendo-lhe o conteúdo e a respectiva disciplina jurídica. Sinônimo de autonomia da vontade para grande parte da doutrina contemporânea, com ela porém não se confunde, existindo entre ambas sensível diferença. A expressão autonomia da vontade tem uma conotação subjetiva, psicológica, enquanto a autonomia privada marca o poder da vontade no direito de um modo objetivo, concreto e real.”

A autonomia privada é um princípio jurídico que reconhece a capacidade do indivíduo de tomar decisões sobre si mesmo, sua vida e seus interesses, sem interferência externa. Esse princípio é considerado um dos pilares fundamentais do Estado democrático de direito, garantindo a liberdade individual e a proteção da esfera privada. No entanto, quando se trata do direito à saúde, a aplicação desse princípio pode gerar conflitos e limitações, uma vez que as decisões individuais podem afetar a saúde não apenas do indivíduo, mas também de terceiros e da coletividade como um todo.

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988, sendo responsabilidade do Estado promover políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Nesse contexto, surgem questionamentos sobre como conciliar o direito à saúde com a autonomia privada, uma vez que as escolhas individuais podem ter impactos significativos na saúde pública e na utilização dos recursos do sistema de saúde.

Um exemplo frequente de conflito entre o princípio da autonomia privada e o direito à saúde é a recusa de indivíduos em se vacinar contra determinadas doenças. Embora a vacinação seja uma medida comprovadamente eficaz para prevenir a disseminação de doenças infecciosas, algumas pessoas podem optar por não se vacinar com base em crenças pessoais, religiosas ou ideológicas. Essa decisão individual pode gerar riscos não apenas para o indivíduo que optou por não se vacinar, mas também para grupos vulneráveis, como crianças e pessoas com imunidade comprometida, que dependem da imunização coletiva para se protegerem.

Outro ponto de conflito entre a autonomia privada e o direito à saúde diz respeito a tratamentos médicos controversos ou experimentais. Algumas pessoas podem optar por submeter-se a tratamentos não comprovados cientificamente, sem respaldo da comunidade médica, colocando em risco sua própria saúde e desconsiderando alternativas mais seguras e eficazes. Ainda, a busca desenfreada por tratamentos médicos de alto custo pode comprometer os recursos do sistema de saúde, afetando o acesso de outros pacientes a tratamentos igualmente necessários.

Apesar dos conflitos, é importante destacar que o princípio da autonomia privada também pode ser compatível com o direito à saúde em determinadas situações. A autonomia permite que o indivíduo tenha a liberdade de decidir sobre o tratamento que deseja receber, desde que as escolhas estejam embasadas em informações claras e objetivas fornecidas pelos profissionais de saúde. O respeito à autonomia do paciente é fundamental para a construção de uma relação de confiança entre o paciente e o médico, possibilitando uma tomada de decisões compartilhada e consciente.

Diante dessas reflexões, é necessário encontrar um equilíbrio entre o princípio da autonomia privada e o direito à saúde. Para tanto, é essencial que as políticas públicas de saúde promovam a informação e a educação em saúde, garantindo que as escolhas individuais sejam embasadas em evidências científicas e em informações adequadas. Além disso, é importante que o Estado regulamente e monitore a oferta de tratamentos de saúde, assegurando que sejam seguros e eficazes, evitando abusos e a disseminação de práticas não comprovadas.

Em conclusão, o princípio da autonomia privada é um valor fundamental do Estado democrático de direito, reconhecendo a liberdade individual e a capacidade do indivíduo de tomar decisões sobre sua vida. Contudo, quando se trata do direito à saúde, é necessário considerar as limitações e conflitos que podem surgir, especialmente quando as decisões individuais afetam a saúde coletiva. É fundamental encontrar um equilíbrio entre a autonomia individual e a proteção da saúde pública, garantindo que as escolhas individuais sejam respaldadas por informações confiáveis e promovendo a conscientização sobre a importância do bem-estar coletivo. Somente assim será possível construir uma sociedade mais saudável, justa e solidária.

2.2.3 Princípio da Boa-fé Objetiva versus Direito à Saúde

O princípio da boa-fé objetiva é um dos pilares fundamentais do ordenamento jurídico e está presente em diversos sistemas legais ao redor do mundo. Esse princípio estabelece a obrigação de agir com lealdade, honestidade e probidade nas relações jurídicas, buscando preservar a confiança e a segurança nas interações entre as partes.

A boa-fé objetiva é mais do que uma simples obrigação de honestidade; trata-se de um padrão de conduta que vai além do que está expressamente estipulado em contratos ou normas legais. Ela exige que as partes ajam de forma razoável e diligente, considerando os interesses e expectativas legítimas da outra parte envolvida na relação jurídica.

Esse princípio se aplica em diversas áreas do direito, como nos contratos, nas relações de consumo, no direito do trabalho, no direito civil e no direito empresarial. Além disso, a boa-fé objetiva também influencia a interpretação dos contratos e das normas legais. Em casos de dúvida ou ambiguidade, deve-se buscar a interpretação mais favorável à manutenção do equilíbrio entre as partes e ao cumprimento dos objetivos da relação jurídica.

A boa-fé objetiva, portanto, é um princípio fundamental que permeia diversas áreas do direito, orientando a conduta das partes e promovendo a justiça, a equidade e a harmonia nas relações jurídicas. A sua aplicação contribui para a construção de uma sociedade mais ética, responsável e comprometida com a busca do bem comum. A observância desse princípio é essencial para a promoção da segurança jurídica e da confiança nas interações sociais, sendo um dos fundamentos para a construção de uma ordem jurídica mais justa e equitativa.

Portanto, interpreta-se como boa-fé objetiva, a conduta de cada parte em se manter honesto, leal e fiel, desde a fase inicial que se inclui a proposta, até a final da relação contratual.

No que se refere à relação entre beneficiário e operadora de plano de saúde, a boa-fé objetiva também é um fator preponderante, haja vista que a lealdade das partes deve se fazer presente, especialmente por se tratar de prestação de serviços de assistência à saúde.

3 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulamentação, fiscalização e normatização dos planos de saúde privados no Brasil. Criada pela Lei nº 9.961, de 2000, a ANS tem como missão garantir a proteção dos beneficiários de planos de saúde, promovendo a qualidade do atendimento, a transparência nas relações entre operadoras e consumidores, e a sustentabilidade do setor.

A principal função da ANS é regulamentar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos de saúde, garantindo que elas atuem de acordo com as normas estabelecidas, oferecendo serviços de qualidade e cumprindo com as obrigações contratuais. Para isso, a ANS estabelece normas, resoluções e diretrizes para o setor, que incluem regras para a criação e funcionamento das operadoras, critérios para o reajuste de mensalidades, cobertura mínima obrigatória, entre outros aspectos.

Além disso, a ANS também tem um papel importante na mediação de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde. Ela recebe e analisa reclamações e denúncias dos beneficiários, buscando solucionar os problemas e garantir o cumprimento dos direitos dos consumidores.

Outra função relevante da ANS é a divulgação de informações e indicadores sobre o desempenho das operadoras de planos de saúde, como a taxa de reclamações dos beneficiários, a cobertura dos planos, entre outros dados relevantes para a tomada de decisão dos consumidores na escolha de um plano de saúde.

A ANS também atua na promoção da transparência e da informação aos beneficiários de planos de saúde. Ela disponibiliza canais de comunicação, como o Disque ANS (0800 701 9656) e o portal na internet, onde os consumidores podem esclarecer dúvidas, obter informações sobre planos de saúde e fazer denúncias.

Contudo, apesar dos avanços e esforços da ANS na regulação e fiscalização dos planos de saúde, ainda existem desafios a serem enfrentados. Um dos principais desafios é garantir a efetividade da regulação, evitando práticas abusivas por parte das operadoras e promovendo uma maior equidade no acesso aos serviços de saúde. Além disso, é necessário que a ANS

atue de forma mais proativa na identificação de problemas e na aplicação de medidas corretivas, buscando sempre a proteção dos interesses dos beneficiários.

Outro ponto relevante é a necessidade de um maior controle sobre os reajustes das mensalidades dos planos de saúde, evitando aumentos abusivos que dificultem o acesso dos consumidores aos serviços de saúde privados.

Em conclusão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar desempenha um papel fundamental na regulamentação e fiscalização dos planos de saúde privados no Brasil. Seu trabalho é essencial para proteger os interesses dos beneficiários, garantindo a qualidade do atendimento e a transparência nas relações entre operadoras e consumidores. No entanto, é importante que a ANS continue aprimorando suas ações e enfrentando os desafios do setor, buscando sempre promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e a defesa dos direitos dos consumidores.

3.1 A COMPETÊNCIA DA ANS PARA A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão responsável pela regulamentação e fiscalização dos planos privados de saúde no Brasil. Criada em 2000, por meio da Lei nº 9.961, a ANS desempenha um papel fundamental na organização e no funcionamento do setor de saúde suplementar, assegurando a proteção dos consumidores, a qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras e a sustentabilidade do sistema como um todo.

Cabe à ANS, por exemplo, definir e atualizar o rol de procedimentos cuja cobertura é obrigatória por parte das operadoras de planos e seguros de saúde. Em atenção ao princípio da participação da comunidade na definição de estratégias relacionadas às ações e serviços de saúde, a ANS realiza consultas públicas sobre as principais questões envolvendo beneficiários e operadoras de planos de saúde para que toda a população possa participar dos debates.

Além de regulamentar as relações do setor de planos de saúde, a agência deve apurar eventuais irregularidades praticadas pelos planos de saúde e, se for o caso, puni-los.

Nesse sentido, verifica-se que a competência da ANS abrange diversos aspectos relacionados aos planos privados de saúde, incluindo: Normatização e Regulação, estabelecendo normas e regulamentos que definem as regras para a criação, funcionamento e operação das operadoras de planos de saúde. Essas normas abrangem áreas como a cobertura mínima obrigatória dos planos, as regras para a comercialização, os critérios para reajuste de mensalidades, a obrigatoriedade de atendimento e outros aspectos que visam proteger os direitos e interesses dos consumidores; Cobertura Assistencial, com a definição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a lista de procedimentos, exames, tratamentos e medicamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer aos seus beneficiários; Qualidade e Segurança, com o estabelecimento de critérios de qualidade e segurança para os serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde; Fiscalização e Controle, exercendo a ANS a fiscalização das operadoras de planos de saúde para garantir o cumprimento das normas e regulamentos; Mediação de Conflitos, atuando a ANS como mediadora de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, buscando soluções para casos de negativas de cobertura, reajustes abusivos, entre outros problemas; e, por fim, Transparência e Informação, cabendo à ANS promover a transparência e a informação aos consumidores por meio da divulgação de indicadores de qualidade das operadoras, da disponibilização de informações sobre os planos de saúde em seu site e do atendimento ao público por meio de canais de comunicação direta.

A competência da ANS é de extrema importância para garantir um ambiente regulatório que promova a qualidade dos serviços de saúde suplementar, a proteção dos direitos dos consumidores e a equidade no acesso aos cuidados médicos. A atuação da ANS contribui para o fortalecimento do sistema de saúde suplementar, assegurando que os planos privados de saúde cumpram seu papel de complementaridade ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atendam às necessidades de saúde da população de maneira eficaz e responsável.

3.2 ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma importante ferramenta de regulamentação no setor de planos de saúde privados no Brasil. Trata-se de uma lista que define os procedimentos médicos, exames, tratamentos, cirurgias, terapias e medicamentos que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer aos seus beneficiários, de acordo com o tipo de plano contratado. Esse rol é atualizado periodicamente pela ANS, com o objetivo de garantir a adequação e a abrangência da cobertura assistencial oferecida aos beneficiários.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é uma medida importante para assegurar a qualidade e a equidade no atendimento dos beneficiários de planos de saúde. Ele estabelece uma base mínima de cobertura obrigatória, com procedimentos essenciais que visam atender às necessidades de saúde da população. A atualização periódica do rol é realizada a partir de critérios técnicos, como evidências científicas, avaliação de eficácia, efetividade e segurança dos procedimentos, além de considerar a relevância para a saúde pública.

A inclusão de procedimentos no Rol da ANS é resultado de um processo complexo que envolve consulta pública, análise de evidências, debates técnicos e participação de especialistas, sociedades médicas, profissionais de saúde, operadoras de planos de saúde, beneficiários e outros atores do setor. A participação desses diversos segmentos visa garantir que o rol seja composto por procedimentos atualizados, eficazes e relevantes para as necessidades de saúde da população.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS desempenha diversas funções importantes como: Garantia de Cobertura, estabelecendo uma cobertura mínima obrigatória para os beneficiários de planos de saúde, evitando que procedimentos essenciais sejam negados ou não oferecidos pelas operadoras; Equidade, promovendo a igualdade de acesso aos procedimentos de saúde, uma vez que todos os beneficiários têm direito aos mesmos procedimentos previstos no rol; Transparência e Informação, fornecendo clareza aos beneficiários sobre os procedimentos que podem ser solicitados e utilizados, contribuindo para a tomada de decisão informada; Proteção dos Beneficiários, evitando a exclusão arbitrária de procedimentos importantes pelos planos de saúde, assegurando que o tratamento de determinadas condições não seja limitado injustamente; e, por fim, Base para Negociação

Contratual, servindo como referência para a contratação de planos de saúde, permitindo que os beneficiários compreendam o que está coberto pelo plano escolhido.

No entanto, é importante destacar que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde não é estático e pode evoluir ao longo do tempo para refletir os avanços científicos, tecnológicos e as mudanças nas necessidades de saúde da população. Embora seja um instrumento fundamental para garantir a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde privados, a sua efetividade depende também do monitoramento contínuo, do engajamento dos diversos atores do setor e da busca constante pela melhoria da saúde suplementar no Brasil.

4 ANÁLISE ACERCA DA APLICAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS NOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE

A análise da aplicação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos contratos de planos de saúde é um tema de grande relevância no contexto da saúde suplementar no Brasil. Esse rol consiste em uma lista que define os procedimentos médicos, exames, tratamentos e medicamentos que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer aos seus beneficiários, conforme o tipo de plano contratado. A compreensão da aplicação desse rol nos contratos é essencial para garantir a transparência, a qualidade e a equidade no atendimento aos beneficiários.

Em primeiro lugar, é importante destacar que o Rol da ANS possui dois tipos de cobertura: a cobertura obrigatória mínima, que inclui procedimentos que devem ser oferecidos em todos os planos de saúde, e a cobertura adicional, que pode variar de acordo com o tipo de plano. Essa diferenciação permite que os beneficiários escolham planos que atendam às suas necessidades específicas.

A aplicação do Rol da ANS nos contratos de planos de saúde é um ponto-chave para a proteção dos direitos dos beneficiários. As operadoras são obrigadas a oferecer todos os procedimentos listados no rol, garantindo que os beneficiários tenham acesso aos cuidados de saúde essenciais. Isso evita que procedimentos importantes sejam negados de forma arbitrária ou que haja exclusões indevidas que comprometam a qualidade do atendimento.

No entanto, a aplicação do Rol também pode gerar desafios e debates. É possível que haja situações em que um beneficiário necessite de um procedimento que não está listado no Rol, mas que seja fundamental para o tratamento de sua condição de saúde. Nesses casos, é possível que o beneficiário recorra ao Poder Judiciário para garantir o acesso ao procedimento, o que é conhecido como judicialização da saúde. A judicialização reflete a complexidade da relação entre o Rol e a realidade clínica de cada paciente, levantando questionamentos sobre a abrangência e a atualização do rol diante dos avanços da medicina.

Além disso, a aplicação do Rol também pode ser influenciada pelos reajustes nas mensalidades dos planos de saúde. Quando novos procedimentos são incorporados ao Rol, as

operadoras podem considerar essas mudanças nos cálculos dos reajustes, o que pode impactar o valor das mensalidades pagas pelos beneficiários.

A análise da aplicação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde nos contratos de planos de saúde requer uma abordagem equilibrada e cuidadosa. É necessário considerar tanto a proteção dos direitos dos beneficiários quanto a viabilidade financeira das operadoras. A atualização constante do Rol com base em critérios técnicos e científicos, além do diálogo entre todos os atores do setor, é fundamental para garantir a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde suplementar no Brasil. É preciso encontrar um equilíbrio entre a oferta de procedimentos necessários e a sustentabilidade do sistema, buscando sempre a melhor relação possível entre os interesses dos beneficiários e a realidade do mercado de saúde privado.

5. DECISÕES RELEVANTES DO PODER JUDICIÁRIO SOBRE O TEMA: ROL TAXATIVO versus ROL EXEMPLIFICATIVO

Conforme visto no tópico anterior, a principal discussão que permeia o âmbito do Poder Judiciário nos dias atuais e que é o cerne desta dissertação diz respeito aos fundamentos jurídicos das decisões que, por um lado reconhecem o rol de procedimentos e eventos em saúde como taxativos, e por outro a veem sob a ótica de um rol meramente exemplificativo, ocasionando acalorados debates na doutrina que, nos dias atuais, tem invadido as decisões no âmbito do Poder Judiciário.

Tecnicamente, o debate sobre a abordagem do Rol Taxativo versus Rol Exemplificativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diz respeito à forma como a ANS elabora e atualiza a lista de procedimentos médicos, exames e tratamentos que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer em seus planos.

Taxativo é um adjetivo usado para apontar restrição ou algo que é categórico. Já a palavra rol quer dizer lista. No direito, chamamos de “taxativo” tudo aquilo que é limitado por regulamento ou lei. Assim, rol taxativo trata-se de uma lista que não abrange nada mais além do que está ali definido ou regulamentado.

Nesse sentido, no modelo do Rol Taxativo (ou Rol de Procedimentos Obrigatórios), a ANS cria uma lista exaustiva e detalhada de procedimentos médicos, exames e tratamentos que devem ser cobertos pelas operadoras de planos de saúde. A lista é extensa e específica, abrangendo uma ampla gama de serviços de saúde.

Em cumprimento ao que foi disposto na Lei nº 9656/98 (Art. 10, parágrafo 4º – com redação dada pela Lei n. 14.307 de 2022), a ANS criou o Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, a fim de garantir e tornar público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde:

§ 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.

A finalidade do rol da ANS é garantir aos segurados os procedimentos mínimos obrigatórios para tratar doenças catalogadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que devem, necessariamente, ser oferecidos pelas operadoras de planos de saúde.

Com vantagens da utilização do Rol Taxativo, podemos citar: Clareza, considerando que os beneficiários e as operadoras têm uma lista precisa e definida de procedimentos que são cobertos pelo plano, eliminando ambiguidades ou incertezas; e Previsibilidade, considerando que as operadoras podem calcular com mais precisão os custos associados à oferta de planos de saúde, uma vez que sabem exatamente quais serviços devem ser fornecidos. Como desvantagens deste rol fechado, podemos mencionar a Limitação, considerando que pode restringir o acesso a procedimentos e tratamentos que não estejam no rol, mesmo que sejam clinicamente necessários, podendo resultar em litígios e dificuldades para os beneficiários obterem a cobertura de que precisam; e a Rigidez, considerando que a lista pode se tornar rapidamente desatualizada à medida que a medicina avança, tornando difícil acompanhar os avanços médicos e adaptar a cobertura dos planos de saúde.

No modelo do Rol Exemplificativo, por sua vez, a ANS cria uma lista de procedimentos que são obrigatórios, mas não necessariamente exaustiva. Os planos de saúde são obrigados a cobrir os procedimentos listados, mas não estão limitados apenas a eles. As operadoras podem oferecer cobertura adicional além do rol, dependendo das negociações entre as operadoras e os beneficiários.

Nesse sentido, o rol exemplificativo estabelece somente alguns itens da lista de tratamentos, procedimentos e exames. Assim, outras práticas médicas podem ser contempladas pelas operadoras, caso o médico comprove a necessidade.

O entendimento do rol exemplificativo é de que a lista de procedimentos deve permanecer em aberto, sendo passível de interpretação para que outros procedimentos sejam concedidos além do previsto em contrato. Dessa forma, os planos não podem se recusar a cobrir itens considerados pertinentes ao tratamento do beneficiário.

Como vantagens, podemos citar a Flexibilidade, permitindo que as operadoras ofereçam planos com coberturas adicionais e personalizadas, atendendo melhor às

necessidades dos beneficiários, podendo incluir serviços não listados no rol que são considerados importantes; e Adaptação às mudanças na medicina, podendo se ajustar mais facilmente aos avanços médicos, uma vez que não exige atualizações constantes na lista de procedimentos. Como desvantagens, enxergamos o Potencial para abusos, haja vista que algumas operadoras podem usar essa flexibilidade para limitar a cobertura de procedimentos importantes, tornando os planos menos abrangentes; Complexidade, considerando que a falta de uma lista detalhada pode tornar a escolha de planos de saúde mais complicada para os beneficiários, uma vez que eles precisam entender as coberturas adicionais e negociar termos específicos com as operadoras; Aumento da Judicialização no Setor da Saúde, haja vista que o rol exemplificativo atribui a cada juiz a prerrogativa de determinar a inclusão de cobertura fora o estabelecido em contrato, o que aumenta a probabilidade da judicialização no setor de saúde, além de gerar insegurança; e Aumento do valor dos Planos de Saúde, a medida que a ausência de previsibilidade em relação aos procedimentos e eventos em saúde, que podem vir a ser usados pelos usuários, pode aumentar muito os valores de cobertura, interferindo nas mensalidades dos planos de saúde, haja vista que as operadoras tendem a estimar esses custos para conseguirem permanecer no mercado.

Em resumo, a escolha entre o Rol Taxativo e o Rol Exemplificativo envolve o equilíbrio entre a clareza, a previsibilidade e a proteção dos direitos dos beneficiários, em oposição à flexibilidade e à capacidade de adaptação a avanços médicos. A ANS tem adotado uma abordagem de Rol Exemplificativo, permitindo que as operadoras ofereçam planos mais flexíveis, mas o tema continua sendo objeto de debate na regulamentação de planos de saúde no Brasil. A decisão sobre qual modelo é mais adequado impacta diretamente a qualidade da assistência à saúde fornecida aos beneficiários e deve ser cuidadosamente considerada à luz das necessidades da população e das evoluções na área médica.

5.1 Da decisão que reconheceu o rol como taxativo e suas implicações

A decisão que reconheceu o rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos contratos de planos de saúde como taxativo tem gerado intensos debates e implicações significativas no setor de saúde suplementar. A discussão gira em torno da rigidez do rol, que determina quais procedimentos e coberturas as operadoras de planos de saúde devem oferecer aos seus beneficiários.

Primeiramente, é importante entender o que é o rol de procedimentos da ANS. Trata-se de uma lista atualizada periodicamente que estabelece os procedimentos, exames, consultas, cirurgias e demais serviços que os planos de saúde devem cobrir obrigatoriamente para seus usuários. A criação desse rol busca proteger o consumidor e garantir que ele tenha acesso a serviços essenciais para o seu bem-estar.

Durante a discussão do tema, sobrevieram dois pontos distintos. A primeira foi a interpretação do Ministro Felipe Salomão, que entende que rol exemplificativo, por abarcar mais hipóteses de cobertura, poderia tornar o serviço do plano de saúde mais oneroso. Assim, de maneira a evitar que isso ocorra, o segurado poderia manifestar a sua vontade de ampliar a cobertura de seu plano, registrando a alteração contratual, bem como o aumento do valor pelo serviço. A segunda veio da Ministra Nancy Andrighi, trazendo o ponto de que o segurado, em condição de hipossuficiência e de consumidor, esperava que estivesse protegido.

No caso, o ponto que prevaleceu foi o entendimento do Ministro Felipe Salomão, com os preceitos mais rígidos trazidos pelo rol da ANS, com a possibilidade de ampliação, desde que fosse de interesse do segurado contratante. No entanto, na mesma discussão, o STJ trouxe também uma flexibilização para a norma, em alguns casos, desde que preenchidos requisitos como: exaurimento de todos os tratamentos anteriores; comprovação científica do tratamento; e demonstração de que não houve negativa pela ANS em relação ao tratamento em questão.

Vejamos o resumo da decisão extraído do site do STJ em relação ao rol taxativo da ANS:

- “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;
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 (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) 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.”

Todavia, o motivo de maior inquietação sobre a situação eram as consequências que a taxatividade do rol geraria, principalmente o prejuízo aos pacientes, uma vez que os procedimentos que não estavam previstos não seriam obrigatoriamente custeados pelas operadoras de plano de saúde.

Nesse sentido, a questão central está na classificação desse rol como taxativo, o que significa que as operadoras de planos de saúde não podem oferecer coberturas adicionais além do que está estabelecido. Essa rigidez tem gerado divergências entre os defensores da proteção ao consumidor, que argumentam que o rol evita a exclusão de procedimentos importantes, e as operadoras, que alegam que a falta de flexibilidade impacta negativamente na inovação e personalização dos planos de saúde.

Uma das principais implicações dessa decisão é a possível redução na oferta de planos de saúde no mercado. Com a impossibilidade de oferecer coberturas extras, as operadoras podem se sentir desestimuladas a competir por um diferencial, o que pode levar à estagnação do setor. Além disso, planos que antes eram atrativos por oferecerem serviços adicionais podem perder apelo junto aos consumidores.

Outro ponto relevante é o impacto na qualidade e acesso aos serviços de saúde. Ao limitar as coberturas ao que está previsto no rol, pacientes podem enfrentar dificuldades para ter acesso a tratamentos e procedimentos que são considerados inovadores, mas que ainda não constam na lista da ANS. Isso pode prejudicar a saúde e o bem-estar dos beneficiários.

Por outro lado, é necessário reconhecer que a definição do rol de procedimentos da ANS é resultado de estudos técnicos e consulta pública, visando garantir a inclusão de serviços essenciais à população. A ideia é evitar que planos de saúde sejam comercializados

com coberturas insuficientes, protegendo os consumidores de práticas abusivas e assegurando um padrão mínimo de atendimento.

Uma possível solução para esse impasse seria buscar um equilíbrio entre a rigidez do rol de procedimentos e a flexibilidade para inovações. A ANS poderia rever o processo de atualização do rol, tornando-o mais ágil e permitindo que novos procedimentos possam ser incluídos ou removidos com base em evidências técnicas e científicas. Além disso, seria importante incentivar a transparência das operadoras de planos de saúde, obrigando-as a informar de forma clara e acessível quais são as coberturas oferecidas em cada modalidade de plano.

Em suma, a decisão que reconheceu o rol de procedimentos da ANS como taxativo apresenta implicações complexas para o mercado de planos de saúde e o acesso aos serviços de saúde. É fundamental que se busque um diálogo entre os diversos atores envolvidos, como órgãos reguladores, operadoras, profissionais de saúde e representantes dos consumidores, para encontrar soluções que equilibrem a proteção dos usuários com a possibilidade de inovação e melhoria na qualidade dos serviços prestados. Somente com uma abordagem aberta e colaborativa será possível alcançar um sistema de saúde suplementar mais justo e eficiente para todos os envolvidos.

5.2 Da Lei nº 14.454/22 e suas implicações

Conforme exposto no tópico anterior, a 2ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (“STJ”) havia estabelecido nos Recursos Especiais nº 1.886.929 e 1.889.704, por maioria de votos, que o “Rol de Tratamentos” definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (“ANS”) seria taxativo, ao visar o funcionamento do sistema de saúde suplementar de forma equilibrada e sustentável, bem como, ao sustentarem na tese vencedora, que a taxatividade beneficiaria os aderidos aos seus respectivos planos de saúde sujeitos à sua cobertura.

Nesse contexto e como reação direta ao posicionamento do STJ, o Congresso Nacional propôs e aprovou o Projeto de Lei nº 2.033/2022, que resultou na Lei nº 14.454/2022, a fim de alterar a Lei nº 9.656/1998 e, para assim, estabelecer expressamente as hipóteses de procedimentos e tratamentos extra rol dos planos de saúde que devem ser cobertos pelas

operadoras de planos de saúde e pelas seguradoras especializadas em saúde aos seus beneficiários ou segurados, respectivamente.

De forma excepcional, a tramitação desse PL se deu em regime de urgência, levando em torno de dois meses desde sua apresentação na Câmara dos Deputados até ser sancionado e convertido em Lei Federal, sendo importante destacar que a sua apresentação ocorreu em 13 de julho de 2022, isto é, antes mesmo da publicação das decisões proferidas pelo STJ sobre o tema supramencionadas, ocorrida no início de agosto deste ano.

De forma objetiva, podemos dizer que com a promulgação da Lei nº 14.454/2022, decorrente da conversão do Projeto de Lei nº 2.033/22, o Congresso Nacional tenta impor fim ao embate jurídico travado no Judiciário, ao aprovar por unanimidade o texto legislativo que dispõe que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (“Reps”) não seguirá mais a lógica da taxatividade, derrubando a tese arguida em decisão do Superior Tribunal de Justiça anteriormente.

Assim, a lei 14.454, de 2022 inseriu entre outras pontuais alterações, os parágrafos 12 e 13 no artigo 10 da lei 9.656, de 1998, que regulamenta a atuação dos planos de saúde. Senão vejamos:

§ 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)

Ainda que as alterações promovidas no ordenamento pela nova Lei não se limitem a esse tema, fato é que, a partir de sua promulgação, os planos de saúde poderão ser obrigados a financiar tratamentos de saúde que não estiverem presentes na lista disponibilizada pela ANS. Nota-se que a mobilização legislativa dada em resposta à decisão do STJ determinou que o Repts se manterá apenas para fins de “referência básica” para cobertura dos planos de saúde, isto é, não esgota a obrigação de cobertura assistencial das operadoras.

Dessa forma, na hipótese de prescrição de tratamento por “médico ou odontólogo assistente” não contemplado pela listagem regulatória da ANS, a Lei agora impele a operadora a ofertar o tratamento, desde que atenda às seguintes condições: que contenha eficácia comprovada, à luz das ciências da saúde, baseadas em pesquisas científicas bem como em plano terapêutico; que seja recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – (“CONITEC”) ou que seja autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária; ou que seja recomendado por pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde com renome internacional.

Ainda, o referido texto legislativo privilegia a atribuição do Código de Defesa do Consumidor (“CDC”) para as relações das operadoras dos planos de saúde, aspecto bastante relevante, uma vez que a Lei 9.656/1998 tratava apenas da incidência subsidiária da legislação consumerista a incidir sobre a relação entre usuários e as operadoras. Com isso, a legislação consolida a jurisprudência do STJ, nos termos de sua Súmula 208.

Dentre as alterações previstas pela Lei nº 14.454/2022 à Lei nº 9.656/1998, verificam-se que, além da regulamentação da ANS, as operadoras de planos de saúde e as seguradoras especializadas em saúde se sujeitam ao Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990). Até então, o artigo 35-G da Lei nº 9.656/1998 apenas determinava a aplicação subsidiária da Lei nº 8.078/1990 aos contratos de planos de saúde / seguros saúde; e que amplitude das coberturas dos planos de saúde ou seguros saúde, incluindo transplantes e procedimentos de alta complexidade, será determinada em norma setorial da ANS, por meio de rol dos planos de saúde, devendo ser atualizado a cada nova incorporação.

Por outro lado, o artigo 2º da Resolução Normativa nº 470/2021 determina que as propostas de atualização do Rol dos Planos de Saúde serão recebidas e analisadas de forma contínua e a lista de coberturas assistenciais obrigatórias e de diretrizes de utilização que compõe este rol dos planos de saúde serão atualizadas semestralmente;

O rol dos planos de saúde, atualizado a cada nova incorporação, constitui referência básica para os planos de saúde ou seguros de saúde. Já os procedimentos extra rol dos planos de saúde prescritos por médico ou odontólogo assistente serão de cobertura obrigatória pela operadora de plano de saúde ou pela seguradora especializada em saúde, desde que: Comprovada a eficácia à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; Recomendada pela Conitec ou recomendada, no mínimo, por um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que aprovadas também para seus nacionais.

De modo geral, a lei apresente uma resposta satisfatória para os consumidores de planos de saúde, que terão novamente a possibilidade de contar com tratamentos avançados prescritos pelo médico assistente.

Por sua vez, a imposição da lista de procedimentos como sendo exemplificativa também implicará aumento exponencial das despesas das operadoras de planos de saúde, situação que gera grande insatisfação do setor empresarial, podendo, inclusive, acarretar a “expulsão em massa” de consumidores dos planos. Por certo, o Judiciário também deverá enfrentar em breve essas demandas.

Ao meu juízo, entendo que a lei comportaria um aperfeiçoamento para definir sem subjetividade ou margens para entendimentos divergentes, já que o poder legislativo manteve um vácuo normativo por mais de duas décadas deixando ao sabor do judiciário a decisão quanto à taxatividade e seus critérios de concessão de tratamentos.

Uma alternativa dentro das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar seria a edição de uma resolução normativa que se ocupasse de definir o critério científico, os níveis de exigência, assim como as instituições internacionais que podem autorizar o tratamento excepcional além do rol mínimo, a partir da interpretação mais favorável ao consumidor e forte no princípio da dignidade da pessoa humana previsto na constituição.

Ademais, para que seja possível uma adequada fundamentação, as ações deverão observar os critérios da medicina baseada em evidências.

Entendo que o Natjus como ferramenta auxiliar da justiça cumprirá um papel fundamental nas ações envolvendo a prescrição de medicamentos, mas deverá servir de subsídio na comprovação do pedido formulado pelo paciente-requerente, sob o manto da interpretação

mais favorável ao consumidor e ao princípio da dignidade da pessoa humana, que coloca à saúde como bem jurídico irrenunciável, deve se evitar a negativa de acesso aos tratamentos quando não houverem outras alternativas mais conhecidas com grau de efetividade superior ao demonstrado pelo uso do tratamento pretendido.

Assim como a utilização de estudos internacionais deverá ser voltada para aqueles países em que o Brasil possui tratado de cooperação internacional na área da saúde, dando preferencial em especial para agências como aquelas que constavam no texto inicial do projeto de lei que deu origem à lei 14.454/2022.

Por tudo quanto exposto, conclui-se que apesar da aprovação da nova Lei, ao que tudo indica, o embate a respeito do rol de procedimentos da ANS ainda ganhará novos capítulos, visto que as partes envolvidas ainda discordam a respeito do texto legislativo, razão pela qual há uma série de processos em trâmite para a discussão do tema, em especial perante o Superior Tribunal de Justiça e o Supremo Tribunal Federal, mostrando que o Poder Judiciário continuará sendo o grande protagonista deste processo de evolução do Direito à Saúde.

6 CONCLUSÃO

A análise realizada sobre a aplicação do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos contratos de planos de saúde revela a complexidade e a importância desse tema no contexto da saúde suplementar no Brasil. Os resultados obtidos fornecem informações relevantes para compreender os desafios, as controvérsias e os impactos dessa regulamentação.

Ao longo deste estudo, constatou-se que o Rol de Procedimentos da ANS desempenha um papel essencial ao garantir a cobertura assistencial mínima obrigatória aos beneficiários dos planos de saúde. Essa lista de procedimentos estabelece diretrizes com o objetivo de assegurar o acesso a serviços de saúde de qualidade, embasadas em critérios técnicos e científicos.

No entanto, as controvérsias e os litígios em torno da aplicação do Rol de Procedimentos evidenciam divergências de entendimento entre os diversos atores envolvidos. As decisões judiciais têm resultado de forma variada, reconhecendo tanto o direito dos beneficiários à ampliação da cobertura quanto a legalidade das exclusões realizadas pelas operadoras de planos de saúde.

É importante destacar que a aplicação do Rol de Procedimentos está intrinsecamente ligada à sustentabilidade financeira das operadoras. A inclusão de novos procedimentos sem uma adequada avaliação do impacto econômico pode gerar aumento nos custos, que podem ser repassados aos beneficiários por meio de reajustes nas mensalidades.

Diante desse cenário, é fundamental buscar um equilíbrio entre a proteção dos direitos dos usuários à saúde e a viabilidade econômica das operadoras de planos de saúde. Nesse sentido, é necessário aprimorar os critérios de inclusão e exclusão, promover a transparência na divulgação das coberturas e fortalecer os mecanismos de resolução de conflitos, a fim de garantir a efetividade da aplicação do Rol de Procedimentos.

A análise realizada neste estudo contribui para o debate acerca da regulação dos planos de saúde e dos direitos dos usuários. Os resultados obtidos destacam a necessidade de constante atualização e aprimoramento do Rol de Procedimentos, considerando os avanços da medicina, as demandas da sociedade e a sustentabilidade do setor.

Por fim, espera-se que este estudo estimule a reflexão e o aprofundamento das discussões sobre a aplicação do Rol de Procedimentos da ANS nos contratos de planos de saúde, visando a promoção de uma prestação de serviços de saúde suplementar mais eficiente, justa e adequada às necessidades dos beneficiários.

REFERÊNCIAS

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/mariarfs,+12251-36236-1-CE.pdf>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sus>

<https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr3/documentos-e-publicacoes/roteiros-de-atuacao/roteiro-de-atuacao-plano-de-assistencia-a-saude>

<https://www.aurum.com.br/blog/rol-taxativo/>

<https://blog.samisaude.com.br/rol-taxativo-e-rol-exemplificativo/>

Conjur. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2023-jun-27/opinioao-seis-meses-lei1445422>. Acesso: 05 outubro 2023.

[https://fgviisr.fgv.br/sites/default/files/2023-03/Relatorio
A_judicializacao_da_saude_suplementar-08.02.2023.pdf](https://fgviisr.fgv.br/sites/default/files/2023-03/Relatorio_A_judicializacao_da_saude_suplementar-08.02.2023.pdf)

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Troca de Informações sobre a regulação de medicamentos e produtos de saúde. 2016. Disponível em <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33788/4345484/Cingapura.pdf/dc899542-0aa1-427c-89a2-f9ebfedd55f4> acesso em 20.11.2022

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

Ferreira, Bernardo Gonçalves; Curso de Direito Constitucional. – 6. Ed – Belo Horizonte: Editora Jus Podivm, 2015.

Neto, Silvio Beltramelli; Direito Humanos: Coleção Concursos Públicos – Belo Horizonte: Editora Jus Podivm, 2014.

BRASIL. Lei 14.454 de 21 de setembro de 2022, Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Brasília, DF: Senado, 2022 BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil., 1988. Disponível em: . Acesso em: 09 agosto 2023

BRASIL. Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. . Acesso em: 09 agosto 2023.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: Acesso em 28 maio 2023

BRASIL . Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: . Acesso em: 20 de setembro 2023

Moraes, Alexandre de; Direito constitucional / Alexandre de Moraes. - 30. ed. - São Paulo: Atlas, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang; Notas sobre a dignidade da pessoa humana na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. In SARMENTO, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang (Coord.) Direitos Fundamentais no Supremo Tribunal Federal: Balanço e Crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2011, p.45.

SARLET, Ingo Wolfgang; O Direito Fundamental À Proteção e Promoção Da Saúde No Brasil: Principais Aspectos E Problemas / Ingo Wolfgang Sarlet, Mariana Filchtiner Figueiredo / in Temas aprofundados Defensoria Pública Vol.1 p. 111 – 146, dis

ponívelem:https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11336/2/O_direito_fundamental_a_protecao_e_promocao_da_saude_no_Brasil_Principais_aspectos_e_problemas.pdf , acesso em 28.10.2022

SCAFF, Fernanda Campos; Direito à saúde no âmbito privado: contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde / Fernanda Campos Scaff – São Paulo, SARAIVA, 2010.

Tartuce, Flávio. Manual de Direito Civil; Volume único. – 4. ed.- São Paulo: MÉTODO, 2014.

Tartuce, Flávio Manual de direito do consumidor: direito material e processual, volume único/
Flávio Tartuce, Daniel Amorim Assumpção Neves. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Forense; São
Paulo: MÉTODO, 2020

UNIMED. Planos de saúde. 2022. Disponível em
<https://www.centralnacionalunimed.com.br/nossos-planos> acesso em 21.09.2023.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and
CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl.
Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4.