



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL

FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS – FDA

VITOR AQUINO DE OLIVEIRA NUNES

**OS DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: ENTRE A
JUDICIALIZAÇÃO E A INTERFERÊNCIA NAS RELAÇÕES PRIVADAS**

MACEIÓ/AL

2024

VITOR AQUINO DE OLIVEIRA NUNES

**OS DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: ENTRE A
JUDICIALIZAÇÃO E A INTERFERÊNCIA NAS RELAÇÕES PRIVADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Direito da
Universidade Federal de Alagoas, como
requisito parcial para obtenção de grau de
Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Fernando Antônio
Barbosa Maciel

MACEIÓ/AL

2024

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S586q

Nunes, Vitor Aquino de Oliveira.

Os desafios da saúde suplementar no Brasil : entre a judicialização e a interferência nas relações privadas / Vitor Aquino de Oliveira Nunes. – 2024.
86 f. : il.

Orientador: Fernando Antônio Barbosa Maciel.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 75-86.

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 2. Judicialização. 3. Plano de saúde. 4. Saúde suplementar. I. Título.

CDU: 34:61(81)

VITOR AQUINO DE OLIVEIRA NUNES

**OS DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: ENTRE A
JUDICIALIZAÇÃO E A INTERFERÊNCIA NAS RELAÇÕES PRIVADAS**

Trabalho de conclusão de curso submetido ao corpo docente do Curso de Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Alagoas (FDA), unidade acadêmica da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito, aprovado em 06 de dezembro de 2024.

FERNANDO
ANTONIO BARBOSA
MACIEL:8281676043
0

Assinado de forma digital por
FERNANDO ANTONIO
BARBOSA
MACIEL:82816760430
Dados: 2024.12.09 10:48:41
-03'00'

Prof. Me. Fernando Antônio Barbosa Maciel (orientador)
(Universidade Federal de Alagoas)

Banca examinadora:



Documento assinado digitalmente
LAVINIA CAVALCANTI LIMA CUNHA
Data: 12/12/2024 11:18:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Me. Lavínia Cavalcanti Lima Cunha - Presidente da banca
(Universidade Federal de Alagoas)



Documento assinado digitalmente
EMELLY KAROLINE COSTA MELO
Data: 13/12/2024 09:58:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Me. Emelly Karoline Costa Melo
(Universidade Federal de Alagoas)

Maceió
2024

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha mais profunda gratidão a todos aqueles que, de diversas formas, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade. Primeiramente, agradeço a minha mãe, Adriana, ao meu pai, Hugo, e ao meu irmão Hugo Filho, pela incansável estrutura de apoio que sempre me proporcionaram, um suporte que vai muito além do financeiro e que me proporcionou a base e a força necessárias para seguir em frente. Sem dúvida alguma, posso afirmar que, sem essa família, eu jamais teria chegado tão longe. À minha namorada, Jana, meu sincero agradecimento pelo apoio emocional constante, pela motivação nos dias mais difíceis e pelo amor que me inspira a buscar sempre o melhor de mim. Sua presença foi fundamental para que eu pudesse manter o equilíbrio e a dedicação até o final deste curso.

Expresso ainda minha gratidão aos servidores da 8ª Vara Cível da Capital. Foi nesse ambiente que encontrei minha primeira experiência no Direito – e também me encontrei na área –, um lugar onde fui acolhido e onde pude descobrir o problema de pesquisa que norteou este trabalho. Agradeço pelo aprendizado diário e por me guiar com sabedoria e paciência nesse começo de trajetória. Não poderia deixar de mencionar meu mentor, Dr. Ives Bittencourt, cuja sabedoria, experiência e ensinamentos foram - e estão sendo - cruciais para o meu desenvolvimento profissional.

A todos vocês, meu muito obrigado. Este trabalho é, em parte, fruto do apoio e carinho de cada um que, de diferentes maneiras, me ajudou a chegar até aqui.

RESUMO

O presente trabalho analisou os desafios enfrentados pelo setor de saúde suplementar no Brasil, com foco na crescente judicialização e suas implicações na sustentabilidade das relações privadas. A pesquisa contextualizou a saúde como um direito fundamental, conforme garantido pela Constituição Federal de 1988, que prevê a atuação suplementar de entes privados. No entanto, as dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde e a expansão do mercado de saúde suplementar evidenciaram a necessidade de regulação específica, atribuída à Agência Nacional de Saúde Suplementar. Foi investigado como a judicialização da saúde suplementar reflete insatisfações dos consumidores com decisões contratuais e regulamentações que não contemplam todas as suas necessidades, resultando em tensões entre o cumprimento contratual e a efetivação do direito à saúde. O problema de pesquisa discutiu os impactos da intervenção judicial sobre o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde e a proteção dos consumidores, considerando o aumento dos custos operacionais e o risco de inviabilidade do setor. A hipótese inicial sugeriu que a atuação judicial, embora necessária em muitos casos, poderia gerar consequências não intencionais, como o encarecimento dos serviços e a exclusão de beneficiários. A metodologia utilizada foi descritiva e baseou-se na análise de textos legais, doutrina especializada, documentos regulatórios emitidos pela ANS e jurisprudência recente dos tribunais superiores. Os resultados destacaram que, enquanto o Código de Defesa do Consumidor desempenha um papel essencial na proteção dos beneficiários, sua aplicação cumulativa com a Lei nº 9.656/1998 requer ponderação para evitar distorções nos contratos. Constatou-se que a judicialização, ao impor obrigações que extrapolam os limites contratuais previstos, impacta o cálculo atuarial das operadoras, contribuindo para o aumento das mensalidades e para a exclusão de usuários menos favorecidos. O estudo concluiu que é necessário harmonizar as decisões judiciais com as normativas da ANS, de forma a assegurar o equilíbrio entre os interesses econômicos das operadoras e os direitos fundamentais dos consumidores. Por fim, reafirmou-se a relevância do tema para o debate jurídico e social, enfatizando a importância de um diálogo mais eficiente entre o Judiciário, o Legislativo e os órgãos reguladores. Este equilíbrio é essencial para garantir a efetividade do direito à saúde, sem comprometer a sustentabilidade econômica da saúde suplementar, contribuindo para o aperfeiçoamento das políticas públicas e do sistema regulatório no Brasil.

Palavras-Chave: Judicialização. Planos de saúde. Saúde Suplementar. ANS.

ABSTRACT

The present study analyzed the challenges faced by the supplementary health sector in Brazil, focusing on the growing judicialization and its implications for the sustainability of private relationships. The research contextualized health as a fundamental right, as guaranteed by the 1988 Federal Constitution, which provides for the supplementary participation of private entities. However, the difficulties encountered by the Unified Health System and the expansion of the supplementary health market highlighted the need for specific regulation assigned to the National Supplementary Health Agency. The study investigated how the judicialization of supplementary health reflects consumer dissatisfaction with contractual decisions and regulations that fail to meet all their needs, resulting in tensions between contractual compliance and the realization of the right to health. The research problem addressed the impacts of judicial intervention on the economic and financial balance of health plan operators and consumer protection, considering the increasing operational costs and the risk of sector unfeasibility. The initial hypothesis suggested that judicial actions, while necessary in many cases, could lead to unintended consequences, such as increased service costs and the exclusion of beneficiaries. The methodology used was descriptive, based on the analysis of legal texts, specialized doctrine, regulatory documents issued by the ANS, and recent jurisprudence from higher courts. The results highlighted that while the Consumer Protection Code (CDC) plays an essential role in protecting beneficiaries, its cumulative application with Law No. 9.656/1998 requires careful consideration to avoid contract distortions. It was found that judicialization, by imposing obligations beyond the contractual limits, impacts the actuarial calculations of operators, contributing to increased premiums and the exclusion of less privileged users. The study concluded that harmonizing judicial decisions with ANS regulations is necessary to balance the economic interests of operators and the fundamental rights of consumers. Finally, the relevance of the topic for legal and social debate was reaffirmed, emphasizing the importance of more efficient dialogue between the Judiciary, the Legislature, and regulatory bodies. This balance is essential to ensure the effectiveness of the right to health without compromising the economic sustainability of supplementary health, contributing to the improvement of public policies and the regulatory system in Brazil.

Keywords: Judicialization. Health plans. Supplementary health. ANS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE À CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO PRIVADO: O PAPEL DA SAÚDE SUPLEMENTAR NA CONTEMPORANEIDADE	9
2.1 O papel central do Estado na garantia do direito fundamental à saúde	9
2.2 O Sistema Único de Saúde: suas limitações e a necessidade da saúde complementar	13
2.3. A assistência suplementar à saúde: diferenças entre o público e o privado	20
3. A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: AS DIFICULDADES ENFRENTADAS	28
3.1 A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e sua função regulatória	28
3.2 Limites assistenciais dos planos de saúde e o rol de procedimentos e eventos da ANS: Entre o taxativo e o exemplificativo	34
3.3 A Lei nº 14.454/2022: Resposta Legislativa e Impactos na Cobertura de Planos de Saúde	41
4. ENTRE A AUTONOMIA DA VONTADE PRIVADA E A INTERVENÇÃO DO ESTADO: OS LIMITES E POSSIBILIDADES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	48
4.1 A judicialização da saúde suplementar: o que se aplica ao público deve ser aplicado ao privado?	48
4.2 A aplicabilidade irrestrita do Código de Defesa do Consumidor na relação jurídica entre planos e beneficiários	54
4.3 Os efeitos da judicialização da saúde suplementar na dinâmica entre beneficiários e operadoras: como as decisões judiciais resultam num aumento significativo dos custos	60
4.4 O que se espera da interpretação dos Tribunais Superiores em relação à judicialização da Saúde Suplementar no Brasil: discussões possíveis	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	75

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil, garantido pela Constituição Federal de 1988, constitui um dos pilares fundamentais do Estado Democrático de Direito. Enraizado no artigo 196 da Constituição, estabelece-se como um direito universal e um dever do Estado, que deve promover políticas públicas voltadas à prevenção, proteção e recuperação da saúde da população. Apesar de sua importância, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios significativos para atender plenamente às demandas da sociedade, o que contribuiu para a expansão do setor de saúde suplementar, composto por planos e seguros de saúde privados. Esse segmento opera sob uma lógica de prestação de serviços mediante contraprestação, regulamentada pela Lei nº 9.656/1998.

A presença de entes privados na oferta de serviços de saúde evidencia a necessidade de um arcabouço regulatório capaz de equilibrar as relações entre operadoras e consumidores. Nesse contexto, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961/2000, marcou um avanço importante. A ANS atua como órgão regulador e fiscalizador das operadoras de planos de saúde, com o propósito de defender o interesse público e assegurar a assistência suplementar à saúde. Entre suas principais atribuições, destaca-se a definição do rol de procedimentos obrigatórios, que estabelece uma cobertura mínima padronizada para os planos de saúde, garantindo maior uniformidade e previsibilidade aos direitos dos beneficiários.

Apesar das normativas da ANS, o aumento das ações judiciais relacionadas à saúde suplementar revela insatisfações crescentes dos usuários de planos de saúde, que, muitas vezes, buscam no Judiciário o reconhecimento de direitos que consideram fundamentais na relação jurídica estabelecida com as operadoras. A judicialização da saúde suplementar, que tem se intensificado ao longo dos anos, evidencia a existência de tensões e lacunas na regulação, especialmente no que se refere à interpretação do rol de procedimentos da ANS, cuja natureza jurídica – taxativa ou exemplificativa – tem sido objeto de intensos debates e decisões judiciais conflitantes.

Diante desse cenário, o presente trabalho buscará responder de que forma a intervenção judicial impacta o equilíbrio entre os direitos dos consumidores de saúde suplementar e a viabilidade econômica das operadoras de planos de saúde. A análise abordará como a judicialização interfere nas relações contratuais estabelecidas entre beneficiários e operadoras, considerando os reflexos dessa atuação no equilíbrio financeiro do setor e na sustentabilidade da saúde suplementar como um todo.

A relevância do tema reside na importância de se compreender os impactos da judicialização na saúde suplementar, uma vez que as decisões judiciais podem influenciar diretamente os custos operacionais das empresas, afetando, em última análise, os próprios consumidores. Este trabalho buscará evidenciar se o aumento das demandas judiciais no setor de saúde suplementar, além de sobrecarregar o sistema judicial brasileiro, como também refletirá acerca da necessidade de um diálogo mais harmonioso entre o Poder Judiciário, o Legislativo e a ANS, a fim de garantir a efetividade do direito à saúde sem comprometer a viabilidade econômica dos planos privados.

Para tanto, o presente trabalho adotará uma metodologia dedutiva, analisando princípios gerais, como o direito fundamental à saúde garantido pela Constituição e o papel regulador da ANS, metodologia descritiva, fundamentada na análise de textos legais, doutrina especializada e documentos regulatórios emitidos pela ANS, bem como uma análise jurisprudencial, sobretudo nos tribunais superiores dos últimos anos, para analisar as divergências na interpretação do rol de procedimentos, bem como os impactos dessas decisões na relação jurídica entre operadoras e beneficiários.

Sendo assim, o primeiro capítulo abordará a consolidação do direito à saúde como direito fundamental e sua constitucionalização, além do papel da saúde suplementar no Brasil contemporâneo. O segundo capítulo, por sua vez explorará o marco regulatório da saúde suplementar, de modo a analisar as competências da ANS e os desafios enfrentados na regulação das operadoras. Por fim, o terceiro capítulo discutirá as tensões entre autonomia privada e intervenção judicial, focando na judicialização da saúde suplementar e suas implicações para o equilíbrio das relações contratuais no setor.

Por meio dessa abordagem, espera-se contribuir para uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas entre regulação, judicialização e sustentabilidade no setor de saúde suplementar, oferecendo subsídios teóricos e práticos para um diálogo mais equilibrado entre os atores envolvidos.

2. DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE À CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO PRIVADO: O PAPEL DA SAÚDE SUPLEMENTAR NA CONTEMPORANEIDADE

2.1 O papel central do Estado na garantia do direito fundamental à saúde

A Revolta da Vacina, em 1904, marcou a primeira grande mobilização da sociedade civil em temas de saúde pública no Brasil, levando a transformações no Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1923, a Lei Elói Chaves associou o acesso à saúde à contribuição previdenciária, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e limitando o direito à saúde pública aos contribuintes. Para os não contribuintes, o atendimento de saúde era restrito às Santas Casas de Misericórdia, ligadas à Igreja Católica e oferecido como caridade. Com o tempo, movimentos sociais se organizaram para lutar pelo direito à saúde, integrando uma demanda maior por direitos fundamentais, o que culminou na Reforma Sanitária da década de 1980 e na ampliação do conceito de saúde como direito universal.¹

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi elevada ao *status* de direito constitucional e de prestação obrigatória pelo Estado brasileiro, sendo inserida, pela primeira vez, no rol de direitos sociais². Além da prestação estatal, a CF/88 também permitiu que o setor privado atuasse de forma suplementar (art. 197)³. Dessa forma, a Carta Magna se tornou um marco ao estabelecer a saúde como um direito social normativo. Tal avanço foi inspirado, em grande medida, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948, cujo art. 25 dispõe:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle⁴.

¹ PITTA, Aurea Maria da Rocha. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.127-130, 2010

² Art. 6, *caput*, da Constituição Federal de 1988: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

³ Art. 197 da Constituição Federal de 1988: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

⁴ UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**: Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.

A leitura do artigo revela a preocupação do legislador em assegurar a todos as condições essenciais para o exercício do direito à saúde, permitindo o acesso igualitário a uma vida digna e de qualidade. Todavia, subsiste certa controvérsia quanto à classificação dos direitos sociais como fundamentais, uma vez que estão situados fora do Capítulo I (Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos), do Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais) da Constituição Federal de 1988. Por essa razão, parte da doutrina, em especial Jorge Reis Novais, questiona se tais direitos podem ser considerados fundamentais.

Novais⁵, ao abordar a natureza dos direitos fundamentais, argumenta que a interpretação restritiva da Constituição e a persistência de uma visão liberal-individualista levam a um entendimento de que os direitos sociais seriam apenas normas programáticas e não fundamentalmente vinculativas. Assim, apesar de estarem positivados na Constituição brasileira, os direitos sociais enfrentam resistência quanto à sua justicabilidade plena, sendo considerados por muitos como dependentes da vontade política e orçamentária, o que limita sua efetividade e reconhecimento como direitos fundamentais no mesmo patamar dos direitos civis e políticos.

Todavia, ao considerar os direitos sociais como normas programáticas, sua efetivação acaba subordinada a fatores econômicos e políticos, comprometendo o caráter fundamental desse direito. No contexto brasileiro, isso pode resultar em um sistema de saúde onde a proteção constitucional à saúde é vista como uma diretriz a ser cumprida conforme a conveniência do orçamento público, e não como um direito exigível diretamente pelos cidadãos.

Para Ingo Wolfgang Sarlet⁶, mesmo que o direito à saúde não estivesse explicitamente previsto no texto constitucional, ele ainda poderia ser reconhecido como um direito fundamental implícito, como ocorre em outros ordenamentos jurídicos, como o alemão. Isso se deve ao fato de que a proteção ao direito à saúde pode ser extraída da salvaguarda de outros direitos fundamentais, como o direito à vida, à dignidade da pessoa humana e à preservação do meio ambiente.

⁵ NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos sociais:** teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Coimbra: Coimbra Editora, 2010, p. 75-81.

⁶ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. In KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Sílvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (orgs.). **As Ações Judiciais no SUS e a Promoção do Direito à Saúde**. São Paulo: Instituto da Saúde: 2009. p. 28-29

Esse raciocínio coaduna com o conceito de “intersectorialidade” consagrado na Declaração de Alma-Ata⁷, que sugere que a efetivação do direito à saúde, compreendida como garantia de uma qualidade mínima de vida, não depende exclusivamente do setor de saúde, mas de políticas públicas abrangentes que busquem superar desigualdades sociais e promover o desenvolvimento pleno da personalidade, com um compromisso para com as gerações futuras.

Robert Alexy⁸, ao trabalhar as características de fundamentalidade, distingue a proteção dos direitos fundamentais sob duas perspectivas: formal e material. A fundamentalidade formal refere-se à sua constitucionalização, garantindo que esses direitos tenham *status* superior ao restante do ordenamento jurídico, possuindo natureza supralegal, classificados como cláusulas pétreas e sejam de aplicabilidade imediata, vinculando tanto entes públicos quanto privados.

Por sua vez, a fundamentalidade material diz respeito ao conteúdo desses direitos, que constituem a base estrutural do Estado e da sociedade. É possível que a fundamentalidade material não esteja necessariamente ligada à formalidade constitucional, permitindo a abertura da Constituição para o reconhecimento de outros direitos fundamentais não explicitamente mencionados, mas que podem ser inferidos de seu conteúdo normativo⁹.

Assim, o direito à saúde deve ser interpretado de maneira constitucionalmente adequada, tanto sob a ótica da fundamentalidade formal quanto material, e em consonância com o conjunto dos direitos sociais, garantindo sua efetividade e proteção no ordenamento jurídico brasileiro¹⁰.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou o principal marco das reivindicações sociais ao considerar a saúde como um direito fundamental, ampliando o debate sobre o tema, envolvendo diversos segmentos da sociedade, e definindo a saúde como essencial para a cidadania. As discussões dessa conferência serviram como base para os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS), até hoje considerado o maior marco de inclusão social do Brasil¹¹. Diante disso, é fundamental destacar o conteúdo do art. 6º da Constituição, que dispõe:

⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ. **Declaração de Alma-Ata**, s.d. Disponível em: <https://mpce.mp.br/pro-saude/cartas-e-declaracoes-em-defesa-da-saude/declaracao-de-alma-ata/>.

⁸ ALEXY, Robert. Teoria dos direitos fundamentais. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008. P. 292/293

⁹ CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 4 ed. Coimbra: Livraria Almedina, s.d. p. 372-373.

¹⁰ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**. V. 1, n.1: outubro a dezembro de 2007 p.171-213.

¹¹ FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v.12, n.1, p.1-17, jan.2020.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição¹².

Conforme destacado por Souza¹³, a Constituição de 1988 introduziu uma nova ordem político-institucional no país, pautada em um Estado democrático que prioriza a proteção social, atribuindo à saúde o *status* de direito social de cidadania. O Estado, assim, tornou-se juridicamente obrigado a promover e prestar serviços de saúde. Além disso, destaca-se que o princípio da dignidade da pessoa humana está intrinsecamente relacionado ao direito à saúde, pois este visa garantir que todos possam desfrutar de uma vida digna. Sobre o princípio fundamental previsto no art. 1º, inciso III, da Constituição, Chimentti *et. al.* afirmam, “(...) uma vez que o princípio da dignidade da pessoa humana se volta à garantia do conforto existencial das pessoas, o direito à saúde trata de um dos principais vetores aptos a garantir tal finalidade”¹⁴.

Os autores também observam que “(...) a dignidade da pessoa humana só existe na medida em que estejam garantidos os direitos que atendem às necessidades humanas, e não apenas sua liberdade”¹⁵. Assim, o direito à saúde é um componente essencial para uma vida digna e de qualidade, ligado diretamente à efetivação do próprio direito à vida.

Nesse contexto, Nascimento entende que o direito à saúde, enquanto obrigação estatal, foi alçado à condição de cláusula pétrea (art. 60, §4º, CF/88), sendo, portanto, imutável por emenda constitucional. Tupinambá M.C Nascimento destaca que:

(...) O direito social à saúde, a ser prestado pelo Estado, categoriza-se como cláusula pétrea, por se afigurar como direito e garantia individual implícito. Aparecem como direitos individuais explícitos e, via de consequência, intocáveis por emendas constitucionais, o direito à vida (art. 5º, *caput*) e o direito à integridade física (art. 5º, XLIX). No exame sistêmico do texto constitucional, incompreensível seria garantir-se como cláusulas pétreas, a vida e a integridade física do homem e não se garantir a saúde com a mesma eficácia de cláusula intocável por emendas constitucionais, visto que a saúde, destutelada, pode levar inclusive à morte. A proteção estatal da saúde decorre dos princípios adotados pela Carta e, como resultado, é limitação material implícita a obstar sua abolição, ou redução, por emenda constitucional¹⁶.

¹²BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

¹³ SOUZA, Jordana. M. PIRES, Danielle S. Relatório da pesquisa coletiva de jurisprudência “Judicialização da Saúde”. In: PIRES, Danielle S. AGUIAR, Livia C. SOUZA, Jordana M. (Coord.) **Judicialização da Saúde Suplementar**. Belo Horizonte: Unimed-BH. 2012. P. 121/155.

¹⁴ CHIMENTI, Ricardo C. CAPEZ, Fernando. ROSA, Márcio F. E. SANTOS, Marisa F. **Curso de Direito Constitucional**. 6. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 120.

¹⁵ CHIMENTI, Ricardo C. CAPEZ, Fernando. ROSA, Márcio F. E. SANTOS, Marisa F. **Curso de Direito Constitucional**. 6. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 120.

¹⁶ NASCIMENTO, Tupinambá M. C. **Comentários à Constituição Federal: direitos e garantias fundamentais: artigos 5º a 17**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997, p. 47.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 consolidou o direito à saúde como um direito fundamental, atribuindo ao Estado a responsabilidade de sua garantia por meio do Sistema Único de Saúde. O SUS se tornou, assim, um marco essencial na promoção da inclusão social e na concretização do acesso universal e igualitário à saúde, atuando como o principal instrumento de efetivação desse direito.

No entanto, apesar de seus avanços, o sistema enfrenta limitações estruturais e orçamentárias que afetam sua capacidade de atender integralmente às demandas da população. Nesse contexto, a saúde suplementar oferece um atendimento complementar ao SUS, ampliando o acesso a serviços de saúde e suprimindo lacunas que o sistema público não consegue preencher.

2.2 O Sistema Único de Saúde: suas limitações e a necessidade da saúde complementar

Considerando o novo *status* do direito à saúde como um direito social inserido entre as cláusulas pétreas da Constituição, tornou-se essencial que esse direito fosse regulamentado por meio de uma política pública voltada para o atendimento universal, assegurando todas as garantias trazidas pela Constituição. Cabendo ao Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, a responsabilidade de formular políticas de saúde destinadas a promover, nos âmbitos econômico e social, a inclusão de indivíduos, famílias, empresas e da sociedade como um todo nas atividades de prestação de serviços de saúde.¹⁷

Por meio do SUS, foi possível o desenvolvimento e a promoção de prestação universal do direito social à saúde pelo Estado, serviço este que anteriormente era prestado apenas aos empregados beneficiários da Previdência Social, de maneira que o restante da população deveria recorrer à assistência de entidades filantrópicas.

De acordo com Tanaka, o novo modelo teria como inspiração o *National Health Service* (NHS), como é chamado o sistema de saúde do Reino Unido, implementado em 1948 sob os princípios de universalidade, equidade e integralidade¹⁸. Nesse sentido, seguindo a mesma linha do NHS da Inglaterra, os princípios balizadores do Sistema Único de Saúde, disponíveis dentre

¹⁷ HEINZMANN, C.; MARQUES, C. A.; SILVA, V. H. H. G. Direito fundamental à saúde: o papel do Estado na política de saúde. Revista FSA, v. 27, n. 122, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/direito-fundamental-a-saudeo-papel-do-estado-na-politica-de-saude/>. Acesso em: 25 set. 2024.

¹⁸ TANAKA, Oliveira VE ou. **Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS.** Saude Soc 2007; 16(1):7-17.

outros canais, no sítio eletrônico do Ministério da Saúde do Brasil: a Universalização, a Equidade e a Integralidade¹⁹. Esses três princípios são fundamentais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde no Brasil, uma vez que estabelecem as diretrizes básicas para a prestação de serviços de saúde à população.

O princípio da Universalização garante que todos os cidadãos têm o direito de acessar os serviços de saúde, independentemente de sua situação socioeconômica ou localização geográfica. Esse direito, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, configura a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado, exigindo a implementação de políticas públicas que assegurem o acesso amplo e irrestrito a toda a população. Ruben Araujo de Mattos entende que a universalidade do direito à saúde pode ser interpretada de duas formas distintas: uma ampla, que garante a todos o direito à saúde de maneira geral, e outra mais restrita, que trata especificamente do acesso aos serviços de saúde²⁰.

Haveria, nessa linha de intelecção, uma diferença entre o ideal defendido pelo movimento sanitário e o compromisso possível alcançado na constituinte, destacando a obrigação do Estado de implementar políticas econômicas e sociais para assegurar esse acesso. Seria, portanto, uma injustiça privar alguém de cuidados de saúde devido à falta de recursos financeiros, sendo o princípio da universalidade no acesso aos serviços de saúde uma tese ético-política central na atuação do Estado.

Por sua vez, o princípio da equidade complementa a universalidade ao estabelecer que os indivíduos devem ser tratados de forma desigual na medida de suas diferenças, visando promover a justiça social. No contexto do SUS, isso significa que grupos vulneráveis, como populações marginalizadas ou em condições precárias, devem receber atenção especial para que as desigualdades sejam corrigidas e todos tenham igualdade de oportunidades no acesso aos serviços de saúde.²¹ Juridicamente, esse princípio embasa a criação de políticas afirmativas e programas específicos para garantir que esses grupos recebam o cuidado necessário, reforçando a proteção dos direitos sociais.

¹⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde - SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus#:~:text=Princ%C3%ADpios%20do%20SUS&text=A%20sa%C3%BAde%20%C3%A9%20um%20direito,outros%20caracter%C3%ADsticas%20sociais%20ou%20pessoais>.

²⁰ MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GCvzrJvLB3rq8cnvRQpPC9H/>. Acesso em: 25 set. 2024.

²¹ BRASIL. **Ministério da Saúde. Equidade em Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude>. Acesso em: 22 set. 2024.

Por fim, o princípio da Integralidade estabelece que a atenção à saúde deve abranger todas as etapas de cuidado, desde a promoção de saúde e prevenção de doenças até o tratamento e reabilitação²². A integralidade reflete o dever do Estado de oferecer um sistema de saúde completo e interligado, capaz de atender às diversas necessidades da população em diferentes níveis de complexidade.

No âmbito jurídico, esse princípio reforça a obrigação estatal de garantir não apenas o acesso aos serviços, mas a continuidade e a qualidade dos cuidados, promovendo uma resposta eficaz e coordenada às demandas de saúde pública. Conforme observou Mattos²³, o princípio da integralidade pode ser traduzido em reconhecer que as práticas de cuidado (no âmbito da saúde) são necessariamente intersubjetivas, e que devem se pautar por uma perspectiva dialógica para a determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas.

Assim, Universalização, Equidade e Integralidade formam a base jurídica e ética do SUS, sendo indispensáveis para a concretização do direito à saúde no Brasil como um dever do Estado. Na espécie, a criação do SUS transformou radicalmente a realidade do Brasil, garantindo a todos os cidadãos, independentemente de suas condições, pelo menos no plano ideal, o direito à assistência à saúde. Embora o sistema enfrente desafios, é amplamente reconhecido como um modelo internacional de prestação de saúde, abrangendo desde cuidados básicos até procedimentos de alta complexidade, sem qualquer custo direto para os usuários.²⁴

Contudo, apesar da previsão constitucional e legal (conforme disposto nos arts. 4º e 5º da Lei nº 8.080/90²⁵), o Sistema Único de Saúde enfrenta na prática inúmeros obstáculos que impedem seu funcionamento pleno conforme o delineado no ordenamento jurídico. Entre os principais entraves, destaca-se o principal: a falta de investimentos adequados no setor. Nessa perspectiva, Vasconcelos e Pasche pontuam que o SUS vive uma contradição entre o que está garantido constitucionalmente e o que de fato se concretiza²⁶.

²² ALVES, Lisiane Rodrigues. A dicotomia do princípio da integralidade do SUS. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, 6(1):153-166, jan./mar, 2017.

²³ MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.

²⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS é modelo de saúde pública para o mundo**. Portal Gov.br, 17 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-e-modelo-de-saude-publica-para-o-mundo>. Acesso em: 22 set. 2024.

²⁵ BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

²⁶ VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

A falta de estrutura do Estado para oferecer os serviços do SUS em tempo hábil para todos leva parte significativa da população a recorrer à rede privada, arcando com valores elevados. Esse cenário afeta especialmente os idosos, que, com o aumento da longevidade e as condições próprias da idade, se tornam os principais usuários desses serviços.

No que diz respeito à questão da insuficiência de recursos financeiros do SUS, Frascati observa que os direitos sociais, ao serem positivados, impõem obrigações aos poderes constituídos, em diferentes esferas²⁷. Embora não seja possível predeterminar como se dará a concretização dos direitos sociais, a margem de discricionariedade dos poderes públicos não é ilimitada no que se refere à sua implementação.

Assim, os direitos fundamentais sociais, por serem de cumprimento obrigatório pelo Estado, devem repercutir diretamente no orçamento público, que deveria ser o meio de viabilização financeira das escolhas políticas fundamentais. Não é razoável subordinar a concretização dos direitos sociais a simples decisões orçamentárias de caráter político, uma vez que isso comprometeria a força normativa da Constituição, permitindo que os poderes constituídos frustrassem a efetivação dos preceitos constitucionais por meio da não alocação de recursos, sob o argumento falacioso de escassez financeira²⁸.

Desse modo, ainda que o Poder Público enfrente limitações orçamentárias e desafios administrativos, sua obrigação de garantir os meios para a realização dos direitos fundamentais permanece inalterada. A implementação desses direitos deve considerar as condições práticas, mas não pode ser negligenciada. Assim, o Estado deve buscar soluções que respeitem a gradualidade imposta pela realidade econômica, ao mesmo tempo em que prioriza políticas públicas que reduzam desigualdades e aumentem o acesso aos direitos fundamentais.

Dessa forma, o Poder Público equilibra a responsabilidade pela efetivação dos direitos com a necessidade de adequação aos recursos disponíveis, sem, contudo, abandonar seu compromisso constitucional. Conforme observou Vianna, a alegação da escassez de recursos deve ser demonstrada mediante a apresentação do planejamento, dotação orçamentária e

²⁷ FRASCATI, Jacqueline Sophie P. G. Força jurídica dos direitos sociais, econômicos e culturais. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. vol. 63. p. 81. São Paulo: Ed. RT, abr. 2008. p. 102-105

²⁸ FRASCATI, Jacqueline Sophie P. G. Força jurídica dos direitos sociais, econômicos e culturais. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. vol. 63. p. 81. São Paulo: Ed. RT, abr. 2008. p. 102-105

aplicação dos recursos que torne inexecutável a realização e concretização do núcleo não essencial²⁹.

No mesmo contexto, para concretizar o direito fundamental à saúde pelo SUS, é evidente que a plena efetivação encontra-se comprometida em razão da limitação orçamentária, de modo que a implementação de cada direito - em especial o da saúde - exige altos investimentos públicos, o que faz com que a escolha de quais direitos serão efetivamente concretizados fique a cargo da discricionariedade governamental. Na espécie, algumas correntes doutrinárias como a de Lins³⁰ defendem que a efetivação do direito à saúde, um dos direitos fundamentais de natureza social, está condicionada às limitações financeiras do Estado, tese essa conhecida como a reserva do possível.

Assim, compreende-se que os direitos a prestações sociais não são de aplicação imediata, sendo condicionados às restrições orçamentárias. O Estado deve observar sua capacidade financeira para arcar com os custos associados ao cumprimento dessas obrigações sociais, a fim de evitar a escassez de recursos. Nessa mesma linha de raciocínio, o jurista Ingo Sarlet³¹ sustenta que, no contexto brasileiro, a reserva do possível atua como um limitador duplo – tanto jurídico quanto prático – da efetivação dos direitos sociais.

Liana Cirne Lins³² compartilha dessa visão, destacando que o princípio da reserva do possível funciona como uma “desautorização prévia e genérica” dos direitos fundamentais de natureza prestacional.

Além disso, conforme argumenta Ana Paula de Barcellos³³, a reserva do possível refere-se à limitação dos recursos realmente disponíveis, diante das necessidades que o Estado deve atender. Nesse sentido, a reserva do possível tem sido amplamente utilizada como justificativa para o subfinanciamento ou, em casos extremos, o descumprimento das obrigações estatais de

²⁹ VIANNA, Geraldo Luiz. **Judicialização da saúde suplementar**: a concepção do “direito como integridade” contra a discricionariedade judicial. 2013. Pouso Alegre- MG: FDSM, 2013. Disponível em: <http://iess.org.br/cms/rep/1lugardireito_raxdb8gh.pdf>. P. 34-36

³⁰ LINS, Liana Cirne. **A justiça da saúde dos direitos fundamentais sociais**: uma avaliação crítica do tripé denegatório de sua exigibilidade e da concretização constitucional seletiva. Senado Brasília, a. 46 n. 182 abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/194915>> Acesso em: 27 de set. 2024. p. 61

³¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional. 11ª edição, Porto Alegre, Livraria do Advogado Editora, 2012, p. 280-306.

³² LINS, Liana Cirne. **A justiça da saúde dos direitos fundamentais sociais**: uma avaliação crítica do tripé denegatório de sua exigibilidade e da concretização constitucional seletiva. Senado Brasília, a. 46 n. 182 abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/194915>> Acesso em: 27 de set. 2024. p. 62.

³³ BARCELLOS, Ana Paula de. **Comentários à Constituição Federal de 1988**. Coordenadores científicos: Paulo Bonavides, Jorge Miranda, Walber de Moura Agra. Rio de Janeiro: Forense, 2009. P. 236 e 248

concretizar os direitos fundamentais, devido às restrições impostas ao uso dos recursos públicos, conforme apontado por Azevedo, Almeida e Portes³⁴.

No entanto, é fundamental rejeitar a ideia de que a reserva do possível seja uma barreira intransponível, sob pena de comprometer a efetivação dos direitos sociais, que estão entre os mais custosos dentre os direitos e garantias fundamentais assegurados pela Constituição de 1988. Além disso, limitar a concretização dos direitos sociais com base na reserva do possível parte do pressuposto de que o Estado nunca terá recursos suficientes, conferindo um caráter quase místico a esse princípio, conforme critica Lins³⁵.

Em outra perspectiva, além da questão orçamentária, outro fator que tem contribuído para a sobrecarga e insuficiência do SUS é o fenômeno da “medicalização da vida”, impulsionado pela lógica de mercado global. Essa dinâmica faz com que os cidadãos acreditem que a solução para todos os problemas de saúde reside em medicamentos, tratamentos médicos e procedimentos cirúrgicos, criando uma demanda exacerbada por serviços de saúde. Fausto P. Santos exemplifica essa situação ao afirmar que, na indústria farmacêutica, um medicamento seria composto por 1% de ciência e 99% de *marketing*, destacando o papel da publicidade na criação de um mercado consumidor amplamente dependente de soluções farmacológicas³⁶.

Entretanto, conforme observou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o crescimento simultâneo dos dois modelos de saúde existentes (público e privado) fomentou um falso paradoxo, baseado numa falsa dicotomia: por um lado, a expansão dos planos privados justificava-se pela insuficiência do modelo público, do SUS, por outro, o avanço das políticas de tendência neoliberal, seria a causa da substituição do sistema público pelo de mercado³⁷. Dessa forma, a dicotomia entre saúde pública e suplementar seria ilusória, pois, em vez de serem sistemas opostos ou concorrentes, eles coexistem e se complementam, com o setor suplementar servindo de apoio e não de substituição ao SUS.

³⁴ AZEVEDO, Eder Marques de; ALMEIDA, Gustavo Barçante de; PORTES, Paola Alvarenga. O mito da teoria da reserva do possível: os impasses do orçamento público para o desenvolvimento dos direitos sociais. **Direito e Desenvolvimento**, v. 4, n. 8, p.33-57, 5 de jun. de 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unipe.br/index.php/direitoedesenvolvimento/article/download/233/215/696>> Acesso em 27 de set. 2024.

³⁵ LINS, Liana Cirne. **A justiciabilidade dos direitos fundamentais sociais**: uma avaliação crítica do tripé denegatório de sua exigibilidade e da concretização constitucional seletiva. Senado Brasília, a. 46 n. 182 abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/194915>> Acesso em: 27 de set. 2024. p. 62.

³⁶ SANTOS, Fausto P. MALTA, Deborah C. MERHY, Emerson E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, set/out 2008. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/n4wgfWsp6Z8Gs6sLcfwcz4F/>>. Acesso em 23 set. 2024.

³⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 9 – 10.

Ademais, considerando o cenário caótico em que o direito fundamental à saúde é concretizado pelo Estado, surge a necessidade de uma participação de entes privados como forma de ampliar o acesso aos serviços de saúde, o que pode se dar tanto pela saúde complementar quanto pela saúde suplementar, setores que não se confundem. A saúde complementar diz respeito às ações ou serviços que complementam as atividades do Sistema Único de Saúde, sobretudo por meio de convênios e parcerias com o setor privado, visando desafogar o sistema público e garantir maior capilaridade no atendimento.³⁸

É necessário salientar que essa participação de entes privados na saúde complementar tem como prioridade a atuação de entidades filantrópicas, sobretudo em razão da diminuição de custos. Nesse modelo, os cidadãos são atendidos pelo SUS normalmente, sem desembolsar nada à iniciativa privada, sendo que em muitas das vezes, o paciente nem tem conhecimento de que está sendo atendido por prestadores de serviço privados.

Por sua vez, a saúde suplementar abrange a assistência prestada exclusivamente pela iniciativa privada, por meio de planos de saúde que os indivíduos ou empresas contratam. Esses planos atuam de forma paralela ao SUS, oferecendo uma alternativa de atendimento mediante pagamento, sendo regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Portanto, enquanto a saúde complementar é uma extensão direta do SUS para melhorar sua capacidade de atendimento, a saúde suplementar apresenta-se como uma via alternativa de acesso à saúde para aqueles que podem arcar com os custos dos serviços privados.

Assim, embora a saúde suplementar se apresente como uma alternativa viável e regulada ao atendimento pelo SUS, surgem desafios relevantes relacionados à sua judicialização, particularmente quanto às normas e diretrizes estabelecidas pela Agência ANS. Nem sempre o Poder Judiciário é preciso ao aplicar essas normas, o que gera decisões que podem extrapolar o escopo previamente regulado e impactar o equilíbrio entre os direitos dos beneficiários e a sustentabilidade financeira das operadoras de saúde. Esses conflitos refletem a complexidade da atuação judicial na saúde suplementar, evidenciando um campo de tensão entre a proteção do consumidor e a previsibilidade das relações contratuais, essencial para o setor.

³⁸ Saúde Suplementar e Complementar: qual a diferença?. **Blog Carefy**, 26 set. 2024. Disponível em: <https://blog.carefy.com.br/index.php/saude-suplementar-e-complementar/>. Acesso em: 26 set. 2024.

2.3. A assistência suplementar à saúde: diferenças entre o público e o privado

A rede de saúde suplementar brasileira ocorre desde meados da década de 1920, conforme aponta Bottesini³⁹. A primeira legislação relevante ao setor foi a Lei Eloy Chaves, de 1923, posteriormente complementada pelo Decreto-Lei nº 73, de 1966⁴⁰, que regulamentou o setor de seguros gerais, incluindo o seguro-saúde nos artigos 129 e 130. Esse Decreto-Lei, datado de 21 de novembro de 1966, instituiu o “Sistema Nacional de Seguros Privados”, que trouxe normas específicas para o seguro-saúde que tinha como objetivo garantir o reembolso ou o pagamento direto das despesas médicas e hospitalares dos segurados.

No entanto, em relação às operadoras, que até então faziam parte de grupos econômicos ligados a instituições financeiras, é importante destacar que essas instituições não estavam autorizadas a oferecer os serviços de saúde por meio de redes próprias.

Maury A. Bottesini⁴¹ explica que, diante da oferta de coberturas para procedimentos de saúde, os médicos que atuavam na rede privada perceberam que estavam obtendo menos lucro ao prestarem seus serviços às operadoras por valores inferiores aos que poderiam cobrar diretamente dos pacientes. Assim, esses profissionais identificaram que seria mais vantajoso criar sua própria carteira de clientes, o que, atualmente, corresponde às chamadas Cooperativas Médicas. Esse modelo de prestação de serviços assistenciais foi pioneiramente implementado pelo “Sistema Unimed”, no ano de 1967, sob a justificativa de que o sistema de saúde pública (INPS) estava eivado de problemas, bem como as empresas de medicina de grupo que, por sua vez, visavam o lucro e não a saúde dos beneficiários⁴².

Com o desenvolvimento acelerado do setor de saúde suplementar e as mudanças econômicas, políticas e sociais que marcaram a década de 1980, o mercado de planos de saúde privados no Brasil experimentou um crescimento sem precedentes entre meados da década de 1980 e 1995. Esse aumento significativo ocorreu, em grande parte, devido à falta de uma regulamentação específica voltada para o setor, como aponta Costa:

³⁹ BOTTESINI, Maury A. Contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde – princípios básicos da atividade – suporte jurídico-legal e constitucional. In: CARNEIRO, Luiz A. F. (Org.). **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 49.

⁴⁰ BRASIL. **Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0073.htm.

⁴¹ BOTTESINI, Maury A. Contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde – princípios básicos da atividade – suporte jurídico-legal e constitucional. In: CARNEIRO, Luiz A. F. (Org.). **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 49.

⁴² NIMED Fesp. **Nossa história: o nascimento do Sistema Unimed**. Unimed Fesp: 50 anos cooperando para a saúde, 2024. Disponível em: <https://50anos.unimedfesp.coop.br/nossa-historia>. Acesso em: 26 set. 2024.

(...)

O mercado de planos privados de assistência à saúde no Brasil desenvolveu-se em um contexto institucional de baixa regulação, até fins da década de 1990, a despeito dos incentivos de natureza fiscal e da ausência de barreiras de entrada e saída para novas empresas.

(...)

Em decorrência da baixa regulamentação da área em tal época, as operadoras de planos de saúde agiam de modo muitas vezes temerário quanto às coberturas assistenciais a serem fornecidas aos usuários, além de não existirem normas limitando os modos de rescisão contratual, carência, valores cobrados dos consumidores, dentre inúmeros fatores que enlaçam um vínculo contratual⁴³.

Nesse contexto, conforme explicam Pinto e Soranz⁴⁴, nesse contexto, conforme explicam Pinto e Soranz, as operadoras de planos de saúde privados inicialmente operavam de forma independente e sem restrições regulatórias, determinando as coberturas assistenciais exclusivamente nos contratos firmados com os beneficiários.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado assumiu o papel de fiscalizar e estabelecer regras para a saúde suplementar, visando proteger os contratos e garantir o equilíbrio nas relações entre operadoras e usuários, em sua maioria hipossuficientes, assegurando maior segurança jurídica e transparência nesse setor. A esse respeito, Marlus K. Riani destaca as discussões que culminaram na criação desse marco legal:

A Constituição da República de 1988 sedimentou a presença da iniciativa privada na prestação de serviços à saúde, registre-se, de forma suplementar, não ficando ela sujeita ao ordenamento próprio do serviço público. A saúde suplementar submete-se precipuamente às regras gerais de direito privado. Mas foi com o advento da Lei n. 9656/98 que se passou a ter no Brasil um marco regulatório em relação à saúde suplementar. Ele trouxe para o sistema jurídico um conjunto específico de direitos, deveres e responsabilidades para as pessoas que compõe esse mercado, quais sejam beneficiários, operadoras de planos e prestadores de serviços⁴⁵.

Nesse contexto, conforme apontam Bottesini e Machado⁴⁶, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) foi uma das principais responsáveis pela elaboração do projeto de lei que deu origem à Lei dos Planos de Saúde (PLS nº 93/1993⁴⁷). Essa entidade

⁴³ COSTA, Nilson R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5 set/out, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/H3fqcX34LtX8XzF3Mw9Q5Wv/>> Acesso em: 26 set. 2024.

⁴⁴ PINTO, Luiz F.; SORANZ, Daniel R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, jan.2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vfcVm7DNT5n5jWQVzHQHRdC/abstract/?lang=pt> Acesso em: 26 set. 2024.

⁴⁵ RIANI, Marlus K. Inaplicabilidade da Lei 9.656/98 aos contratos antigos. In: PIRES, Danielle S. AGUIAR, Livia C. SOUZA, Jordana M. **Judicialização da Saúde Suplementar**. Belo Horizonte: Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., 2008, P. 77.

⁴⁶ BOTTESINI, Maury A.; MACHADO, Mauro C. **Lei dos Planos e Seguros de Saúde**: comentada artigo por artigo. 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, P. 92.

⁴⁷ BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 93, de 1993**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/27148>.

desempenhou um papel fundamental na definição dos conceitos essenciais que nortearam a regulamentação das atividades das empresas que operam nesse setor.

A importância das mudanças trazidas pela promulgação da Lei dos Planos de Saúde é indiscutível. Esse diploma legislativo proporcionou maior segurança jurídica aos beneficiários, protegendo-os contra práticas arbitrárias das seguradoras, além de representar um verdadeiro marco regulatório para tal importante e complexa atividade econômica⁴⁸. Antes da regulamentação, o setor enfrentava diversos problemas, como exclusões significativas na cobertura da maioria dos planos, o que permitia a oferta de opções desfavoráveis aos usuários. Assim, é evidente que tal normativa estabeleceu diretrizes fundamentais, de cumprimento obrigatório pelas seguradoras, muitas delas voltadas à proteção dos usuários.

Embora a Constituição preveja a responsabilidade do Poder Público em regulamentar o setor privado de assistência à saúde, houve um intervalo de quase dez anos entre a promulgação da Constituição de 1988 e a criação da Lei nº 9.656/98, que finalmente regulamentou o setor. Esse período de inatividade trouxe grandes prejuízos aos usuários dos planos de saúde, devido à falta de normas que garantissem um controle efetivo por parte do Estado, conforme aponta Cláudia Lima Marques:

Nestes anos em que o Estado se esquivou de seus deveres, deu-se a formação de uma grande lacuna. O cidadão brasileiro ficou sem alternativas: submetia-se às imposições das empresas de convênios médicos ou ficava sem a prestação do serviço. A ausência de controle do Estado sobre as atividades das operadoras de convênio médicos, somada ao imenso volume de associados por contratos de adesão, resultou na hipertrofia da vontade do fornecedor de serviços. O desequilíbrio contratual tornou-se regra. Diante da torpeza na edição destas leis, o Poder Judiciário foi cada vez mais suscitado para decidir conflitos que poderiam ter sido evitados⁴⁹.

Ao analisar a Lei nº 9.656/98 é possível observar a preocupação do legislador em criar um diploma normativo de fácil entendimento tanto para as operadoras de planos quanto para os beneficiários. Nesse contexto, o inciso I do Art. 1º da Lei dos Planos de Saúde, define o conceito de plano privado de assistência à saúde como uma prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, com preço pré ou pós-estabelecido e prazo indeterminado⁵⁰. Sua finalidade é garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde por meio de acesso e

⁴⁸ RIANI, Marlus K. Inaplicabilidade da Lei 9.656/98 aos contratos antigos. In: PIRES, Danielle S. AGUIAR, Livia C. SOUZA, Jordana M. **Judicialização da Saúde Suplementar**. Belo Horizonte: Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., 2008, p. 80.

⁴⁹ MARQUES, Claudia Lima et al (coord). **Saúde e Responsabilidade**: seguros e planos de assistência privada à saúde. Biblioteca de Direito do Consumidor – v.13. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 17.

⁵⁰ BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm

atendimento com profissionais ou serviços de saúde escolhidos pelo consumidor, seja de uma rede credenciada, contratada ou referenciada.⁵¹

Conforme previsto no referido dispositivo legal, o Plano Privado de Assistência à Saúde é um contrato pelo qual o beneficiário tem acesso a serviços médicos, hospitalares e odontológicos, que devem ser oferecidos pelas operadoras de planos de saúde de forma contínua e sem restrições financeiras, mediante pagamento previamente ou posteriormente acordado.

Nesse sentido, o § 1º esclarece que os planos de saúde não se limitam à simples cobertura de assistência médica, hospitalar e odontológica, mas também oferecem ao usuário a possibilidade de reembolso por despesas não cobertas, em casos de urgência ou emergência⁵². Além disso, o inciso II do artigo 1º define as operadoras como “(...) pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo”⁵³.

Nessa linha, Pasqualotto conceitua as operadoras de planos de saúde como pessoas jurídicas de direito privado, com liberdade de forma societária, que se dedicam a captar e administrar os recursos necessários ao custeio das atividades de assistência à saúde do consumidor, prestando-as diretamente ou por intermédio de terceiros⁵⁴. É importante destacar que todas as operadoras de planos privados de saúde, independentemente de sua modalidade, devem estar registradas na ANS para operar no setor, conforme explica Marlus K. Riani:

A constituição da República de 1988 assegurou, no art. 170, parágrafo único, o livre exercício a qualquer atividade econômica, contudo, nos casos previstos em lei, é necessária a obtenção de autorização do órgão público. Nessa situação se enquadra toda empresa ou entidade que pretende desenvolver atividade econômica no ramo de saúde suplementar, devendo, obrigatoriamente, solicitar registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (...) ⁵⁵.

Além disso, o inciso III do art. 1º da mencionada Lei define “carteira” como “o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades tratadas no inciso I e no § 1º deste artigo, com todos os direitos e

⁵¹BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm

⁵²BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm

⁵³BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

⁵⁴ PASQUALOTTO, Adalberto. Conceitos fundamentais do Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima (org.); MIRAGEM, Bruno (org.). **Direito do consumidor**: fundamentos do direito do consumidor, v. I. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, (Doutrinas Essenciais; 1), p. 41.

⁵⁵ RIANI, Marlus K. **Plano de Saúde: aspectos legais e contratuais**. Belo Horizonte: SINCOOMED, 2011. p. 60.

obrigações nele contidos”⁵⁶. Em outras palavras, trata-se do grupo de beneficiários que fazem parte das diversas modalidades de planos de saúde oferecidos pelas operadoras.

Diante desses conceitos, fica claro que a Lei dos Planos de Saúde teve um papel crucial ao definir a abrangência do sistema de saúde suplementar no Brasil, estabelecendo de forma clara o objeto da relação entre operadoras e beneficiários. A partir da promulgação da Lei nº 9.656/98, o setor passou a contar com regulamentação específica, eliminando a necessidade de recorrer a normativas de outros ramos do Direito, como acontecia anteriormente no caso dos seguros-saúde⁵⁷.

Além dos conceitos mencionados, tal normativa trouxe uma série de disposições relacionadas aos direitos dos consumidores de planos de saúde e reafirmou o dever das operadoras de atuar em estrita conformidade com as resoluções da ANS. Um exemplo claro disso é o art. 10, que introduziu o chamado “plano-referência”, conforme é possível ver a seguir:

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

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

III - inseminação artificial;

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

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

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

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

VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar; (Revogado pela Medida Provisória no 2.177-44, de 2001)

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

⁵⁶BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

⁵⁷ BOTTESINI, Maury A.; MACHADO, Mauro C. **Lei dos Planos e Seguros de Saúde**: comentada artigo por artigo. 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, p. 92.

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente⁵⁸.

A partir da análise do *caput* do referido artigo, é possível inferir que o legislador buscou proteger os beneficiários de planos de saúde contra possíveis decisões arbitrárias das operadoras, ao estabelecer um padrão de observância obrigatória.

Nesse contexto, destaca-se a previsão de atualização periódica do Rol de Procedimentos pela ANS e a sua natureza jurídica (exemplificativo ou taxativo), temática a ser abordada posteriormente em capítulo próprio. Entretanto, embora as disposições tenham o claro objetivo de proteger os usuários, foram previstas algumas exclusões de cobertura, que não são de responsabilidade das operadoras. Como afirmam Bottesini e Machado:

Os itens I a [VII] do art. 12 da Lei 9.656/98 têm, sem exceção, como piso único, o plano referência instituído pelo art. 10 da Lei. Pode-se dizer que a lei não autoriza o registro nem a comercialização de produto, plano ou seguro, que não esteja acima do limite imposto pelo plano-referência, de oferecimento obrigatório e com prova escrita da oferta a todos os consumidores. As modalidades de planos de saúde e de seguros que este artigo afirma possíveis correspondem a uma enumeração estanque, taxativa, sem deixar respiradouro para que as seguradoras e operadoras registrem e ofereçam produtos híbridos, com características parciais de cada modalidade. É certo, contudo, que os produtos básicos, que poderiam ser denominados como produtos típicos, podem ser acrescidos de outros atributos e vantagens, além do mínimo de cada espécie, para efeito de comercialização⁵⁹.

A análise dos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98 revela que o legislador estabeleceu padrões referenciais obrigatórios a serem seguidos pelas operadoras de planos de saúde. Esses parâmetros determinam que as operadoras devem cumprir o rol mínimo de coberturas, retirando do setor privado a liberdade de selecionar unilateralmente as coberturas oferecidas e as exclusões contratuais. Vale lembrar que, antes da promulgação desse diploma legislativo, era comum que as operadores agissem de forma arbitrária, excluindo procedimentos solicitados pelos beneficiários simplesmente por não desejarem cobri-los.

Além disso, a Lei dos Planos de Saúde (LPS) traz em seu texto disposições sobre a relação das operadoras com a rede de prestadores de serviços (arts. 17 e 18), as alterações nas contraprestações pagas pelos beneficiários (art. 15), os requisitos e padrões mínimos para que as operadoras possam atuar no setor (art. 19), e as sanções aplicáveis em caso de descumprimento das normas (art. 25), entre outras questões⁶⁰. Assim, a LPS se configura como um instrumento normativo de extrema importância para o setor de saúde suplementar, ao

⁵⁸BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

⁵⁹ BOTTESINI, Maury A.; MACHADO, Mauro C. **Lei dos Planos e Seguros de Saúde**: comentada artigo por artigo. 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, p. 122.

⁶⁰BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

estabelecer direitos e deveres tanto para os usuários quanto para as operadoras de plano de saúde.

Entretanto, é importante destacar que nem todos os beneficiários de planos de saúde estão cobertos pelas prerrogativas desta Lei. Conforme estabelece o artigo 35:

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei⁶¹.

A partir de 2 de janeiro de 1999, a comercialização de planos de saúde passou a ser condicionada ao cumprimento das disposições estabelecidas pela Lei nº 9.656/98, conforme previsto no §1º do art. 12. Essa data marca a distinção entre os planos antigos e os novos, deixando claro que o modelo regulatório adotado após a promulgação da Constituição Federal conferiu à Lei nº 9.656/98 um papel essencial na organização do setor.

A referida Lei estabelece uma série de medidas às quais operadoras e usuários de planos de saúde devem se submeter. Diante disso, é importante destacar que a referida lei introduziu um novo modelo de comercialização de planos de saúde privados no Brasil, sendo fundamental analisar o papel desempenhado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar na aplicação dessas disposições.

Com base na análise histórica e legislativa do setor de saúde suplementar no Brasil, é possível perceber que as diferenças entre o sistema público e o privado estão profundamente enraizadas nas suas respectivas formas de atuação e regulação. Enquanto o Sistema Único de Saúde é um serviço universal e gratuito, financiado por impostos e voltado para atender toda a população, a saúde suplementar opera sob a lógica privada, em que os serviços são prestados mediante contrato, e o acesso se dá por meio do pagamento de mensalidades.

No setor privado, as operadoras de planos de saúde têm maior autonomia na definição dos serviços oferecidos, mas estão sujeitas à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme estabelecido pela Lei nº 9.656/98⁶². Essa regulação visa garantir que os beneficiários não sejam prejudicados por práticas arbitrárias, como a exclusão de coberturas essenciais ou a rescisão unilateral de contratos, por exemplo.

⁶¹BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm

⁶²BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm

Essa distinção entre o público e o privado, além de marcar a forma como os serviços são oferecidos e financiados, também impacta diretamente a relação contratual entre operadoras e usuários. Enquanto no SUS o acesso aos serviços de saúde é um direito constitucionalmente garantido, na saúde suplementar, essa garantia depende do cumprimento das obrigações contratuais firmadas entre as partes, as quais estão sujeitas à regulação da ANS.

3. A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: AS DIFICULDADES ENFRENTADAS

3.1 A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e sua função regulatória

Através da Lei nº 9.961/00, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar⁶³. Conforme estabelece o parágrafo único do art. 1º da referida Lei, a ANS é uma autarquia especial, caracterizada por possuir “autonomia administrativa, financeira, patrimonial e na gestão de recursos humanos, além de autonomia em suas decisões técnicas e mandatos fixos para seus dirigentes”⁶⁴.

A agência é, portanto, uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Entretanto, a eficiência do poder regulatório da ANS é questionável no que se refere à sua capacidade de acompanhar a evolução das demandas dos beneficiários e a sustentabilidade das operadoras.

Embora suas diretrizes sejam essenciais para a organização do setor, observa-se uma lacuna entre a regulamentação formal e a execução prática dos direitos dos consumidores, levando a uma crescente intervenção judicial. A judicialização, nesse sentido, não apenas desafia a atuação da ANS, mas também provoca uma reflexão sobre a necessidade de modernizar e ampliar o escopo de atuação dessa agência, com o objetivo de reduzir a insegurança jurídica que afeta o setor.

Vale ressaltar que, por ser uma autarquia especial, a ANS possui personalidade jurídica de direito público e, segundo Ferreira Filho⁶⁵, como agência reguladora, goza de ampla autonomia, inclusive na gestão administrativa e financeira, com patrimônio e receita próprios, sendo responsável por regular e fiscalizar um setor de interesse público em nome do Estado brasileiro.

A princípio, é importante destacar que a função institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar é, essencialmente, “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras do setor, inclusive em suas relações com

⁶³BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm.

⁶⁴BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm.

⁶⁵ FERREIRA FILHO, Manoel G. **Reforma do Estado: o papel das agências reguladoras e fiscalizadoras**. Belo Horizonte, maio de 2002, p. 138.

prestadores de serviço e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde”⁶⁶. Dessa forma, a competência da ANS inclui a realização do “controle de qualidade” dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde.

Com base nas funções regulatórias da ANS, que visam equilibrar o setor de saúde suplementar ao promover a defesa do interesse público e proteger os direitos dos consumidores, surge um questionamento crucial: até que ponto a atuação dessa autarquia é suficiente para resolver os conflitos entre operadoras e beneficiários e garantir o equilíbrio econômico do setor.

A despeito de sua autonomia e das normas estabelecidas, a judicialização de questões relativas à saúde suplementar vem crescendo exponencialmente, muitas vezes ultrapassando as competências da ANS e exigindo a intervenção do Judiciário em casos que envolvem interpretações divergentes das coberturas obrigatórias e dos limites dos planos de saúde. Isso levanta uma questão importante, se estaria o Poder Judiciário suprindo lacunas regulatórias deixadas pela ANS, ou essa intervenção excessiva representa uma ingerência indevida nas relações privadas, potencialmente comprometendo a própria sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

A ANS é o meio pelo qual o Estado exerce sua função regulatória. Nesse sentido, o legislador ordinário estabeleceu no artigo 174 da Constituição Federal de 1988 o direito de o Estado intervir no domínio econômico, restringindo, condicionando ou controlando o exercício de atividades econômicas pelos particulares, visando a atingir os objetivos constitucionais da República⁶⁷. No que diz respeito ao conceito de poder regulatório, Floriano de Azevedo Marques Neto define que:

O conceito de poder regulatório, é certo, vai além da mera capacidade normativa. Isso por força do próprio art. 174 da CF que em seu texto deixa clara a distinção entre as funções de agente normativo (*rectius*, capacidade normativa legal e infra-legal) e regulador. Donde se extrai que regular engloba, sem se limitar, às funções próprias ao chamado poder de polícia, atos de liberação de atividades (licenças, alvarás, permissões, autorizações em geral), prerrogativas de fiscalização e de aplicar sanções, poderes adjudicatórios, de coordenação e supervisão, além da capacidade de fixar condições e parâmetros para o exercício de atividades pelos particulares⁶⁸.

A definição do poder regulatório revela que ele não se limita à criação de normas; trata-se de um conjunto amplo de atribuições que incluem fiscalização, sanção e estabelecimento de

⁶⁶ FERREIRA FILHO, Manoel G. **Reforma do Estado**: o papel das agências reguladoras e fiscalizadoras. Belo Horizonte, maio de 2002, p. 138.

⁶⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

⁶⁸ MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. Abuso de Poder Regulatório: algo prático na Lei de Liberdade Econômica. **Advocacia HJ**. Nº 3, 2020, p. 9.

condições para a atuação econômica privada. No contexto da saúde suplementar, essa função ganha relevância especial, pois é a partir desse poder que a ANS busca assegurar que as operadoras atuem dentro dos padrões de qualidade e responsabilidade previstos em lei⁶⁹.

Essa atuação normativa e fiscalizadora é essencial para garantir que o setor privado, ao fornecer serviços de saúde, observe os princípios de eficiência e adequação, especialmente diante das crescentes demandas e conflitos judicializados. Esse controle regulatório se conecta ao tema da judicialização, uma vez que o Judiciário, ao intervir em disputas que poderiam ser resolvidas pela própria ANS, corre o risco de comprometer a estabilidade das normas e aumentar a complexidade das relações privadas, gerando desafios adicionais para a saúde suplementar.

A atuação da ANS como entidade reguladora é respaldada por um arcabouço normativo que confere legitimidade ao seu papel de supervisionar o setor de saúde suplementar. Esse respaldo é fundamental, pois a entidade assume uma função de mediação entre as operadoras e os beneficiários, garantindo que as empresas cumpram suas obrigações com transparência e que os usuários tenham seus direitos preservados. Nesse sentido, a delegação do poder normativo à ANS visa assegurar que os serviços prestados no âmbito da saúde suplementar atendam aos princípios de adequação e eficiência, elementos indispensáveis para um setor que afeta diretamente o bem-estar da população. Nessa linha, aduz Moraes:

As Agências Reguladoras poderão receber do Poder Legislativo, por meio de lei de iniciativa do Poder Executivo, uma delegação para exercer seu poder normativo de regulação, competindo ao Congresso Nacional a fixação das finalidades, dos objetivos e da estrutura das Agências, bem como a fiscalização de suas atividades⁷⁰.

Em suma, a criação da ANS decorreu da necessidade de um órgão autônomo e técnico, capaz de exercer a atividade regulatória no setor de saúde suplementar. A agência é dotada de competência legal para controlar, fiscalizar e normatizar a conduta dos agentes envolvidos, com o objetivo de garantir o equilíbrio do mercado e proteger a concorrência, a livre iniciativa e os interesses dos beneficiários, que são consumidores e titulares do direito fundamental à saúde. Paulo César Melo da Cunha explica a atuação da ANS nos seguintes termos:

A Agência Nacional de Saúde Suplementar atua, desta forma, criando mecanismos e implementando as técnicas que melhor se ajustam aos comandos políticos do segmento da saúde privada. Frise-se que, nesse contexto, o papel da entidade reguladora é manter-se equidistante dos pólos de tensão, promovendo tanto a defesa do mercado como a defesa do consumidor, com o máximo aproveitamento dos interesses envolvidos. No tocante à defesa do mercado, a garantia que se deve dar é a

⁶⁹ Análise da qualidade regulatória da saúde suplementar no Brasil. **Grupo de Economia da Infraestrutura e Soluções Ambientais.** FGV-EAESP/MPGPP). Disponível em: https://media.jurishealth.com.br/_original/site/pages-9pmbBS9CqLyBr55.pdf.

⁷⁰ MORAES, Alexandre. **Agências Reguladoras**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 20.

criação de mecanismos que importem na defesa do livre ingresso, permanência e saída, num mercado livre de quaisquer dominações e submetido à competição. Já no que diz respeito à defesa do consumidor, o que se preza é a defesa do destinatário final da cadeia de consumo, por ser intelectualmente mais frágil (não se desconhece que, na maioria dos casos, a assimetria também é econômica; porém, a razão fundamental que autoriza o dirigismo contratual é a assimetria intelectual)⁷¹.

Por conseguinte, é importante destacar as principais competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que, de acordo com Pietrobon, Prado e Caetano⁷², são a (i) regulação da saúde suplementar; (ii) qualificação institucional; e (iii) articulação institucional. A primeira competência, a regulação da saúde suplementar, refere-se ao “conjunto de políticas, diretrizes gerais, ações normativas e incentivos, que visam a defesa do interesse público e a sustentabilidade do mercado de assistência suplementar à saúde”⁷³. Nesse contexto, a ANS tem a capacidade de: (i) normatizar; (ii) controlar e monitorar; (iii) fiscalizar; (iv) ampliar o escopo regulatório; e (v) produzir e difundir informações sobre saúde suplementar.

Dentre as principais competências da ANS, a qualificação institucional, por sua vez, abrange um conjunto de políticas, programas, diretrizes e ações voltadas para a qualificação do setor de saúde suplementar em duas dimensões. A primeira se refere à qualificação das operadoras, considerando os aspectos de atenção à saúde, solidez econômico-financeira, estrutura e operação, e satisfação dos beneficiários.

Por sua vez, a segunda dimensão está relacionada à qualificação do próprio regulador, com foco nos processos regulatórios e no desenvolvimento institucional. Essa competência diz respeito tanto à capacidade de qualificar as operadoras de planos de saúde quanto à própria função reguladora da ANS. Por fim, a articulação institucional envolve o “conjunto de políticas, diretrizes gerais e ações que promovem o fortalecimento das relações institucionais internas e externas, visando a efetividade do processo regulatório”⁷⁴. Essa competência inclui: (i) articulação interna; (ii) articulação com órgãos de gestão da saúde; e (iii) articulação externa.

Nesse sentido, convém salientar que o art. 4º da Lei nº 9.961/00 especificou as diversas competências da ANS relacionadas à fiscalização do setor de saúde suplementar (e

⁷¹ CUNHA, Paulo César Melo da. **Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003. p. 05.

⁷² PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, v.18, n.4, ago. 2008, p. 71.

⁷³ PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, v.18, n.4, ago. 2008, p. 71.

⁷⁴ PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, v.18, n.4, ago. 2008, p. 71.

anteriormente destrinchadas)⁷⁵, tornando inquestionável o poder normativo desta autarquia tanto sobre as operadoras quanto sobre os usuários, conforme explicou Moraes⁷⁶.

Entre essas atribuições, destacam-se: propor políticas e diretrizes gerais ao Consu (inciso I); estabelecer as características gerais das atividades das operadoras de planos de saúde (inciso II); elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui o plano-referência da LPS (inciso III); autorizar o reajuste e a revisão das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde (inciso XVII); e autorizar o registro dos planos de saúde (inciso XX).

Apesar das amplas competências conferidas à ANS para normatizar, monitorar e fiscalizar a saúde suplementar, surgem questionamentos sobre a eficácia de sua atuação diante do crescente número de disputas que chegam ao Judiciário. A capacidade da ANS de assegurar a proteção do interesse público e a sustentabilidade do setor é desafiada pela complexidade das relações entre operadoras e beneficiários, onde os direitos dos consumidores frequentemente entram em conflito com os limites financeiros das empresas.

Além disso, a necessidade constante de ampliar o escopo regulatório e adaptar-se às mudanças nas demandas de saúde suplementar levanta dúvidas sobre a autonomia real da agência e sua habilidade em gerenciar essas questões sem recorrer à intervenção judicial. Em um cenário onde o Judiciário passa a atuar como mediador dessas disputas, cabe refletir até que ponto a ANS consegue cumprir seu papel de forma plena e evitar que a judicialização se torne um mecanismo de correção das lacunas regulatórias.

A Lei dos Planos de Saúde (nº 9.656/98) contém diversos dispositivos que reforçam a obrigatoriedade de as operadoras seguirem as diretrizes estabelecidas pela ANS. Na espécie, já em seu art. 1º, §1º, a referida normativa dispõe que

(...) está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, possua outras características que o diferenciem de atividade exclusivamente financeira (...)⁷⁷.

Assim, os planos de saúde privados contratados após a vigência da Lei nº 9.656/98 não apenas devem seguir suas disposições, mas também estão sujeitos às regulamentações da ANS, que por sua vez teve várias de suas competências atribuídas naquela legislação, como a prevista

⁷⁵BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm.

⁷⁶ MORAES, Alexandre. **Agências Reguladoras.** São Paulo: Atlas, 2002, p. 13-38.

⁷⁷BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

no art. 10, que firmou a competência da agência para a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde⁷⁸, além do art. 19 que, conforme estabelecido, cabe à ANS deliberar sobre a autorização ou a negativa do funcionamento das operadoras⁷⁹.

Denota-se, portanto, que a ANS exerce um papel fortemente intervencionista no setor privado, submisso às suas disposições. Aragão comenta que:

É de grande relevância observar que os ditames da ANS representa uma intensa intervenção estatal sobre a iniciativa privada, o que, novamente, corrobora com a tese de que a instituição de agências reguladoras no Brasil não se deu apenas visando uma consequente desestatização/desregulação. No caso em liça, a criação da Ans oportunizou justamente uma grande ampliação da intervenção e regulação estatal sobre a atividade da iniciativa privada⁸⁰.

Assim, a atuação da ANS como entidade reguladora tem se mostrado central para a organização do setor de saúde suplementar, estabelecendo normas e diretrizes que buscam garantir a proteção dos consumidores e a sustentabilidade do mercado. Contudo, as limitações enfrentadas pela agência, principalmente no que diz respeito ao rol de procedimentos e às demandas por tratamentos mais amplos, abrem caminho para um aumento expressivo da judicialização. Nesse contexto, a interferência do Poder Judiciário, ora suprimindo lacunas, ora impondo obrigações às operadoras, evidencia um descompasso entre o poder regulador da ANS e as expectativas de beneficiários e operadores.

Diante da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de sua atuação fortemente regulatória no setor de saúde suplementar, é possível perceber uma clara ampliação do papel do Estado no controle e fiscalização das operadoras de planos de saúde. A ANS não só estabelece diretrizes para garantir a defesa dos usuários, mas também busca manter o equilíbrio do mercado privado de saúde, atuando como mediadora entre os interesses econômicos das operadoras e a proteção dos direitos dos beneficiários.

No entanto, essa atuação traz à tona discussões importantes sobre a extensão das coberturas oferecidas pelos planos de saúde, especialmente no que diz respeito ao rol de procedimentos estabelecido pela própria ANS. Esse rol, que define os procedimentos obrigatórios a serem cobertos, tem sido objeto de intenso debate judicial, particularmente em

⁷⁸BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

⁷⁹ Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art.1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

⁸⁰ARAGÃO, Alexandre S. (org.). O poder normativo das agências reguladoras, 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011, p. 21/58.

relação à sua natureza taxativa ou exemplificativa, o que gera impactos diretos tanto nas operadoras quanto nos consumidores.

3.2 Limites assistenciais dos planos de saúde e o rol de procedimentos e eventos da ANS: Entre o taxativo e o exemplificativo

Conforme já apresentado, a criação da ANS em 2000 trouxe consigo uma série de competências regulatórias que visavam organizar e disciplinar o setor de saúde suplementar, sendo uma das principais a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde. O referido rol, corresponde a uma lista que estabelece os procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras de saúde. Todavia, apesar de tal avanço em termos de organização da saúde suplementar e a criação de um rol atualmente exemplificativo, ainda existem limites assistenciais aos planos de saúde que geram problemas entre o prestador do serviço e os consumidores, existindo em muitos casos a necessidade de intervenção estatal.

O art. 10 da Lei dos Planos de Saúde⁸¹ e o art. 4º da Lei nº 9.961/2000⁸² atribuem à ANS a função de definir quais procedimentos devem ser obrigatoriamente cobertos pelas operadoras. Vale ressaltar que, entre a promulgação da LPS em 1998 e a criação da ANS em 2000, houve um interstício de dois anos, durante o qual o primeiro rol de procedimentos foi estabelecido pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU 10/98), atuando de forma provisória na regulamentação do setor⁸³.

Esse rol foi atualizado em 2001 e, posteriormente, pela própria ANS em 2004, seguindo um ciclo de atualização bienal. Esse processo de atualização visa acompanhar os avanços tecnológicos e científicos, assegurando que os beneficiários tenham acesso a novos tratamentos e diagnósticos, sempre considerando critérios de segurança e efetividade. Para tanto, a ANS realiza amplos debates com a sociedade, consultas públicas e a participação de especialistas e representantes do setor⁸⁴.

⁸¹BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

⁸²BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm.

⁸³BRASIL. Resolução CONSU nº 10 de 03/11/1998. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-10-1998_95841.html.

⁸⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS, 2017. **Planos de saúde vão oferecer 18 novos procedimentos em 2018**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4192-planos-de-saude-vao-oferecer-18-novos-procedimentos-a-partir-de-2018>>. Acesso em 15 de outubro de 2024.

Entretanto, em 2021, a ANS aprovou a Resolução Normativa nº 470, que alterou o processo de revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde⁸⁵. Com essa nova resolução, os ciclos fixos de atualização, nos quais as propostas eram recebidas em períodos determinados, foram substituídos por um processo contínuo, permitindo que as solicitações de inclusão de novos procedimentos sejam recebidas e analisadas a qualquer momento.

Anteriormente, todas as propostas eram avaliadas em conjunto a cada dois anos, mas com a mudança, cada proposta segue seu próprio curso e o rol é revisado semestralmente. Essa alteração trouxe maior agilidade à incorporação de novos procedimentos, reforçando a defesa do interesse público e permitindo uma resposta mais rápida às inovações tecnológicas e científicas.

O rol, conforme definição legal, garante o direito assistencial básico ao qual todos os beneficiários dos planos de saúde novos têm acesso. Para Bottesini⁸⁶, o rol representa um instrumento ideal e necessário para atender às necessidades básicas de saúde da população, pois inclui procedimentos essenciais de diagnóstico e tratamento para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID). Nesse sentido, o rol de procedimentos simboliza um avanço significativo na garantia do direito à saúde e na segurança jurídica nas relações do Sistema de Saúde Suplementar.

Todavia, apesar de o rol de procedimentos da ANS representar uma referência básica de cobertura, garantindo a assistência essencial e buscando atender às necessidades de saúde dos beneficiários, surgem questionamentos sobre o cumprimento efetivo dessa lista pelas operadoras de planos de saúde. Embora os planos sejam obrigados a respeitar o rol, frequentemente ocorrem litígios decorrentes de alegações de negativa de cobertura ou limitações contratuais, revelando possíveis lacunas na prestação de saúde suplementar.

Ainda, ao analisar o aspecto financeiro, é pertinente questionar se a obrigação de cumprir o rol impõe uma carga excessiva aos planos de saúde, comprometendo seu equilíbrio econômico-financeiro. Em uma perspectiva mais crítica, pode-se indagar até que ponto o direito à saúde está sendo garantido sem restrições ou, ao contrário, se o sistema suplementar sofre pressões para estender sua cobertura além das previsões contratuais e regulatórias, gerando um desequilíbrio que desafia a viabilidade das operadoras e a sustentabilidade do próprio sistema.

⁸⁵ BRASIL. **Resolução normativa - RN nº 470, de 09 de julho de 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/RN470.pdf>.

⁸⁶ BOTTESINI, Maury A.; MACHADO, Mauro C. **Lei dos Planos e Seguros de Saúde**: comentada artigo por artigo. 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, p 44, 92, 122.

Nesse contexto, é fundamental ressaltar que o rol de procedimentos e eventos em saúde é um mecanismo indispensável para o equilíbrio econômico-financeiro das relações entre operadoras de saúde e beneficiários, pois confere previsibilidade aos custos de assistência. Esse equilíbrio é necessário para que as operadoras possam planejar adequadamente sua atuação e assegurar a sustentabilidade de longo prazo dos serviços ofertados. Contudo, ao mesmo tempo, o rol estabelece limites à cobertura de saúde suplementar, o que gera tensões entre a necessidade de viabilizar o direito fundamental à saúde e os interesses econômicos e contratuais das operadoras.

Em situações de expansão excessiva das coberturas, seja por interpretações judiciais ou por atualizações regulatórias, pode haver uma sobrecarga financeira para o setor, comprometendo a acessibilidade dos beneficiários. Portanto, a manutenção do equilíbrio entre a proteção dos consumidores e a capacidade das operadoras de cumprirem suas obrigações contratuais com viabilidade financeira é central para garantir um serviço de saúde suplementar efetivo e acessível a toda a população.

Por conseguinte, nos últimos anos, a doutrina, a jurisprudência (em especial no âmbito do Superior Tribunal de Justiça) e a legislação apresentaram divergências acerca da natureza jurídica desse rol, particularmente seus limites e parâmetros. Enquanto algumas interpretações defendem uma postura mais restritiva sobre o alcance do rol de procedimentos, outras visões tendem a flexibilizar sua aplicação, gerando debates constantes sobre a extensão dos direitos dos beneficiários e as obrigações das operadoras de saúde.

No AgInt no REsp 1.345.913/PR⁸⁷, o STJ posicionou-se no sentido de que o rol elaborado pela ANS possuía natureza exemplificativa, ou seja, funcionava como uma referência básica mínima para os contratos de saúde suplementar. Dessa forma, mesmo que determinados procedimentos ou medicamentos não constarem no rol, eles deveriam ser fornecidos pelas operadoras, desde que a enfermidade estivesse prevista no contrato. Essa interpretação buscava levar em consideração a constante evolução da medicina e a necessidade de garantir que os tratamentos fossem realizados conforme a recomendação do médico especialista, visando sempre a saúde e o bem-estar do paciente.

⁸⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.733.013 - PR (2018/0207123-1)**. Relator: Ministro Luís Felipe Salomão. Brasília, DF, 27 fev. 2019. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201802071231&dt_publicacao=27/02/2019. Acesso em: 01 nov. 2024.

A adoção de um rol exemplificativo pela ANS, embora vise ampliar a cobertura dos planos de saúde, pode gerar insegurança jurídica e onerar excessivamente as operadoras. Essa abordagem permite interpretações subjetivas sobre quais procedimentos devem ser cobertos, dificultando o planejamento financeiro das empresas e potencialmente elevando os custos para os beneficiários. Além disso, a ausência de critérios objetivos claros pode resultar em decisões judiciais conflitantes, comprometendo a previsibilidade e a estabilidade do setor de saúde suplementar. Conforme destaca o Ministro Luis Felipe Salomão, “a taxatividade do rol de procedimentos da ANS é essencial para garantir o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de plano de saúde e a própria sustentabilidade do sistema”⁸⁸.

Justamente com a relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão, a Quarta Turma do STJ introduziu a interpretação taxativa por meio do o julgamento do REsp nº 1.733.013/PR⁸⁹, em dezembro de 2019, divergindo com a posição anterior, trazendo uma nova interpretação sobre a natureza do rol de procedimentos. Segundo essa decisão, os planos de saúde não seriam obrigados a custear tratamentos que não estivessem explicitamente previstos no rol, desde que houvesse outro procedimento igualmente eficaz⁹⁰.

A nova abordagem visou garantir maior equilíbrio econômico-financeiro nos contratos entre operadoras e beneficiários, argumentando que a interpretação exemplificativa do rol levaria a um aumento imprevisível de custos, tornando os planos menos acessíveis. Além disso, foi destacado na decisão, o caráter mutualista dos contratos, reforçando a necessidade de uma divisão adequada de ônus e benefícios entre as partes ao longo do tempo.

Em resposta a essa divergência, a Terceira Turma, no julgamento do REsp nº 1.876.630/SP, sob a relatoria da Ministra Nancy Andrighi, reafirmou o entendimento de que o rol da ANS teria natureza meramente exemplificativa, contrariando os argumentos em defesa de sua taxatividade⁹¹. Nesse julgamento, foi sustentado que o rol de procedimentos deveria ser

⁸⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista.** Disponível em: <<https://www.stj.jus.br/sites/portaltj/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo-com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>>. Acesso em: 01 nov. 2024.

⁸⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Interno no Recurso Especial nº 1.758.439 - SP (2018/0074061-5).** Relator: Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. Brasília, DF, 20 fev. 2020. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=105962404&tipo=5&nreg=201800740615&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20200220&formato=PDF&salvar=false>. Acesso em: 01 nov. 2024.

⁹⁰ *ibidem*.

⁹¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp nº 1.876.630/SP.** Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Acórdão em 03 de junho de 2024. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202003295039&dt_publicacao=05/06/2024.

compreendido como uma base mínima de cobertura, e não como uma lista restritiva que limitasse o direito dos beneficiários. Assim, a ausência de um procedimento específico no rol não deveria impedir o seu custeio, desde que necessário para o tratamento da enfermidade, reforçando o princípio da integralidade na assistência à saúde⁹².

Os argumentos utilizados para fundamentar esse posicionamento baseavam-se na ideia de que o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos deve ser mantido, mas não necessariamente às custas da limitação da cobertura oferecida ao consumidor. Defendeu-se que o princípio da equivalência e o equilíbrio ético das obrigações contratuais não devem resultar na restrição dos direitos dos consumidores de obter os tratamentos necessários à preservação de sua saúde⁹³.

Ademais, argumentou-se que não é razoável exigir que o beneficiário de um plano de saúde tenha conhecimento prévio de todos os procedimentos e tratamentos de que poderá necessitar ao contratar o plano, reforçando a importância de uma cobertura flexível e adaptada às necessidades específicas de cada situação médica⁹⁴.

A discussão em torno da natureza exemplificativa do rol de procedimentos da ANS, reafirmada pela Terceira Turma no julgamento do REsp nº 1.876.630/SP, representa um ponto de tensão entre os princípios contratuais e a proteção do direito fundamental à saúde.

A fundamentação utilizada no julgamento ressalta a importância de um contrato de saúde suplementar que vá além da literalidade de uma lista taxativa, incorporando o princípio da integralidade na assistência à saúde, conforme previsto na Constituição Federal em seu artigo 196.⁹⁵ A aplicação do rol como exemplificativo alinha-se a essa perspectiva, buscando garantir uma cobertura que seja proporcional e suficiente para atender às necessidades reais dos beneficiários, sem que esses sejam surpreendidos por restrições não previstas. Esse entendimento é reforçado pelo Código de Defesa do Consumidor, especialmente no artigo 47, que determina a interpretação mais favorável ao consumidor em contratos de adesão, como são os de planos de saúde⁹⁶.

⁹² ibidem.

⁹³ ibidem.

⁹⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp nº 1.876.630/SP**. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Acórdão em 03 de junho de 2024. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202003295039&dt_publicacao=05/06/2024.

⁹⁵ ibidem.

⁹⁶ BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.

Assim, ao se adotar a visão exemplificativa, o Judiciário busca harmonizar a proteção contratual com a função social dos planos de saúde, respondendo ao propósito maior de assegurar que os beneficiários tenham efetivo acesso aos tratamentos necessários. Entretanto, a postura adotada pelos tribunais superiores também gera repercussões financeiras para as operadoras, uma vez que amplia o alcance das coberturas obrigatórias sem previsão expressa nos contratos e sem que, inicialmente, os custos adicionais tenham sido considerados nos cálculos atuariais.

Essa situação impõe às operadoras o desafio de manter o equilíbrio econômico-financeiro, que também é um direito protegido por lei, conforme dispõe o artigo 173, § 5º, da Constituição Federal, garantindo a sustentabilidade das relações econômicas e evitando que o custo das decisões seja totalmente transferido aos beneficiários por meio de reajustes abruptos⁹⁷.

Diante da insegurança jurídica gerada pelos posicionamentos divergentes, contribuindo para o aumento da judicialização no setor de saúde suplementar, a uniformização do entendimento foi provocada perante a Segunda Seção de Direito Privado do STJ, que abrange ambas as Turmas. A questão foi submetida ao julgamento dos EREsp nº 1.886.929/SP⁹⁸ e 1.889.704/SP⁹⁹, com o objetivo de promover maior estabilidade e previsibilidade no sistema legal, garantindo uma aplicação mais uniforme das normas relacionadas ao rol de procedimentos da ANS e minimizando as incertezas para operadoras e beneficiários.

Crucial para o julgamento foram os critérios propostos pelo Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Segundo o Ministro, o rol da ANS deveria ser considerado de natureza taxativa mitigada, possibilitando, assim, a intervenção judicial em casos onde a cobertura prevista se mostre insuficiente para atender às necessidades excepcionais de saúde dos beneficiários¹⁰⁰.

⁹⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

⁹⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial n.º 1.886.929/SP**, Relator: Ministro Vice-Presidente do STJ, autuado em 7 de abril de 2021. Embargante: Unimed Campinas Cooperativa de Trabalho Médico; Embargado: Gustavo Guerazo Lorenzetti; Interessado: Defensoria Pública da União (Amicus Curiae). Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 2024. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

⁹⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial n.º 1.889.704/SP**, Relator: Ministro Vice-Presidente do STJ, autuado em 27 de maio de 2021. Embargante: Unimed Campinas Cooperativa de Trabalho Médico; Embargado: R. D. F. (Menor), representado por R. M. D.; Interessado: Defensoria Pública da União (Amicus Curiae). Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 2024. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

¹⁰⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial n.º 1.889.704/SP**, Relator: Ministro Vice-Presidente do STJ, autuado em 27 de maio de 2021. Embargante: Unimed Campinas Cooperativa de Trabalho Médico; Embargado: R. D. F. (Menor), representado por R. M. D.; Interessado:

Essa mitigação assegura que o Judiciário possa compatibilizar o direito à saúde com a previsibilidade econômica das operadoras, aplicando uma cobertura excepcional em situações específicas e criteriosas. Para tanto, a decisão destacou que o tratamento fora do rol somente será custeado pela operadora quando for demonstrado que não há substitutos eficazes no rol, e que o procedimento é comprovadamente necessário, seguro e respaldado por evidências científicas¹⁰¹. Além disso, o julgamento enfatizou que essas intervenções devem observar recomendações de órgãos técnicos, como a CONITEC e o NATJUS, e envolver, quando possível, um diálogo entre o Judiciário e especialistas na área da saúde¹⁰².

Dessa forma, o STJ procurou estabelecer um equilíbrio entre a flexibilidade necessária para atender a casos excepcionais e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos planos de saúde. A taxatividade mitigada permite que o rol funcione como uma lista de cobertura mínima, mas adaptável diante de circunstâncias que comprovem a necessidade de uma abordagem mais ampla.

Essa posição visa garantir a proteção do consumidor sem sobrecarregar financeiramente o setor de saúde suplementar, criando um parâmetro que reduz a insegurança jurídica e promove uma aplicação equilibrada do direito à saúde dentro dos limites das previsões contratuais e regulatórias. A posição final do Superior Tribunal de Justiça sobre o rol de procedimentos da ANS, consolidada após o julgamento dos EREsp nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, foi a adoção da chamada “taxatividade mitigada”. Esse entendimento define o rol da ANS como taxativo em regra, permitindo que, em casos excepcionais, o Judiciário autorize a cobertura de procedimentos não incluídos no rol, desde que atendidos critérios rigorosos, como a inexistência de substituto terapêutico e a recomendação com base em evidências científicas. Essa posição equilibra a previsibilidade financeira das operadoras e a proteção do direito dos beneficiários à saúde, representando uma solução intermediária.

Entre as vantagens, a taxatividade mitigada reduz a insegurança jurídica ao estabelecer critérios objetivos para a cobertura excepcional, evitando decisões subjetivas e promovendo estabilidade para as operadoras, que podem melhor planejar seus custos. Contudo, entre as desvantagens, está o fato de que a flexibilização pode resultar em um aumento de ações judiciais

Defensoria Pública da União (Amicus Curiae). Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 2024. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

¹⁰¹ *ibidem*

¹⁰² *ibidem*.

à medida que beneficiários buscam demonstrar situações excepcionais, o que, por sua vez, pode elevar os custos operacionais dos planos e potencialmente impactar o valor das mensalidades.

Dessa forma, embora o STJ tenha buscado uma abordagem ponderada, ainda persiste o desafio de balancear o direito à saúde com a sustentabilidade financeira do sistema de saúde suplementar, o que continua sendo um foco de debates na esfera jurídica e regulatória. A uniformização do entendimento pelo STJ repercutiu amplamente na mídia e gerou reações imediatas no Congresso, que rapidamente se posicionou em sentido contrário à recente decisão. Em tempo recorde, conseguiu aprovar e sancionar uma nova legislação: a Lei nº 14.454/2022¹⁰³.

3.3 A Lei nº 14.454/2022: Resposta Legislativa e Impactos na Cobertura de Planos de Saúde

Em resposta aos julgados que estabeleceram a tese de taxatividade mitigada do rol de procedimentos, EREsp nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, além da mobilização popular e de associações de pacientes usuários de planos de saúde, foi publicada a Lei nº 14.454, em setembro de 2022¹⁰⁴, apenas três meses após o julgamento dos Embargos de Divergência no STJ. Essa lei definiu o rol de procedimentos da ANS como uma “referência básica” para a cobertura dos planos de saúde, impondo às operadoras a obrigação de realizar tratamentos ou procedimentos não previstos no rol, desde que algumas condições específicas sejam atendidas.

A Lei nº 14.454/2022, embora sucinta, trouxe alterações substanciais, modificando os artigos 1º e 10 da Lei nº 9.656/1998¹⁰⁵. No que se refere à alteração do art. 1º, a lei fortaleceu a proteção dos consumidores ao estabelecer que as cláusulas contratuais dos planos de saúde devem ser interpretadas de forma mais favorável ao usuário, em consonância com o Código de Defesa do Consumidor:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

¹⁰³ BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

¹⁰⁴ BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

¹⁰⁵ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm.

(...)¹⁰⁶

De acordo com Meira e Bussinguer¹⁰⁷, a Lei nº 14.454/2022 trouxe uma solução legislativa que prioriza o interesse público em detrimento do privado, reafirmando a saúde como um direito fundamental assegurado constitucionalmente.

No entanto, embora essa mudança possa trazer uma proteção mais robusta, a aplicação subsidiária do CDC, conforme prevista no art. 35-G da própria Lei dos Planos de Saúde, parece mais adequada ao setor. Essa previsão respeita a existência de uma legislação específica voltada à regulamentação dos planos de saúde e à competência normativa e fiscalizadora da ANS, que considera a complexidade e especificidades do setor de saúde suplementar.

Dessa forma, manter o CDC como legislação suplementar evita possíveis sobreposições ou interpretações conflitantes, promovendo segurança jurídica e equilíbrio entre a proteção do consumidor e a viabilidade econômica das operadoras de saúde.

A nova legislação garante que os cidadãos sejam atendidos com dignidade e recebam o melhor tratamento disponível, não apenas para tratar doenças, mas também para promover o bem-estar integral — físico, psíquico e social. Embora a lei tenha sido promulgada para afastar o entendimento do Superior Tribunal de Justiça sobre a taxatividade do rol da ANS, estabelecendo o caráter exemplificativo do rol, é possível argumentar que as diferenças entre ambos não são tão substanciais.

O julgamento do STJ (EREsp nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP) e a nova legislação abordaram a questão de ângulos opostos: enquanto a Corte afirmou a taxatividade do rol com exceções (taxativo mitigado), a lei adotou um caráter exemplificativo, mas com restrições para coberturas fora da listagem.

Dessa forma, conforme Holanda¹⁰⁸, ambos os entendimentos refletem aspectos complementares, pois tanto o STJ quanto a Lei nº 14.454/2022 admitem a cobertura de procedimentos não listados apenas em situações excepcionais, sendo necessária a comprovação de eficácia do tratamento com base em evidências científicas e recomendação de órgão credenciado, nacional ou internacional.

¹⁰⁶BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.

¹⁰⁷MEIRA, Giselle; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. O rol de procedimentos em saúde: a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e a Lei 14.454/2022. **Revista Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v. 18, n. 44, p. 113-136, jan./abr. 2023. p. 131.

¹⁰⁸HOLANDA, Danielle Spencer; FIGUEIRÊDO, Simone de Sá Rosa. Cobertura de acompanhante terapêutico escolar a paciente com Transtorno do Espectro Autista no âmbito de contratos de planos de saúde. **Revista de Direito do Consumidor**. São Paulo, vol. 144, p. 233-259, nov./dez. 2022.

A inovação significativa trazida pela nova lei não está nos critérios de evidência científica, mas na obrigatoriedade das operadoras de cobrir tratamentos fora do rol, mesmo que exista substituto terapêutico na listagem. Anteriormente, o entendimento do STJ limitava a cobertura aos procedimentos constantes do rol, salvo nos casos em que fosse comprovada a ineficácia das alternativas disponíveis para a condição específica do paciente. Com a edição da lei, não é mais necessário esgotar as opções listadas para obter autorização de tratamentos fora do rol, facilitando o acesso à abordagem médica prescrita.

Embora a Lei nº 14.454/2022 e o entendimento do STJ apresentem requisitos semelhantes, Meira e Bussinguer¹⁰⁹ lecionam que a previsão legal oferece maior segurança jurídica e amplia o acesso dos usuários aos tratamentos indicados por médicos e dentistas, representando um avanço na concretização do direito à saúde e no cumprimento dos princípios do direito do consumidor.

As mudanças promovidas no art. 10 da Lei dos Planos de Saúde, especialmente com a alteração no §4º e a inserção dos §§ 12 e 13, derrubaram o entendimento anterior sobre a “taxatividade mitigada” do rol de procedimentos¹¹⁰. O §12 incluiu expressamente que o rol de Procedimentos e Eventos em Saúde constitui apenas uma “referência básica” para a cobertura dos planos de saúde¹¹¹. Com isso, as operadoras podem ser obrigadas a cobrir exames ou tratamentos que não estejam listados no rol, desde que seja atendido qualquer dos requisitos previstos no §13, que prevê as seguintes condições:

§ 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 nacionais¹¹².

Conforme esclarece Luiz Augusto Mazzoli¹¹³, embora a Lei nº 14.454/2022 tenha sido celebrada como uma resposta contundente do Poder Legislativo às restrições impostas pelo STJ,

¹⁰⁹ MEIRA, Giselle; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. O rol de procedimentos em saúde: a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e a Lei 14.454/2022. **Revista Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v. 18, n. 44, p. 113-136, jan./abr. 2023. p. 131.

¹¹⁰ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm

¹¹¹ ibidem

¹¹² ibidem

¹¹³ MAZZOLI, Luiz Augusto. **O acesso do consumidor aos tratamentos off label à luz dos requisitos impostos pela lei 14.454/2022**. 2022. Monografia (Bacharelado) - Curso de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2022, p. 32.

é importante observar que ela também reproduz os critérios objetivos fixados no julgamento de uniformização.

No caso de tratamento ou procedimento devidamente prescrito mas fora do rol da ANS, as operadoras de plano de saúde têm a obrigação de autorizar a cobertura caso exista comprovação de eficácia ou recomendações pela CONITEC ou outro órgão de avaliação em tecnologia em saúde. Trata-se de positivação *ippsis litteris* de parte dos critérios propostos pelo Ministro Villas Bôas quando do julgamento que definiu o rol sendo de taxatividade mitigada¹¹⁴.

Compreende-se que esses critérios buscam equilibrar o direito dos beneficiários ao acesso à saúde com a necessidade de viabilizar financeiramente o setor suplementar, permitindo uma cobertura ampliada apenas em casos específicos. Para os beneficiários, essa abordagem é benéfica, pois evita que tratamentos indispensáveis sejam negados devido à ausência de previsão no rol, promovendo uma interpretação que leva em conta a evolução constante da medicina.

Contudo, para as operadoras de saúde, a obrigação de custear tratamentos fora do rol pode impor um desafio financeiro considerável, especialmente em um contexto onde os tratamentos inovadores muitas vezes apresentam altos custos. Esse equilíbrio entre garantir o acesso ampliado e proteger a sustentabilidade financeira das operadoras é positivo em teoria, mas gera um impacto econômico que, se não for adequadamente gerido, poderá resultar em reajustes das mensalidades, tornando os planos menos acessíveis e afetando a sustentabilidade a longo prazo do sistema de saúde suplementar.

No entanto, é inegável que essa legislação traz uma maior segurança jurídica, simplificando de forma significativa o acesso dos beneficiários de planos de saúde aos procedimentos e medicamentos prescritos. Isso se deve ao fato de que, ao contrário do que foi estabelecido pelo STJ, o paciente não precisa cumprir todas as condições previstas na lei, sendo suficiente o atendimento a apenas uma das condições previamente mencionadas, o que facilita a obtenção de tratamentos não constantes no rol da ANS.

Todavia, devido à rapidez com que essa norma foi promulgada, percebe-se a presença de lacunas significativas em sua redação, especialmente em relação aos conceitos vagos como “eficácia baseada em evidências científicas e plano terapêutico” e “órgão de renome

¹¹⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP e nº 1.889.704/SP**. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF. Julgado em 08 de junho de 2022, p. 74.

internacional”¹¹⁵. Essa imprecisão gera dificuldades práticas para as operadoras de saúde no momento de avaliar quais tratamentos devem ou não ser cobertos, considerando que a interpretação desses termos pode variar amplamente.

Em consequência, surgem situações de conflito entre beneficiários e operadoras sobre a cobertura de determinados procedimentos, muitas vezes levando os beneficiários a recorrer ao Judiciário para garantir seus direitos. Essa intervenção judicial acaba sendo necessária para resolver ambiguidades da norma, mas gera uma sobrecarga no sistema judiciário e contribui para a insegurança jurídica, além de dificultar o planejamento financeiro das operadoras de saúde, que enfrentam a incerteza quanto ao alcance das coberturas obrigatórias.

Para os consumidores de planos de saúde, principalmente aqueles que necessitam de tratamentos especiais ou experimentais, a nova lei representou uma vitória. No entanto, para o mercado de saúde suplementar, a lei é motivo de preocupação, principalmente em relação ao adequado provisionamento dos custos de cobertura e à análise criteriosa sobre se determinado procedimento fora do rol deve ser coberto ou não.

Isso porque, de acordo com parecer da Advocacia Geral da União¹¹⁶, conclui-se que à ANS não foi atribuída competência para regulamentar os requisitos descritos no § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, introduzido pela Lei nº 14.454/2022. Essa interpretação é reforçada pela ausência, no referido parágrafo, de qualquer previsão que autorize a ANS a regular os elementos que compõem a regra de cobertura estabelecida.

Sem diretrizes claras, a interpretação sobre a cobertura de tratamentos excepcionais e experimentais recai sobre as operadoras, que frequentemente divergem das expectativas dos consumidores. Esse cenário cria um ambiente fértil para disputas judiciais, pois os consumidores buscarão o Judiciário para obter esclarecimento e garantia de cobertura em situações em que as operadoras, sem uma base normativa objetiva, podem optar pela negativa de custeio.

Além disso, a crescente judicialização é impulsionada pela falta de uniformidade nas decisões administrativas das operadoras, que, sem uma regulamentação detalhada, acabam por adotar diferentes critérios de cobertura. Essa ausência de padronização não apenas amplia a

¹¹⁵BRASIL. Lei nº14.454, de 21 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

¹¹⁶ ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO (Brasil). AGU explica: Rol de procedimentos da ANS e a saúde suplementar. Sapiens. Disponível em: https://sapiens.agu.gov.br/valida_publico?id=1054803882. Acesso em: 1 nov. 2024.

insatisfação dos consumidores, que podem se ver em situações desiguais de atendimento, como também onera o sistema judiciário, que passa a ser o árbitro frequente dessas controvérsias. Com o aumento do número de ações judiciais sobre coberturas fora do rol da ANS, a tendência é que o Judiciário assuma, na prática, o papel de regular esse aspecto da saúde suplementar, o que contradiz a finalidade inicial da Lei e a autonomia das agências reguladoras.

Em outra face, de acordo com um estudo realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com a ANS e o Ministério da Saúde¹¹⁷, indica que, ao definir o preço de um plano de saúde, as operadoras levam em conta expectativas sobre o perfil dos consumidores, o uso da cobertura contratada, a duração dos contratos e os serviços cobertos. O risco de essas expectativas não se confirmarem, resultando em resultados inferiores aos previstos, faz parte do chamado risco de precificação. Em termos formais, o risco de precificação corresponde ao risco decorrente de uma situação econômica adversa que contradiz as expectativas da sociedade no momento da elaboração da política de subscrição.

O setor tem expressado preocupação com o aumento significativo da sinistralidade, que impacta diretamente os reajustes dos planos, resultando na exclusão de usuários mais saudáveis. A Lei nº 14.454/22¹¹⁸, ao impor ao setor privado a obrigação de custear tratamentos de saúde não previstos contratualmente, gerou incertezas sobre a capacidade financeira das operadoras em arcar com tais responsabilidades.

É razoável defender que um contrato equilibrado pressupõe clareza sobre os direitos e obrigações das partes envolvidas. Isso não significa que o consumidor deve prever todas as adversidades possíveis, mas sim compreender as situações em que o plano de saúde o atenderá e quando será necessário recorrer ao sistema público.

Os planos de saúde devem ser entendidos, por analogia, como seguros a primeiro risco absoluto¹¹⁹, em que o contratante aciona diretamente a operadora para cobrir eventos cobertos. O Estado, por sua vez, atuaria como segurador a segundo risco absoluto, complementando a cobertura oferecida pelo setor privado. Transferir ao setor privado a obrigação de garantir o direito à saúde, uma responsabilidade do Estado, implica também que as operadoras, além das

¹¹⁷ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Risco de subscrição no mercado de saúde 28 suplementar brasileiro**: uma nova regulamentação. Brasília, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53832>. Acesso em: 20 de outubro de 2024.

¹¹⁸BRASIL. **Lei nº14.454, de 21 de setembro de 2022**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

¹¹⁹ BRASIL. **Superintendência de Seguros Privados**. Seguro de danos. Disponível em: <https://www.gov.br/susep/pt-br/planos-e-produtos/seguros/seguero-de-danos>. Acesso em: 1 nov. 2024.

obrigações já impostas pela ANS (como prazos máximos de atendimento e cobertura ilimitada para eventos cobertos), precisam garantir a qualidade do atendimento dentro dos prazos estipulados.

Enquanto isso, o SUS não possui a mesma exigência de prazos máximos, e filas de espera são comuns, muitas vezes superando 1 milhão de pessoas aguardando cirurgias eletivas, segundo um relatório recente do Ministério da Saúde¹²⁰. Tal espera pode agravar o estado de saúde dos pacientes ou inviabilizar tratamentos precoces.

No setor privado, essa situação é considerada inadequada, mas cabe ao Estado garantir o acesso universal à saúde e zelar pela dignidade humana. Empresas privadas devem seguir as normas estabelecidas pelo Estado e ter proteção para o exercício de suas atividades.

Com a promulgação da Lei nº 14.454/22¹²¹, que ainda está em fase de implementação, não se conhecem plenamente os impactos do rol exemplificativo no equilíbrio econômico-financeiro do setor. No entanto, a nova legislação não parece reduzir a judicialização, transferindo ao Judiciário a responsabilidade de avaliar a comprovação de eficácia dos tratamentos solicitados.

A Lei nº 14.454/22, ao estabelecer o rol exemplificativo de cobertura, criou expectativas positivas para o acesso dos beneficiários a tratamentos não previstos no rol, mas também trouxe um aumento na incerteza regulatória¹²². Embora tenha buscado ampliar as garantias de cobertura, a legislação apresenta lacunas e conceitos vagos que, sem uma regulamentação adequada, geram dúvidas tanto para as operadoras quanto para os consumidores. A ausência de diretrizes mais claras transfere ao Judiciário a tarefa de definir e interpretar esses critérios em cada caso concreto, o que pode resultar em decisões divergentes e promover um ambiente de instabilidade jurídica. Esse cenário, ao invés de consolidar uma política clara e previsível para o setor de saúde suplementar, tende a alimentar a judicialização, já que as operadoras e beneficiários recorrerão ao Judiciário para resolver disputas sobre quais tratamentos devem ser cobertos e em quais condições. Com isso, a lei, embora bem-intencionada, mostra-se inadequada para atender ao equilíbrio esperado no setor, agravando o impacto financeiro para as operadoras e elevando os custos para os beneficiários.

¹²⁰SUS tem fila com mais de 1 milhão de cirurgias eletivas paradas no país. **Folha de São Paulo**, 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/06/sus-tem-fila-com-mais-de-1-milhao-de-cirurgias-eletivas-paradas-no-pais.shtml>. Acesso em 20 out. 2024.

¹²¹BRASIL. **Lei nº14.454, de 21 de setembro de 2022.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

¹²² *ibidem*

4. ENTRE A AUTONOMIA DA VONTADE PRIVADA E A INTERVENÇÃO DO ESTADO: OS LIMITES E POSSIBILIDADES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

4.1 A judicialização da saúde suplementar: o que se aplica ao público deve ser aplicado ao privado?

O art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e seus agravos, além de assegurar o acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde¹²³.

Para efetivar essa garantia, o legislador criou o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.¹²⁴ Todavia, conforme exposto ao longo deste trabalho, apesar de não haver monopólio estatal, as limitações estruturais e financeiras do SUS contribuíram para aumentar a participação do setor privado na prestação de serviços de saúde. Dentre outras formas, por meio de operadoras de planos de saúde, regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Assim, a saúde suplementar surge como uma opção a mais para suprir as deficiências do sistema público, oferecendo serviços adicionais aos beneficiários que contratam um plano de saúde.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde cumpre um papel essencial ao oferecer cobertura universal e gratuita para toda a população, independentemente de sua contribuição. A assistência suplementar, por sua vez, surge para complementar o sistema público, oferecendo uma alternativa privada que é regulada pela ANS e limitada por contratos específicos. No SUS, o direito à saúde é assegurado como um dever do Estado, enquanto na saúde suplementar, a prestação de serviços se baseia em contratos regidos por normas de direito privado.

Embora o sistema de saúde suplementar tenha como objetivo ampliar o acesso e aliviar a demanda sobre o SUS, ele enfrenta desafios que impactam tanto consumidores quanto operadoras. Um dos principais problemas é a constante judicialização, resultado de disputas sobre a cobertura de procedimentos e a interpretação dos contratos, muitas vezes envolvendo demandas por tratamentos não previstos no rol de procedimentos da ANS.

¹²³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

¹²⁴ GOVERNO DO BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 1 nov. 2024.

Além disso, há uma pressão financeira sobre o sistema suplementar para expandir continuamente suas coberturas, o que gera aumentos nos custos dos planos de saúde e reduz a acessibilidade para uma parcela significativa da população. Esse aumento nos custos contrasta com a expectativa dos consumidores de um serviço que assegure o direito pleno à saúde, colocando o setor em uma posição complexa entre a sustentabilidade econômica e a ampliação dos direitos dos beneficiários.

Nessa senda, quando o direito à saúde não é devidamente assegurado pelo Estado ou pelas operadoras de plano de saúde, os cidadãos podem recorrer aos instrumentos legais para sua efetivação, conforme previsto no art. 5.º, XXXV, por meio do Poder Judiciário¹²⁵. A judicialização da saúde surgiu como uma consequência direta do reconhecimento da saúde como um direito fundamental, garantido pela Constituição de 1988. Diante das limitações estruturais e orçamentárias do SUS, o Judiciário se tornou o principal recurso para que os cidadãos pudessem exigir o cumprimento desse direito¹²⁶. Esse movimento, inicialmente direcionado apenas ao sistema público, gradualmente se estendeu ao setor privado, levando ao aumento significativo de ações contra operadoras de planos de saúde.

Para ilustrar o impacto da judicialização, foram identificados, em 2022, cerca de 460 mil novos processos judiciais sobre saúde no Brasil, sendo 164 mil sobre saúde suplementar, conforme dados extraídos do Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)¹²⁷. O Ministério da Saúde informou que seus gastos com ações judiciais cresceram 13 vezes em sete anos, alcançando R\$1,6 bilhão em 2016¹²⁸. No âmbito da saúde suplementar, o cenário econômico-financeiro evidencia que o setor vem apresentando resultados operacionais negativos desde o quarto trimestre de 2021, fechando 2023 com saldo negativo de R\$5,9 bilhões.¹²⁹

¹²⁵ GOVERNO DO BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 1 nov. 2024.

¹²⁶ CABRAL, Raquel. **A judicialização do direito a saúde e os desafios para efetivação do sistema único de saúde: uma análise sobre o SUS mediado em Natal/RN**. 2014. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014

¹²⁷ Os dados são provenientes do DataJud – **Base Nacional de dados do Poder Judiciário, instituído pela Resolução CNJ n. 331/2020**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/paineis-cnj/>>. Acesso em: 28 out. 2024.

¹²⁸ BRASIL. **Ministério da Saúde. Judicialização da Saúde**. Disponível em: <[¹²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama - Saúde Suplementar: ANS divulga dados relativos ao 4º trimestre de 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/panorama-2013-saude-suplementar-ans-divulga-dados-relativos-ao-4o-trimestre-de-2023> Acesso em: 28 de outubro de 2024.](https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/cnj-demandas-judiciais-relativas-saude-crescem-130-em-dez-anos/#:~:text=Os%20n%C3%BAmeros%20refletem%20no%20or%C3%A7amento,1%2C6%20bilh%C3%A3o%20em%202016.>>. Acesso em: 28 out. 2024.</p>
</div>
<div data-bbox=)

A judicialização da saúde, de acordo com Mariana Costa Reis¹³⁰, refere-se a maneira de exigir junto ao Poder Judiciário o acesso à saúde anteriormente negado, seja um tratamento, um medicamento ou até mesmo um leito hospitalar, sendo a última alternativa para garantir a efetivação da prerrogativa constitucional de direito à saúde.

Na mesma perspectiva, Felisbino¹³¹ define a judicialização da saúde como uma situação em que indivíduos ou grupos acionam o Poder Judiciário, na qualidade de cidadãos ou consumidores, com o objetivo de que este poder resolva conflitos com o Poder Executivo, empresas privadas ou até mesmo pessoas físicas, em questões relacionadas à saúde. Esse conceito abrange solicitações de prestação de serviços de saúde pelo SUS, disputas contratuais sobre cobertura e cobranças no setor de saúde suplementar, além de diversas questões de biodireito, como litígios envolvendo erros médicos.

A judicialização da saúde suplementar reflete uma tendência crescente dos usuários de planos de saúde de recorrer ao Judiciário para efetivar seu direito à saúde, de forma semelhante ao que ocorre com os usuários do SUS. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça¹³², as ações judiciais que envolvem o SUS e as operadoras de saúde suplementar, em sua grande parte, compartilham um ponto comum: a busca pelo acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos de alta complexidade.

Contudo, apesar das similaridades na natureza das demandas, a regulamentação das operadoras de saúde suplementar e os contratos de adesão firmados com os beneficiários diferem substancialmente das obrigações estatais, o que gera um debate central, se o que se aplica ao público deve ser aplicado ao privado.

Deve ser levado em consideração ao tratar sobre o tema que a relação jurídica estabelecida entre o SUS e o beneficiário é de natureza pública, fundamentada em um dever estatal de prestar assistência integral e gratuita à saúde de toda a população, conforme previsto no art. 196 da Constituição Federal¹³³. Nesse modelo, o SUS tem a obrigação de garantir o

¹³⁰ REIS, Mariana Costa. **O papel dos operadores do Direito da judicialização da saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://www.aurum.com.br/blog/judicializacao-da-saude/>>. Acesso em 28 out. 2024.

¹³¹ FELISBINO, Aliny. **A judicialização da saúde suplementar dos planos privados de assistência à saúde firmados antes da Lei 9.656/98**. Jus Navigandi. Publicado em: maio 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/29030/a-judicializacao-da-saude-suplementar-dos-planos-privados-de-assistencia-a-saude-firmados-antes-da-lei-n-9-656-98>>. Acesso em: 28 out. 2024.

¹³² MAINETTI, Mariana. **Saúde Suplementar pontua impacto de processos judiciais para equilíbrio do setor**. CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/saude-suplementar-pontua-impacto-de-processos-judiciais-para-equilibrio-do-setor/>. Acesso em 15 out. 2024.

¹³³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

atendimento universal e integral, independente de uma contraprestação direta. Em contraste, a relação jurídica entre os planos de saúde e os beneficiários é de natureza contratual e privada, regida principalmente pela Lei nº 9.656/1998 e pelo Código de Defesa do Consumidor¹³⁴.

Nesse contexto, a cobertura é definida pelos termos pactuados no contrato, sendo regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que estabelece um rol mínimo de procedimentos obrigatórios. Diferentemente do SUS, onde o atendimento é oferecido de forma universal e integral, os planos de saúde operam com base em um contrato de adesão, que delimita as obrigações das operadoras e as expectativas dos beneficiários quanto aos serviços e tratamentos cobertos.

Assim, enquanto no SUS o atendimento é um direito público, nos planos de saúde a prestação de serviços depende dos limites contratuais e das normas regulatórias estabelecidas pela ANS. Portanto, é essencial que as normas regulatórias estabelecidas pela ANS sejam claras e precisas, sem margem para interpretações ambíguas, para garantir a segurança jurídica nas relações entre operadoras e beneficiários. Normas bem definidas asseguram que os direitos e obrigações de cada parte estejam explicitados, evitando conflitos e reduzindo a necessidade de intervenção judicial.

A contratação de planos de saúde é impulsionada, principalmente, pelo receio da população de depender exclusivamente do Sistema Único de Saúde, devido à percepção de insegurança e ao temor de não obter atendimento adequado. Esse contexto cria a expectativa de que, ao aderir a um plano de saúde, todas as necessidades de saúde serão plenamente atendidas em qualquer situação.

No entanto, essa expectativa revela um grande hiato em relação ao que é efetivamente oferecido pelas operadoras. Embora as operadoras forneçam cobertura para todas as doenças e agravos de saúde, essa assistência é baseada no rol da ANS. Seria ilusório, portanto, esperar um produto com cobertura universal e ilimitada, pois a cobertura disponibilizada pelas operadoras segue diretrizes e limites estabelecidos previamente¹³⁵.

Embora a intervenção judicial seja motivada pela necessidade de garantir o direito à saúde dos beneficiários de planos de saúde, a aplicação irrestrita dos princípios que regem o

¹³⁴ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm

¹³⁵ PRUX, Oscar Ivan; MORAIS, Fausto Santos de; FERREIRA, Olavo Augusto Vianna. Judicialização e Sustentabilidade no Setor da saúde suplementar: os direitos da personalidade do consumidor e a análise econômica do Direito nos contratos de seguros e planos de saúde. *Revista Economic Analysis of Law Review*, vol. 10, nº. 3, 2019.

SUS na saúde suplementar cria um paradoxo evidente. De um lado, o Judiciário visa assegurar a integralidade dos atendimentos e o melhor tratamento possível para o beneficiário; de outro, as operadoras, como empresas privadas, dependem de um planejamento financeiro estruturado e previsível para garantir sua sustentabilidade.

Essa imprevisibilidade, causada por decisões judiciais que obrigam a cobertura de tratamentos não previstos contratualmente, pode gerar um aumento de custos exponenciais, afetando a sustentabilidade dos planos de saúde e, conseqüentemente, a acessibilidade dos consumidores aos serviços privados. Essa situação evidencia que o setor privado, ao complementar o serviço público, não deve ser confundido como um substituto, uma vez que ambos operam sob lógicas distintas e possuem limites financeiros e contratuais claros.

É essencial realizar uma ponderação sobre a observância das disposições contratuais nos planos de saúde, uma vez que, segundo Gomes¹³⁶, um dos principais fatores que contribuem para a ampliação da judicialização é a violação do princípio *pacta sunt servanda*¹³⁷. A autora destaca que, em muitos casos, mesmo cientes das carências e limitações previstas no contrato, os beneficiários recorrem ao Judiciário para buscar a tutela de seus interesses, indo além do que foi acordado.

Gagliano¹³⁸, ao conceituar contrato, define-o como um negócio jurídico em que as partes, dentro dos limites dos princípios da função social e da boa-fé objetiva, auto disciplinam os efeitos patrimoniais pretendidos, conforme a autonomia de suas vontades. Assim, a boa-fé objetiva exige que os direitos e vantagens sejam requeridos de acordo com o que foi expressamente pactuado, de modo a evitar desrespeitos ao contrato que possam comprometer essa boa-fé.

Um ponto relevante em relação aos contratos no setor de saúde suplementar diz respeito ao período de carência. Muitos beneficiários, diante da negativa de procedimentos devido à carência ainda vigente, recorrem ao Judiciário para obter liminares que garantam a cobertura, o

¹³⁶ GOMES, Damares Torres. **Os impactos financeiros da judicialização da saúde em operadoras de saúde suplementar**. JUS.COM.BR, dez. 2018. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/70676/os-impactos-financeiros-da-judicializacao-da-saude-em-operadoras-de-saude-suplementar>>. Acesso em: 29 out. 2024.

¹³⁷ ROTTA, Mariza; FERMENTÃO, Cleide Aparecida Gomes Rodrigues. O Pacta Sunt Servanda: Cláusula Rebus Sic Stantibus e o Equilíbrio das Relações Contratuais na Atualidade. **Revista Jurídica Cesumar**. v. 8 n. 1: jan./jun, 2008.

¹³⁸ GAGLIANO, Pablo Stolze. **Manual de direito civil**; volume único / Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho. – 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. P. 326.

que geralmente é concedido. Para Gomes¹³⁹, essa situação revela a pouca eficácia dos contratos firmados, pois a intervenção judicial acaba por impor custos inesperados às operadoras, gerando um cenário de insegurança jurídica. Nessa linha de intelecção, acerca da judicialização no âmbito da saúde suplementar, Gomes assim avalia:

O que pode ser observado é que os Planos de Saúde estão cumprindo um papel que é do Estado, promovendo saúde fora dos limites que se é proposto, tendo muitas vezes que custear procedimentos de cifras vultosas, que põe em risco toda uma atividade empresarial, sendo que se quer de fato é sua obrigação. As sentenças em desfavor das operadoras de Saúde Suplementar, muitas vezes em sua fundamentação remetem a Princípios e obrigações puramente estatais e que recai mais uma vez os desmandos do Poder Público na iniciativa privada, devendo esta arcar com o sucateamento da máquina pública.

Com isso, percebe-se que o SUS não cumpre o seu papel por completo, já que segundo a Constituição Federal, é sua obrigação prestar assistência à saúde de toda a população brasileira. Ou seja, mais uma vez os planos de saúde, além de prestarem o serviço que cabe ao Estado, ainda pagam parte da conta do SUS. Este é outro impacto financeiro e assistencial que os convênios adquiriram nos últimos anos (...) ¹⁴⁰.

O trecho citado destaca um problema de transferência de responsabilidades entre o Estado e as operadoras de planos de saúde, evidenciando que estas acabam assumindo funções que, constitucionalmente, são atribuídas ao Sistema Único de Saúde. Sob essa ótica, as operadoras de saúde suplementar têm sido frequentemente compelidas, por decisões judiciais, a custear tratamentos de alto custo, muitas vezes justificadas por princípios e deveres essencialmente estatais. Conforme argumenta Christopoulos¹⁴¹ em sua análise sobre o argumento consequencialista no direito, essas decisões judiciais, ao ignorarem o impacto econômico e estrutural sobre as operadoras, podem comprometer a viabilidade do setor suplementar e gerar uma "jurisprudência de consequências adversas" para os beneficiários e para a saúde suplementar como um todo, uma vez que os custos elevados tendem a ser repassados, afetando a sustentabilidade do sistema.

Tal situação expõe o setor privado a riscos financeiros consideráveis, comprometendo a sustentabilidade econômica das operadoras. Além disso, sugere-se que a insuficiência do SUS em cumprir suas funções básicas de assistência resulta em uma pressão adicional sobre o setor privado, que não apenas assume o atendimento que seria de responsabilidade do Estado, mas

¹³⁹ GOMES, Damares Torres. **Os impactos financeiros da judicialização da saúde em operadoras de saúde suplementar**. JUS.COM.BR, dez. 2018. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/70676/os-impactos-financeiros-da-judicializacao-da-saude-em-operadoras-de-saude-suplementar>>. Acesso em: 29 out. 2024.

¹⁴⁰ Ibidem.

¹⁴¹ CHRISTOPOULOS, Basile Georges Campos. Argumento consequencialista no Direito. **Revista Eletrônica do Mestrado em Direito da UFAL**, v. 6, n. 3, 2015.

também arca, indiretamente, com parte dos custos que deveriam ser cobertos pelo sistema público.

Em suma, a omissão do Estado em administrar seu sistema de saúde de forma eficaz gera um impacto financeiro significativo para as operadoras de saúde suplementar, as quais se veem obrigadas a lidar com o aumento das demandas judiciais e com a sobrecarga de atribuições que extrapolam os limites contratuais estabelecidos, na maioria das vezes em razão da aplicação irrestrita do Código de Defesa do Consumidor à relação contratual entre planos e beneficiários.

4.2 A aplicabilidade irrestrita do Código de Defesa do Consumidor na relação jurídica entre planos e beneficiários

No Brasil, o reconhecimento do consumidor como sujeito de direitos e garantias fundamentais foi consolidado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, particularmente nos artigos 5.º, XXXII, e 170, V¹⁴². A inclusão da proteção ao consumidor como princípio constitucional marcou uma mudança significativa no tratamento das relações contratuais, ao fortalecer a defesa da parte mais vulnerável na relação de consumo, em consonância com os princípios do direito privado e com a Constituição Federal.

Nesse cenário, o Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei n.º 8.078/90¹⁴³, surge como um marco regulatório, conferindo aos consumidores um conjunto de normas de ordem pública e interesse social que regulam as relações contratuais entre consumidores e fornecedores, conforme definido em seu artigo 1º. Essa regulamentação representa a nova teoria contratual, que limita a autonomia da vontade para assegurar que o contrato atenda à sua função social e resguarde o equilíbrio nas relações de consumo¹⁴⁴.

O CDC apresenta um sistema protetivo baseado em três elementos fundamentais: o consumidor, o fornecedor e o objeto da relação de consumo — produto ou serviço. O art. 2.º,

¹⁴² BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

¹⁴³ BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.

¹⁴⁴ BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.

“*caput*”, do CDC define o consumidor como qualquer pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza um produto ou serviço como destinatário final, tanto econômico quanto prático¹⁴⁵.

A interpretação predominante, chamada de “finalista pura”, entende que a proteção ao consumidor deve ser aplicada de maneira restrita àqueles que utilizam o produto ou serviço para fins pessoais ou familiares, excluindo, portanto, as pessoas jurídicas que adquirem produtos ou serviços com finalidade comercial.

Por outro lado, a definição de fornecedor, conforme o art. 3.º do CDC, abrange qualquer entidade que ofereça produtos ou serviços no mercado de consumo, seja direta ou indiretamente. Conforme Benjamin, fornecedor é “todo aquele que participa do processo de fornecimento, direta ou indiretamente, contratual ou extracontratualmente, e se encontra sob o sistema de proteção ao consumidor”¹⁴⁶.

Para completar os elementos da relação de consumo, o CDC entende o produto como “qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial”¹⁴⁷, enquanto o serviço é definido como “qualquer atividade fornecida no mercado de consumo mediante remuneração”¹⁴⁸, abrangendo também atividades bancárias, financeiras, de crédito e securitárias, como estabelece o art. 3.º, §§ 1.º e 2.º. Assim, para que uma relação jurídica de consumo seja caracterizada, é necessária a presença conjunta desses elementos subjetivos e objetivos: consumidor, fornecedor e um produto ou serviço que seja objeto dessa relação.

O contrato de assistência à saúde configura-se, portanto, como uma relação de consumo, pois é um negócio jurídico que visa garantir ao consumidor a segurança de ser amparado pelo sistema privado em suas necessidades de saúde, mediante o pagamento de uma mensalidade acordada. Nesse contrato de prestação de serviços, emergem duas vertentes opostas que precisam ser equilibradas: de um lado, a atividade econômica, na qual o equilíbrio atuarial é essencial para a sustentabilidade do contrato; de outro, o interesse do consumidor em garantir a preservação de sua saúde, direito fundamental assegurado pela Constituição.

Dessa forma, o CDC tem um papel crucial nas relações entre beneficiários e operadoras de saúde suplementar, uma vez que o consumidor se encontra em posição de vulnerabilidade

¹⁴⁵ *ibidem*.

¹⁴⁶ BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de Direito do Consumidor**. 2ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009, p. 69.

¹⁴⁷ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.

¹⁴⁸ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.

diante das complexas cláusulas contratuais impostas pelas operadoras. Segundo Pasqualotto¹⁴⁹, é necessário um cuidado especial para que a autonomia contratual das operadoras não comprometa a proteção da saúde dos beneficiários. O CDC, ao pautar a resolução de conflitos de consumo pelo princípio da vulnerabilidade do consumidor, tem se mostrado um instrumento essencial para equilibrar a relação jurídica entre os planos de saúde e seus beneficiários.

No âmbito das decisões judiciais, o CDC tem sido amplamente aplicado para solucionar disputas entre operadoras de planos de saúde e beneficiários, mesmo diante da existência de uma legislação específica, como a Lei nº 9.656/1998,¹⁵⁰ que regulamenta os planos de saúde, e as normas da ANS.

O Judiciário utiliza o CDC para assegurar que os contratos de adesão de saúde suplementar não prejudiquem os direitos dos consumidores, tratando as operadoras como fornecedoras de serviços e os beneficiários como consumidores, de acordo com os artigos 2.º e 3.º do código¹⁵¹. Dessa forma, o CDC se apresenta como uma norma fundamental na proteção dos direitos dos beneficiários, oferecendo uma cobertura jurídica ampla que vai além das previsões estabelecidas na legislação específica e nas resoluções da ANS, promovendo um equilíbrio essencial em um contrato que envolve um bem essencial: à saúde.

Com o advento da Lei nº 9.656/98, estabeleceu-se uma distinção entre contratos de planos de saúde firmados antes e depois de sua vigência. Os contratos anteriores, denominados “contratos antigos” ou “não regulamentados”, são regidos pelo Código de Defesa do Consumidor, enquanto os contratos celebrados após a promulgação da lei, chamados “contratos novos” ou “regulamentados”, são disciplinados pela própria Lei dos Planos de Saúde e também pelo CDC.

Apesar dessa divisão, o artigo 35-G da Lei nº 9.656/98 determina que “aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990”¹⁵². Dessa forma, o CDC

¹⁴⁹ PASQUALOTTO, Adalberto. A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde: uma interpretação construtiva. In: MARQUES, Claudia Lima (coord.); LOPES, José Reinaldo de Lima (coord.); PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (coord.). **Saúde e responsabilidade**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 36-64. (Biblioteca de Direito do Consumidor, v.13), p. 47-48.

¹⁵⁰ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm

¹⁵¹ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm.

¹⁵² BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm.

atuaria como norma suplementar na regulamentação das relações entre usuários e operadoras, o que não acontece atualmente.

Todavia, a aplicação subsidiária do CDC às relações jurídicas firmadas entre operadoras de planos de saúde e beneficiários não era interpretada de maneira uníssona pela doutrina. Seguindo a linha de raciocínio do disposto no art. 35-G do CDC, Silva aduziu que:

Em se tratando de aplicação subsidiária é vedado ao juiz impor às operadoras de planos de saúde obrigações outras senão àquelas expressamente previstas na Lei 9.656. Somente naquilo que a lei for omissa poderá se buscar a aplicação das regras presentes no CDC. Não se trata, portanto, de uma aplicação cumulativa, mas sim, subsidiária, pois deve ser observada a regra que diz que a lei especial revoga a lei de caráter geral. In casu, a Lei 9656/98 é a lei especial, sendo que a aplicação do Código de Defesa do Consumidor –lei geral –só será admitida nas hipóteses de lacuna ou imprecisão da lei dos planos de saúde. Havendo incompatibilidade entre estas normas, deve ser aplicada a Lei nº 9.656/98¹⁵³.

Nessa linha de intelecção, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor nas relações entre usuários e operadoras de planos de saúde deve ser feita de forma subsidiária, e não cumulativa. Isso significa que o juiz não pode impor às operadoras obrigações além daquelas especificamente previstas na Lei nº 9.656/98, exceto quando houver omissões ou lacunas na legislação específica.

A Lei nº 9.656/98, como norma especial que regulamenta o setor de saúde suplementar, prevalece sobre o CDC, que é uma lei de caráter geral. Assim, o CDC só pode ser utilizado para complementar o entendimento em casos onde a Lei dos Planos de Saúde não seja clara ou completa. Em caso de conflito entre as disposições do CDC e da Lei nº 9.656/98, deve prevalecer a aplicação da lei especial, garantindo que as especificidades do setor de saúde suplementar sejam priorizadas na interpretação jurídica.

No entanto, partindo do pressuposto de que o Código de Defesa do Consumidor contém princípios e diretrizes que devem ser obedecidos em todas as relações de consumo, entende-se que o referido código deve ser aplicado aos contratos de planos de assistência privada à saúde concomitantemente à Lei dos Planos de Saúde e às normas da ANS. Para Salazar *et al*¹⁵⁴, todas as leis que regulam relações de consumo específicas devem observar os princípios estabelecidos pela legislação consumerista, sendo que, especificamente no âmbito da saúde suplementar, para

¹⁵³ SILVA, José Luiz Toro. **Manual de Direito da Saúde Suplementar: A Iniciativa Privada e os Planos de Saúde**. 1ª ed. São Paulo: A M.A.Pontes Editora. 2005. p. 110.

¹⁵⁴ SALAZAR, Andrea; RODRIGUES, Karina; SILVER, Lynn; DOLCI, Maria Ines R. Landini; **Planos de Saúde**. Série Cidadania. São Paulo –Editora Globo. 2002. P. 14/15.

os aspectos não tratados particularmente pela Lei 9.656/98, valem as regras estabelecidas pelo CDC.

De mais a mais, há quem entenda que o termo “subsidiariamente” fora utilizado pelo legislador no art. 35-G do CDC de forma equivocada¹⁵⁵, quando na verdade deveria ter sido utilizado a terminologia “complementar”, pois, de uma forma clara, a intenção do legislativo foi a de reforçar a incidência do Código de Defesa do Consumidor ao regular os planos de saúde. Marques assinalou que:

Este artigo da lei especial não está dogmaticamente correto, pois determina que norma de hierarquia constitucional, que é o CDC (artigo 48 ADCT/CF88), tenha apenas aplicação subsidiária a normas de hierarquia infraconstitucional, que é a Lei 9.656/98, o que dificulta a interpretação da lei e prejudica os interesses dos consumidores que queria proteger. Sua ratio deveria ser a de aplicação cumulativa de ambas as leis, no que couber, uma vez que a Lei 9.656/98 trata com mais detalhes os contratos de planos privados de assistência à saúde do que o CDC, que é norma principiológica e anterior à lei especial. Para a maioria da doutrina, porém, a Lei 9.656/98 tem prevalência como lei especial e mais nova, devendo o CDC servir como lei geral principiológica a guiar a interpretação da lei especial na defesa dos interesses do consumidor, em especial na interpretação de todas as cláusulas na maneira mais favorável ao consumidor (artigo 47 do CDC). Particularmente defendo, em visão minoritária, a superioridade hierárquica do CDC¹⁵⁶.

A questão gerou muita controvérsia, levando o Superior Tribunal de Justiça, por meio da 2ª Seção, a aprovar inicialmente a Súmula 469, que estabeleciam “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde”¹⁵⁷. Anos depois, a própria 2ª Seção revogou essa Súmula e aprovou a Súmula 608, introduzindo uma ressalva ao entendimento anterior, “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”¹⁵⁸.

Posteriormente, o legislador alterou o art. 1º da Lei 9.656/98 por meio da Lei 14.454/22 para positivar a aplicação simultânea do CDC e da Lei dos Planos de Saúde às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem contudo alterar o art. 35-G da mesma legislação que continua com a mesma redação.

¹⁵⁵ Gregori, Maria Stella. Garantias de consumo: Código de Defesa do Consumidor se aplica aos planos de saúde. Conjur, 07 jun. 2023. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-jun-07/garantias-consumo-codigo-defesa-consumidor-aplica-aos-planos-saude/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

¹⁵⁶ MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. Abuso de Poder Regulatório: algo prático na Lei de Liberdade Econômica. **Advocacia HJ**. Nº 3, 2020, p. 25.

¹⁵⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 469 - Direito do Consumidor - Plano de Saúde**. Disponível em: [https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/toc.jsp?livre=%27469%27.num.&O=JT#:~:text=S%C3%BAmulas%20em%20PDF&text=1%20s%C3%BAmula%20encontrada%20com:%20%22469,num.&text=DIREITO%20DO%20CONSUMIDOR%20%2D%20PLANO%20DE,17/04/2018\)](https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/toc.jsp?livre=%27469%27.num.&O=JT#:~:text=S%C3%BAmulas%20em%20PDF&text=1%20s%C3%BAmula%20encontrada%20com:%20%22469,num.&text=DIREITO%20DO%20CONSUMIDOR%20%2D%20PLANO%20DE,17/04/2018).).

¹⁵⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **SÚMULA n. 608**. Disponível em: https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_608_2018_segunda_secao.pdf

Nessa senda, o entendimento majoritário da doutrina no sentido de aplicar o princípio da especialidade, utilizando-se o CDC somente quando da existência de lacuna na Lei dos Planos de Saúde serviria como uma forma de proteger diretamente as operadoras de planos de saúde e, indiretamente, os próprios beneficiários, porquanto as operadoras não seriam obrigadas a custear serviços não previstos contratualmente e em desacordo com as normas da ANS e da Lei dos Planos de Saúde.

A probabilidade de que o Judiciário priorize os princípios do CDC ao interpretar essas relações aumenta significativamente, uma vez que o consumidor é considerado a parte vulnerável, e a lide envolve um direito fundamental essencial à vida humana, qual seja, o direito à saúde. Nessa relação, o Poder Judiciário pode se sentir influenciado a interpretar as obrigações das operadoras de saúde de forma a favorecer o consumidor, principalmente quando o atendimento requerido é essencial para a preservação de sua vida. Essa abordagem tende a impor às operadoras obrigações que extrapolam os limites contratuais originalmente estabelecidos, o que impacta os cálculos atuariais e ameaça o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. A elevação inesperada de custos decorrente dessas decisões tem o potencial de ser repassada aos beneficiários, resultando em sucessivos reajustes que podem onerar cada vez mais o usuário final e comprometer, em última análise, a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

A exigência de que as operadoras cubram serviços de saúde que não podem ser previamente calculados atualmente, por serem desconhecidos, transfere ao setor privado a obrigação de garantir o direito à saúde — responsabilidade que, na verdade, cabe ao Estado. É o Estado, e não as empresas privadas, quem deve assegurar o acesso universal à saúde e zelar pelo princípio da dignidade humana para com os cidadãos. Enquanto uma empresa privada deve obedecer às normas estabelecidas pelo Estado e ser amparada por ele no exercício de suas atividades econômicas, os beneficiários de planos de saúde, por sua vez, têm acesso a garantias que promovem uma dignidade que vai além do atendimento oferecido pelo SUS.

De toda forma, considera-se aqui que a aplicação irrestrita do Código de Defesa do Consumidor nas relações contratuais de saúde suplementar gera um paradoxo significativo. Por um lado, a tutela proporcionada pelo CDC busca proteger o consumidor hipossuficiente na relação com as operadoras, fornecendo uma base legal para que ele possa exigir judicialmente coberturas e serviços não previstos. Esse movimento, entretanto, leva ao aumento da judicialização da saúde suplementar, impulsionando um número crescente de demandas judiciais que impõem obrigações às operadoras fora do escopo original dos contratos.

Por outro lado, a pressão judicial sobre as operadoras de planos de saúde para cobrir despesas não planejadas torna o sistema financeiramente insustentável, já que os custos inesperados são, inevitavelmente, repassados aos beneficiários, o que eleva os valores das mensalidades e pode restringir o acesso aos próprios planos de saúde.

Assim, o CDC, embora promova uma proteção imediata ao consumidor, acaba, em última análise, prejudicando o mesmo público que busca proteger, pois pode acabar tornando o sistema insustentável e encarecendo o serviço para todos os beneficiários. Neste sentido, entende-se aqui que deve haver um equilíbrio entre as necessidades de ambas as partes da relação, compreendendo que há consequências práticas nas decisões que são tomadas, principalmente a nível superior. Decisões desproporcionais que ferem o equilíbrio econômico dos contratos podem, a longo prazo, ser um desafio para continuidade da prestação de serviço em saúde suplementar no Brasil, podendo gerar inclusive, uma maior segregação, onde apenas poucos poderão ter acesso a esse tipo de serviço em virtude de seu alto valor.

4.3 Os efeitos da judicialização da saúde suplementar na dinâmica entre beneficiários e operadoras: como as decisões judiciais resultam num aumento significativo dos custos

A judicialização da saúde privada requer uma análise cuidadosa de suas repercussões sociais, organizacionais e econômicas, não sendo o papel deste trabalho realizar todas essas abordagens. Todavia, as diversas decisões que extinguem, reconhecem ou relativizam obrigações e direitos nos planos de saúde geram impactos para toda a base de usuários vinculados a uma operadora, comprometendo o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e interferindo na atividade regulatória, sendo necessário se debruçar acerca do tema. O discurso que coloca o valor da vida e da saúde como absolutos e desvinculados de quaisquer outros fatores corre o risco de se tornar utópico, sem realmente contribuir para o bem-estar social.

Nesse sentido, a perspectiva consequencialista, como discutida por Christopoulos¹⁵⁹, é relevante, pois enfatiza que as decisões jurídicas devem considerar as repercussões práticas e sociais, especialmente em áreas como a saúde suplementar, onde uma decisão favorável a um indivíduo pode significar aumento de custos e desequilíbrios para todos os beneficiários. Essa visão aponta para a necessidade de uma abordagem equilibrada nas decisões judiciais, que

¹⁵⁹ CHRISTOPOULOS, Basile Georges Campos. Argumento consequencialista no Direito. **Revista Eletrônica do Mestrado em Direito da UFAL**, v. 6, n. 3, 2015.

preserve o direito à saúde sem desconsiderar o impacto econômico e a sustentabilidade do sistema.

Como afirma Mânica¹⁶⁰, não se trata de ponderar o direito à saúde, e mesmo o direito à vida, com princípios como o da legalidade e da separação de poderes; trata-se de ponderar o direito à vida e à saúde de determinadas pessoas em face do direito à vida e à saúde de outras pessoas. Essa visão destaca a necessidade de equilíbrio entre os direitos, considerando os impactos para o coletivo e evitando decisões que favoreçam alguns em detrimento de muitos¹⁶¹.

Não se questiona, neste trabalho, a busca do Poder Judiciário para reconhecer o direito de um beneficiário que teve seu procedimento, tratamento ou medicamento negado pela operadora de plano de saúde, até porque a inafastabilidade da jurisdição é um princípio constitucional¹⁶².

Todavia, o Judiciário não pode obrigar as operadoras a custear medicamentos sem registros na ANVISA, tratamentos experimentais, procedimentos ainda não incluídos no rol da ANS (no caso de contratos novos) e fora das hipóteses previstas na Lei 14.454/2022¹⁶³, além de procedimentos excluídos expressamente de contratos ou não previstos quando da assinatura de contratos (no caso de contratos antigos). O reconhecimento judicial de direitos não previstos contratualmente ou pela ANS torna-se especialmente delicado quando sustentado por diferentes fundamentos jurídicos, como princípios constitucionais, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), interpretação de cláusulas contratuais ou decisões de instâncias judiciais superiores.

De acordo com levantamento da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde)¹⁶⁴, realizado com base nos dados da ANS, as despesas judiciais das operadoras alcançaram R\$ 5,5 bilhões em 2023, um aumento de 37,6% em comparação ao ano anterior. Nos últimos cinco anos, o custo com a judicialização foi de R\$ 17 bilhões. Comparando-se os

¹⁶⁰ MÂNICA, Fernando Borges. **O setor privado nos serviços públicos de saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010, p. 103-104.

¹⁶¹ CIRICO, Priscila Freitas. Os impactos da judicialização da saúde suplementar. **Revista Gestão em Foco**, Edição nº 11 - Ano: 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/005_OS-IMPACTOS-DA-JUDICIALIZAÇÃO-NA-SAÚDE-SUPLEMENTAR.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

¹⁶² SANTOS, Mariana. Princípio da inafastabilidade de jurisdição. **Revisão Ensino Jurídico**, 10 maio 2023. Disponível em: <https://revisaoensinjuridico.com.br/principio-da-inafastabilidade-de-jurisdicao/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

¹⁶³ BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

¹⁶⁴ Judicialização contra planos de saúde salta 50% em 3 anos; entenda o problema. **INFOMONEY**. 2024. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/judicializacao-contra-planos-de-saude-salta-50-em-3-anos-entenda-o-problema/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

gastos das operadoras de planos de saúde com decisões judiciais em 2016, cerca de R\$ 1,3 bilhão, em 2023 o gasto da categoria chegou a R\$ 5,5 bilhões, perfazendo um aumento percentual de 323,08%.

Esses dados evidenciam o impacto crescente da judicialização na saúde suplementar, impondo custos elevados às operadoras de planos de saúde. Esse cenário revela como as decisões judiciais têm sobrecarregado o setor, comprometendo o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e, em última análise, sendo repassados aos beneficiários, o que afeta diretamente a sustentabilidade dos planos e limita o acesso ao serviço¹⁶⁵.

Para compreender o impacto desse aumento nos custos, é necessário especificar as categorias de planos passíveis de comercialização, divididas em três principais: individuais ou familiares, coletivos empresariais e coletivos por adesão.¹⁶⁶ Cada tipo possui características específicas que influenciam a forma de contratação, cobertura e reajustes aplicados, sendo essencial conhecer essas distinções para compreender como a judicialização e os custos adicionais impactam os beneficiários.

Os planos individuais ou familiares são contratados diretamente pelo consumidor junto à operadora de saúde, sem intermediários. Nessa modalidade, o beneficiário tem maior autonomia para escolher as coberturas que melhor atendem às suas necessidades pessoais ou familiares. Uma característica importante é que os reajustes anuais desses planos são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que proporciona maior previsibilidade nos aumentos de preços. No entanto, nos últimos anos, segundo dados da Qualicorp¹⁶⁷, tem-se observado uma redução na oferta desses planos pelas operadoras, devido aos custos e à regulação mais rígida. Com a interferência estatal na regulação dos aumentos, muitas operadoras têm optado por retirar os planos individuais do mercado, pois os reajustes percentuais anuais não têm acompanhado a evolução dos gastos, inclusive os advindos da judicialização.

¹⁶⁵ PINTO, Nádía Regina da Silva. **A judicialização nas relações de consumo da saúde complementar: a ótica dos magistrados acerca dos plantões judiciários**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/18641>>. Acesso em: 10 nov. 2024

¹⁶⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Jornada do Beneficiário**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/jornada-do-beneficiario-defeso.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

¹⁶⁷ Quais são os tipos de planos de saúde?. **QUALICORP**. 2021. Disponível em: <https://www.qualicorp.com.br/qualicorp-explica/qualicorp/quais-sao-os-tipos-de-planos-de-saude/>. Acesso em: 2 nov. 2024.

Por outro lado, os planos coletivos são contratados por pessoas jurídicas e subdividem-se em duas categorias: empresariais e por adesão¹⁶⁸. Os planos coletivos empresariais são oferecidos por empresas a seus funcionários e, em alguns casos, a seus dependentes. A adesão está vinculada ao vínculo empregatício ou estatutário do beneficiário com a empresa contratante, ou seja, são contratados por entidades de classe, sindicatos ou associações profissionais para seus membros. Para aderir a esse tipo de plano, o beneficiário deve estar vinculado a uma dessas entidades. Assim como nos planos empresariais, os reajustes não são regulados pela ANS e são definidos entre a entidade contratante e a operadora. Essa modalidade pode oferecer condições vantajosas devido ao agrupamento de um grande número de beneficiários, mas também está sujeita a reajustes elevados.

Os reajustes nos planos de saúde variam conforme a modalidade, sendo que os planos individuais têm aumentos controlados pela ANS, enquanto nos planos coletivos, os reajustes são negociados entre as partes e podem ser mais elevados. Em 2023, por exemplo, planos individuais sofreram um aumento de 9,63%, enquanto nos coletivos empresariais, os reajustes chegaram a 18,51% para convênios com até cinco vidas.¹⁶⁹ Esses aumentos mais expressivos nos planos coletivos impactam significativamente o custo e a acessibilidade para os usuários.

Parte dos aumentos nas mensalidades dos planos de saúde, especialmente nos coletivos, pode ser atribuída aos gastos decorrentes da judicialização da saúde suplementar. Cada vez mais, operadoras de planos de saúde são acionadas judicialmente para cobrir procedimentos e tratamentos que não estão previstos nos contratos ou no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Esse fenômeno, impulsionado pela demanda dos beneficiários por uma cobertura mais ampla, gera custos adicionais às operadoras que, para manter a sustentabilidade financeira, acabam repassando essas despesas aos usuários por meio de reajustes nas mensalidades.

Assim, o impacto financeiro da judicialização não se restringe apenas aos casos individuais; ele se espalha por toda a base de beneficiários, resultando em aumentos expressivos nas mensalidades dos planos, sobretudo nos coletivos, onde os reajustes não são limitados por regulação estatal.

¹⁶⁸ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Planos coletivos por adesão e empresariais**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos-por-adesao-e-empresariais>. Acesso em: 11 nov. 2024.

¹⁶⁹ Planos de saúde coletivos têm reajuste 3 vezes maior que os individuais. **INFOMONEY**. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/planos-de-saude-coletivos-tem-reajuste-3-vezes-maior-que-os-individuais-entenda/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

O Judiciário, ao conceder aos consumidores de planos de saúde direitos que não estão previstos em contrato, regulamentação ou lei, acaba gerando um impacto financeiro que é repassado a todos os usuários, elevando o custo das mensalidades e dificultando o acesso para quem possui condições financeiras mais restritas.

Como destaca Christopoulos¹⁷⁰, ao tomar decisões com base em um argumento consequencialista, o Judiciário deve considerar os impactos econômicos e sociais de suas decisões no sistema de saúde suplementar, de modo a evitar que intervenções desmedidas comprometam a sustentabilidade do setor. Essa inclusão de custos adicionais ameaça a função social do contrato, pois, ao elevar o preço dos planos, restringe-se o acesso à saúde suplementar, enfraquecendo seu papel de apoio ao sistema público e tornando o serviço progressivamente inacessível a uma parcela significativa da população.

Além disso, o Judiciário frequentemente busca efetivar o direito fundamental à saúde do jurisdicionado, flexibilizando a interpretação dos contratos e concedendo liminares e decisões que geram efeitos contraproducentes, esquecendo que a saúde suplementar não deve ser tratada com o mesmo rigor do serviço prestado pelo Estado. Em primeiro lugar, os consumidores acabam arcando com esses custos indiretos através de aumentos nas mensalidades, e, em segundo lugar, a saúde suplementar se torna cada vez menos acessível. Em última análise, toda a sociedade arca com os custos dessas decisões, embora os benefícios imediatos sejam concedidos a um número restrito de beneficiários.

Em síntese, a judicialização da saúde suplementar, embora busque garantir direitos individuais à saúde, traz consigo uma série de desafios econômicos e sociais que comprometem a sustentabilidade do setor e restringem o acesso de uma parcela significativa da população. O equilíbrio entre o direito à saúde e a função social dos contratos, quando aliado a uma regulação eficiente, poderá ser a chave para que a saúde suplementar continue a cumprir seu papel de apoio ao sistema público, sem perder de vista a proteção ao consumidor¹⁷¹.

Assim, diante dos impactos econômicos e sociais da judicialização da saúde suplementar, torna-se imperativo refletir sobre o papel dos Tribunais Superiores na construção de um entendimento que harmonize o direito à saúde com a sustentabilidade do setor. A interpretação dos tribunais tem o potencial de estabelecer limites e diretrizes que garantam a

¹⁷⁰ CHRISTOPOULOS, Basile Georges Campos. Argumento consequencialista no Direito. **Revista Eletrônica do Mestrado em Direito da UFAL**, v. 6, n. 3, 2015.

¹⁷¹ BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**: Equilíbrio entre direito à saúde e função social dos contratos. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

proteção dos beneficiários sem comprometer a viabilidade das operadoras. Espera-se que o posicionamento dos Tribunais Superiores permita uma aplicação mais equilibrada da legislação e dos princípios constitucionais, promovendo a previsibilidade nas relações contratuais e evitando o comprometimento do sistema como um todo.

4.4 O que se espera da interpretação dos Tribunais Superiores em relação à judicialização da Saúde Suplementar no Brasil: discussões possíveis

A atuação dos tribunais superiores, como o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça, é fundamental para assegurar a uniformização de entendimentos e estabelecer precedentes jurídicos, contribuindo para a estabilidade e coerência do sistema judiciário no Brasil. Esses tribunais, ao decidirem sobre questões de grande relevância jurídica, consolidam interpretações que servem como orientação para os tribunais inferiores, fortalecendo a previsibilidade e a segurança jurídica¹⁷².

No Brasil, o papel dos tribunais superiores é amplificado pelo novo sistema de precedentes, introduzido pelo Código de Processo Civil de 2015¹⁷³, que valoriza o respeito a decisões previamente estabelecidas em casos similares, buscando reduzir a insegurança e o excesso de processos sobre temas já pacificados¹⁷⁴. Essa uniformização de entendimentos permite que o direito seja aplicado de forma mais objetiva e igualitária, independentemente da instância ou da localização do julgamento. Os precedentes oriundos dos tribunais superiores estabelecem uma referência sólida para a resolução de demandas, sobretudo em casos repetitivos, onde milhares de processos aguardam uma definição comum para garantir soluções justas e previsíveis.

Como afirma Salomão¹⁷⁵, o Superior Tribunal de Justiça exerce função nomofilática, ou seja, uma função de “guarda da lei”, buscando a interpretação uniforme das leis federais para assegurar a estabilidade das decisões judiciais e a previsibilidade no sistema jurídico brasileiro.

¹⁷² SALOMÃO, Rodrigo Cunha Mello. A Importância do Superior Tribunal de Justiça no Novo Sistema de Precedentes Vinculantes. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXI, n. 71, p. 54-77, jan./abr. 2017.

¹⁷³ BRASIL. Lei 13.105, de 16 de março de 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm.

¹⁷⁴ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Sistema de precedentes garante segurança jurídica e decisões ágeis. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-de-precedentes-garante-seguranca-juridica-e-decisoes-ageis/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

¹⁷⁵ Ibidem.

Dessa forma, a criação de precedentes vinculantes pelos tribunais superiores não apenas orienta as decisões das instâncias inferiores, mas também contribui para a celeridade e a eficiência do sistema judicial, uma vez que evita julgamentos contraditórios e promove a resolução de demandas de maneira uniforme¹⁷⁶.

Esse papel é crucial em temas de repercussão social, como direitos constitucionais e questões de ordem pública, pois reduz a disparidade de tratamento que poderia ocorrer caso não houvesse uma linha interpretativa uniforme. O respeito aos precedentes permite que as decisões não se limitem ao caso específico, mas que tenham alcance normativo, fornecendo diretrizes para casos futuros e garantindo uma aplicação do direito mais estável e confiável.

Além disso, o STF e o STJ atuam como guardiões dos valores constitucionais e infraconstitucionais, respectivamente, e suas decisões refletem o entendimento mais robusto e detalhado sobre a aplicação das leis e da Constituição.¹⁷⁷ Esse papel de “guardiões” os posiciona como instituições que interpretam e adaptam o direito às transformações sociais e políticas, reafirmando o compromisso do sistema judiciário com a justiça social e com os direitos fundamentais.

No âmbito da saúde suplementar, os tribunais superiores, especialmente o STJ, desempenham um papel essencial ao estabelecer diretrizes para casos que envolvem disputas entre beneficiários e operadoras de planos de saúde. Ao consolidarem interpretações sobre questões centrais, como a abrangência do rol de procedimentos da ANS, os tribunais criam precedentes que orientam os julgamentos de casos similares em todo o país. Isso contribui para reduzir a quantidade de demandas repetitivas, nas quais se pleiteiam direitos que já foram objeto de decisões anteriores e também são fundamentais para evitar a insegurança jurídica, pois ao esclarecer os limites das obrigações das operadoras e dos direitos dos beneficiários, os tribunais garantem que haja previsibilidade nas relações jurídicas¹⁷⁸.

¹⁷⁶ SENADO FEDERAL (Brasil). A eficácia dos precedentes judiciais no Brasil e a função dos tribunais superiores na uniformização da jurisprudência. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 49, n. 195, p. 77-104. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/49/195/ril_v49_n195_p77.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

¹⁷⁷ STRECK, Lenio Luiz. **Prescrição**: quem é o guardião da lei ordinária, STJ ou STF? Consultor Jurídico, 13 fev. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-fev-13/senso-incomum-prescricao-quem-guardiao-lei-ordinaria-stj-ou-stf/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

¹⁷⁸ SANTOS, Edson Lucas Pereira dos. **Saúde em Juízo**: uma análise acerca do controle judicial da política pública de saúde durante o primeiro ano da Covid-19 no Rio Grande do Norte, com ênfase para as ações com pedidos liminares por disponibilização de leitos de UTI. Orientador: Marcus Aurélio de Freitas Barros. 2023. 124 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Departamento de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/54113>>. Acesso em 11 nov. 2024.

Essa previsibilidade ajudaadoras, consumidores e advogados a compreenderem melhor o que é ou não devido, e isso diminui o incentivo para que se judicialize questões que já foram pacificadas.

Na mesma senda, ao evitar julgamentos conflitantes em diferentes instâncias e regiões, os tribunais superiores promovem um sistema mais coeso e estável, onde todos os envolvidos na saúde suplementar – desde asadoras até os beneficiários – podem confiar que as decisões judiciais seguirão uma linha interpretativa comum. Essa uniformidade é vital para a sustentabilidade econômica do setor, pois os custos inesperados gerados pela judicialização acabam sendo repassados aos beneficiários, conforme demonstrado no capítulo anterior. Assim, a atuação dos tribunais superiores, ao criar diretrizes consistentes, não apenas controla a judicialização, mas também preserva o equilíbrio do sistema, garantindo que as decisões judiciais sejam justas e proporcionais, sem comprometer a viabilidade dos planos de saúde e o acesso dos beneficiários ao atendimento suplementar.

Na mesma linha de pensamento, analisar algumas decisões, em especial do Superior Tribunal de Justiça, sobre temáticas ligadas à saúde suplementar. Conforme apresentado nos capítulos 3.2 e 3.3, a terceira e quarta turmas do STJ divergiam sobre a natureza jurídica do rol de eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, se taxativo, taxativo mitigado, ou exemplificativo. Todavia, pondo um fim na discussão, o legislador, por meio da Lei n. 14.454/2022, definiu o referido rol como exemplificativo, em oposição ao entendimento mais recente que definiu a taxatividade mitigada.

Compreende-se a importância que a Corte Superior atribui às questões relacionadas à saúde suplementar, considerando o grande número de beneficiários que dependem do setor privado devido à precariedade do SUS e à sua incapacidade de atender toda a população de maneira universal.

Conforme destacou o relator Salomão¹⁷⁹, o Judiciário, além de cumprir seu papel de imparcialidade e respeitar os princípios do contraditório e da ampla defesa, deve também considerar, ao julgar casos de saúde suplementar, o confronto de interesses entre o beneficiário, amparado por um laudo unilateral de especialista, e a adadora, que precisa atender a uma coletividade de usuários em um sistema mutualista, onde os tratamentos de uns são custeados

¹⁷⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial n. 1.733.013 - PR (2018/0074061-5)**, Relator: Ministro Luis Felipe Salomão, recorrente: Victoria Teixeira Bianconi, recorrido: Unimed de Londrina Cooperativa de Trabalho Médico, amicus curiae: Federação Nacional de Saúde Suplementar. Julgado em 10 de dezembro de 2019.

pelas contribuições de outros. Dessa forma, cabe ao Judiciário interpretar as normas aplicáveis com equilíbrio e justiça, ponderando adequadamente os interesses em disputa e contando com o suporte de profissionais técnicos.

Por conseguinte, a Lei n. 14.454/2022 iniciou uma nova discussão no Superior Tribunal de Justiça em relação a sua retroatividade¹⁸⁰. No julgamento do REsp nº 2.037.616/SP, o Superior Tribunal de Justiça reafirmou a aplicação do rol de procedimentos da ANS como uma diretriz que não é taxativa, mas exemplificativa, especialmente após a Lei nº 14.454/2022, que alterou o regime de cobertura para incluir procedimentos e tratamentos não previstos no rol, desde que atendam a critérios específicos, como comprovação de eficácia científica¹⁸¹.

Com a introdução do § 13 ao art. 10 da Lei nº 9.656/1998, a cobertura obrigatória de procedimentos fora do rol da ANS foi confirmada, desde que evidenciada sua eficácia ou recomendada por órgãos técnicos competentes. O STJ também destacou que, embora a lei não tenha efeito retroativo, sua aplicação é imediata para tratamentos em curso, especialmente em contratos de trato sucessivo. Compreende-se, desta forma, a orientação da corte nos casos de tratamento continuado, em que as operadoras devem considerar a legislação vigente, assegurando a cobertura com base nos novos parâmetros legais.

Não obstante, uma temática mais específica em relação à saúde suplementar é a obrigatoriedade de custeio integral do tratamento de pessoas com Transtorno de Espectro Autista. Antes da Resolução Normativa 469/2021 da ANS¹⁸², que passou a exigir cobertura ilimitada de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento do TEA, os planos de saúde limitavam o número de sessões de terapia, geralmente a duas por semana. Essa limitação prejudicava crianças com níveis mais elevados da condição, que necessitavam de acompanhamento mais intensivo para um desenvolvimento adequado.

A Resolução N. 469/2021 marcou um avanço ao obrigar a cobertura ilimitada dessas sessões. Contudo, os planos de saúde ainda não abrangiam todas as especialidades de tratamento, como a terapia ABA, oferecendo apenas as terapias incluídas no rol da ANS. Para ampliar essa cobertura, a ANS editou a Resolução Normativa 539/2022, em vigor desde 1º de

¹⁸⁰BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

¹⁸¹BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

¹⁸²BRASIL. Resolução normativa - RN nº 469, de 09 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mg==>.

julho de 2022¹⁸³, tornando obrigatória a cobertura de qualquer técnica ou método prescrito pelo médico assistente para o tratamento de transtornos globais do desenvolvimento.

Embora essas normas representem avanços, Chagas¹⁸⁴ é possível compreender que os pacientes com TEA ainda enfrentam dificuldades para obter tratamentos completos, como a musicoterapia e a terapia ABA, devido à resistência dos planos de saúde em cobrir todos os métodos recomendados, além de persistirem restrições quanto ao número de sessões, o que viola os direitos dessas pessoas.

No âmbito do STJ, por meio do REsp 2.043.003, o entendimento jurisprudencial foi firmado no sentido de garantir a cobertura de qualquer tipo de tratamento multidisciplinar, por qualquer método que seja prescrito pelo médico assistente¹⁸⁵. Assim, diante desse julgado, não há brechas para que as agências de plano de saúde neguem a cobertura de tratamento para crianças com TEA.

Todavia, no julgamento do AgInt no REsp 2085472 MT, o STJ estabeleceu que nos casos em que os beneficiários com tratamento para TEA custeados pelas operadoras sob regime de coparticipação, o valor da contribuição mensal do paciente não pode ser superior a duas vezes o valor da mensalidade.

Para ilustrar o entendimento do STJ, suponha que um beneficiário de um plano de saúde tenha uma mensalidade de R\$ 500,00 e necessite de tratamento para Transtorno do Espectro Autista, cuja cobertura é custeada pela operadora sob regime de coparticipação e em um mês, ele realiza sessões de terapia cujo valor de coparticipação somaria R\$ 1.200,00. Conforme a regulamentação aplicável, o valor da coparticipação cobrada ao beneficiário não pode exceder o limite de duas vezes o valor da mensalidade. Neste caso, o limite máximo de coparticipação que pode ser cobrado é de R\$ 1.000,00 (duas vezes o valor da mensalidade de R\$ 500,00). Assim, mesmo que o valor total das sessões utilizadas pelo beneficiário implicasse em um custo de R\$ 1.200,00 a título de coparticipação, a operadora só poderia cobrar até o limite de R\$ 1.000,00.

¹⁸³ BRASIL. **Resolução normativa ANS nº 539, de 23 de junho de 2022**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI1Ng==>.

¹⁸⁴ CHAGAS, Márcia Cavalcante. Os Direitos das crianças com autismo e as dificuldades de acesso a tratamento multidisciplinar nos planos de saúde. In: SOUZA, Alessandra Varrone de Almeida Prado. **Direito dos Autistas**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2023, p. 29-37.

¹⁸⁵ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 2.043.003-SP**, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, por unanimidade, julgado em 21/3/2023, DJe 23/3/2023. Plano de saúde. Natureza taxativa, em regra, do rol da ANS.

Analisando-se a extensão desta decisão do STJ, considerando que os tratamentos para TEA costumam ultrapassar dezenas de milhares de reais mensalmente por paciente, a limitação imposta pela corte ao valor da coparticipação gera um impacto direto nas condições originalmente pactuadas com as operadoras de saúde. A coparticipação é uma cláusula contratual que visa compartilhar o custo dos serviços médicos entre o beneficiário e a operadora, oferecendo ao consumidor um plano de saúde com mensalidade mais acessível em troca de uma contribuição proporcional ao uso do serviço. Com a limitação do STJ, essa regra inicial do contrato é alterada, pois o teto imposto para a coparticipação cria uma “isenção” para os beneficiários que ultrapassariam esse limite, transferindo o valor excedente para as operadoras.

Esse redirecionamento de custos pode impactar significativamente o cálculo atuarial do plano. No desenvolvimento do produto, as operadoras estabelecem um equilíbrio entre o valor da mensalidade e o potencial custo da coparticipação, considerando que beneficiários que fazem uso mais frequente do plano contribuirão com valores adicionais. Ao limitar a coparticipação sem prever uma compensação adequada, a decisão do STJ interfere nessa precificação original, pois as operadoras arcarão com uma parcela dos custos dos tratamentos que, de outra forma, seriam pagos pelo beneficiário. Essa diferença não prevista gera uma pressão financeira que pode desestabilizar o equilíbrio econômico do plano, levando, potencialmente, a reajustes nas mensalidades para cobrir os custos adicionais.

Do ponto de vista econômico e contratual, a decisão coloca o princípio da proteção ao consumidor em tensão com a autonomia privada e a função social dos contratos, já que altera unilateralmente uma condição previamente aceita por ambas as partes.¹⁸⁶ Embora a limitação seja motivada pela proteção do beneficiário em tratamentos de longa duração e custo elevado, ela pode repercutir em custos adicionais para todos os beneficiários do plano, uma vez que as operadoras podem adotar reajustes para equilibrar o aumento nas despesas. Portanto, o entendimento do STJ, ao impor a limitação, interfere na lógica atuarial e na sustentabilidade do modelo de coparticipação, gerando um possível efeito em cascata sobre o valor dos planos para todos os usuários.

Em suma, percebe-se a orientação jurisprudencial no sentido de considerar abusivas as cláusulas limitadoras nos contratos de plano de saúde, já que estes têm por fim a preservação da vida e do bem estar do usuário. A aplicação dos arts. 47 e 51, IV, do CDC e dos princípios constitucionais já elencados, além do direito à saúde, são frequentemente invocados como

¹⁸⁶ FILHO, Eduardo Tomasevicius. A função social do contrato: conceito e critérios de aplicação. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 42, n. 168, p. 197-213, out./dez. 2005.

forma de proteger os usuários em face das ações das operadoras de plano de saúde, sejam elas negativas para custeio de procedimentos ou medicamentos, aumentos tidos como abusivos, cobranças de coparticipação maiores que a mensalidade ou até mesmo cancelamento unilateral nos casos de planos coletivos.

Segundo Riani¹⁸⁷, ao examinar os precedentes relacionados ao tema, observa-se que a justiça no Brasil tem aplicado poucos ou quase nenhum critério consistente ao julgar processos nessa área. Essa prática sobrecarrega financeiramente os planos de saúde, além de gerar impactos organizacionais significativos para as operadoras e criar insegurança para os usuários dos planos.

Em termos gerais, é fundamental repensar a intervenção do Judiciário no campo da saúde suplementar para encontrar soluções abrangentes que, respeitando os preceitos constitucionais e o princípio da separação de poderes, considerem a realidade de todos os envolvidos. É importante lembrar que o mercado de saúde suplementar é organizado por um sistema regulatório que impõe regras e limites para orientar a atuação dos agentes e define um conjunto de direitos e obrigações.

Dessa forma, a intervenção judicial nesse setor deve ser guiada pela proteção do direito fundamental à saúde, bem como pelos normativos técnicos, médicos, atuariais, econômicos e financeiros emitidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pela regulação do setor.

¹⁸⁷ RIANI, Marlus K. **Plano de Saúde**: aspectos legais e contratuais. Belo Horizonte: SINCOOMED, 2011.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho explorou as complexidades da saúde suplementar no Brasil, contextualizando-a como um reflexo das limitações do Sistema Único de Saúde e de uma crescente demanda por serviços médicos de qualidade. Partindo da constitucionalização do direito à saúde como um direito fundamental, examinamos como o setor privado complementa a prestação pública por meio de contratos regidos pela Lei nº 9.656/98 e fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. A análise percorreu os desafios regulatórios enfrentados pela ANS, os efeitos da judicialização sobre a sustentabilidade do setor e as tensões existentes entre autonomia privada e intervenção judicial.

Inicialmente, foram analisados os fundamentos constitucionais que elevam a saúde ao status de direito social fundamental e estabelecem o dever estatal de sua garantia, por meio do Sistema Único de Saúde. Contudo, os desafios financeiros e estruturais enfrentados pelos SUS levaram à necessidade de atuação do setor privado como alternativa não só para introduzir a iniciativa privada no segmento, mas também para suprir lacunas na prestação de serviços efetuadas pelo poder público em geral. Essa relação público-privada foi regulamentada pela Lei nº 9.656/98 e posteriormente complementada pela criação da ANS, órgão regulador responsável por equilibrar os interesses das operadoras de saúde e dos consumidores.

No segundo capítulo, explorou-se o papel da ANS como autarquia reguladora do setor de saúde suplementar. Apesar dos avanços proporcionados pela atuação da agência, como a definição e modificação periódica de um rol mínimo de procedimentos obrigatórios, verificou-se que a insuficiência de normativas claras e atualizadas, modificadas pela interferência do judiciário, tem contribuído para a judicialização das relações contratuais. Esse fenômeno, identificado no terceiro capítulo, evidencia as tensões entre a autonomia da vontade privada e a intervenção judicial, particularmente no que diz respeito à interpretação da natureza do rol de procedimentos e à delimitação das obrigações das operadoras.

Dentre os pontos abordados, destacam-se a dualidade entre o caráter taxativo e exemplificativo do rol de procedimentos da ANS, as recentes mudanças legislativas introduzidas pela Lei nº 14.454/2022 e o impacto dessas medidas no equilíbrio das relações contratuais. Observou-se que a crescente judicialização resulta, em grande parte, de divergências interpretativas entre reguladores, operadoras e consumidores, bem como de decisões judiciais que frequentemente ampliam direitos além do previsto contratualmente. Tais

decisões acarretam custos que, inevitavelmente, são repassados aos beneficiários, comprometendo a acessibilidade e a função social do contrato.

Por conseguinte, foi analisada a aplicação irrestrita do CDC nas relações contratuais de saúde suplementar, destacando sua função como norma subsidiária à Lei nº 9.656/98, com o objetivo de equilibrar as relações entre operadoras e beneficiários. Ao reconhecer a vulnerabilidade dos consumidores e a essencialidade do direito à saúde, o CDC fornece uma base legal que permite ao Judiciário intervir para assegurar direitos, mesmo em situações não previstas contratualmente. No entanto, essa aplicação, embora inicialmente benéfica para proteger o consumidor, traz consequências práticas significativas. Decisões judiciais baseadas estritamente no CDC (desconsiderando ou subutilizando a legislação específica do setor) que impõem às operadoras a cobertura de tratamentos não previstos ou com custos inesperados são prejudiciais ao setor.

Assim, embora o CDC promova a defesa dos consumidores, sua aplicação irrestrita pode gerar um paradoxo, dificultando a sustentabilidade do sistema e prejudicando os próprios beneficiários que buscam proteger. O equilíbrio entre a aplicação do CDC e o respeito às normas específicas do setor é, portanto, indispensável para assegurar a continuidade e a acessibilidade da saúde suplementar no Brasil.

Ademais, a pesquisa revelou que a judicialização da saúde suplementar, enquanto fenômeno em expansão, é uma tendência de judicialização, conforme enfrentado pelo SUS, criando, ao final das contas, um ciclo de transferência de responsabilidades do Estado para as operadoras privadas. Esse movimento gera desafios não apenas para a regulação, mas também para a previsibilidade e segurança jurídica das relações contratuais, essenciais para a sustentabilidade do setor. A análise dos tribunais superiores mostrou que, embora a proteção ao consumidor seja uma prioridade, ela deve ser balanceada com a manutenção da viabilidade econômico-financeira das operadoras.

Retomando o tema principal da pesquisa, verificou-se que a intervenção judicial na saúde suplementar pode impactar positivamente ao assegurar tratamentos necessários e urgentes, mas também apresenta efeitos colaterais significativos, como o aumento dos custos para os beneficiários e o enfraquecimento da estabilidade do sistema. A Lei nº 14.454/2022 surge como uma tentativa de mitigar esses impactos, redefinindo o caráter do rol da ANS e criando critérios objetivos para a cobertura de tratamentos fora da lista. Contudo, a ausência de

regulamentação específica sobre esses critérios tem levado a novas controvérsias e à perpetuação da insegurança jurídica.

Os resultados apontam para a necessidade de um diálogo mais harmonioso entre os três poderes e os agentes reguladores, com vistas a criar um ambiente normativo mais claro e eficiente. A harmonização das competências da ANS e do Poder Judiciário, aliada a um marco regulatório atualizado e abrangente, pode ser a chave para reduzir a judicialização e promover um equilíbrio entre direitos e deveres no setor. De mais a mais, não se questiona o papel crucial na garantia do direito à saúde no Brasil que a saúde suplementar desempenha. Esse equilíbrio entre regulação, proteção ao consumidor e viabilidade econômica é o grande desafio que se impõe, e este trabalho buscou contribuir com reflexões que possam auxiliar na construção de soluções para um tema de tamanha relevância.

Em última análise, embora a intervenção judicial seja essencial para corrigir falhas e assegurar direitos, é necessário que essa atuação seja pautada pela prudência e pela busca de soluções que equilibrem os princípios constitucionais, os direitos consumeristas e os aspectos econômicos do setor. Conclui-se, portanto, que a saúde suplementar enfrenta o desafio de equilibrar os interesses das operadoras, dos beneficiários e do próprio Estado. Para tanto, é imprescindível que o Poder Judiciário, ao atuar sobre questões relacionadas à saúde suplementar, harmonize sua intervenção com os padrões regulatórios estabelecidos pela ANS. Além disso, faz-se necessária uma articulação mais eficiente entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, de forma a criar um ambiente regulatório que assegure tanto a proteção dos consumidores quanto a viabilidade econômica das operadoras.

REFERÊNCIAS

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO (Brasil). **AGU explica:** Rol de procedimentos da ANS e a saúde suplementar. Sapiens. Disponível em: https://sapiens.agu.gov.br/valida_publico?id=1054803882. Acesso em: 1 nov. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Jornada do Beneficiário.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/jornada-do-beneficiario-defeso.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Planos coletivos por adesão e empresariais.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos-por-adesao-e-empresariais>. Acesso em: 11 nov. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS, 2017. **Planos de saúde vão oferecer 18 novos procedimentos em 2018.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4192-planos-de-saude-vaofornecer-18-novos-procedimentos-a-partir-de-2018>>. Acesso em 15 de outubro de 2024.

ALEXY, Robert. Teoria dos direitos fundamentais. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

ALVES, Lisiane Rodrigues. A dicotomia do princípio da integralidade do SUS. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, 6(1):153-166, jan./mar, 2017.

Análise da qualidade regulatória da saúde suplementar no Brasil. **Grupo de Economia da Infraestrutura e Soluções Ambientais.** FGV-EAESP/MPGPP). Disponível em: https://media.jurishealth.com.br/_original/site/pages-9pmbBS9CqLyBr55.pdf.

ARAGÃO, Alexandre S. (org.). **O poder normativo das agências reguladoras**, 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

AZEVEDO, Eder Marques de; ALMEIDA, Gustavo Barçante de; PORTES, Paola Alvarenga. O mito da teoria da reserva do possível: os impasses do orçamento público para o desenvolvimento dos direitos sociais. **Direito e Desenvolvimento**, v. 4, n. 8, p.33-57, 5 de jun. de 2017. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/direitoedesenvolvimento/article/download/233/215/696>> Acesso em 27 de set. 2024.

Base Nacional de dados do Poder Judiciário, instituído pela Resolução CNJ n. 331/2020. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/paineis-cnj/>>. Acesso em: 28 out. 2024.

BARCELLOS, Ana Paula de. **Comentários à Constituição Federal de 1988**. Coordenadores científicos: Paulo Bonavides, Jorge Miranda, Walber de Moura Agra. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de Direito do Consumidor**. 2ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

BOTTESINI, Maury A. Contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde – princípios básicos da atividade – suporte jurídico-legal e constitucional. In: CARNEIRO, Luiz A. F. (Org.). **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

BOTTESINI, Maury A.; MACHADO, Mauro C. **Lei dos Planos e Seguros de Saúde: comentada artigo por artigo**. 2. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Equilíbrio entre direito à saúde e função social dos contratos**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0073.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l9656.htm

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm.

BRASIL. **Lei 13.105, de 16 de março de 2015.** Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm.

BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.** Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama - Saúde Suplementar:** ANS divulga dados relativos ao 4º trimestre de 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/panorama-2013-saude-suplementar-ans-divulga-dados-relativos-ao-4o-trimestre-de-2023> Acesso em: 28 de outubro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equidade em Saúde.** Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude>. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Judicialização da Saúde.** Disponível em: <
<https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/cnj-demandas-judiciais-relativas-saude-crescem-130-em-dez-anos/#:~:text=Os%20n%C3%BAmeros%20refletem%20no%20or%C3%A7amento,1%2C6%20bilh%C3%A3o%20em%202016.>>. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. **Resolução CONSU nº 10 de 03/11/1998.** Disponível em:
https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-10-1998_95841.html.

BRASIL. **Resolução normativa ANS nº 539, de 23 de junho de 2022.** Disponível em:
<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI1Ng==>.

BRASIL. **Resolução normativa - RN nº 469, de 09 de julho de 2021.** Disponível em:
<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDA2Mg==>.

BRASIL. **Resolução normativa - RN nº 470, de 09 de julho de 2021.** Disponível em:
<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/RN470.pdf>.

BRASIL. **Superintendência de Seguros Privados.** Seguro de danos. Disponível em:
<https://www.gov.br/susep/pt-br/planos-e-produtos/seguros/seguro-de-danos>. Acesso em: 1 nov. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 93, de 1993.** Disponível em:
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/27148>.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Interno no Recurso Especial nº 1.758.439 - SP (2018/0074061-5)**. Relator: Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. Brasília, DF, 20 fev. 2020. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=105962404&tipo=5&nreg=201800740615&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20200220&formato=PDF&salvar=falso>. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP e nº 1.889.704/SP**. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF. Julgado em 08 de junho de 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP**, Relator: Ministro Vice-Presidente do STJ, autuado em 7 de abril de 2021. Embargante: Unimed Campinas Cooperativa de Trabalho Médico; Embargado: Gustavo Guerazo Lorenzetti; Interessado: Defensoria Pública da União (Amicus Curiae). Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 2024. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.889.704/SP**, Relator: Ministro Vice-Presidente do STJ, autuado em 27 de maio de 2021. Embargante: Unimed Campinas Cooperativa de Trabalho Médico; Embargado: R. D. F. (Menor), representado por R. M. D.; Interessado: Defensoria Pública da União (Amicus Curiae). Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 2024. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp nº 1.876.630/SP**. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Acórdão em 03 de junho de 2024. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202003295039&dt_publicacao=05/06/2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.733.013 - PR (2018/0207123-1)**. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF, 27 fev. 2019. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201802071231&dt_publicacao=27/02/2019. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 2.043.003-SP**, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, por unanimidade, julgado em 21/3/2023, DJe 23/3/2023. Plano de saúde. Natureza taxativa, em regra, do rol da ANS.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista**. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portaalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo-com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 469 - Direito do Consumidor - Plano de Saúde**. Disponível

em:<https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/toc.jsp?livre=%27469%27.num.&O=JT#:~:text=S%C3%BAmulas%20em%20PDF&text=1%20s%C3%BAmula%20encontrada%20com:%20%22469,num.&text=DIREITO%20DO%20CONSUMIDOR%20%2D%20PLANO%20DE,17/04/2018>).

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **SÚMULA n. 608**. Disponível em:

https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_608_2018_segunda_secao.pdf.

CABRAL, Raquel. **A judicialização do direito a saúde e os desafios para efetivação do sistema único de saúde: uma análise sobre o SUS mediado em Natal/RN**. 2014. 57f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 4 ed.

Coimbra: Livraria Almedina, s.d. p. 372-373.

CHAGAS, Márcia Cavalcante. Os Direitos das crianças com autismo e as dificuldades de

acesso a tratamento multidisciplinar nos planos de saúde. In: SOUZA, Alessandra Varrone de Almeida Prado. **Direito dos Autistas**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2023, p. 29-37.

CHIMENTI, Ricardo C. CAPEZ, Fernando. ROSA, Márcio F. E. SANTOS, Marisa F. **Curso de Direito Constitucional**. 6. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CHRISTOPULOS, Basile Georges Campos. Argumento consequencialista no Direito.

Revista Eletrônica do Mestrado em Direito da UFAL, v. 6, n. 3, 2015.

CIRICO, Priscila Freitas. Os impactos da judicialização da saúde suplementar. **Revista Gestão em Foco**, Edição nº 11 - Ano: 2019. Disponível em:

https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/005_OS-IMPACTOS-DA-JUDICIALIZAÇÃO-NA-SAÚDE-SUPLEMENTAR.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Sistema de precedentes garante segurança**

jurídica e decisões ágeis. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-de-precedentes-garante-seguranca-juridica-e-decisoes-ageis/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

COSTA, Nilson R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5 set/out, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/H3fqcX34LtX8XzF3Mw9Q5Wv/>> Acesso em: 26 set. 2024.

CUNHA, Paulo César Melo da. **Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

FELISBINO, Aliny. **A judicialização da saúde suplementar dos planos privados de assistência à saúde firmados antes da Lei 9.656/98**. Jus Navigandi. Publicado em: maio 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/29030/a-judicializacao-da-saude-suplementar-dos-planos-privados-de-assistencia-a-saude-firmados-antes-da-lei-n-9-656-98>>. Acesso em: 28 out. 2024.

FERREIRA FILHO, Manoel G. **Reforma do Estado: o papel das agências reguladoras e fiscalizadoras**. Belo Horizonte, maio de 2002.

FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v.12, n.1, p.1-17, jan.2020.

FILHO, Eduardo Tomasevicius. A função social do contrato: conceito e critérios de aplicação. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 42, n. 168, p. 197-213, out./dez. 2005.

FRASCATI, Jacqueline Sophie P. G. Força jurídica dos direitos sociais, econômicos e culturais. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. vol. 63. p. 81. São Paulo: Ed. RT, abr. 2008.

GAGLIANO, Pablo Stolze. **Manual de direito civil**; volume único / Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho. – 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

GOMES, Damascos Torres. **Os impactos financeiros da judicialização da saúde em operadoras de saúde suplementar**. JUS.COM.BR, dez. 2018. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/70676/os-impactos-financeiros-da-judicializacao-da-saude-em-operadoras-de-saude-suplementar>>. Acesso em: 29 out. 2024.

GOVERNO DO BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 1 nov. 2024.

GREGORI, Maria Stella. **Garantias de consumo: Código de Defesa do Consumidor se aplica aos planos de saúde**. Conjur, 07 jun. 2023. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-jun-07/garantias-consumo-codigo-defesa-consumidor-aplica-aos-planos-saude/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

HEINZMANN, C.; MARQUES, C. A.; SILVA, V. H. H. G. Direito fundamental à saúde: o papel do Estado na política de saúde. Revista FSA, v. 27, n. 122, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/direito-fundamental-a-saudeo-papel-do-estado-na-politica-de-saude/>. Acesso em: 25 set. 2024.

HOLANDA, Danielle Spencer; FIGUEIRÊDO, Simone de Sá Rosa. Cobertura de acompanhante terapêutico escolar a paciente com Transtorno do Espectro Autista no âmbito de contratos de planos de saúde. **Revista de Direito do Consumidor**. São Paulo, vol. 144, p. 233-259, nov./dez. 2022.

Judicialização contra planos de saúde salta 50% em 3 anos; entenda o problema. **INFOMONEY**. 2024. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/judicializacao-contr-planos-de-saude-salta-50-em-3-anos-entenda-o-problema/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

LINS, Liana Cirne. **A justicabilidade dos direitos fundamentais sociais**: uma avaliação crítica do tripé denegatório de sua exigibilidade e da concretização constitucional seletiva. Senado Brasília, a. 46 n. 182 abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/194915>> Acesso em: 27 de set. 2024.

MAINETTI, Mariana. **Saúde Suplementar pontua impacto de processos judiciais para equilíbrio do setor**. CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/saude-suplementar-pontua-impacto-de-processos-judiciais-para-equilibrio-do-setor/>. Acesso em 15 out. 2024.

MÂNICA, Fernando Borges. **O setor privado nos serviços públicos de saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

MARQUES, Cláudia Lima et al (coord). **Saúde e Responsabilidade**: seguros e planos de assistência privada à saúde. Biblioteca de Direito do Consumidor – v.13. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. Abuso de Poder Regulatório: algo prático na Lei de Liberdade Econômica. **Advocacia HJ**. Nº 3, 2020.

MAZZOLI, Luiz Augusto. **O acesso do consumidor aos tratamentos *off label* à luz dos requisitos impostos pela lei 14.454/2022**. 2022. Monografia (Bacharelado) - Curso de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2022.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os**

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.

MATTOS, Ruben Araújo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GCvzrJvLB3rq8cnvRQpPC9H/>. Acesso em: 25 set. 2024.

MEIRA, Giselle; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. O rol de procedimentos em saúde: a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e a Lei 14.454/2022. **Revista Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v. 18, n. 44, p. 113-136, jan./abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde - SUS.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus#:~:text=Princ%C3%ADpios%20do%20SUS&text=A%20sa%C3%BAde%20%C3%A9%20um%20direito,outras%20caracter%C3%ADsticas%20sociais%20ou%20pessoais.>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS é modelo de saúde pública para o mundo.** Portal Gov.br, 17 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-e-modelo-de-saude-publica-para-o-mundo>. Acesso em: 22 set. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ. **Declaração de Alma-Ata**, s.d. Disponível em: <https://mpce.mp.br/pro-saude/cartas-e-declaracoes-em-defesa-da-saude/declaracao-de-alma-ata/>.

MORAES, Alexandre. **Agências Reguladoras.** São Paulo: Atlas, 2002.

NASCIMENTO, Tupinambá M. C. **Comentários à Constituição Federal:** direitos e garantias fundamentais: artigos 5º a 17. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

NIMED Fesp. **Nossa história:** o nascimento do Sistema Unimed. Unimed Fesp: 50 anos cooperando para a saúde, 2024. Disponível em: <https://50anos.unimedfesp.coop.br/nossa-historia>. Acesso em: 26 set. 2024.

NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos sociais:** teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Coimbra: Coimbra Editora, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Risco de subscrição no mercado de saúde 28 suplementar brasileiro: uma nova regulamentação.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53832>. Acesso em: 20 de outubro de 2024.

PASQUALOTTO, Adalberto. A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde: uma interpretação construtiva. In: MARQUES, Claudia Lima (coord.); LOPES, José Reinaldo de Lima (coord.); PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (coord.). **Saúde e responsabilidade.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 36-64. (Biblioteca de Direito do Consumidor, v.13), p. 47-48.

PASQUALOTTO, Adalberto. Conceitos fundamentais do Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Claudia Lima (org.); MIRAGEM, Bruno (org.). **Direito do consumidor: fundamentos do direito do consumidor**, v. I. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, (Doutrinas Essenciais; 1), p. 41.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, v.18, n.4, ago. 2008, p. 71.

PINTO, Luiz F.; SORANZ, Daniel R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, jan.2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vfcVm7DNT5n5jWQVzHQHRdC/abstract/?lang=pt> Acesso em: 26 set. 2024.

PINTO, Nádia Regina da Silva. **A judicialização nas relações de consumo da saúde complementar: a ótica dos magistrados acerca dos plantões judiciais.** Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/18641>>. Acesso em: 10 nov. 2024

PITTA, Aurea Maria da Rocha. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.127-130, 2010.

PRUX, Oscar Ivan; MORAIS, Fausto Santos de; FERREIRA, Olavo Augusto Vianna. Judicialização e Sustentabilidade no Setor da saúde suplementar: os direitos da personalidade do consumidor e a análise econômica do Direito nos contratos de seguros e planos de saúde. **Revista Economic Analysis of Law Review**, vol. 10, nº. 3, 2019.

Planos de saúde coletivos têm reajuste 3 vezes maior que os individuais. **INFOMONEY.** Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/planos-de-saude-coletivos-tem-reajuste-3-vezes-maior-que-os-individuais-entenda/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

Quais são os tipos de planos de saúde?. **QUALICORP**. 2021. Disponível em: <https://www.qualicorp.com.br/qualicorp-explica/qualicorp/quais-sao-os-tipos-de-planos-de-saude/>. Acesso em: 2 nov. 2024.

REIS, Mariana Costa. **O papel dos operadores do Direito da judicialização da saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://www.aurum.com.br/blog/judicializacao-da-saude/>>. Acesso em 28 out. 2024.

RIANI, Marlus K. Inaplicabilidade da Lei 9.656/98 aos contratos antigos. In: PIRES, Danielle S. AGUIAR, Livia C. SOUZA, Jordana M. **Judicialização da Saúde Suplementar**. Belo Horizonte: Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., 2008.

RIANI, Marlus K. **Plano de Saúde: aspectos legais e contratuais**. Belo Horizonte: SINCOOMED, 2011.

ROTTA, Mariza; FERMENTÃO, Cleide Aparecida Gomes Rodrigues. O Pacta Sunt Servanda: Cláusula Rebus Sic Stantibus e o Equilíbrio das Relações Contratuais na Atualidade. **Revista Jurídica Cesumar**. v. 8 n. 1: jan./jun, 2008.

SALOMÃO, Rodrigo Cunha Mello. A Importância do Superior Tribunal de Justiça no Novo Sistema de Precedentes Vinculantes. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXI, n. 71, p. 54-77, jan./abr. 2017.

Saúde Suplementar e Complementar: qual a diferença?. **Blog Carefy**, 26 set. 2024. Disponível em: <https://blog.carefy.com.br/index.php/saude-suplementar-e-complementar/>. Acesso em: 26 set. 2024.

SANTOS, Edson Lucas Pereira dos. **Saúde em Juízo: uma análise acerca do controle judicial da política pública de saúde durante o primeiro ano da Covid-19 no Rio Grande do Norte, com ênfase para as ações com pedidos liminares por disponibilização de leitos de UTI**. Orientador: Marcus Aurélio de Freitas Barros. 2023. 124 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Departamento de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/54113>>. Acesso em 11 nov. 2024.

SANTOS, Fausto P. MALTA, Deborah C. MERHY, Emerson E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, set/out 2008. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/n4wgfWsp6Z8Gs6sLcfwcz4F/>>. Acesso em 23 set. 2024.

SANTOS, Mariana. Princípio da inafastabilidade de jurisdição. **Revisão Ensino Jurídico**, 10 maio 2023. Disponível em: <https://revisaoensinojuridico.com.br/principio-da-inafastabilidade-de-jurisdicao/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SALAZAR, Andrea; RODRIGUES, Karina; SILVER, Lynn; DOLCI, Maria Ines R. Landini; **Planos de Saúde**. Série Cidadania. São Paulo –Editora Globo. 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**. V. 1, n.1: outubro a dezembro de 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. In KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Sílvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (orgs.). **As Ações Judiciais no SUS e a Promoção do Direito à Saúde**. São Paulo: Instituto da Saúde: 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional**. 11ª edição, Porto Alegre, Livraria do Advogado Editora, 2012, p. 280-306.

SENADO FEDERAL (Brasil). A eficácia dos precedentes judiciais no Brasil e a função dos tribunais superiores na uniformização da jurisprudência. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 49, n. 195, p. 77-104. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/49/195/ril_v49_n195_p77.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

SILVA, José Luiz Toro. **Manual de Direito da Saúde Suplementar: A Iniciativa Privada e os Planos de Saúde**. 1ª ed. São Paulo: A M.A.Pontes Editora. 2005.

SOUZA, Jordana. M. PIRES, Danielle S. Relatório da pesquisa coletiva de jurisprudência “Judicialização da Saúde”. In: PIRES, Danielle S. AGUIAR, Livia C. SOUZA, Jordana M. (Coord.) **Judicialização da Saúde Suplementar**. Belo Horizonte: Unimed-BH. 2012. P. 121/155.

STRECK, Lenio Luiz. **Prescrição: quem é o guardião da lei ordinária, STJ ou STF?** Consultor Jurídico, 13 fev. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-fev-13/senso-incomum-prescricao-quem-guardiao-lei-ordinaria-stj-ou-stf/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SUS tem fila com mais de 1 milhão de cirurgias eletivas paradas no país. **Folha de São Paulo**, 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/06/sus->

tem-fila-com-mais-de-1-milhao-de-cirurgias-eletivas-paradas-no-pais.shtml. Acesso em 20 out. 2024.

TANAKA, Oliveira VE ou. **Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico:** lições para o SUS. Saude Soc 2007; 16(1):7-17.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos:** Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIANNA, Geraldo Luiz. **Judicialização da saúde suplementar:** a concepção do “direito como integridade” contra a discricionariedade judicial. 2013. Pouso Alegre- MG: FDSM, 2013. Disponível em: <http://iess.org.br/cms/rep/1lugardireito_raxdb8gh.pdf>.