



OS IMPACTOS DO ROL TAXATIVO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO DIREITO BRASILEIRO

THE IMPACTS OF THE TAX ROLL OF THE NATIONAL SUPPLEMENTARY HEALTH AGENCY ON BRAZILIAN LAW

Ana Carla Alves da Silva*

Maria Eduarda Lins da Silva**

Resumo: A presente pesquisa visa analisar os impactos da decisão da Corte Especial do Superior Tribunal de Justiça, no que tange a declaração de taxatividade do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Desse modo, preliminarmente, fez-se uma explanação sobre o acesso à saúde no Brasil, evidenciando a importância e a distinção entre saúde suplementar e complementar, bem como seu marco inicial. Por conseguinte, com base nos dispositivos legais, apresentou-se a regulamentação dos planos de saúde em âmbito nacional, e o papel crucial da ANS. Ademais, fez-se a análise da Lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Posteriormente, foi exposta a decisão da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, a fundamentação de tal entendimento, e o controle de constitucionalidade que paira sobre o mesmo. Trata-se de uma pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa. Nesse íterim, o objetivo desse trabalho é fomentar as consequências trazidas pela taxatividade do rol de procedimentos e medicamentos da ANS, elucidando os prejuízos causados aos consumidores dos planos de saúde.

Palavras-chave: Judicialização. Rol da ANS. Saúde e Direito.

*Graduanda do 5º período do curso de Direito da Universidade Federal de Campina Grande.
Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3896581497775690>. E-mail: anacarlaalves0205@gmail.com.

** Graduanda do 5º período do curso de Direito da Universidade Federal de Campina Grande.
Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/4704945611883444>. E-mail: mariaeduardalinsilva@gmail.com



Abstract: The present research aims to analyze the impacts of the decision of the Special Court of the Superior Court of Justice, regarding the declaration of exhaustiveness of the role of the National Agency of Supplementary Health. Thus, preliminarily, an explanation was made about access to health in Brazil, highlighting the importance and distinction between supplementary and complementary health, as well as its initial landmark. Therefore, based on the legal provisions, the regulation of health plans at the national level was presented, and the crucial role of the ANS. In addition, the Law that provides for private health care plans and insurance was analyzed. Subsequently, the decision of the Second Session of the Superior Court of Justice, the reasoning of such understanding, and the control of constitutionality that hovers over it were exposed. This is an exploratory, bibliographic and documentary research, with a qualitative approach. In the meantime, the objective of this work is to promote the consequences brought about by the exhaustive list of procedures and medicines of the ANS, elucidating the damage caused to consumers of health plans.

Keywords: Judicialization. ANS roll. Health and Law.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge das consequências trazidas pela decisão do Superior Tribunal de Justiça sobre o tema da limitação taxativa do rol da Agência Nacional de Saúde, e de como tal entendimento é danoso para os que usufruem de planos de saúde suplementar.

Tendo em vista de que o Rol serve de referência para os planos de saúde contratados desde 1º de Janeiro de 1999, regulado pela Lei nº 9656/1998, observar-se-á que a decisão do Superior Tribunal de Justiça pela taxatividade do mesmo, tornou-o limitado e insuficiente para satisfazer as necessidades daqueles que o usufruem.

No que tange a metodologia, a pesquisa tem como base a pesquisa exploratória, buscando informações sobre a conjectura e investigando suas variáveis. No tocante aos procedimentos, o presente trabalho baseia-se na pesquisa bibliográfica e documental, pois, por meio de leis, artigos científicos e entendimentos jurisprudenciais, argumenta-se sobre a problematização do rol taxativo da ANS. Por último, destaca-se que a pesquisa possui abordagem qualitativa, relacionando as dinâmicas entre o objeto de pesquisa e a realidade social.

O trabalho, em seu primeiro meado, objetiva explicitar os conceitos, a origem, e a fundamentação legal da judicialização da saúde no Estado brasileiro. Também far-se-á necessário explanar sobre as diferenças entre a saúde suplementar e complementar, e quais são suas funções no ecossistema da saúde brasileira. Isto posto, ressalta-se a importância da assistência integral de cada setor, para que haja

uma uniformização do acesso digno à saúde no Brasil.

Para finalizar a primeira metade do trabalho, faz-se uma análise da Lei que versa sobre os seguros e os planos privados de assistência à saúde, evidenciando sua relevância, e destacando o art. 35-F desta mesma Lei, que impõe a obrigação da assistência privada plena aos que contratam o serviço.

Assim sendo, a parte final do trabalho trata da exposição do parecer do Superior Tribunal de Justiça no que tange à taxatividade do rol de procedimentos e medicamentos da Agência Nacional de Saúde, argumentando, com base em situações concretas e na legislação vigente, como tal entendimento é prejudicial e proporciona um retrocesso aos direitos já adquiridos.

2. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E A ATRIBUIÇÃO DA ANS

Inicialmente, é substancial destacar que o setor de saúde brasileiro é composto por um sistema público, e por um sistema privado intitulado de saúde suplementar, onde o primeiro é financiado pelo Estado por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), e o último corresponde a um contrato de direito privado, celebrado entre as operadoras de planos de saúde e o consumidor, e também possui intervenção do Estado, tendo em vista que ele é o regulador dos mercados, por meio da ANS. (BORGES; LEÃO, 2020). Nesse sentido, observar-se-á que os dois sistemas supramencionados atuam paralelamente, objetivando uma vasta assistência no âmbito da saúde nacional, e, conseqüentemente, a melhor qualidade de vida da população.

A Constituição Federal brasileira de 1988 foi a primeira a elevar os direitos sociais à condição de direitos e garantias fundamentais. O art. 6º da Magna Carta contemplou a saúde no rol de direitos sociais, garantindo, desse modo, o status de direito fundamental, bem como a sua realização concreta, por meio do Estado. Além disso, expressamente, em seu art. 196, pontua que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e que precisa ser garantida por meio de políticas sociais e econômica que visem à redução do risco de doença, e agravos, tal qual o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Assim sendo, foi instituído o SUS, que passou a oferecer a todos os brasileiros acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde.

Nesse sentido, Rezende (2022) destaca que a jurisprudência dos Tribunais Superiores tem consentido no entendimento de que, no que tange ao direito à saúde,





os entes da federação possuem responsabilidade solidária, com base no art. 198 da atual Constituição Federal.

Outrossim, o texto constitucional, em seu art. 199 permite que as ações e serviços de assistência à saúde sejam, de modo complementar, prestados pela iniciativa privada (BRASIL, 1988). Desse modo, é necessário estabelecer a diferença entre serviços de saúde complementar e suplementar. De acordo com Nascimento et al. (2013), o sistema complementar consiste numa associação do SUS à empresa privada, objetivando suprir as necessidades do Sistema Único de Saúde. Portanto, quando se firma o contrato entre a empresa privada e o SUS, ela passa a dirigir os princípios básicos deste último. Para Alves et al (2022), a saúde suplementar representa as ações e serviços de saúde que são prestados de forma independente, sem vínculo com o SUS. Assim sendo, o paciente possuirá uma relação de empresa e consumidor, e terá acesso aos planos de saúde, conforme previsto nas Leis nº 9.961/2000 e 9.656/1998.

Explicam Cirico, Resner, Rached (2019) que o sistema de saúde suplementar se classifica em diferentes modalidades de atuação, como, por exemplo, medicinas de grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas, autogestões, cooperativas odontológicas, administradoras de benefício, entre outras.

De acordo com Rezende (2022), o Estado permanece com o papel de concretizar e regular esse preceito fundamental, ainda que na esfera privada. Ao Poder Legislativo cabe a criação de leis que permitam um acesso igualitário ao SUS, bem como assegurem o equilíbrio das relações privadas entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. Já o Poder Executivo, através da atuação de autarquias especiais, possui a incumbência de fiscalizar o setor. E, por fim, o Poder Judiciário é responsável por garantir a legalidade da atuação dos personagens envolvidos nas relações jurídicas.

Registros mostram que a partir da década de 1940 começaram a surgir planos de saúde de natureza privada no Brasil (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). Como exemplo, tem-se a caixa de assistência criada pelo Banco do Brasil, em 1944, com a finalidade de subsidiar a saúde dos seus funcionários, sendo considerado o primeiro plano de saúde privado no Brasil, simultaneamente, no mesmo período, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que representavam os trabalhadores urbanos e compravam as prestações de serviços de saúde (CIRICO; RESNER; RACHED, 2019).

De acordo com Leão e Borges (2020), a Agência Nacional de Saúde (ANS) surgiu em 2000, com a Lei nº 9.961, e é considerada uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, pela qual o Estado pode fazer o acompanhamento das empresas fornecedoras de planos de saúde. Na prática, pode-se dizer que a ANS atua mais regulamentando do que regulando o setor de saúde suplementar. Ressalta-se a referida Agência possui uma divisão interna em 5 áreas, que são: Diretoria de Normas e Habilitação dos produtos (Dipro); Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope); Diretoria de Gestão (Diges); Diretoria de Fiscalização; Diretoria de Desenvolvimento Setorial (Dides). Dessas 5 áreas expostas, destaca-se a Dipro, pois ela é a responsável pela revisão do Rol de Procedimentos regulamentados (MACHADO, 2022).

A Agência Nacional de Saúde, como foi supracitado, é oriunda da Lei nº 9.961, que está em vigor desde o ano 2000. Ela tem como finalidade institucional a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a regulação das operadoras setoriais, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Além disso, cabe suscitar que a ANS está vinculada ao Ministério da Saúde, subordinada às diretrizes do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), desse modo, sua atuação é controlada por meio de um contrato de gestão, feito com o Ministério e autorizado pela CONSU. Por fim, é válido acrescentar que a direção desse órgão é feita por uma diretoria colegiada, formada por cinco diretores, e que a competência da ANS está contida no art. 4º da Lei nº 9.961/2000. (REGO et al, 2019).

Ademais, a referida Agência é encarregada de elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualizando a cada dois anos. Esse Rol, até então exemplificativo, desde o ano de 2019 – onde ocorreram divergências jurisprudenciais no âmbito do Superior Tribunal de Justiça – passou a ser considerado como taxativo, ocasionando muitos impactos para a sociedade e para o direito. (MACHADO, 2022).

A Diretoria Colegiada da ANS aprovou, em 24 de fevereiro de 2021, a Resolução Normativa nº 465/2021, atualizando o Rol de procedimentos e Eventos em saúde pelos dois anos seguintes. Com isso, 69 novos exames e tratamentos passaram a fazer parte da lista obrigatória dos planos de saúde, sendo 50 relativos a medicamentos e 19 referentes a procedimentos como terapias, cirurgias e exames. Contudo, essa atualização não foi satisfatória para cobrir as necessidades daqueles que usufruem dos planos de saúde, pois, de acordo com os dados fornecidos pela ANS, do mês de Janeiro até Abril de 2022 houveram um total de 71.433 reclamações,



um aumento de 44,19% em relação ao mesmo período de 2021. Desse total de reclamações, 78,57% correspondem a insatisfação com a cobertura fornecida pelos planos de saúde, possuindo total relação com os procedimentos e medicamentos previstos no rol da Agência. (ANS, 2022).

Desse modo, faz-se necessário observar as garantias expressas na Lei nº 9.656/98, para que se possa compreender se esses déficits no que tange à cobertura de procedimentos e medicamentos, por parte dos planos privados, estão em conformidade com o direito.

3. ANÁLISE SOBRE A LEI Nº 9.656/1998

Com o surgimento dos planos de saúde privados, urgiu-se a necessidade de uma legislação para regular tais convênios. Nesse contexto, em Junho de 1998 foi sancionada a Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

É assegurado pela Lei em questão que:

Art. 1º (...)

I - a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga, integral ou parcialmente, às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998).

De acordo com a lei instituidora, caberá a ela promover a defesa do interesse público da assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, incluindo as suas relações com prestadores e consumidores, corroborando para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil.

Além disso, em 2001, por meio da Medida Provisória nº 2.177-44, foi incluído no art. 35-F da Lei supracitada, pontuando que a assistência a que alude o art. 1º desta Lei “compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes” (BRASIL, 1998). Desse modo, subentende-se

que as pessoas beneficiárias da saúde privada devem ser amparadas, com base no plano de saúde contratado, à todas necessidades existentes. Assim sendo, decisões que versem sobre a restrição dessas necessidades, estariam em contrário ao dispositivo legal.

Ademais, é fundamental suscitar que a Lei supratranscrita é responsável por fornecer uma melhor flexibilidade e também por trazer maiores possibilidades de escolhas e garantias para o consumidor. Outrossim, foi por meio dela que se definiu uma política de reembolso mais clara, bem como uma política de reajuste, que permite deixar o preço proporcional à faixa etária. É de relevo ensejar que, de acordo com a súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, as disposições do código consumerista aplicam-se de maneira subsidiária aos contratos entre usuários e operadoras (BRASIL, 2018).

Outrossim, os contratos dessa natureza têm a finalidade de garantir a assistência à saúde por meio de prestações continuadas de serviços ou custos assistenciais por prazo indeterminado. Ainda com base na legislação aludida, a pessoa que utiliza o plano de saúde tem obrigação de declarar antecipadamente se já tem alguma doença, seja preexistente ou congênita.

A Lei dos Planos de Saúde estabelece algumas coberturas essenciais, chamadas de rol mínimo de cobertura, ou rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS. Esse rol, supratranscrito no tópico anterior, reúne os tratamentos, consultas, exames, terapias e procedimentos que as operadoras devem, de maneira obrigatória, fornecer aos seus contratantes.

Nesse ínterim, um elevado número de demandas judiciais relacionadas ao referido rol deu maior visibilidade ao tema, pois é de grande relevância para as seguradoras, bem como para os segurados.

4. O JULGAMENTO DE EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RESP Nº 1.889.704 - SP (2020/0207060-5) DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA PELA TAXATIVIDADE DO ROL CONSTANTE NA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 465, DE 24.02.2021

É notória a consolidação da saúde suplementar convivendo paralelamente com o SUS dentro do Brasil. Em 2004, foi publicada a Resolução Normativa (RN) nº 82 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio da qual, pela primeira vez desde a criação da Agência e da Lei dos Planos de Saúde, foi estabelecido o rol de



procedimentos mínimos cujo fornecimento é obrigatório pelas operadoras (BRASIL, 2004). A RN nº 82 foi revogada, estando atualmente em vigor a RN nº 465 de 2021. Nesta última resolução, em seu art. 2º, deixa claro que para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde (BRASIL, 2021).

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não estando as operadoras de saúde obrigadas a cobrir tratamentos não previstos na lista (BRASIL, 2022). Isso implica dizer que ao taxar o rol de procedimentos em saúde, os planos não serão obrigados a promover o pagamento ou custear o tratamento da doença que não estiver prevista nos dispositivos legais.

A Lei 9.656/98 discorre no Art. 16, VI, que nos contratos de planos de saúde é obrigatório constar com clareza os eventos cobertos e excluídos pela seguradora. Ao contrário do Estado que deve prestar assistência irrestrita para todo e qualquer procedimento, a OPS – Operadora de Planos de Saúde poderá cobrir ou excluir determinados eventos, oferecendo ao consumidor com condições previamente estabelecidas as coberturas conforme os produtos que dispõe no Mercado, cobrando a parte o que a mesma não cobrir (SOUSA, 2021).

De acordo com Quagliato (2020), o direito à vida é o primeiro elemento que é objeto de tutela com maior importância e tratado logo no caput do artigo 5º, da Constituição Federal/88 e que isso se deve ao fato de que a vida é a base estrutural de toda ordem jurídica, já que, sem ela, os direitos não podem existir e nem ser exercidos.

E, para além disso, Quagliato (2020) afirma que a prestação de serviços de assistência à saúde é oferecida, no mercado, aos consumidores, por meio de um contrato de adesão, padronizado, em que todas as cláusulas são preestabelecidas pelo fornecedor. Existem jurisprudências dentro dos dispositivos legais do STJ que falam sobre os contratos dos planos de saúde, a súmula 608, por exemplo, diz que se aplica o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades autogestão, conforme decidiu a 2ª Seção do STJ, aprovada em 11/04/2018, publicado no diário de justiça eletrônico em 17/04/2018 (BRASIL, 2018). O interessante sobre esse tipo de contrato, é que o consumidor irá pagar por um seguro que lhe trará a garantia de atendimento e

acesso a saúde de qualidade, no momento em que mais precisar. Mas como ironia, mesmo pagando, não haverá segurança de que o plano cobrirá os gastos com o infortúnio da doença.

Sobre o tema, Canotilho (1998), pontua que o direito à vida é o primeiro dos direitos fundamentais constitucionalmente enunciados e por isso, é prioritário, tendo em vista que o mesmo é condição essencial para que todos os outros direitos fundamentais existam. Krell (2013) afirma que a negação de qualquer tipo de obrigação a ser cumprida na base dos Direitos Fundamentais Sociais tem como consequência a renúncia de reconhecê-los como verdadeiros direitos. E, por isso, era esperado pelo Estado, que houvesse uma forma de regulamentar a atuação da iniciativa privada, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada através da Lei nº 9.961 para regular o setor de saúde suplementar e evitar sobrecarregamento do SUS, já que o mesmo não comportaria o atendimento de todos os cidadãos de forma eficiente e com a qualidade desejada.

Ainda sobre o julgamento do embargo de divergência em Recurso especial nº1.889.704 - SP (2020/0207060-5) do STJ (BRASIL, 2022), nesta mesma seção, houve a definição das seguintes teses:

1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo;
2. A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol;
3. É possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra rol;
4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (I) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (II) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (III) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (IV) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS (BRASIL, 2022).

Portanto, é de extrema importância analisar as exceções ao rol taxativo da lista de procedimentos da ANS paralelamente ao controle de constitucionalidade, onde o direito à saúde e a proteção à vida é interesse supremo da Constituição Fe-



deral de 1988, após a decisão do STJ que inabilita o acesso dos consumidores dos planos de saúde a um rol mitigado, que lhes beneficia e que traz o direito de tratar sua enfermidade de acordo com a lei indo ao encontro de julgados que são a favor da taxatividade mitigada.

5. CONTROLE DE CONSTITUCIONALIDADE: O DIREITO À SAÚDE, A PROTEÇÃO À VIDA E DECISÕES QUE MUDAM O DESTINO DE UM ENFERMO

O STJ, quando proferiu a decisão sobre o rol taxativo da ANS, elencou várias exceções que foram descritas no capítulo anterior. Para este capítulo iremos analisar a exceção nº 2, em que assegura que a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol (BRASIL, 2022).

Para tanto, é importante expor a causa em que a Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte (DPE/RN) foi parte autora, que conseguiu na justiça o bloqueio de recursos para custear integralmente o tratamento e procedimento médico a uma paciente atendida por plano de saúde. A empresa havia negado a liberação mesmo após a realização de outros três procedimentos cirúrgicos sem sucesso para solução do problema, que ao longo do tratamento indicou cirurgias alternativas indicadas pelo médico, tendo sido realizadas duas em 2018 e uma terceira em 2020, todas sem a colocação da prótese customizada.

Na decisão proferida, pontua:

A autora tem parecer médico com indicação para o tratamento, além disso, traz nota de que o procedimento pretendido consta no Rol da ANS, conforme se depreende da informação constante no Id 69767795 - Pág. 12, não sendo cabível a operadora determinar qual o melhor tratamento a ser implementado para a melhora no quadro de saúde da demandante (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2022).

Araújo (2022), discorre que o direito à saúde possui uma proteção tanto constitucional quanto convencional, devendo receber especial atenção da sociedade e do Poder Público, envolvendo o poder Legislativo, Judiciário e Executivo, visando a eficácia total dos direitos fundamentais. Sendo imprescindível que, para qualquer decisão acerca desse tema, inclusive na instância dos Tribunais Superiores, se faça um duplo controle dos atos normativos, para que se adequem tanto às determinações da Constituição Federal quanto dos Tratados Internacionais. Por isso,

é de extrema importância discorrer sobre como a decisão do STJ irá beneficiar as empresas que fornecem os planos de saúde, que preferem recorrer das decisões desfavoráveis, dificultando o acesso do paciente ao tratamento adequado.

Observa-se, no Código de Defesa do Consumidor (CDC), em especial no art. 51, inc. IV e § 1º desse mesmo artigo, que qualquer restrição imposta num contrato deve ser anulada se estabelecer obrigações abusivas, colocando o consumidor em excessiva desvantagem, sendo incompatível com a boa-fé, ofendendo os princípios fundamentais do sistema jurídico, restringindo direitos e obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, uma vez que deve-se preservar o direito à saúde, que é o mais necessário de todos.

Reis (1997), admite que a relação que se forma entre o fornecedor e o consumidor não serve somente às vantagens de quem está oferecendo os serviços, mas também às doenças elencadas no contrato que resultou de um prévio encontro entre os dois. A existência da enfermidade é o pilar para a criação do contrato, cuja troca de valores está relacionada à cobertura do tratamento de eventual perturbação à saúde. As operadoras desse ramo, são pessoas de direito privado, que empreendem no ramo suplementar do acesso à saúde, e o lucro, sem dúvida alguma, será uma consequência assegurada pelo sistema econômico, no entanto, as expectativas do consumidor precisam ser respeitadas e levadas em consideração.

Nos contratos ofertados pelos planos de saúde após a decisão do STJ em 2022, pelo rol taxativo da ANS, fica evidente a necessidade de anulação da decisão, uma vez que qualquer condição restritiva implicaria em se suprimir procedimentos que podem ser os mais adequados ao controle da enfermidade e até para salvar uma vida, desvirtuando-se o próprio objetivo do contrato de prestação de serviço de saúde.

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso. (BRASIL, 1990).



Ademais, vale destacar a decisão que obrigou a operadora Unimed a fornecer tratamento para uma criança diagnosticada com transtorno do espectro autista na 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Sergipe. Na decisão, destaca-se que os serviços prestados dizem respeito à saúde e à vida, bens superiores que devem ser resguardados e o documento elaborado pela ANS é norma de proteção ao consumidor com a qual se pretende resguardar o mínimo de cobertura aos usuários dos planos privados de assistência à saúde. Não se trata, portanto, de rol taxativo. (TJ-SE, 2022).

Araújo (2022) sinala que, devido à dimensão objetiva e à eficácia diagonal dos direitos fundamentais, esses direitos devem ser respeitados também nas relações entre particulares, onde sempre haverá uma parte mais vulnerável que a outra. Devendo o direito à saúde ser protegido e observado também nas relações consumeristas. É interessante mencionar que esse entendimento é exarado na súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. Sobre o assunto, Neto (2022) discorre que a decisão do STJ serve apenas para proteger econômica e financeiramente as empresas de planos de saúde.

Foi sancionada a Lei 14.454/2022 que derruba o chamado "rol taxativo" para a cobertura dos planos de saúde e diante desta novidade legislativa, as operadoras de assistência à saúde poderão ser obrigadas a oferecer cobertura de exames ou tratamentos que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, desde que para o tratamento do usuário exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais (BRASIL, 2022).

Por conseguinte, já que os contratos estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, aplica-se, dentre outras, a regra prevista no art. 47, discorrendo que as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (BRASIL, 1990). E com a novidade trazida com a Lei 14.454/22, o paciente não precisa enquadrar-se em todas as hipóteses elencadas na referida lei, basta encaixar-se em uma das condicionantes, já pontuadas no parágrafo anterior.

Destarte, por haver uma complexa e múltipla causalidade de circunstâncias que envolvem o âmbito da saúde no ser humano, é impossível haver uma previsão para todas as doenças e seus tratamentos, procedimentos, exames, medicamen-

tos e cirurgias que são imprescindíveis para a cura ou melhora da qualidade de vida de alguém.

Desse modo, conclui-se que o rol taxativo é um desrespeito aos princípios da segurança jurídica, com relação ao Princípio da Vedação ao Retrocesso Social, no qual prevê que os avanços já conquistados na melhoria da situação de vulneráveis, adquiridas ao longo dos anos, não podem retroagir a fim de derrogar a proteção antes adquirida, para no caso em questão, aos consumidores dos planos de saúde. E, também, desrespeito à dignidade da pessoa humana e da própria função social que deve orientar as relações contratuais. Percebe-se um retrocesso social diante da decisão do STJ quando se compara com normas constitucionais relacionadas ao direito à saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi apresentado, esse estudo teve como objetivo analisar as possíveis consequências do rol taxativo da Agência Nacional de Saúde relacionado aos procedimentos necessários para o tratamento de enfermos, estabelecendo diferenças entre o serviço de saúde complementar e suplementar, destacando que a ANS é encarregada de elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que possuía até meados de 2021, um rol com taxatividade mitigada, e em 2022, passou a ser somente taxativo, de acordo com a decisão do STJ.

A possibilidade de haver uma inconstitucionalidade advinda desta decisão, trouxe indagações e questionamentos que precisavam ser expostos. Como o desrespeito aos princípios da segurança jurídica, indo ao encontro do Princípio da Vedação ao Retrocesso Social, a dignidade humana e o direito à saúde, como normas supremas da Constituição Federal de 1988.

Diante do que foi exposto, nota-se que, conseqüentemente, além de pagar a mensalidade, o indivíduo também irá efetuar o pagamento das despesas com o custeio de procedimentos que não estiverem contemplados neste rol. O consumidor pagará por anos para ter um seguro de saúde e, caso venha adoecer e a doença não tiver no rol da ANS, ele terá três alternativas: entrar judicialmente para provar que sua doença se encaixa nas opções de exceção ao rol taxativo, o paciente falecer esperando uma resposta judicial para conseguir o tratamento através do plano, ou na pior das hipóteses, falecer na fila de espera do sus.

O reconhecimento da problemática, no caso do rol taxativo da ANS, permite



entender como as empresas seguradoras dos planos de saúde saem ganhando com a decisão. Recorrendo às ações impetradas por pacientes debilitados, visando o lucro até quando o paciente tem o direito de receber o tratamento que está previsto em lei.

Além disso, a perpetuação de divergências nas decisões das turmas colegiadas contribui para a insegurança jurídica, o que ocasiona sérias consequências econômicas. Desse modo, urge-se a uniformização de tais decisões.

Por fim, uma possibilidade que traria maior segurança para consumidor e às operadoras de planos de saúde, no que se refere a segurança financeira, seria haver a possibilidade de o cliente poder decidir entre dois contratos. Um que teria o rol taxativo, e conseqüentemente limitaria o acesso a certos procedimentos e que teria um custo menor, e outro contrato que demandaria um custo maior para o consumidor, mas que lhe traria um rol maior e mais flexível quanto aos procedimentos. Outra possibilidade que está sendo discutida no STJ, e que protege os beneficiários dos planos de saúde privados contra aumentos excessivos é a de um rol taxativo mitigado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandra Mara Campos et al. Saúde como direito e o subsistema de saúde suplementar. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 11, n. 1, p. 08-09, 2022. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/908>. Acesso em: 18 jul. 2022

ARAÚJO, Amábile da Costa . Um ensaio sobre o direito à saúde e a taxatividade do rol da ANS para planos de saúde. *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 27, n. 6928, 20 jun. 2022 . Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/98681>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BORGES, Sabrina; LEÃO, Simone. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ATRAVÉS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas*, v. 6, n. 1, p. 122-142, 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/6572/pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. *Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN Nº 82 DE 29 DE SETEMBRO DE 2004*. Estabelece o Rol de Procedimentos que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 01 de janeiro de 1999. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/55689-estabelece-o-rol-de-procedimentos-que-constitui-a-referencia-busca-para-cobertura-assistencial-nos-planos-privados-de-assistencia-a-saude-contratados-a-partir-de-01-de-janeiro-de-1999.html>. Acesso em: 10 de JUL DE 2022.

BRASIL. *Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN Nº 465 DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021*. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN n.º 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDAzMw==>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1998*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. *Embargo de Divergência em Resp Nº 1.889.704 - SP (2020/0207060-5)*. STJ. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=160387383®istro_numero=202002070605&peticao_numero=&publicacao_data=20220803&formato=PDF. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. *LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990*. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasil, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078compilado.htm. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. *LEI Nº 14.454, DE 21 DE SETEMBRO DE 2022*. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Brasil, 2022. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/lei-n-14.454-de-21-de-setembro-de-2022-431275000>. Acesso em: 6 out. 2022.

BRASIL. *Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista*. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo-com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx#:~:text=Em%20julgamento%20finalizado%20nesta%20quarta-feira%20%288%29%2C%20a%20Segunda,obrigadas%20a%20cobrirem%20tratamentos%20n%C3%A3o%20previstos%20na%20lista>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. *SÚMULA 608 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA*. 2018. Disponível em: <https://modeloinicial.com.br/lei/129814/sumula-608-stj/num-608#:~:text=S%C3%BAmula%20608%20do%20STJ%20Aplica-se%20o%20C%C3%B3digo%20de,os%20administrados%20por%20entidades%20de%20autogest%C3%A3o.%20S%C3%BAmula%20608>. Acesso em: 10 jul. 2022.



CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *El derecho constitucional como un compromiso permanentemente renovado*. Anuario de Derecho Constitucional y Parlamentario, n. 10, 7-61, 1998.

CIRICO, Priscila Freitas; RESNER, Andrea Aparecida Ribeiro; RACHED, Chennyfer Dobbins Abi. Os impactos da judicialização na saúde suplementar. *Revista Gestão em Foco, Amparo*, v. 11, n. 5, p. 56-71, 2019.

Dados consolidados da Saúde Suplementar. *Agência Nacional de Saúde*, 2022. Disponível em: http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/Dados_Consolidados_da_Sa%C3%bade_Suplementar/. Acesso em: 18 jul. 2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Após três cirurgias sem resultado, plano de saúde é obrigado a custear tratamento ortognático de paciente. *Revista Defensoria Pública do RN*, 2022. Disponível em: <https://www.defensoria.rn.def.br/noticia/apos-tres-cirurgias-sem-resultado-plano-de-saude-e-obrigado-custear-tratamento-ortognatico>. Acesso em: 13 jul. 2022.

KRELL, Olga Jubert Gouveia; BARBOSA, Ana Gabriela Soares: CASADO FILHO, Petrucio Lopes (Org.). *Sociologia do Direito: Pluralismo Jurídico, Direito Alternativo e Administração da Justiça: das bases teóricas aos problemas práticos*. Maceió. Verbo Jurídico, 2013.

MACHADO, Ana Luisa Araujo. Os impactos da declaração de taxatividade do rol da ans pelo STJ no ecossistema da saúde suplementar. *Caderno Virtual*, v. 1, n. 53, 2022. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/6386/2612>. Acesso em: 10 Jul. 2022.

NASCIMENTO, Rafaela Pereira et al. SISTEMA DE SAÚDE COMPLEMENTAR. *ANAIS DO FÓRUM DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNIFUNEC*, v. 4, n. 4, 2013.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 767-783, 2008.

QUAGLIATO, Pedro Barasnevicus. Judicialização da saúde suplementar no Brasil: a intervenção e a regulamentação do Estado e do Poder Judiciário no funcionamento dos planos de saúde. *Revista Jus Navigandi*, 2020. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/79232/judicializacao-da-saude-suplementar-no-brasil/3>. Acesso em: 12 jul. 2022.

REGO, Monique Marinho et al. *A importância da Agência Nacional de Saúde (ANS), no âmbito da regulação da saúde suplementar*. *Pesquisa & educação a distância*, América do Norte, 0. 2019. Disponível em: <http://www.revista.universo.edu.br/index>.

REIS, Nelson Santiago. *O consumidor e os seguros ou planos de saúde.: Anotações acerca dos contratos; cláusulas e práticas abusivas*. *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 2, n. 22, 28 dez. 1997. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/698>. Acesso em: 6 out. 2022.



REZENDE, Francisco Matheus Cavalcante. *Procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): rol taxativo ou exemplificativo?*. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/49064>. Acesso em: 8 Set. 2022.

SOUSA, Thiago Santos Alves. A judicialização na saúde suplementar e a teoria do ressarcimento oposto. *Revista Jus Navigandi*, 2021. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/91817/a-judicializacao-na-saude-suplementar-e-a-teoria-do-ressarcimento-oposto>. Acesso em: 10 jul. 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE. DECISÃO OU DESPACHO N° 202200720203. Órgão Julgador: 1ª C MARA CÍVEL. Procedência: 2ª Vara Cível de Estância. Distribuído Em: 28/06/2022. *Revista Conjur*. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/decisao-tj.pdf>. Data de acesso: 18 jul. 2022.