

## JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E A PRINCIPAIS MUDANÇAS NO ROL DA ANS NA LEI N.º 14.545/2022

### JUDICIALIZATION OF SUPPLEMENTARY HEALTH AND THE MAIN CHANGES TO THE ANS LIST IN LAW NO. 14.545/2022

Mhaysa dos Santos Silva<sup>1</sup>  
Lorena Tôrres de Arruda<sup>2</sup>  
Alexandre Francisco de Azevedo<sup>3</sup>

**RESUMO:** Com aumento das demandas ao atendimento da saúde no Judiciário, a judicialização da saúde suplementar se faz cada mais constante no cenário jurídico do Brasil. Entre o período de 2015 e 2022, foi registrado, por ano, uma média de 400 mil novos processos envolvendo assuntos relacionados à saúde no país. Desses números, média de 130 mil foram relativos a planos de saúde. Portanto, o presente trabalho tem-se como objetivo demonstrar o contexto do direito fundamental à saúde, mas que com a promulgação da Constituição de 1988, ficou permitida a sua exploração através das operadoras de planos privados de saúde, o que passou a ser objeto da relação de consumo surgimento deste fenômeno. Em seguida, passa-se a análise da legitimidade de regulamentação do setor pela Lei de Planos de Saúde (LPS) e da própria lei que criou a ANS, dando-se destaque a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde, com o objetivo de tornar-se referência básica em relação às coberturas assistenciais. Ainda, será estudado o surgimento do fenômeno da judicialização da saúde suplementar, bem como os impactos e reflexos nas operadoras de planos de saúde. Por fim, a discussão das principais mudanças do rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde (ANS) na Lei n.º 14.545/2022.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos fundamentais. Direito à saúde. Saúde suplementar. Rol de procedimentos e eventos ANS. Planos de saúde.

**ABSTRACT:** With the increase in health care demands in the Judiciary, the judicialization of supplementary health care is increasingly constant in the legal scenario in Brazil. Between 2015 and 2022, an average of 400,000 new lawsuits involving health-related issues were registered per year in the country. Of these numbers, an average of 130,000 were related to health plans. Therefore, the present work aims to demonstrate the context of the fundamental right to health, but that with the enactment of the 1988 Constitution, its exploitation was allowed through the operators of private health plans, which became the object of the consumer relation emergence of this phenomenon. Next, an analysis is made of the legitimacy of the regulation of the sector for the Law of Health Plans (LPS) and the law that created the ANS, highlighting of elaborating the list of health procedures and events, with the objective of becoming a basic reference in

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Direito da Faculdade Alfredo Nasser. E-mail: mhaysas.silva@gmail.com

<sup>2</sup> Professora pelo Centro Universitário Alfredo Nasser. Curso de Direito. Doutoranda em Direito do Urbanismo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Direito do Urbanismo, do Ordenamento e do Meio Ambiente pela Universidade Coimbra. Graduada em Direito pela Universidade Federal de Goiás. Email:lorenatorres@unifan.edu.br

<sup>3</sup> Professor do Centro Universitário Alfredo Nasser. Professor da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestre em Direito, Relações Internacionais e Desenvolvimento pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Doutorando em Direitos Humanos pela Universidade Federal de Goiás.

relation to the assistance coverage. Also, the emergence of the phenomenon of judicialization of supplementary health will be studied, as well as the impacts and reflexes on health insurance providers. Finally, the discussion of the main changes in the list of procedures and health events of the National Health Agency (ANS) in the Law No. 14.545/2022.

**KEY WORDS:** Fundamental rights. Right to health. Supplementary Health. Procedures and events list by ANS. Health plans.

## **INTRODUÇÃO**

A saúde é um direito fundamental assegurado na Constituição Federal de 1988, instituído a todos. No artigo 199 facultou à iniciativa privada, setores explorados pelas operadoras de planos de saúde. A partir da década de 90 o setor da assistência à saúde suplementar ganhou crescente nas atividades econômicas, ante a adesão em massa de consumidores aos seus contratos de prestação de serviços.

A regulamentação deste setor ocorre primeiramente com a promulgação da Lei n.º 9.656/98, conhecida como a Lei dos Plano de Saúde, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, regulamentando as normativas do setor. Posteriormente, a Lei n.º 9.961/00 decidiu-se a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério Público, com competência de controlar, fiscalizar e regulamentar a atividade do setor. Ainda, a agência é responsável por de estabelecer as coberturas essenciais obrigatórias nos planos privados de saúde, que devem ser oferecidas aos beneficiários pelos operadores de planos de saúde.

Dessa forma, ocorre que atualmente no cenário jurídico brasileiro o fenômeno da “judicialização da saúde suplementar”, que consiste em um número elevado de demanda dos beneficiários, face às operadoras de planos de saúde, na busca por tutelas assistenciais não previstas no rol de procedimentos elaboradora pela ANS.

Segundo o CNJ, entre 2019 e 2021 foram aproximadamente em média 130 mil processos por ano, envolvendo questões da saúde suplementar. Entre esses números, com resultados em média de 77,7% procedentes, 10% improcedentes, 12,1% parcialmente procedentes. Essa divergência de fundamentos é pautada no desequilíbrio econômico-financeiro, onde as demandas julgadas até o momento estavam causando às operadoras de planos de saúde, o que não as afetaria tão somente, mas também aos próprios beneficiários.

Nesse eixo, pergunta-se: De que maneira e quais consequências as mudanças da Lei n.º 14.545/2022 afetaria as operadoras dos planos de saúde e beneficiários?

## **2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

Primeiramente, é importante distinguir entre os direitos humanos dos direitos fundamentais: os primeiros são direitos positivados em tratados internacionais, de forma que relevam um caráter supranacional e universal; e os segundos dizem respeito aos direitos da pessoa humana constitucionalmente protegidos em um determinado Estado.

O direito à saúde, é um direito protegido tanto internacionalmente, como, por exemplo, na Declaração Internacional dos Direitos Humanos, como em âmbito nacional, pois está previsto na Constituição de 1988. O surgimento dos direitos fundamentais coincide com o desenvolvimento do moderno Estado Constitucional, justamente pela essência desse ser a proteção da dignidade humana e dos direitos do homem.

No Brasil, o direito a saúde foi, inicialmente, incorporado apenas como “direito” à assistência em saúde do assalariado, formalmente vinculado ao mercado de trabalho. Portanto, a saúde não é considerada um direito subjetivo de todo indivíduo, mas apenas um benefício previdenciário. Portanto, é um desdobramento do direito à seguridade social, envolvendo o direito à assistência social e o direito à previdência social.

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a saúde ficou assegurada como um direito fundamental de todos, conforme dispõe o artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Segundo Rodrigues (2020), o direito à saúde é um direito prestacional, ou seja, exige do Estado prestações materiais e jurídicas e confere ao indivíduo um status positivo (ou status civitatis).

Ainda, cabe ressaltar que, para Sarlet (2002), o direito à saúde se divide em duas vertentes: positiva e negativa. A negativa, que consiste no dever do Estado e do particular ser inerte de qualquer ato que prejudique ou ofenda. E a positiva, referente ao Estado ter um dever prestacional ao titular, tal como um tratamento médico determinado, um medicamento, ou seja, qualquer benefício ligado à saúde.

Resta evidente a natureza garantida do direito. A Constituição Federal define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a ser obtido por meio de políticas sociais e econômicas voltadas para a reduzir o risco de doenças e outros agravos e proporcionar acesso universal e equitativo a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.

Na realidade, a forma pela qual esse direito é efetivamente garantido não se limita ao texto do artigo 196, pois os artigos 198 a 200 da Constituição de 1988 criaram um sistema abrangente de ação voltado para a promoção da saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo uma gama de ações e serviços públicos de Saúde que fazem parte de redes estratificadas e regionalizadas organizadas segundo diretrizes específicas - II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

A rede hierarquizada e regionalizada, prevista no texto constitucional acima, nada mais é do que a integração dos serviços de saúde no contexto federativo, ou seja, Municípios, Estados, Distrito Federal e União, exercendo suas atribuições fixadas em lei, de modo que não haja sobreposição de serviços, mas garantia ao amplo acesso a todos (WERNER, 2018).

Em suma, pode-se concluir que o direito à saúde é uma forma de cumprir os preceitos da Constituição, elencando o direito à saúde como garantia básica e tornando-se um instrumento para o cumprimento dos deveres do Estado conferidos pela Constituição, visando à redução do risco de adoecimento e ao acesso universal e equitativo a ações e serviços que promovam, protejam e restabeleçam a saúde.

Sendo assim, a saúde é garantia fundamental, conforme previsto na Carta Magna de 1988 e, assim sendo, um dever do Estado, sendo responsável pela efetivação deste direito. Contudo, em seu artigo 197, faculta tal garantia seja exercida pela iniciativa privada, onde prevê ao Poder Público a responsabilidade indireta, por pessoa física ou jurídica do direito privado. Isto posto, nota-se que o Estado possui poderes/obrigações consideráveis na saúde pública ou privada por meio de sua efetividade, regulação, fiscalização e controle.

Dessa forma, o poder de liberdade concedido às pessoas jurídicas que controlam a saúde suplementar, é, na verdade, mitigado, uma vez que, segundo Paulo Lobo, a livre iniciativa só recebe a tutela constitucional se for desenvolvida em conformidade com os interesses sociais e não apenas em razão dos interesses individuais (LOBO, 2011).

Portanto, os planos de saúde surgem na tentativa de suprir a deficiência de atendimento do Sistema Único à sociedade, que não pode atender adequadamente toda a população. A inviabilidade do SUS foi causada por várias questões, como o estado da economia do país. No entanto, ainda que tais dificuldades não fossem um problema, o Brasil não dispõe de recursos suficientes na área da saúde para atender às necessidades de "todos" e "todos".

À vista disso, o sistema brasileiro de saúde é híbrido, sendo na prestação de saúde pública pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema privado, que também conhecido como

saúde suplementar, é prestado pela rede privada de serviços de assistência à saúde, com o objetivo de complementar tais serviços (SCHMIDT, 2014).

Nesse sentido, o artigo 199, o setor privado é abordado pelas operadoras de planos de saúde. Ressaltando que, também está impelida a fiscalização, controle e regulamentação. Segundo Riani (2011), a efetivação da saúde pela iniciativa privada se dá através da contratação direta de profissionais em seus consultórios (médicos, dentistas) ou prestadores de serviços (radiologia, patologia), como também pela contratação por meio dos planos e seguros de saúde. De acordo com Rafael Robba (2021), apesar dos competentes dos sistemas do SUS e rede privada serem distintos, eles são conectados entre si e as pessoas podem utilizar os serviços de todos, dependendo da facilidade ou de sua capacidade de pagamento.

Neste último caso, os contratos previstos pelos planos privados de saúde são atípicos, mistos, de prestação de serviços, de coesão e emergenciais, sinalizados, onerosos, formais e de execução indefinidamente postergada. Como tal, existe um consumidor no contrato que o seguro de saúde prevê. Isso ocorre porque o mercado fornece serviços de saúde aos consumidores, por meio de um contrato de adesão, padronizado, em que todas as cláusulas são determinadas pelo fornecedor.

Tal contratação produz obrigações mútuas, pelos quais os consumidores assumem a obrigações de pagar mensalmente as prestações pecuniárias correspondentes aos serviços oferecidos pelo fornecedor, à medida que, cabe obrigação dos planos de saúde de prestar os serviços de coberturas dos procedimentos, quando os consumidores necessitarem.

Os planos de saúde podem ser individuais, familiares ou empresariais, sendo oferecidos com diversos tipos de cobertura, conseqüente, quanto maior a cobertura, maior as prestações. Tais contratos, que com sutileza e criatividade são elaborados, despeitam o princípio da boa-fé, com a inclusão de cláusulas abusivas ou de interpretação dúbia, que por vezes os contratantes, sem informações, aceitam as condições para ter a sua saúde protegida.

De acordo com Castro (2021), os consumidores buscavam no Código do Consumidor, uma forma de adquirir um novo mecanismo de proteção e defesa de seus interesses, com grande importância na forma e apresentação de contratos, rescisões unilaterais, abrangência, e estipulações de cláusulas e reajustes. Visando os abusos praticados, a falta de legislação específica e de relevância, que indireta ou diretamente, afetam à saúde, qualidade de vida e por isso a população passou a pleitear e exigir regulamentação específica nesse setor.

Em face do exposto, conclui-se acerca da saúde suplementar, sendo sua efetivação ocorre mediante relações contratuais entre as operadoras de planos de saúde e os seus beneficiários.

Para Khouri (2013), os contratos de plano de saúde são contratos de adesão, pois são contrários ao fruto da livre manifestação de vontade. Portanto, tais contratações por serem entendidas como de massa, são celebradas por meio de instrumentos de adesão e os contratos oferecidos pelas operadoras de saúde são elaborados de forma unilateral, em que da parte considerada hipossuficiente, é retirada a possibilidade de negociação, deixando-a em desvantagem.

No entanto, Scaff (2010) também entende que se faz necessária a utilização de tal método para que a atividade empresarial seja realizada com a agilidade esperada. Isso se dá, pois, as operadoras de planos de saúde são reguladas pela ANS que, por meio de sua Resolução Normativa no 85, de 07 de novembro de 2004 (RN 85/2004), prevê a necessidade de os contratos de plano privado de assistência à saúde serem devidamente registrados junto à agência.

Logo, a relação jurídica contratual que existe por advento dos contratos de planos de saúde é entendida como sendo relação de consumo, ao existir a figura dos consumidores, sendo as pessoas físicas ou jurídicas, destinatárias finais do serviço de plano de saúde, e do fornecedor, pessoa jurídica de direito privado, prestador de serviços na área da saúde suplementar, conforme o disposto no artigo 2.º e 3.º do Código de Defesa do Consumidor.

Portanto, verifica-se a importância da aplicação do CDC às relações de operadoras de planos de saúde com seus beneficiários, ao visar proteger a parte considerada mais fraca na relação, ou seja, o consumidor. Além disso, a responsabilidade civil também rege a relação jurídica entre operadoras de planos de saúde suplementar e beneficiários. Os pressupostos gerais da responsabilidade civil são: a ação (violação a um direito), o dano e o nexo causal entre ação e dano.

Na área da saúde, o primeiro pressuposto é fácil de ser identificado, visto que a ação está ligada à violação ao direito à vida, ou à integridade física, ou a outros direitos de personalidade. O segundo pressuposto, dano, é regulado pelos artigos 948, 949, 950 e 951 do Código Civil. É nesse momento que serão verificados os danos materiais e morais causados pela ação do agente, para poder ser estabelecida uma indenização. O nexo de causalidade, último pressuposto, é que mais atormenta a área da saúde (GODOY, 2009). Isso se dá, pois, a responsabilidade civil é dividida em: subjetiva e objetiva.

Para Carlos Roberto Gonçalves (2012), a responsabilidade objetiva independe de culpa, ou seja, ela pode ou não existir, mas sempre será irrelevante para a configuração do dever de indenizar. No entanto, a relação de causalidade entre a ação e o dano será indispensável, uma vez que, na responsabilidade objetiva, não se pode acusar quem não tenha dado causa ao evento. Nos casos de culpa presumida, serão consideradas hipóteses de responsabilidade subjetiva, visto

que se fundam na culpa, mesmo que presumida.

Nos casos de culpa presumida, serão consideradas hipóteses de responsabilidade subjetiva, visto que se fundam na culpa, mesmo que presumida. Em síntese, a responsabilidade objetiva é baseada no risco, ou seja, não se cogita da vontade (subjetividade) ou do modo de atuação do agente, basta a relação de causalidade entre a ação lesiva e o dano (GODOY, 2009). Já a responsabilidade subjetiva exige o reconhecimento da culpa, da vontade ou do modo de atuação do agente.

Nos contratos de prestação de serviços na área da saúde:

se não for dada a devida atenção à natureza da obrigação em tela, se de meio ou de resultado, concluir-se-á que será aplicável a responsabilidade objetiva, sem que possa ser debatido o agente, como por exemplo o hospital ou a clínica médica, agiu ou não com culpa nos danos causados ao paciente (GODOY et. al., 2009,)

Portanto, verifica-se que a responsabilidade civil, especificamente na área da saúde, abstrai-se a noção de dolo, já que é praticamente impossível esta hipótese em contratos de prestação de serviços desse tipo. A culpa do agente pode apresentar-se sob as seguintes formas: imprudência, negligência ou imperícia.

A imprudência, segundo Sérgio Cavalieri Filho (2000), é a falta de cautela ou cuidado por conduta comissiva, positiva, por ação. Já a negligência, é o caso da conduta descuidada, com falta de atenção, no momento próprio; uma omissão de certa atividade que, se adotada, teria evitado o resultado. Por último, temos a imperícia, que, por sua vez, decorre de falta de habilidade no exercício de atividade técnica, caso em que se exige, de regra, maior cuidado ou cautela do agente (CAVALIERI FILHO, 2000).

No entanto, existem algumas possibilidades, previstas no artigo 927 do CC, de reparação de um dano cometido sem culpa. Nestes casos, a responsabilidade será legal ou objetiva, por se satisfazer apenas com o dano e o nexo de causalidade. Tal teoria, objetiva, ou de risco, postula que todo dano é indenizável e deve ser reparado por quem a ele se liga por um nexo de causalidade, independentemente de culpa.

Sendo assim, conclui-se que a responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde é, em regra, objetiva. Isto posto, o defeito ou falha da pessoa jurídica na prestação dos serviços médicos independe de culpa, conforme disposto no caput do artigo 14 da Lei no 8.078/90, estando sujeito à responsabilidade objetiva o fornecedor de serviços.

### **3 A LEGITIMIDADE DA AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR NA**

## **REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE**

A partir da década de 90 o setor da assistência à saúde suplementar ganhou crescente nas atividades econômicas, ante a adesão em massa de consumidores aos seus contratos de prestação de serviços. A regulamentação deste setor ocorre primeiramente com a promulgação da Lei n.º 9.656/98, conhecida como a Lei dos Plano de Saúde, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, regulamentando as normativas do setor.

Apesar desta regulamentação, causou um enorme prejuízo aos beneficiários dos planos de saúde, devido à ausência de regras para um controle efetivo por parte do Estado. Não havia cobertura mínima definida para os planos de saúde, sendo esta estipulada unicamente entre os contratos firmados entre as operadoras e as pessoas que desejassem adquirir um plano. Assim, é notório que sem a regulamentação do Poder Público, as operadoras de planos de saúde ofereciam contratos abusivos, pautados somente no interesse do fornecedor, sem cobertura de tratamentos de alto custo, com limitação para internações e utilização de procedimento.

Contudo, as regras específicas acerca das operadoras de planos de saúde, só foram realmente implementadas, conhecido como o marco regulatório, na Lei n.º 9.961/00, decidiu-se a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério Público, com competência de controlar, fiscalizar e regulamentar a atividade do setor, por intermédio da através da Medida Provisória no 2.012-2, de 2000, e depois convertida na Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Ressalte-se que, ao contrário de outros órgãos reguladores concebidos após o colapso dos monopólios estatais e a abertura dos respectivos mercados, a ANS foi criada para regular um mercado que sempre funcionou fora da intervenção estatal, disciplinando e instituindo regras para regular o setor, sem, no entanto, poder dar uma solução de continuidade, ante os gritantes prejuízos que os consumidores e os agentes econômicos envolvidos iriam sofrer.

Ainda que a Lei de Planos de Saúde tenha alcançado uma uniformização para o tratamento jurídico a todos os contratos, sendo seu objeto a assistência à saúde privada, foi apenas após a criação da ANS, através da Lei 9.961/2000, com a RDC no 39, de 27 de outubro de 2000, que as operadoras de saúde foram classificadas em diferentes modalidades. São elas: Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Seguradora especializada em saúde, Odontologia de Grupo, Medicina de Grupo, Autogestão, Filantropia e Administradora.

As Cooperativas Médicas são sociedades sem fins lucrativos, compostas por pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o proveito de uma atividade econômica, de proveito comum, conforme previsto na Lei 5.764/1971 (Lei Geral do Cooperativismo). Já as Seguradoras especializadas em seguro-saúde, regulamentadas pela Lei 10.185/2001, funcionam através de pessoas que contribuem financeiramente para que apenas alguns se utilizem dos recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos, para o pagamento de despesas médicas.

A Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo são empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, ou seja, administram planos de saúde para indivíduos e famílias ou empresas empregadoras, em moldes empresariais. Na modalidade de Autogestão, regulada pela RN no 137 de 2006, as empresas, associações ou sindicatos operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

Já na modalidade Filantropia é caracterizada pelas entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, bem como a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual, ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente.

Por fim, as Administradoras, reguladas pela RN no 196 de 2009, são empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pelo contratante e que não possuem risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Importante salientar que todas as oito modalidades/organizações expostas devem ser qualificadas como “operadoras de planos de saúde” e, conseqüentemente, estão submetidas à Lei 9.656/98.

Para Marques (2010), a nova Lei concretiza e exemplifica deveres de boa-fé, como de informação, cooperação e cuidados. Para tanto, no artigo 10 da LPS, determinado que todas as operadoras de planos de saúde são obrigadas a ofertar um plano referência ou seja, um plano base que institui uma modalidade básica para referência do consumidor usuário na hora da

contratação do plano de saúde. Todavia, o plano é ineficiente para a proteção do usuário, pois é caro, é opcional, significa aquele que não optou deve ficar satisfeito com o que recebeu, perdendo argumentos para recorrer ao Judiciário.

É importante observar que a LPS retirou da iniciativa privada do ramo da saúde suplementar, a unilateralidade na determinação das coberturas e exclusões contratuais, estabelecendo, assim, padrões a serem seguidos pelas operadoras de planos de privados de assistência à saúde. Ainda, destaca-se proibições em relação a cláusulas e práticas abusivas nos contratos de plano de saúde, isso porque, se não informadas, não suficientemente destacadas ou esclarecidas são desequilibradoras do equilíbrio contratual.

No entendimento de Marques (2011,), o contrato médico-assistencial além de designar sintética e genericamente o serviço de assistência à saúde, qual seja a garantia de cobertura financeira de riscos de assistência à saúde, também prevê a prestação de serviços à saúde ou cobertura de custos assistenciais, mediante pagamento de valor com atendimento em rede própria ou credenciada, reembolso de despesas, entre outros, nos termos do parágrafo 1o, “a” a “f”, do artigo 1o da LPS4.

Por fim, conclui-se que os contratos de plano de saúde são regidos pela Lei 9.656/98, no entanto, apesar de ser inovadora na regulamentação dos planos de saúde, ainda existem diversas lacunas, motivo pelo qual faz-se necessária a aplicação conjunta do Código de Defesa do Consumidor e a Lei de Planos de Saúde, obedecendo as diretrizes normativas da Constituição Federal.

### **3.1 Limites Assistências Dos Beneficiários Dos Planos De Saúde Estabelecidos Pelo Rol De Procedimentos E Evento Da Ans**

A promulgação da LPS e a criação da ANS são consideradas um marco regulatório (COSTA, 2008) no setor de saúde suplementar brasileiro, pois foi nesse momento que as diretrizes básicas de exploração pela iniciativa privada foram instituídas. Com a criação da ANS, órgão com o objetivo específico de regulamentar o setor, restou reconhecido o seu poder normativo, através da criação de normas, limites às operadoras para garantir direitos aos consumidores, conforme prevê a Lei Federal no 9.961/2000.

A legitimação do poder normativo da ANS está relacionada a sua área de atuação, em que as leis a outorgam diversas atribuições com a finalidade de que os serviços de saúde

suplementar sejam prestados com a adequação e eficiência almejadas. Nessa linha, aduz Moraes (2002, p. 20):

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 atividades. (MORAES, 2002, p. 20)

Além disso, a ANS também tem competência para elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Essa competência não está atrelada somente na previsão do artigo 10 da LPS, que traz amplas previsões em relação às coberturas e exclusões contratuais, mas também a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS, conforme prevê o parágrafo 4º, do mesmo texto legal.

Já o artigo 4º da Lei 9.961/2000, que criou a ANS, elenca todas as competências desta autarquia e, especificamente, o inciso III, prevê que a agência será responsável por elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei no 9.656, de 03 de junho de 1998, e suas excepcionalidades (BRASIL, 2000).

No entanto, se observarmos as datas é possível verificar um lapso temporal entre a promulgação da LPS, em 1998, e a criação da ANS, em 2000. Sendo assim, antes da criação de tal autarquia, o rol de coberturas era editado pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), que atuou em caráter provisório na regulamentação das operadoras de planos de saúde (RIANI, 2011).

A ANS, por sua vez, só publicou o primeiro rol de coberturas em 2004, quando editou a Resolução Normativa no 82, de 29 de setembro do mesmo ano (RN 82/2004). Tal resolução passou por diversas alterações, como forma de atualização do seu conteúdo, sendo possível observar uma periodicidade de dois anos entre as modificações e terão como finalidade a revisão da resolução normativa que estabelece a cobertura assistencial mínima obrigatória.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é disciplinado pela RN n. 428/2017 e constitui a referência básica para os fins da cobertura assistencial disposta na Lei n. 9.656/98. O referido normativo está em vigor desde 2 de janeiro de 2018 e se aplica aos planos privados de assistência à saúde comercializados a partir de 02 de janeiro de 1999 e aos planos antigos adaptados (planos adquiridos antes de 2-1-1999, mas que foram ajustados aos regramentos legais, conforme o art. 35 da Lei n. 9.656/98), respeitando-se, em todos os casos, as

segmentações assistenciais contratadas.

De acordo com Bottesini e Machado (2005), o rol de procedimentos e eventos da ANS é ideal, visado pelo Ministério da Saúde como necessário ao atendimento das necessidades básicas da população, no que diz respeito às metas programáticas postas pela Constituição Federal, no que tange à saúde suplementar.

Sendo assim, resta evidente a importância do rol de procedimentos da ANS para a definição nítida em relação àquilo que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem cobrir aos seus consumidores, evitando que seja feita a vontade das operadoras, de cumprir ou não o que o beneficiário necessita.

Nessa linha, de acordo com Carneiro, é possível afirmar que o rol também pode ser usado como parâmetro de definição do valor das contraprestações pecuniárias pagas pelos consumidores, devendo haver um equilíbrio na relação entre tais valores e a cobertura de procedimentos prevista pelo rol (CARNEIRO, 2012,). Ainda, a essência dos planos de saúde é a cobertura das despesas associadas a doenças e acidentes, pessoas que afetem a saúde do consumidor, os quais são eventos de natureza aleatória, imprevisíveis e indesejados pelo consumido.

Isto posto, restou demonstrado que a instituição de um rol de coberturas mínimas e obrigatórias de procedimentos assistenciais a serem respeitados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, traz grande relevância para o exercício da atividade de saúde suplementar, definindo o objetivo claro de evitar abusos e desigualdades em relação ao beneficiário e a operadora de plano de saúde (CONASS, 2011).

Portanto, conclui-se que resta evidente a efetividade do poder normativo da ANS, que diante da necessidade de se estabelecer critérios técnicos na determinação de limites, se dedica exclusivamente a cumprir o que determina a própria Constituição Federal. Por fim, ainda que a ANS tenha todo esse reconhecimento acerca do seu poder normativo e de suas funções, os limites impostos pelo rol de procedimentos não se mostram suficientes para afastar a possibilidade de pleitos judiciais de consumidores que visam a cobertura de tratamentos fora da sua previsão.

#### **4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, ROL DA ANS E AS PRINCIPAIS MUDANÇAS DE COBERTURAS EDIÇÃO DA LEI N. 14.454/2022**

No entanto, mesmo que as operadoras de planos de saúde estejam submetidas a limites previstos por tais lei, ocorre a negativa de cobertura assistencial, motivada pela alegação da inexistência de previsão do procedimento, medicamento ou insumo no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Portanto, o beneficiário busca alcançar o direito subjetivo passível de ser tutelado via demanda judicial.

Esta negativa de cobertura assistencial pela operadora de plano de saúde pode se dar pela afirmação de inexistência de obrigação legal ou contratual em razão da própria doença ou do procedimento necessário para cura ou melhoria da qualidade de vida do contratante. Portanto na perspectiva do consumidor (legalmente vulnerável), essas demandas são impulsionadas ao Poder Judiciário com certa carga emocional por razões multifatoriais.

É preciso destacar que o usuário de plano de saúde, já fragilizado, é portador de uma doença ou síndrome cuja cura busca alcançar, conjugado com uma perversa variável da qual ele não tem controle, o tempo como fator deletério que, em muitos casos, é determinante para o êxito do tratamento ou procedimento.

Portanto, não se deve-se perder de vista que, se de um lado o consumidor tenciona a tutela da garantia do direito à saúde para alcançar a cobertura de algum procedimento, não se pode olvidar que os instrumentos contratuais têm natureza essencialmente econômica e securitária, envolvendo questões atuariais, de mutualidade, onerosidade, solidariedade e aleatoriedade, exigindo-se do julgador, não só a análise dos direitos do beneficiário à luz da Constituição Federal da Lei n. 9.656/98 e do CDC, mas, também a aplicação dos princípios da ordem constitucional econômica e uma adequada análise econômica do direito. Aqui reside a difícil tarefa do julgador de compatibilizar os interesses envolvidos e os normativos que protegem tanto os consumidores como as operadoras.

Contudo, resta evidente que os beneficiários de planos de saúde ingressam em juízo, contra a operadora, “com ação de obrigação de fazer, requerendo mais do que previsto contratualmente ou do que é disposto na Lei no 9.656/98” (RIANI, 2011, p. 30), isso porque, os consumidores entendem que houve uma violação de seus direitos fundamentais. Veja-se, portanto, que houve um aumento nas demandas, visando discutir os mais variados temas, como por exemplo a exclusão de coberturas.

Ressalta-se, muito por conta dos avanços gerados pela própria evolução dos serviços de saúde. A combinação de novas tecnologias, novas estruturas e do maior tempo de vida dos indivíduos resulta também, em custo em expansão na saúde. Em relação a inovações

tecnológicas é preciso observar o custo-benefício dessas novas tecnologias.

Segundo Anderson Viana (2021), a relação entre inovação tecnológica e o aumento dos gastos não deve, de forma alguma, justificar argumentos contrários as inovações. Há evidências de que os benefícios sociais gerados pelo avanço técnico em saúde mais do que justificam sua incorporação. Deve-se, no entanto, buscar critérios e padrões objetivos de mensuração do custo-efetividade as novas tecnológicas, que resultem na incorporação apenas das tecnológicas que mostrarem-se efetivas.

Portanto, cabe a operadora organizar o mútuo, equacionar o financiamento, atualizar o rol de eventos da ANS, realizar cobranças e organizar a rede prestadora dos serviços de assistência à saúde, afins de manter o equilíbrio econômico-financeiro no tempo. Entretanto, o ritmo das inovações se produz em uma velocidade superior ao crescimento econômico, acarretando dificuldades em todos os setores.

Assim, ocorre que atualmente no cenário jurídico brasileiro o fenômeno da “judicialização da saúde suplementar, que consiste em um número elevado de demanda judiciais dos beneficiários, face às operadoras de planos de saúde, na busca por tutelas assistenciais não previstas no rol de procedimentos e eventos elaboradora pela ANS. Para Cechin (2021), observam muitos diversos casos em que os demandantes “buscam vantagens” individuais não asseguradas nas normas vigentes ou nos contratos. Utiliza-se a expressão busca de vantagem, porque, em tais situações, não houve o cumprimento do dever associado.

Segundo o CNJ (Conselho Nacional de Justiça), entre 2019 e 2021 foram aproximadamente em média 130 mil processos por ano, envolvendo questões da saúde suplementar. Entre esses números, com resultados em média de 77,7% procedentes, 10% improcedentes, 12,1% parcialmente procedentes. Essa divergência de fundamentos nas decisões judiciais é pautada no desequilíbrio econômico-financeiro, causando às operadoras de planos de saúde, o que não as afetaria tão somente, mas também aos próprios beneficiários. Ainda, em relação a tais discussões no judiciário, a maior questão debatida entre os Tribunais de Justiça e o Superior Tribunal de Justiça (STJ), é acerca da taxatividade do Rol de Procedimentos da ANS.

Era comum os tribunais dos Estados, as instâncias inferiores e até mesmo o Superior Tribunal de Justiça, entenderem que o rol de procedimentos da ANS possuía natureza jurídica exemplificativa. Isso porque, as Resoluções Normativas elaboradas pela Diretoria Colegiada da ANS, não traziam expressamente a informação sobre a natureza jurídica do rol de procedimentos.

O caso do Recurso Especial nº 1.733.013 foi uma discussão em vários tribunais sobre o

rol de tratamento da ANS se possui caráter taxativo ou exemplificativo. E são multiplicadas as questões que surgem, tais como: tratamento para fertilização, transtornos do espectro autista (TEA) e inúmeros casos. Conforme o Ministro Relator Luís Felipe Salomão, da Quarta Turma do STJ, vejamos:

[...] 4. O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, em reavaliação ao exame detido e aprofundado do tema, conclui-se que é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas. Esse raciocínio tem o condão de encarecer e efetivamente padronizar os planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas. [...] (Recurso Especial nº1733013/PR, Superior Tribunal de Justiça. 4ª Turma. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, 10 dez 2019). (STJ, 2019, on-line)

Assim, o rol de procedimentos de evento de saúde da ANS passa por alteração do seu antigo entendimento, decidindo que possui natureza taxativa, portanto, o procedimento que está fora da lista não se admite. No entanto, a jurisprudência acima não foi julgada em regime reiterados recurso, por se tratar de um entendimento isolado, especialmente diante os julgamentos posteriores da Terceira Turma do STJ, onde reitera o prévio posicionamento, no sentido de que o rol da ANS seria exemplificativo. Tendo em vista as controvérsias, foi resolvida pela Segunda Seção, responsável por uniformizar os entendimentos das turmas, através de embargos de divergência para definição de tese.

A decisão da Segunda Seção veio nos Recursos Especiais n.º 1.889.704 e 1.886.929, onde o entendimento foi que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem caráter taxativo, em regra, nos seguintes termos:

- 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. (Recurso Especial nº1889704/SP, Superior Tribunal de Justiça. Segunda Seção. Relator Ministro Luis

Felipe Salomão. Brasília, 08 jun 2022). (STJ, 2022, on-line)

Prevaleceu na sessão a posição do relator, ministro Luís Felipe Salomão, que incorporou em seu voto acréscimos trazidos em voto-vista pelo ministro Villas Bôas Cueva, apresentado neste julgamento. Também votaram com o relator os ministros Raul Araújo, Isabel Gallotti, Marco Buzzi e Marco Aurélio Bellizze.

Ficaram vencidos no julgamento a ministra Nancy Andrighi, e os ministros Paulo de Tarso Sanseverino e Moura Ribeiro, para os quais o rol da ANS teria caráter meramente exemplificativo.

Portanto, embora expressamente a decisão do STF que o rol da ANS é taxativo, ocorre que se admite exceções em muitas hipóteses pode haver cobertura mesmo não estando previsto no Rol da ANS. Com base nas balizas estabelecidas no julgamento, a Segunda Seção entendeu, que o plano de saúde é obrigado a custear tratamento não contido no rol para um beneficiário que não na lista não obter tratamento adequado, eficaz, seguro para sua cura. Ressaltando que, o pedido será analisado na prática pelo Poder Judiciário para concessão liminar do direito.

Em consequência disso, em 2022, foi publicada a lei que dispõe sobre a eliminação das restrições aos serviços médicos e odontológicos oferecidos pelos planos de saúde. Isso significa que, a partir da data da publicação, exames, tratamentos, terapias e medicamentos que não constam no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passam a ser cobertos pelas operadoras de planos de saúde.

A Lei nº 14.454, de 2022, estabelece os critérios para que os beneficiários de planos de saúde possam solicitar a cobertura de serviços que antes faziam parte do chamado rol taxativo da ANS. De acordo com o texto, deve haver comprovação da eficácia do tratamento recomendado ao paciente, além do procedimento médico recomendado pela Comissão Nacional de Integração de Tecnologias ao Sistema Único de Saúde (Conitec), o Sistema Único de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) ou por órgão de avaliação de tecnologias em saúde reconhecido internacionalmente, caso também sejam homologados no Brasil.

À vista disso, Souza e Pires (2008, p. 72) trazem um importante questionamento: “Qual o limite de vinculação do plano de saúde com o cuidado da saúde de seu beneficiário? O Poder Judiciário reconhece o necessário equilíbrio atuarial das entidades privadas, limitadas à receita proveniente de seus segurados?”. Tal indagação é importante porque demonstra o dilema enfrentado pelas operadoras de planos privados de saúde frente ao impacto da judicialização da saúde suplementar.

Nesse caso, um dos maiores argumentos utilizados na decisão de ultrapassar os limites estabelecidos entre as operadoras e consumidores, é a comprovação da quebra do respectivo equilíbrio econômico-financeiro (OLIVEIRA, 2008). Portanto, conforme entende Rezende (2008), faz-se necessário o entendimento da destinação desse equilíbrio, principalmente no que se refere à forma de definição da mensalidade paga pelo beneficiário em relação ao plano que assumem os custos estipulados no contrato (REZENDE, 2008, p. 222).

Ora, a ideia de que é possível para a operadora/seguradora fornecer cobertura para todos e quaisquer riscos é completamente errada, porque diversas premissas devem ser verificadas para tornar o risco “segurável”. Dentre eles, os mais notáveis são o valor da indenização/cobertura que “deve ser calculado com base na avaliação estatística da experiência de sinistros da seguradora”; e “deve ter o limite máximo previamente definido, pois com base nesse limite a seguradora calculará o prêmio adequado à cobertura contratada” (CARNEIRO, 2012, p. 77).

A partir da explicação de Carneiro (2012), é possível verificar que para as operadoras de planos privados de saúde permaneçam solventes, a relação entre as tarifas cobradas dos consumidores e o limite de auxílio prometido, deve ser mantida. Conforme já apontado por este trabalho, essas restrições estão totalmente relacionadas aos preceitos da lista de procedimentos da ANS (SOUZA, 2012).

Em consequência disso, resta evidente que as operadoras de planos de saúde estão sempre defronte com a incerteza do quanto terão que despende financeiramente com os custos das liminares e sentenças judiciais, movidas pelos seus beneficiários. Por este motivo, muitas operadoras de menor porte vieram a falência nos últimos anos<sup>18</sup>, visto que, em algumas situações, as ações chegam a ter valores exorbitantes, às vezes iguala-se a quantia que se tem em caixa. Esse cenário, não afeta apenas as operadoras de planos de saúde, mas também a sociedade como um todo, uma vez que “gera demissões, menos impostos ao governo e um impacto que pode afetar a vida de muitas pessoas e famílias” (CIRICO, 2019,).

Diante o exposto, percebe-se que o excesso da judicialização da saúde é um malefício tanto para as operadoras de planos de saúde, quanto para os próprios beneficiários/consumidores. Isso porque, tal cenário gera ônus para as empresas que não podem prevê-lo, podendo vir a abalar a estrutura financeira e, conseqüentemente, vir a fechar as suas portas e deixando toda uma classe desassistida em detrimento de privilegiar alguns. (CIRICO, 2019).

Observa-se que a legislação e o STJ estão em processo de tentar desacelerar a incidências

de novos casos no judiciário, em relação as questões referentes as coberturas previstas no Rol da ANS. A legislação por meio da Lei nº 14.454 de 2022, estabelecendo critérios para que os beneficiários dos planos de saúde solicitem cobertura de procedimentos que antes faziam parte do chamado rol taxativo da ANS, e o STJ através da abertura de divergência jurisprudencial e futuramente com a uniformização do entendimento das Turmas e definição de tese.

Analisando todo o exposto até o momento, conclui-se que a iniciativa da ANS tem seus benefícios, mas também possui alguns pontos negativos, como por exemplo, não acompanhar os avanços diários da medicina, visto que, sofre alteração a cada dois anos. No entanto, traz alguns benefícios importantes, como a segurança jurídica, já que foram fixados textualmente os limites dos procedimentos e eventos em saúde que integram a cobertura assistencial mínima obrigatória. É importante ressaltar que as divergências nos julgados ainda continuarão a existir, uma vez que, será necessário existir casos concretos no Judiciário para análise da concessão dos procedimentos fora da lista da ANS, respeitando a ampla liberdade do magistrado na formação de seu convencimento. Ainda, a regulamentação fomentada da Lei nº 14.454 de 2022 tem por principal objetivo eliminar as ambiguidades, esclarecer pontos controvertidos e, por consequência, diminuir a insegurança jurídica na relação entre operadoras de planos privados de saúde e consumidores.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento deste estudo possibilitou analisar esse fenômeno da judicialização da saúde complementar no Brasil e sua presença no contexto jurídico do país. Além disso, pode-se verificar que é por meio desse fenômeno que os consumidores buscam proteção jurídica em face das operadoras de planos privados de saúde, desconsiderando as leis e regulamentações que regem o setor.

O judiciário, em sua decisão de inferir cobertura obrigatória respeitada pelos planos de saúde, ou seja, além do que está previsto nas listagens de programas da ANS, acaba por comprometer o equilíbrio acima.

Portanto, pode-se concluir que a judicialização da saúde é extremamente onerosa e impacta negativamente o setor de saúde complementar no Brasil. Em razão dessa situação de judicialização da saúde suplementar e da falta de previsão de natureza jurídica nas resoluções normativas da ANS responsáveis pela compilação da lista de procedimentos e eventos de saúde, a decisão do STJ Turma IV de aprovar a determinação da natureza da lista dos procedimentos da ANS não é apenas prescritivo, mas também exaustivo. A controvérsia é normatizada pela

segunda parte do STJ, que determina caráter taxativo. Porém, mesmo com este entendimento, admite exceções em muitas hipóteses pode haver cobertura mesmo não estando previsto no Rol da ANS.

Em consequência disso, a publicação da lei determina a extinção das limitações em relação aos procedimentos médicos e odontológicos oferecidos pelos planos de saúde. Com isso, procedimentos, tratamentos e medicamentos não previsto no rol passam a ter cobertura obrigatória, desde que preencha.

Combinando a análise acima, conclui-se que mesmo que tentem trazer mais segurança jurídica ao setor de saúde complementar do Brasil, o processo será lento, pois as divergências de coberturas persistirão por muito tempo, pois, como se vê, esta discussão está longe de ser definida e exaustiva. Isso porque, antes de tudo, deve-se respeitar a ampla liberdade dos magistrados no que diz respeito às condenações, o que leva a uma análise individualizada de cada caso concreto.

## **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. Lei no. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Lei da Agência Nacional de Saúde Suplementar**

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Recurso Especial no 1733013/PR. Relator: Desembargador Luis Felipe Salomão. Diário Oficial de Justiça. Brasília, 2019.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Recurso Especial no1889704/SP. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Diário Oficial de Justiça. Brasília, 2022

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

CARNEIRO, Luiz A. F. Princípios básicos de seguros e planos de saúde. In: CARNEIRO, Luiz A. F. (Org.). **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

CASTRO, Rosilma. **Planos de saúde: cláusulas abusivas x direito do consumidor**. Santo André: Centro Universitário, 2020.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

CHECHI, José (Org.) et alii. **Judicialização de planos de saúde: conceitos, disputas e consequências**. Palmas: Esmat, 2021.

CIRICO, Priscila Freitas (Org.). **Os Impactos da Judicialização na Saúde Suplementar**.

Revista Gestão em Foco, Amparo, v. 11, n. 5, p. 56-71, fev. 2019.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar: coleção para entender a gestão do SUS**. 1. ed. Brasília, 2011.

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.

FARIA, Luiz Antônio. **Guia para trabalhos acadêmicos**. Aparecida de Goiânia: Alfredo Nasser, 2017.

GODOY, Claudio Luiz Bueno (Org.) et alii. **Responsabilidade Civil na Área da Saúde**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade Civil**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

KHOURI, Paulo R. R. A. **Direito do Consumidor: contratos, responsabilidade civil e defesa do consumidor em juízo**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

LOBO, Paulo. **Contratos**. São Paulo: Saraiva, 2011.

MACHADO, Humberto. **Guia prático para trabalhos acadêmicos monográficos e TCCs**. Aparecida de Goiânia: Alfredo Nasser, 2014.

MARQUES, Cláudia Lima. **Solidariedade na doença e na morte: sobre a necessidade de “ações afirmativas” em contratos de planos de saúde e de planos funerários ao consumidor idoso**. 3ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

MARQUES, Claudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 6ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

OLIVEIRA, Luiz G. M. **Assistência integral à saúde: ônus público, privado ou particular? Afinal, quem paga a conta?** Belo Horizonte: Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., 2008

REZENDE, Nanci F (Orgs.). **A amplitude da expressão saúde no marco normativo**. São Paulo: Atlas, 2010.

ROBBA, Rafael. **Judicialização dos planos e seguros de saúde: Casos do Tribunal de Justiça de São Paulo**. 1 ed. São Paulo: Sá Editora, 2021.

RODRIGUES, Carla Maia. **Aspectos constitucionais do Direito à Saúde na atualidade**. 1. Ed. São Paulo: Maranna Violet, 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, 2002.

SCAFF, Fernando C. **Direito à Saúde no Âmbito Privado: contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde.** São Paulo: Saraiva, 2010

SCHMIDT, Ayeza. **O Direito Fundamental à Saúde: A Essencialidade do Bem Contratado.** 2014. Trabalho de Qualificação (Programa de Mestrado em Direito) - UNIBRASIL - Faculdades Integradas do Brasil, Curitiba, 2014.

SOUZA, Jordana. M. PIRES, Danielle S. **Relatório da pesquisa coletiva de jurisprudência “Judicialização da Saúde Suplementar) Judicialização da Saúde Suplementar.** Belo Horizonte: Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., 2008

VIANA, Anderson de Freitas. **Operadoras de Planos de Saúde: um estudo sobre a Insolvência das Operadoras de Planos de Saúde.** 1. Ed. São Paulo: Dialética, 2021.

WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. **Direito à Saúde.** 1. ed. PUC-SP, 2018.