

Lidiane Mazzoni

**Judicialização da saúde suplementar e regulação:
efeitos das normas da ANS nas decisões judiciais**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Fernando Mussa
Abujamra Aith

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2020

Lidiane Mazzoni

**Judicialização da saúde suplementar e regulação:
efeitos das normas da ANS nas decisões judiciais**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Fernando Mussa
Abujamra Aith

São Paulo

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Mazzoni, Lidiane

Judicialização da saúde suplementar e regulação :
efeitos das normas da ANS nas decisões judiciais /
Lidiane Mazzoni. -- São Paulo, 2020.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientador: Fernando Mussa Abujamra Aith.

Descritores: 1.Judicialização da saúde 2.Saúde
suplementar 3.Direito à saúde 4.Saúde
suplementar/legislação & jurisprudência 5.Planos de
pré-pagamento em saúde

USP/FM/DBD-281/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

Dedicado o presente trabalho a essa voz dentro de mim que nunca se silenciou, não aceitando as mesmas respostas para as perguntas importantes. Faço aqui um compromisso público de nunca deixar que te calem.

Dedico também a minha mãe e meu irmão, que compartilharam comigo as dores e as delícias dessa jornada.

Agradecimentos

Um agradecimento especial a todos que compreendem a entrega e a dedicação que um trabalho desse gênero requer, e também a todos que não compreendem.

A todos aqueles que me encorajaram a seguir nessa jornada e também aqueles que torciam pela desistência

Aos amigos Patullo e Elissa acadêmicos com quem eu compartilhava minhas dúvidas e lamentações.

Ao time do CEPEDISA e do GEDISA com quem convivi e todos os colegas que encararam os desafios da pesquisa acadêmica.

Agradecimento especial a meu orientador Professor Fernando Aith, pela dedicação no ofício da orientação e pelos aprendizados incríveis que pude absorver.

À USP, à Faculdade de Medicina, à Coordenação de Pós-graduação e ao time da Secretaria de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela oportunidade e pelo apoio de sempre.

Minha prima Roberta que pelas suas instruções durante o trabalho deveria ser registrada como coorientadora do presente trabalho.

Minha mãe Fátima, meu irmão Marcos e meu pai Marcos (in memoriam) por serem o arrimo de cada um dos meus dias, desde os melhores até os mais difíceis.

*“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquentada e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem”
(Guimarães Rosa)*

“Toda vez que você se encontrar do lado da maioria, é hora de parar e refletir”. (Mark Twain)

*“Poder Judiciário é algo que trata do passado e não constrói o futuro. Sentença não constrói futuro. Sentença resolve questões do passado (...), mas com ela não se constrói. O que constrói o futuro é a política.”
(Ministro Nelson Jobim, 2017)*

Sumário

Lista de tabelas

Lista de figuras

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. SOBRE A PESQUISA	24
2.1 Origem do estudo e envolvimento com o tema	24
2.2 Hipóteses e objetivos de pesquisa	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Pesquisa quantitativa	28
2.3.2 Pesquisa qualitativa.....	29
2.4 Limitações da pesquisa	32
2.5 Ética em pesquisa	33
3. JUSTIFICATIVA, REFERENCIAIS TEÓRICOS E CATEGORIAS DE ANÁLISE DO ESTUDO	34
3.1 Regulação da saúde suplementar	35
3.1.1 A evolução regulação	35
3.1.2 Agências - autonomia e formas de controle	40
3.1.3 Considerações parciais	54
3.2 Mercado regulado e agências	55
3.2.1 Evolução do mercado de planos privados de assistência à saúde.....	55
3.2.2 Competências e organizações da ANS	67
3.2.3 Fiscalização da ANS	75
3.2.4 A Tomada de decisão da ANS	77

3.2.5 O Poder normativo da ANS	83
3.2.6 Considerações parciais	86
3.3 Judicialização da saúde suplementar	88
3.3.1 Considerações parciais	88
3.3.2 Evolução do estado e positivação dos direitos sociais	88
3.3.3 Direito à saúde e o contexto brasileiro	94
3.3.4 Decisões judiciais	98
3.3.5 Deferência judicial	104
3.3.6 Considerações parciais	107
4. RESULTADOS	110
4.1 Resultados da pesquisa qualitativa	110
4.2 Rol de procedimentos de 2018	112
4.3 Aposentados e demitidos: RN nº 279/2011	119
4.4 Reajuste de mensalidades de planos coletivos	126
4.5 Pedido de cancelamento ou extensão por parte do beneficiário	132
4.6 Outros temas relevantes analisados.....	137
4.6.1 Planejamento familiar - RN nº 192/2009.....	137
4.6.2 Reajuste por alteração de faixa etária – RN nº 63/2003.....	138
4.7. Resultado da pesquisa qualitativa	141
4.7.1 Justificativa metodológica.....	141
4.7.2 Cobertura	142
4.7.3 Aposentados e demitidos	152
4.7.4 Reajuste de mensalidade	156
4.7.5 Cancelamento de contrato	160
5. DISCUSSÃO.....	165
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177

7. REFERÊNCIAS	183
-----------------------------	------------

Apêndice

Lista de tabelas

Tabela 1 -	Operadoras com maior número de beneficiários	62
Tabela 2 -	Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 428/2017	114
Tabela 3 -	Temas debatidos nos julgados após a vigência da RN nº 428/2017	114
Tabela 4 -	Normativas aplicadas aos julgados antes da vigência da RN nº 28/2017	117
Tabela 5 -	Normativas aplicadas aos julgados após a vigência da RN nº 428/2017	118
Tabela 6 -	Justificativas para afastar norma da ANS nos julgados antes da vigência da RN nº 428/2017	119
Tabela 7 -	Justificativas para afastar norma da ANS nos julgados após a vigência da RN nº 428/2017	119
Tabela 8 -	Teste de aderência da RN nº 428/2017	120
Tabela 9 -	Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 279/2011	122
Tabela 10 -	Temas debatidos nos julgados após a vigência da RN nº 279/2011	122
Tabela 11 -	Teste de aderência da RN nº 279/2011	127
Tabela 12 -	Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 195/2009	130
Tabela 13 -	Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 195/2009	130
Tabela 14 -	Teste de aderência da RN nº 195/2009	133
Tabela 15 -	Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 412/2016	135
Tabela 16 -	Temas debatidos nos julgados após a vigência da RN nº 412/2016	136
Tabela 17 -	Teste de aderência da RN nº 412/2016	138

Tabela 18 -	Teste de aderência da RN nº 63/2003	140
Tabela 19 -	Resultados obtidos esquematizados	141
Tabela 20 -	Questionário aplicado à ADPF 532	149
Tabela 21 -	Questionário aplicado ao RESP 1733013	152
Tabela 22 -	Questionário aplicado ao RESP 1680318	156
Tabela 23 -	Questionário aplicado ao RESP 1568244	159
Tabela 24 -	Questionário aplicado à ACP Nº 0136265-83.2013.4.02.51.01	164
Tabela 25 -	Comparativos dos resultados obtidos entre demandas coletivas e individuais	166

Lista de figuras

Figura - 1	Beneficiários por tipo de contratação de plano de saúde	66
Figura - 2	Organograma da ANS	77
Figura - 3	Resultados do TJSP para RN nº 192/2009	139
Figura - 4	Resultados do TJSP para RN nº 63/2003	140

Resumo

Mazzoni L. *Judicialização da saúde suplementar e regulação: efeitos das normas da ANS nas decisões judiciais* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

Os números sobre a judicialização da saúde crescem, da mesma forma como crescem as críticas à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, responsável por regulamentar o setor. A Lei de Planos de Saúde veio disciplinar um setor já consolidado, após dez anos da promulgação da Constituição de 1988. A criação da ANS se insere em um momento de desestatização das atividades, que passam a ser exercidas também pelo ente privado. Com competência para expedir normas, a ANS cria regras para as operadoras de planos de saúde, em um cenário em que imperavam as regras de direito do consumidor. São novas normas expedidas de forma específica para o segmento, mas que possuem sua validade frequentemente questionada, seja pelos consumidores, seja pelo próprio Judiciário. O presente trabalho busca analisar a relação entre judicialização da saúde suplementar e regulamentação da ANS, por meio de estudo dos julgados de ações individuais prolatadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, bem como ações coletivas de destaque no setor de saúde suplementar. O estudo busca verificar se a publicação de norma da ANS altera o conteúdo das decisões judiciais em algum sentido, bem como analisa se os temas abordados pelo Judiciário são considerados pela ANS na elaboração de suas normas que criam as regras do setor.

Descritores: Judicialização da saúde; Saúde suplementar; Direito à saúde; Saúde suplementar/legislação & jurisprudência; Planos de pré-pagamento em saúde.

Abstract

Mazzoni L. *Supplementary health judicialization and regulation: effects of ANS rules on judicial decisions* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2020.

The numbers on the judicialization of health are growing, as are the criticisms of the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS), responsible for regulating the sector. The Health Plans Law came to discipline an consolidated sector, ten years after the promulgation of the 1988 Constitution. The creation of ANS is part of a moment of activities' privatization, which are now also exercised by the private entity. Competent to issue rules, ANS creates rules for health plan operators, in a scenario where rules of consumer law prevailed. These new rules issued specifically for the segment, but whose validity is often questioned, either by consumers or by the Judiciary itself. The present work seeks to analyze the relationship between judicialization of supplementary health and ANS regulation, through the study of individual lawsuits filed by the São Paulo State Court of Justice, as well as prominent collective actions in the supplementary health sector. The study seeks to verify whether the publication of ANS regulations changes the content of judicial decisions in any sense, as well as analyzes whether the issues addressed by the Judiciary are considered by ANS in the preparation of its regulations that create the sector's rules.

Descriptors: Health's judicialization; Supplemental health; Right to health; Supplemental health/legislation & jurisprudence; Prepaid health plans.

1. INTRODUÇÃO

A Saúde Suplementar no Brasil é anterior à previsão da Constituição de 1988, sendo que nesse momento já havia se consolidado como um mercado relevante no país, especialmente no atendimento a beneficiários vinculados a grandes grupos empresariais.

Com a Constituição, foram delimitados os dois grandes tipos de atuação da saúde privada no Brasil, quais sejam a *saúde complementar*, que presta serviços diretamente ao setor público, e a *saúde suplementar*, que explora a atividade econômica da prestação de serviços privados de assistência à saúde, especialmente os planos privados de assistência à saúde (que no decorrer deste trabalho também serão nominados como “planos de saúde”, sua denominação mais usual). Na Constituição, o direito à saúde foi equiparado a direito social, o que possibilita que a proteção a tal direito seja demanda judicialmente pelos interessados.

Apesar da previsão constitucional, somente dez anos depois, em 1998, foi publicado o marco regulatório do setor de planos privados de assistência à saúde e criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Antes disso, em 1990, foi publicado o Código de Defesa do Consumidor, aplicável para todas as relações de consumo, inclusive aos contratos de planos de saúde. Por isso, quando da regulação do mercado de saúde suplementar, o entendimento dos Tribunais já estava consolidado e marcado pela influência do Código de Defesa do Consumidor.

Apresenta-se então um cenário em que o Judiciário poderá ser chamado à proteção do direito à saúde, um mercado regulado que tenta harmonizar os interesses de entidades privadas e consumidores de um serviço essencial e, uma agência reguladora relativamente nova que precisa compreender o funcionamento do mercado para trazer as melhores soluções para harmonizar os interesses público e privado. Em resumo, um cenário em que todos os entes ainda se esforçam para encontrar um ponto de equilíbrio em que também manifeste o interesse público.

As decisões judiciais, até então, se pautavam nas previsões dos contratos e nas regras de direito do consumidor. Válido lembrar que muitos abusos eram cometidos pelas operadoras antes da regulação, como limitadores de diárias de internação, exclusão de procedimentos essenciais e rescisão unilateral de contratos.

Porém, apesar de a impressão ser exatamente essa, o mercado de saúde suplementar não se resume a dois lados, mas sim se apresenta como um sistema complexo com diversos atores e muitos interesses em jogo, sendo que grande parte do mercado não é regulado pelo mesmo órgão. As regras são complexas, a assimetria de informações é severa e em jogo está um dos interesses mais relevantes para a sociedade, qual seja a garantia da saúde dos cidadãos.

Em um fenômeno crescente, o número de demandas judiciais que versam sobre saúde começou a se destacar, no que passou a ser denominado como judicialização da saúde. Os processos questionam posições tanto da saúde pública como privada, sendo que no presente estudo o foco é exclusivo para as ações em saúde suplementar. As demandas judiciais envolvendo planos de saúde podem ser classificadas em dois tipos: uma parte em que se verifica que o consumidor possui cobertura contratual e não a obtém por algum erro da operadora de plano de saúde e, uma parte em que o consumidor questiona a decisão da operadora pautada em norma da ANS, na maioria dos casos negativas de cobertura ou de acesso ao plano. Para o primeiro tipo não se questiona a necessidade de repressão das condutas abusivas, dentro dos rigores da lei e das normas infralegais. O segundo tipo é onde a presente pesquisa concentra seus esforços.

Em qualquer dos casos, a judicialização deve ser encarada como um sintoma do sistema que a origina, pois por meio dos questionamentos que os consumidores apresentam ao Judiciário pode-se confirmar em quais aspectos falta harmonia nas relações, bem como verificar quais as melhores políticas públicas para a garantia do interesse público junto ao mercado relevante. Aqui não se fala somente em convênios de colaboração entre órgãos do Judiciário

e a ANS, mas sim em ações efetivas para harmonizar o mercado e melhorar os sintomas identificados.

De um lado fica a ANS com a função de criar essa harmonia ao mercado de saúde suplementar e, de outro, o Poder Judiciário, emanando decisões que resolvem as deficiências apontadas pelos consumidores. O presente trabalho busca identificar essa interrelação entre decisões judiciais e normas da ANS, por meio de pesquisa teóricas, na análise das referências sobre regulação, ANS e judicialização da saúde suplementar; bem como por pesquisa empírica, analisando a relação de julgados com as normas da ANS vigentes à época.

Na primeira parte, são apresentadas as referências teóricas que embasam a pesquisa, mostrando a evolução do mercado de saúde suplementar, como as agências reguladoras funcionam e quais os seus limites, aspectos específicos sobre a organização e funcionamento da ANS, e os entendimentos sobre judicialização do segmento.

Na segunda parte, são apresentados os resultados das pesquisas realizadas em que foram analisados julgados na busca da interrelação entre normas da ANS e conteúdo das decisões, sejam elas de caráter individual ou de caráter coletivo.

Encerra-se em discussões sobre os resultados obtidos e conclusões da pesquisa.

2. SOBRE A PESQUISA

2.1 Origem do estudo e envolvimento com o tema

Atuar no segmento de saúde suplementar significa ouvir todos os dias somente um lado da história. Ao estudar a regulação desse mercado passa-se a compreender a sua complexidade e que há vários aspectos a serem considerados para cada situação. A motivação do presente estudo surgiu da necessidade em buscar novas respostas para as mesmas perguntas que o mercado já vinha formulando há anos, normalmente encarando tão somente os aspectos ditos como nocivos da judicialização.

Os estudos existentes sobre judicialização normalmente são focados em entender quais os temas analisados, quais os autores das ações judiciais e quais os tipos de decisões. No entanto, diante de um mercado complexo, é preciso analisar essa interrelação da atuação do Poder Judiciário e da ANS. O estudo proposto tem como objetivo exatamente esse ponto: verificar se existe essa interrelação entre decisões do Poder Judiciário e atos normativos da ANS, para que a judicialização, vista como um sintoma do sistema, possa ser encarada como um vetor para a melhoria do mercado regulado.

O tema analisado contribui para compreensão do fenômeno da saúde em sua dimensão coletiva, relacionada a política de saúde, por trazer dados que indicam como os tribunais reagiram a importantes alterações de normas da Agência. Com tais dados, é possível identificar eventuais falhas na atividade do regulador, pelo viés do Judiciário, ou então apontar caminhos a serem trilhados pelo Judiciário para harmonizar suas decisões com o conteúdo produzido pela regulação. O setor de saúde suplementar representa grande parte do número de demandas judicializadas e responde por cerca de 25% da população, ou seja, é preciso que sejam produzidos dados para compreender melhor o funcionamento dessa relação entre ANS e Poder

Judiciário, para que sejam traçadas estratégias eficientes para a defesa dos interesses de todos os atores do mercado.

Por fim, a pesquisadora declara possuir envolvimento com o tema pesquisado em razão de atuação como advogada na área de Direito à Saúde e Regulação em Saúde. A pesquisadora atua há cerca de dez anos no segmento de saúde suplementar, tendo atuado junto a diversos atores desse mercado, tais como cooperativas médicas, autogestões, administradoras de benefícios, empresas contratantes de planos privados de assistência à saúde, corretoras, investidores estrangeiros, associações representativas e consumidores.

2.2 Hipóteses e objetivos de pesquisa

A judicialização é usualmente vista como algo nocivo ao sistema de saúde suplementar. Nossas pesquisas iniciais mostraram que a judicialização deve ser encarada como um sintoma do sistema, e não como um fenômeno isolado. E como um sintoma de falhas do sistema, ele deve ser analisado quanto aos fatores que poderão influir no volume da judicialização.

Como reguladora do sistema, a ANS tem como função criar as regras que regem a atividade, de forma harmônica e imparcial, atendendo ao interesse coletivo. Sua atuação se dá essencialmente por expedição de atos administrativos, que influem diretamente nas relações jurídicas entre operadoras e beneficiários.

A expedição de normas pela ANS cria efeitos no mundo jurídico e, conseqüentemente, poderia influir nas decisões judiciais, seja pela utilização dos debates judiciais como pontos a serem tema da criação de normas e regulamentação, seja pelo fato de decisões judiciais sofrerem (ou não) alguma influência em seu conteúdo pelos atos normativos da ANS. Em outras palavras, é essencial que esses dois agentes se considerem reciprocamente: a ANS analise como as decisões judiciais se comportam, como indício de pontos que representam problemas para o mercado; e que os julgadores

analisem as normas da ANS, para que passem a compreender e validar (ou não) as normas que criam obrigações a esse microssistema.

Assim, analisando se há essa interrelação entre normas da ANS e decisões judiciais, é possível analisar como se comportam reciprocamente, diante da judicialização, ou se não são identificados pontos de interseção. Essa análise pode colaborar para compreender melhor o fenômeno da judicialização em sua capacidade de apontar as falhas de sistema de saúde suplementar, bem como se a atuação dos órgãos merece algum apontamento para maior eficiência, já que ambos possuem como função a materialização do interesse público.

Diante das considerações, o presente estudo tem como objetivo identificar eventual relação entre a publicação de normas pela ANS e o conteúdo das decisões judiciais, identificando as possíveis influências recíprocas.

As hipóteses inicialmente suscitadas foram:

- (a) *Há alteração no padrão de decisões judiciais quando publicadas novas normas pela ANS.* Essa hipótese se justifica especialmente quando as partes interessadas na alteração promovida pela norma para o caso em particular levado ao Judiciário. Um exemplo bastante recorrente que sustenta tal hipótese é a inclusão de novas coberturas no rol de eventos e procedimento em saúde. As operadoras também levam entendimentos da ANS ao conhecimento do Judiciário para justificarem as condutas que são questionadas por meio de processos judiciais. No entanto, a tendência é uma análise mais complacente com os clamores dos consumidores.
- (b) *Não há alteração nas decisões judiciais quando publicadas novas normas pela ANS.* A hipótese aqui principal é que o Judiciário entende que as leis existentes para tutelar as matérias são suficientes, como a Lei De Planos De Saúde e o Código De Defesa Do Consumidor. Por isso, a regulamentação quando segue tais normativos é inexpressiva e quando contraria seria ilegal, merecendo ser afastada.

- (c) *A ANS considera os temas abordados nas demandas judiciais quando da elaboração de suas normas.* As demandas judiciais podem ser consideradas pela ANS por serem a manifestação da sociedade civil sobre seus entendimentos em relação às normas da ANS, bem como os caminhos que o Poder Judiciário tem traçado para o assunto. Desta forma, os assuntos tratados nas demandas e as decisões sobre eles poderiam compor o acervo utilizado pela ANS para a elaboração de suas normas. Não se trata de falta de expressividade da norma da ANS, mas sim que o regulador considera as manifestações da sociedade expressas pelas demandas judiciais na elaboração das normas que regulamentam o setor de saúde suplementar.
- (d) *A ANS não considera os temas abordados nas demandas judiciais quando da elaboração de suas normas.* A ANS abre a participação da sociedade civil para a grande maioria dos seus atos e caberia à sociedade civil levar os temas debatidos no Judiciário para a discussão na ANS. Além disso, se o tema é levado ao Judiciário, a posição da ANS é exatamente regular o assunto o que possa levar a um entendimento técnico diferente da posição dos julgados.

A pesquisa realizada junto aos julgados, dentro dos padrões metodológicos desenhados, possibilitou analisar cada uma das hipóteses e os resultados são descritos de forma pormenorizada adiante.

2.3 Metodologia

O estudo consiste em levantamento bibliográfico e de legislação, bem como estudo de decisões judiciais, utilizando a base de dados eletrônica do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e do Superior Tribunal de Justiça.

Para a pesquisa bibliográfica optou-se pela utilização da base bibliográfica da Scielo (www.scielo.br) e o banco de teses da USP (www.teses.ups.br), além de obras de autores referência nos temas

analisados. Os eixos de pesquisa utilizados foram judicialização de saúde suplementar e regulação de saúde suplementar.

Para a pesquisa envolvendo decisões judiciais foram elaboradas duas pesquisas, uma quantitativa e uma qualitativa, a seguir descritas.

2.3.1 Pesquisa quantitativa

Para a pesquisa quantitativa, buscou-se analisar as decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) relacionadas ao tema da saúde suplementar que guardam relação com as normas publicadas pela ANS.

Optou-se pelo TJSP como base das decisões a serem analisadas diante dos resultados da pesquisa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Insper e FMUSP¹ que aponta o estado de São Paulo como responsável pelo maior número de processos no Brasil com assunto “plano de saúde”. Por isso, o banco de dados do TJSP sobre julgados mostrou-se como mais adequado para a busca.

Para delimitação das normas, foi utilizada a referência dos resultados da pesquisa² elaborada por esta mesma Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) que analisou decisões judiciais e apontou os temas mais debatidos no âmbito da saúde suplementar. Diante dos temas apontados pela pesquisa, a busca pela norma correspondente da ANS apresentou o presente resultado

- (i) Cobertura: Resolução Normativa (“RN”) nº 428/2017, com vigência em 1º de janeiro de 2018. A norma refere-se à última atualização do rol de eventos e procedimento em saúde, o rol de cobertura que a ANS entende como mínima garantia a ser coberta pelos planos privados de assistência à saúde.
- (ii) Aposentados e demitidos: RN nº 279/2011, com vigência em 10 de outubro de 2011. A norma regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei de Planos de Saúde, a Lei nº 9.656/1998.
- (iii) Reajuste de mensalidade: RN nº 195/2009, com vigência em 15 de outubro de 2009. Essa norma regulamenta os planos de saúde

coletivos e estabelece as regras gerais de contratação de planos de saúde, dentre elas, a forma como se aplica o reajuste.

- (iv) Cancelamento de Contratos: RN nº 412/2016, com vigência em 10 de maio de 2017. Essa resolução trouxe as regras aplicáveis ao pedido de cancelamento do plano de saúde individual por parte do usuário e do pedido de exclusão do beneficiário de plano coletivo.

Como termos de busca na base eletrônica de julgados do TJSP, a pesquisa utilizou a pesquisa na ementa dos julgados, e sempre continham “plano de saúde” e o tema da norma (indicado na apresentação dos resultados). Optou-se por analisar somente as decisões classificadas como “apelações cíveis”, já que as demais decisões contêm alta carga de matéria processual, o que foge do objeto do nosso estudo.

Utilizou-se como marco temporal a data de vigência das normas e a análise considerou as decisões do tribunal um ano antes e um ano após tal marco. No resultado das decisões, organizadas por data de publicação, foram selecionadas as cem primeiras decisões, para cada período, definindo-se como “antes da normativa” e “após a normativa”.

Na análise das ementas dos julgados foram coletados os seguintes dados: números de registro do TJSP; tema principal debatido; menção à ANS no julgado; legislação aplicada na decisão; qual norma da ANS aplicável para o tema; e comentários sobre a ementa.

A coleta de dados possibilitou a elaboração de bancos de dados específicos para cada norma e comparados os dados dos cenários antes e depois da publicação da Resolução Normativa, extraíndo-se os resultados.

Os números dos julgados analisados e os bancos de dados específicos estão acostados nos apêndices ao presente trabalho.

2.3.2 Pesquisa qualitativa

A pesquisa qualitativa mostrou-se necessária para análise de mudança de comportamento do Judiciário entre processos individuais e coletivos. Para

tanto, optou-se por analisar demandas judiciais com caráter coletivo dentro da temática de plano de saúde.

Para eleição dos casos a serem analisados, o primeiro critério foi a escolha dos temas. Seguindo a mesma linha adotada para a pesquisa quantitativa, foi utilizada a referência dos temas indicados como mais debatidos pelo TJSP para planos privados de assistência em saúde. Lembrando que os temas apontados pela pesquisa foram: cobertura, aposentados e demitidos, reajuste de mensalidade, cancelamento de contrato e descredenciamento.

Delimitados os temas, a escolha dos casos passou por dois critérios: (1) ações contra a ANS questionando a aplicação ou validade de resolução normativa; ou (2) ação com natureza coletiva ou efeito coletivo que tenha como objeto o afastamento de ato normativo publicado pela ANS. Considerando os parâmetros estabelecidos, não foram identificadas ações sobre o tema descredenciamento.

Para esse ponto não foram consideradas somente ações ajuizadas junto ao TJSP, mas sim as demandas que tiveram maior destaque no setor de saúde suplementar. Para cada um dos demais temas, as ações eleitas foram:

- (i) Cobertura: para tal tema foram analisadas duas ações (a) Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 532, e; (b) Recurso Especial nº 1733013/PR.
- (ii) Aposentados e demitidos: Recurso Especial nº 1680318/SP,
- (iii) Reajuste de mensalidade: Recurso Especial nº 1568244/RJ
- (iv) Cancelamento de contrato: Ação Civil Pública (“ACP”) nº 0136265-83.2013.4.02.51.01 da 18ª Vara Federal do Rio de Janeiro

Algumas explicações iniciais sobre a escolha da demanda sobre cobertura, o Recurso Especial nº 1733013/PR³, pois apesar de ela não preencher os requisitos estabelecidos para a pesquisa, esse recurso merece destaque por ter contado com a participação de diversas entidades do setor na condição de *amicus curiae* após a convocação do Ministro Relator, com grande movimentação do setor de saúde suplementar em 2019. A decisão neste Recurso Especial contrariou a jurisprudência majoritária e abriu uma

nova série de discussões sobre a taxatividade do rol de eventos e procedimentos editado pela ANS.

Definidas as ações a serem analisadas, buscou-se a íntegra de cada um dos processos nos respectivos sítios eletrônicos. Após a leitura na íntegra de cada uma das ações eleitas, foram colhidas as seguintes informações:

- Órgão julgador
- Número
- Autor
- Réu
- Assunto
- Data de protocolo
- Origem
- Decisão liminar
- Conteúdo da liminar
- Sentença
- Participação da sociedade
- Principais pontos da inicial
- Manifestação da ANS
- Processo administrativo
- Decisão final
- Status atual
- Consulta pública
- Contexto político
- AIR – situação normativa e problemas verificados
- Motivo de ANS tentar regular
- Fundamento do RESP
- Principais manifestações
- Principais pontos do Acórdão

A elaboração do questionário para colheita de informações em cada uma das ações analisada usou como referência os estudos de Bucci⁴, em 2016 sobre o quadro de referências para análise de políticas públicas, fazendo-se

as adaptações necessárias para colheita de informações de processos judiciais.

Com as informações obtidas, foram elaboradas planilhas para cada uma das ações, que foram acostadas nos apêndices ao presente trabalho.

2.4 Limitações da pesquisa

No projeto de pesquisa apresentado previamente a este trabalho, a proposta foi utilizar a base de dados da pesquisa encomendada pelo CNJ e elaborada pelo Insper e FMUSP. Ocorre que a base de dados não se mostrou adequada para o tipo de pesquisa. Por trabalhar com grandes números, a base de dados não traria os resultados precisos como a pesquisa com julgados do TJSP trouxe.

Na pesquisa quantitativa foram identificadas duas limitações. A primeira delas foi o fato de não haver resultados de pesquisa utilizando os critérios de busca, especialmente temporais. Para a análise do tema de reajuste por alteração de faixa etária não foram localizados julgados em número suficiente para a pesquisa, ainda que se tenha conhecimento que na atualidade o tema é sobremaneira debatido judicialmente. Por isso, para tratativas sobre reajuste, optou-se pela análise de reajuste anual em planos coletivos.

Outra limitação para a pesquisa quantitativa se refere ao critério temporal utilizado, em que são analisados os julgados entre a data da vigência da norma e um ano de sua vigência. Por serem analisados os julgados somente em apelações cíveis, foram identificados casos em que a nova norma ainda não havia sido aplicada para a ação em análise, pelo fato de ter o fato ocorrido antes da vigência. Para contornar tal limitação, foi elaborado o “teste de aderência” da norma, efetuando a busca com o número da norma em análise nos julgados do TJSP ano a ano, para demonstração de como a norma foi ou não acatada pelo Tribunal ao longo dos anos. Os resultados foram apresentados em separado para cada um dos temas.

Na pesquisa qualitativa, a limitação verificada foi o número reduzido de demandas coletivas sobre saúde suplementar, razão pela qual não foi

possível limitar às ações em trâmite no TJSP. Nos últimos anos há uma preocupação maior em tratar coletivamente de demandas relacionadas à saúde suplementar, especialmente por meio de recursos repetitivos. No entanto, as demandas não tratam do tema integralmente, verificando-se que alguns recursos repetitivos se aplicam para uma parcela do mercado e não para todos os tipos de contratos.

Dentre as limitações para as referências teóricas, o que mais se destaca é a pouca produção sobre regulação especificamente voltada para saúde suplementar. Há muito material discutindo as questões contratuais e questões relativas à relação de consumo, mas há poucas obras com estudo profundo sobre a regulação do setor de saúde suplementar. A pesquisa utilizou como base, além das obras indicadas na bibliografia, artigos mais recentes que abordam o tema. Também há limitações de publicações sobre a organização da ANS, sendo que em muitos casos a única fonte é o próprio sítio eletrônico da agência. Espera-se que, com esse trabalho, mais pesquisas sejam desenvolvidas sobre o enfoque da organização e regulação praticada pela ANS.

2.5 Ética em pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP aprovou o projeto de pesquisa em 10/10/2018, protocolo nº 352/18.

A fonte da pesquisa é estritamente os bancos de dados de acesso público do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF), não havendo qualquer necessidade de autorização para o uso. Não há utilização de quaisquer dados pessoais das pessoas envolvidas nas ações analisadas e tais dados não foram coletados. Os dados coletados relativos aos processos judiciais analisados são utilizados unicamente para fins estatísticos.

3. JUSTIFICATIVA, REFERENCIAIS TEÓRICOS E CATEGORIAS DE ANÁLISE DO ESTUDO

Para análise da temática judicialização da saúde suplementar e regulação do setor, utilizou-se como ponto de partida a previsão Constitucional que autoriza a atividade de prestação de serviços em saúde pelo ente privado e a Lei nº 9.656/1998⁵, a lei sobre planos de saúde.

Para tanto, identificou-se a necessidade de trazer ao estudo conceitos para fundamentar a pesquisa empírica, adotando bases teóricas para sustentar a investigação. A proposta das categorias delineadas é que a teoria dialogue com o problema investigado. Foram definidas três categorias para o presente estudo: regulação, ANS e judicialização.

Para a categoria sobre regulação da saúde suplementar, optou-se pelo estudo sobre as formas de regulação e como o Estado intervém nas atividades econômicas da sociedade, passando em seguida para o foco do estudo, qual seja a regulação exercida por agências reguladoras no Brasil. A análise aborda também os limites da regulação, especialmente na forma de intervenção do Poder Judiciário nas agências reguladoras. Passa-se então para a forma de regulação exercida pela ANS, agência específica para o presente estudo.

Já para a categoria sobre Mercado Regulado e Agências, importante inicialmente contextualizar o mercado que a agência regula, incluindo a criação e evolução desse setor até os dias de hoje – o que por fim acaba por justificar a regulação criada. Passa-se então pelo Código de Defesa do Consumidor, pela Lei de Planos de Saúde e a lei que cria a ANS, consolidando a regulação do setor. Os principais conceitos aplicáveis também são expostos, com base na regulação. Ao lado de tais conceitos, são apresentados caracteres atuais do mercado de saúde suplementar. Expõe-se também os fundamentos da competência regulatória da ANS e a forma de manifestação da vontade do órgão, conceitos relevantes para compreender a prolação de novas normas. Ao final, a fiscalização e o poder normativo da

ANS também são abordados, para demonstrar o fundamento da ANS para fazer valer suas decisões.

Por fim, a categoria para judicialização da saúde suplementar foca especificamente nesse mercado. Para compreensão do fenômeno da multiplicação de decisões judiciais, inicia-se os estudos com a evolução da positivação de direitos sociais no Brasil, chegando até a proteção do direito à saúde. Aborda os entendimentos sobre a efetividade da judicialização para o sistema de saúde suplementar e a posição da ANS diante desse cenário, sem esquecer que o Judiciário tem se mostrado como o grande solucionador das demandas entre consumidores e operadoras de planos de saúde. Ao final, são analisados estudos que categorizam os tipos de demandas que são mais frequentemente abordadas pela judicialização e como as decisões judiciais podem influenciar a construção da política pública de saúde como um todo.

A seguir, os referenciais teóricos são listados, com a compilação dos estudos teóricos sobre cada uma das categoriais.

3.1 Regulação da saúde suplementar

Dentro da temática a ser enfrentada no presente trabalho sobre a relação entre as decisões judiciais expedidas e as normas oriundas da ANS, se fazem necessários alguns apontamentos sobre regulação do mercado e agências reguladoras no Brasil.

Este tópico inicia com uma exposição sobre como evoluíram as teorias da regulação e como isso afeta a forma como as agências reguladoras interagem com o Poder Judiciário no Brasil. Em seguida, é apresentada uma análise das formas de controle exercidas sobre as agências e como isso afeta a aparente autonomia que lhes é conferida.

Desta forma, os aspectos analisados sobre a regulação são relevantes para entender as limitações da atuação das agências reguladoras, bem como o limite da intervenção do Poder Judiciário nas atividades do regulador.

3.1.1 A evolução regulação

No Estado de Direito, a Constituição tem a função de limitar e legitimar o poder do Estado por meio de transferência de competências.

O Estado Liberal, forjado na Revolução Francesa, prega a mínima intervenção do Estado na economia:

O Estado deveria zelar pelo bem-estar geral, assegurando a liberdade no plano externo, contra invasões, e no plano interno, garantindo a segurança de cada indivíduo; uma vez livre, cada indivíduo buscaria a sua situação de bem-estar individual, fazendo nascer o bem-estar geral, que resultaria da soma dessas várias situações de bem-estar singular⁶.

Por sua vez, no Estado de Bem-Estar, o Estado é chamado para intervir equilibrando situações em favor da parte menos favorecida. Reconhece-se a livre iniciativa, mas com a possibilidade de intervenção do Estado quando há interesses relevantes ou necessidades pela segurança nacional. E isso se revela no setor de saúde por meio de duas atividades:

A primeira é de controlar a solvência das empresas que captam os recursos a fim de evitar fraudes (o que no Brasil autoriza os regimes de direção e liquidação extrajudicial); a segunda, a supervisão dos contratos que se celebram com os consumidores, para evitar cláusulas abusivas⁶.

No Brasil, pela influência do Estado de Bem-Estar, foram assumidas responsabilidades sobre conceitos jurídicos indeterminados como “relevante interesse coletivo”, “imperativo de segurança pública” e “serviço público”, colocando a iniciativa privada como exceção para exercício de determinadas atividades⁶.

Assim, surge o Estado Regulador, que transfere a execução de serviços de interesse da sociedade como um todo para a iniciativa privada, criando as regras para a execução, ou seja, criando a regulação de tais serviços. A regulação estatal é uma consequência da evolução do Estado de Direito, como função estatal, é a ordenação harmônica do corpo social⁷.

De acordo com Aith⁷, em 2007 a função estatal possui seis competências: (i) normativa, voltada à produção de normas jurídicas; (ii) adjudicatória, relacionada a autorizar e permitir o exercício de determinada

função; (iii) fiscalização, compreendida como a atividade de acompanhar e censurar ações e omissões dentro da sociedade; (iv) sanção, para impor penalidade àqueles que não cumprirem a obrigação social; (v) arbitral, sobre mediação e arbitragem de conflitos existentes; e (vi) recomendação, em que o Estado orienta as ações dos atores sociais.

O mesmo autor aponta que as competências normativa, fiscalização e adjudicatória foram intensificadas com o cenário de privatizações e reestruturação de serviços estatais, com destaque para o surgimento da ANS e da ANVISA no final de década de 1990.

Esta reestruturação do Estado brasileiro para fazer frente aos seus desafios inerentes à atividade de regulação está produzindo importantes alterações no Direito, cujos modelos teóricos devem, em grande medida, ser reinventados⁷.

O serviço público é aquele de caráter relevante para a sociedade e por isso cabe ao Estado proteger tal atividade, mas não necessariamente explorando-a de forma direta. Determinados setores da economia passam então a ser regulados por agências com conhecimento técnico sobre o assunto e com poder normativo sobre a regulamentação do setor. As ações de saúde podem se desenvolver tanto por serviço público como por atividade econômica privada.

Vale aqui trazer uma elucidação quanto à diferenciação da terminologia utilizada, regulação ou regulamentação, pois não são termos sinônimos. A regulação é o poder conferido pela Constituição para que seja exercido pelo ente da regulação. Trata-se de atividade relacionada à política. Já a regulamentação é uma das ações que a regulação pode exercer. Como reforçado por Aith⁸, em 2017 “a regulamentação é a atividade normativa do Estado, de titularidade do Poder Executivo, por meio da qual este edita regulamentos administrativos”. De acordo com os ensinamentos de Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁹, em 2005, regulação e regulamentação não possuem o mesmo significado.

Regular significa estabelecer regras, independentemente de quem as dite, seja Legislativo ou o Executivo, ainda que por meio de

órgãos da Administração direta ou indireta. Nesse sentido amplo, a regulação é gênero de que a regulamentação é espécie; ou seja, a regulação abrange, inclusive, a regulamentação, como ato normativo de competência exclusiva do Chefe do Executivo.

Cunha⁶, bem destaca que a regulamentação é política, ao passo que a regulação é atividade técnica.

Sendo certo que as decisões políticas cabem tão somente aos Poderes constituídos por meio do voto em processo eleitoral, a função das Agências Reguladoras é estritamente técnica que deve sempre buscar cumprir da melhor forma o princípio da eficiência. Cunha⁶, em 2003 defende que a eficiência buscada varia conforme a atividade administrativa a ser exercida. No segmento de saúde, a eficiência se traduz em bens e serviços indispensáveis à preservação da dignidade da pessoa humana ao desenvolvimento da sociedade. Por isso, o objeto da regulação deve harmonizar a satisfação do destinatário desse serviço e a expectativa dos fornecedores, avaliando custos e benefícios, sempre na medida do interesse coletivo.

Em síntese, o processo de regulação implica na formulação das orientações, definição e operacionalização das regras, sua implementação e aplicação (autorizações, licenças e injunções) e controle, com aplicação de sanção aos transgressores, razão pela qual tal função deve ficar a cargo da autoridade independente, livre de pressões de política partidária⁶.

Ao tratar do processo regulatório e da possibilidade de emissão de regras por entes que não sejam oriundas do Poder Legislativo, importante mencionar os fenômenos de deslegalização, que trata da elaboração de normas fora do Poder Legislativo, e parajudicialidade, que trata da resolução de conflitos fora do Poder Judiciário. Em ambos os casos predomina a posição técnica, esperada pelas agências, e respeita-se o princípio da reserva legal.

Cunha⁶ afirma que a Constituição prevê três formas de delegação legislativa, quais sejam:

- (i) Lei delegada, prevista constitucionalmente quanto a suas matérias e competências, bem como ao controle político do Congresso caso seja extrapolado o limite da delegação;
- (ii) Regulamentação, em que uma lei confere competência a um ato da administração, tratando-se do poder regulamentar previsto no artigo 84, inciso IV da Constituição; e
- (iii) Deslegalização, em que o legislador retira matérias do domínio da lei, passando ao domínio do ato normativo, sem entrar na matéria da lei, mas tão somente abrindo a possibilidade de outras fontes normativas.

A regulamentação não se trata de uma delegação, mas sim a execução estrita da vontade da lei, que pode ou não aceitar atos normativos para tratativas das matérias a serem reguladas.

Nesse sentido, destaque-se que os processos regulatórios afetam diretamente os direitos dos consumidores da atividade e dos agentes econômicos. No entanto, tal atividade não está restrita às agências reguladoras. Todos os entes podem regular o mercado de certa forma, não somente os entes públicos. Cunha⁶, em 2003 trata especificamente das fontes de regulação estatais e privadas. A criação das agências especializadas visava corrigir duas distorções: o hiato técnico existente entre as empresas e o governo e o aparelhamento político-partidário nas estruturas governamentais.

O fundamento da intervenção da regulação pública na atividade privada é principalmente a relevância do bem tutelado e as falhas de mercado que a atividade pode ocasionar. As informações disponíveis não são suficientes para embasar as decisões dos agentes econômicos, gerando incerteza e assimetria de informações. Sendo o plano privado de assistência à saúde um contrato a preço fixo, os comportamentos poderão ser distintos daqueles observados em situações normais como, por exemplo, a tendência é que o consumidor venha a utilizá-lo de forma diversa da previsão atuarial, efeito denominado risco moral. Por outro lado, o preço apresentado ao consumidor poderá ser calculado equivocadamente, com valores superiores, seja para

compensar o risco moral, seja para aumentar os lucros. Os valores das contraprestações mensais consideram o risco do negócio das operadoras, diluído entre todos os beneficiários.

Reconhecida a atividade com fins lucrativos num segmento relevante, como é o caso da saúde, e com falhas de mercado, pode e deve o poder público instituir mecanismos voltados ao seu controle, com vistas a manter um equilíbrio na relação entre titular da atividade/fornecedor e consumidor, procurando alcançar um ponto médio diante da tensão entre interesses, especialmente quando um deles, o consumidor, é a parte mais fraca numa relação que envolve o fornecimento de um bem essencial à dignidade da pessoa humana⁶.

Na atividade da ANS é possível identificar diferentes instrumentos de regulação. A regulação normativa abrange a produção de atos pela ANS, como as resoluções e instruções normativas (tema a ser tratado de forma pormenorizada quando abordada a organização da ANS). A regulação executiva pode ser constatada pela necessidade de registro prévio de operadoras e produtos, bem como a fiscalização de polícia, além dos regimes de intervenção que poderão ser adotados. Por fim, a regulação judicante, em que se aplica a sanção de polícia, após o devido processo administrativo sancionador⁶.

Cunha⁶, em 2003 entende que a agência reguladora possui como função a busca pelo equilíbrio no setor. No entanto, é possível também entender que as agências possuem a função de apontar o desequilíbrio do setor e defender um mercado desequilibrado em prol do interesse coletivo, já que não se trata de tratamento igualitário para as partes, mas sim em tratamentos diferenciados conforme o interesse público. Note-se que a função da agência deverá ser sempre a materialização do interesse coletivo, que pode entender que a equiparação dos agentes do mercado relevante não seja a melhor posição. A função da ANS é defender o interesse público, por isso é preciso entender como se constrói esse interesse que é materializado na atuação da ANS.

3.1.2 Agências: autonomia e formas de controle

A Constituição de 1988¹⁰, previu a possibilidade de a iniciativa privada atuar em caráter complementar ao sistema de saúde público (artigo 199), bem como a exploração da atividade econômica de saúde pela iniciativa privada.

O setor privado poderá ser engajado no atendimento do interesse coletivo por meio da regulação, que encontra um ponto de equilíbrio entre interesses privados e públicos. Sobre o objeto do presente estudo, vale aqui a diferenciação importante em que a saúde pública implica em atividade administrativa, exercida pelo Estado, ainda que autorizada pelo Estado, ao passo que a atividade econômica de saúde é livre à iniciativa privada e sujeita à regulação, onde se enquadram os planos privados de assistência à saúde⁶.

Considerando que o interesse do Estado é “regular o exercício das atividades econômicas de modo a manter o equilíbrio do mercado sujeito às normas condicionantes e restritivas”⁶, é preciso entender que o controle é exercido dentro de uma sociedade instável, em que se presume o desequilíbrio e que todos os indivíduos deveriam ter oportunidades iguais.

Cunha⁶, em 2003 defende, pensando na eficácia das atividades estatais, que a agência deve buscar a disciplina e não a sanção. Por isso, um controle repressivo não é o adequado para a agência reguladora, mas sim adequar a sociedade por um papel disciplinar, orientando atividades e com a participação dos indivíduos na busca de interesses comuns.

E essa constatação representa uma mudança importante, pois as teorias clássicas defendem a visão objetiva do direito, enquanto pela teoria da regulação é necessário buscar um conteúdo de equidade para estabilizar a sociedade instável. O Direito surge como fonte de equilíbrio. O Estado confere às agências reguladoras poder normativo e de controle de determinado segmento de mercado eis que Cunha⁶, em 2003 afirma:

O processo veloz de evolução pretende proteger a sociedade, mas não somente com o modelo normativo, mas também de controle, porque o desenrolar dos acontecimentos é tão ligeiro que nem só a norma é capaz de sustentar a sociedade.

Com a tendência de diminuição de custos e do tamanho do Estado, o núcleo estratégico da administração fica encarregado de formular as políticas

públicas, às agências reguladoras caberá a implementação de tais políticas e a exploração direta da atividade econômica ficará a cargo do ente privado. A implementação de políticas públicas que exige intervenção estatal precisa atender aos princípios do artigo 170 da Constituição, para entrega do bem essencial, garantido a livre concorrência e a defesa do consumidor⁶.

O movimento de privatizações da década de 1990 mudou a realidade da Administração Pública, fazendo com que o Estado passasse de executor a interventor na ordem econômica. A sociedade evoluiu e o Estado Moderno tornou-se complexo para que todas as suas atividades estejam concentradas em uma única pessoa jurídica. Por meio da descentralização e desconcentração a Administração Pública especializa suas atividades em diferentes pessoas jurídicas, na consecução dos fins a que se destina.

Com o Decreto-Lei nº 200/67¹¹, foram introduzidas novas formas de integrantes do Poder Executivo, além das tradicionais já conhecidas pela doutrina jurídica com diversos modelos de governança: autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.

As autarquias são definidas por Di Pietro¹², em 2002 como “entes administrativos autônomos, criados por lei específica, com personalidade jurídica de direito público interno, patrimônio próprio e atribuições estatais específicas”. Desta definição podemos afirmar que as autarquias são criadas por lei específica que lhe outorga personalidade jurídica própria, conforme previsão da Constituição, art. 37, XIX¹⁰. Uma vez criada, o Poder Executivo originário deverá aparelhar a entidade com recursos humanos e técnicos para que seja desempenhada a atividade fim.

Bandeira de Mello¹³, em 2019 conceitua agências dentro das autarquias especiais, ao lado das universidades, ressaltando que a Reforma Administrativa cria as agências reguladoras, mas sem definição genérica. “A ideia subjacente continua a ser a de que desfrutariam de uma liberdade maior do que as demais autarquias.”

O programa de desestatizações foi intensificado com a eleição de Fernando Henrique Cardoso para a presidência e a implantação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. O modelo era muito similar ao

americano, em que haveria desconcentração dos poderes das mãos do Chefe do Poder Executivo. Porém, o modelo adotado no Brasil afastou-se do modelo estadunidense conforme apontado por Guerra¹⁴, em 2015:

Apenas duas características do amplo e complexo sistema de agencificação norte-americano foram adotadas no sistema brasileiro, trazendo consigo inúmeras polêmicas: (i) mandato fixo (*tenure*) para os dirigentes das agências, com prazos não coincidentes entre os membros do colegiado e (ii) independência decisória, com relação ao Chefe do Poder Executivo.

Di Pietro¹², em 2002 trata da adoção do modelo europeu de agências no Brasil, comparando-o com o fenômeno da agencificação norte-americano. “Além do próprio vocábulo, certamente o que mais atrai nas agências são, de um lado, a sua maior independência em relação ao Poder Executivo e, de outro, a sua função regulatória.”

Dentro do conceito de agências, é possível dividi-las em agências executivas e agências reguladoras. Di Pietro¹², em 2002 apresenta uma definição didática de agências executivas: “Agência executiva é a qualificação dada à autarquia ou fundação que celebre contrato de gestão com o órgão da Administração Direta a que se acha vinculada, para a melhoria da eficiência e redução de custos.”

Bandeira de Mello¹³, em 2019 explica a evolução legal do conceito de agência executiva, apontando a previsão do artigo 51 da Lei n. 9.649/1998, sobre organização da Presidência da República e Ministérios, em que a qualificação como agência executiva será feita pelo Presidente da República para autarquias que (I) tenham um plano estratégico de reestruturação e de desenvolvimento institucional em andamento; e (II) tenham celebrado Contrato de Gestão com o respectivo Ministério supervisor.

As agências reguladoras são definidas como autarquias especiais, com maior autonomia e independência em reação às autarquias comuns, especialmente pela estabilidade dos dirigentes com mandato fixo. A “agência reguladora, em sentido amplo, seria, no direito brasileiro, qualquer órgão da Administração Direta ou entidade da Administração Indireta com função de regular a matéria específica que lhe será afeta¹².” Aqui, o princípio seria a

especialidade da matéria sob a responsabilidade da agência. As agências reguladoras possuem o papel de orientar e fiscalizar o ente privado na execução dos serviços nessa transição do Estado Bem-Estar para Estado Regulador.

Conclui-se que as agências executivas teriam menor autonomia que as agências reguladoras por estarem limitadas ao contrato de gestão, em que pese esse instituto também ser alvo de severas críticas por parte da doutrina.

Bandeira de Mello¹³, em 2019 faz uma colocação especificamente sobre a ANS, ao lembrar que “algumas das ‘agências reguladoras’ – a ANEEL e a ANS, por força, respectivamente dos artigos. 7º e 14 da lei de cada qual – são também ‘agências executivas’ (...)”, mostrando que tais definições não fazem sentido sem o conhecimento das leis que criam as agências e as atribuições que são conferidas a tais órgãos.

Considerando o grau de autonomia das autarquias, elas poderão também ser classificadas entre simples e de regime especial. Por não haver qualquer definição legal, a doutrina define autarquia especial como “toda aquela a que a lei instituidora conferir privilégios específicos e aumentar sua autonomia comparativamente com as autarquias comuns¹⁵”. No Brasil, as agências reguladoras são consideradas autarquias em regime especial.

Na lição de Justen Filho¹⁶, em 2005 “a agência reguladora independente é uma autarquia especial, sujeita a regime jurídico que assegure sua autonomia em face da Administração direta e investida de competência para a regulação setorial.”

Figueiredo¹⁷, em 2012 por sua vez, entende que:

No Brasil, as agências reguladoras foram constituídas como autarquias sob regime especial, integrantes da Administração Indireta, vinculadas ao Ministério competente para o trato da respectiva atividade, tão somente para fins organizacionais, sendo caracterizadas pela sua independência política, autonomia administrativa e financeira, bem como pelas prerrogativas de permanência no cargo de seus dirigentes.

A definição das agências reguladoras destaca seu caráter de independência em relação do órgão da Administração Pública Direta.

Afonso¹⁸, em 2016 denomina o caráter de independência também como “autonomia forçada”, acrescentando que “a “independência” ou “autonomia forçada” das agências reguladoras é, na verdade, um conjunto de elementos e mecanismos previstos em suas leis instituidoras que pretendem garantir a independência da agência em relação ao poder executivo central. Contudo, grande parte dos mecanismos elaborados para conferir às agências independência são ineficazes em atingir o objetivo aos quais se propunham.

Na prática, há indícios de que as agências são altamente dependentes do poder executivo central e suscetível à captura política.

Desta forma, os principais aspectos colocados pela doutrina para implementação da prática da independência são (i) autonomia orgânica; (ii) autonomia financeira; e (iii) autonomia orçamentário-financeira.

Afonso¹⁸, em 2016 destaca que:

O desenho institucional das agências reguladoras foi elaborado com essas preocupações em mente. Buscou-se criar uma instituição independente em relação ao poder executivo central de forma a garantir a sua atuação livre de pressões políticas variáveis. Para tanto, foram elaborados diversos mecanismos para garantir a autonomia das agências encarregadas desta regulação.

O primeiro aspecto é a *autonomia orgânica*, que concede independência política aos dirigentes. No sistema vigente, a nomeação de dirigentes em agência ocorre por ato complexo, composto por nomeação pelo Presidente da República e aprovação do Senado Federal. Os órgãos diretivos das agências são colegiados e os mandatos não são coincidentes, evitando alteração drástica no quadro de dirigentes.

E de acordo com Afonso¹⁸, em 2016:

“Na prática, a autonomia orgânica é implementada por meio da determinação legal de que os dirigentes das agências reguladoras sejam nomeados por mandato de prazo determinado, sendo vedada a exoneração ad nutum e sem prévio contraditório.”

Na ANS, conforme previsão da Lei n. 9.961/2000¹⁹, os Diretores serão nomeados por ato complexo para cumprir mandato de cinco anos, sem recondução. Após os primeiros quatro meses de exercício, os dirigentes

somente perderão o mandato nos casos do art. 8º da referida Lei: condenação penal transitada em julgado; condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa; acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e o descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão.

Apesar dos mecanismos que garantem a autonomia orgânica, há algumas práticas identificadas para influenciar Diretores sem ameaça de exoneração. A recondução era um desses fatores, até ser extinta pela nova lei de regime de pessoas das agências. Porém, merece nota, pois pela recondução, a Administração Pública Direta poderia conceder novo período de mandato aos Diretores já ocupantes de cargos.

Diante desse contexto, podemos concluir que, na maior parte dos casos, a recondução ao cargo pelos diretores é permitida pelo menos uma única vez. Diante do risco de perder a recondução, em seus primeiros mandatos, os diretores das agências podem se sentir pressionados a se submeter às vontades do Presidente da República. Mesmo no caso do segundo mandato, pode haver a possibilidade de nomeação para cargos de direção em outra agência, como já ocorreu no caso da nomeação de Diretor-Geral da ANEEL¹⁸.

Afonso¹⁸, em 2016 também aponta a prática da demora na nomeação de Diretores como uma das formas de relativização da autonomia funcional das agências.

De fato, um relatório que se investigou o desempenho das agências reguladoras, dentro outros elementos, verificou-se que os longos períodos sem a nomeação de diretores foram lembrados nas entrevistas como uma das causas das dificuldades para o melhor desempenho de algumas agências.”

A alteração da Lei ocorrida em 2019 determinou que seja constituída uma lista de Diretores substitutos, que ocupam os cargos vagos até a nomeação de novo Diretor.

As regras para a deliberação da Diretoria da ANS estão previstas na Lei n.º 9.961/2000¹⁹, mas sem muitas diferenças em relação às demais agências. No caso da ANS, o legislador optou por uma redação diferenciada no que

tange a deliberação, pois determina que as decisões serão tomadas com “três votos coincidentes”, ao invés da usual expressão “maioria simples”. Essa redação pode comprometer a deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, já que ainda que com somente três Diretores em exercício o quórum para reunião do Colegiado poderá ser constituído, porém, caso eles diverjam nos votos, a deliberação deverá ficar suspensa até a indicação de novo Diretor. E esse fato não é raro, lembrando que por um significativo período no ano de 2018, devido ao conturbado período político no país, a Presidência da República deixou de nomear novos Diretores para a ANS, e a Diretoria Colegiada que teve de se reunir com apenas três componentes. Com isso, a análise de recursos administrativos restou prejudicada até que o quadro estivesse novamente completo.

Afonso¹⁸, em 2016 sobre a dificuldade das agências diante da ausência de nomeação de novos Diretores, aponta que “a recorrente demora nos processos de indicação de novos nomes para substituir diretores de agências reguladoras cujos mandatos se esgotaram dificultaram o funcionamento de diversas agências reguladoras federais brasileiras.” Note-se que, o Diretor que profere a decisão da qual o administrado recorre fica impedido de proferir voto na Colegiada, razão pela qual não seria possível atingir os “três votos coincidentes” quando ausentes dois Diretores. Por isso, a redação da Lei que criou a ANS, em que pese a inovação, não seguiu a melhor prática, submetendo a risco os administrados. A previsão de maioria simples atende de forma mais adequada os interesses da sociedade. Como dito, atualmente, existe a obrigação de uma lista interna de Diretores Substitutos, que ocupam temporariamente os cargos vagos até nova nomeação pelo presidente da república. A seriedade da demora da nomeação de Diretores para as agências já foi inclusive apontada para o Tribunal de Contas da União (TCU)²⁰. Conforme visto acima, o TCU reconheceu que as demora na nomeação dos novos diretores das agências acarreta graves prejuízos à autonomia destas.

Passando para *autonomia funcional*, ela seria a garantia da agência possuir poder para decidir naquilo que estiver dentro de sua competência, sem interferência de outros poderes. A forma mais simples de garantir a última

palavra nas matérias é o impedimento de revisão das decisões pela administração pública direta, reforçando que não há qualquer subordinação hierárquica com o Ministério ao qual se vincula.

De acordo com Afonso¹⁸, em 2016:

Na prática, a autonomia funcional das agências reguladoras se traduz na vedação do recurso hierárquico impróprio ou da revisão *ex officio* de suas decisões. Tal vedação, contudo, não encontra previsão expressa na lei de todas as agências reguladoras. ”

Não há qualquer previsão na Lei que cria a ANS quanto à vedação da revisão por outros órgãos da Administração (recurso hierárquico impróprio), o que já ocorre nas leis que criaram ANVISA e ANATEL, pois determinam que os órgãos colegiados de tais agências tomem decisões em última instância administrativa nas matérias de sua alçada.

De fato, a Advocacia Geral da União (AGU) já proferiu parecer se manifestando favoravelmente ao recurso hierárquico impróprio. O Parecer Normativo AC 051 da AGU, aprovado pelo Presidente da República e atribuído de caráter vinculante, estabelece a possibilidade de os Ministros reverem, de ofício ou mediante recurso das partes interessadas, os atos das agências reguladoras que ultrapassem os limites de sua competência ou violem as políticas públicas¹⁸.

Entretanto, a autonomia funcional não pode ser analisada tão somente sob a ótica da possibilidade de recursos, devendo ser considerada a necessidade de vinculação da Agência às políticas públicas desenhadas pelo Poder Executivo. Desta forma, não há que se falar em violação da autonomia da agência no caso de ingerência do Poder Executivo para submissão às políticas públicas do governo central. Em última análise, as políticas públicas são desenhadas pelo Poder Executivo e executadas pelas agências.

Afonso¹⁸, em 2016, destaca que:

Sob esta ótica, deve-se ter em mente que as agências reguladoras estão sujeitas à supervisão do Ministério ao qual estão vinculadas. Por força do art. 20 do Decreto-Lei 200/1969, a supervisão ministerial deverá assegurar, essencialmente: (i) a realização dos objetivos fixados nos atos de constituição das entidades, (ii) a harmonia com a política e a programação do Governo no setor de atuação da entidade, e (iii) a eficiência administrativa.

Afonso¹⁸, em 2016 citando Alexandre Santos de Aragão, enfatiza que as agências, apesar da garantia de autonomia, estão atreladas ao plano a Administração Pública central, devendo respeitar o desenho das políticas públicas.

Em referência aos controles e poderes de direção das agências, Alexandre Santos de Aragão entende que, “além de não serem incompatíveis com a autonomia reforçada que caracteriza as agências, integram o seu próprio conceito”, pois “a autonomia não pode servir para isentá-las da obrigação de se inserirem nos planos e diretrizes públicas gerais.

O Poder Executivo possui outras medidas que reduzem a autonomia funcional das agências, além da revisão dos atos pelos ministérios. Dentre elas, as auditorias do Tribunal de Contas da União (TCU) e a ingerência contábil deste órgão nas agências. As agências devem prestar contas de seus gastos ao Tribunal de Contas em cumprimento ao art. 70 da Constituição Federal¹⁰. Porém, a competência do TCU para fiscalizar a atividade-fim das agências reguladoras ainda é discutida.

Outro ponto a ser considerado sobre a relativização da autonomia funcional das agências é a integração à estrutura da Advocacia-Geral da União (AGU). A Procuradoria-Geral Federal, vinculada à AGU, foi criada para representação judicial e extrajudicial das autarquias, ou seja, as agências não são representadas por procuradores de seus próprios quadros.

A vinculação da representação judicial das agências à AGU, significa que, para poder pleitear um direito perante os órgãos superiores, as agências dependem de órgão do poder executivo central. Sendo assim, caso queiram, porventura, pleitear direito perante o poder executivo haverá claro conflito de interesse¹⁸.

Por fim, quanto à *autonomia orçamentário-financeira*, relaciona-se ao fato de elaborar seus próprios orçamentos e distribuir recursos conforme entender mais adequado para a execução de sua competência. “De forma relacionada, mas distinta, a autonomia financeira se refere à possibilidade das agências se autofinanciarem, e se implementa por meio da garantia das receitas vinculadas das agências¹⁸.

As leis que criaram as agências previram taxas de regulação, devidas pelos regulados em razão do exercício de fiscalização.

Afonso¹⁸, em 2016 traz uma observação importante em razão da natureza jurídica de taxa e sua vinculação com a finalidade para a qual foi instituída.

Considerando que as taxas só podem ser cobradas em troca da prestação de serviço específico e divisível, quando as receitas das agências provêm da cobrança de taxas regulatórias, os recursos auferidos pelo pagamento dessas taxas deverão ser necessariamente despendidos no exercício da atividade regulatória da agência.”

Além da previsão das taxas vinculadas à atividade, para conferir autonomia econômico-financeira às agências, as leis de criação da agência preveem a possibilidade de dotações do Orçamento Geral da União, a título de complemento.

Afonso¹⁸, em 2016 aponta que, apesar da previsão de arrecadação própria dos recursos pelas agências, os valores devem ser repassados ao Tesouro Nacional.

Contudo, as agências poderem arrecadar recursos por meio da cobrança de taxas regulatórias, por força do princípio da unidade do orçamento, os valores arrecadados integram o orçamento único da União. Assim, apesar de os recursos originarem nas agências os valores têm de ser repassados pelo Tesouro Nacional para que possam ser utilizados. Ocorre que, na prática, grande parte das verbas de transferência do Governo Federal às agências são objeto de contingenciamento.

Vale aqui apontar que a Taxa de Saúde Suplementar, uma das formas de arrecadação de receitas pela ANS em razão da fiscalização exercida sobre as operadoras, tem sido temática de demandas judiciais questionando sua legalidade, especialmente no que tange à base de cálculo do tributo, tornando-o inconstitucional. Apesar de diversas demandas favoráveis às operadoras, a questão ainda está em aberto no Judiciário.

Assim, em razão do contingenciamento, que significa o bloqueio da liberação financeira, as agências não possuem controle sobre os valores

arrecadados. Os tetos orçamentários são fixados pelo Ministério de Planejamento e, para as agências, a fixação se dá pelos Ministérios setoriais.

O contingenciamento dos valores a serem gastos pelas agências reguladoras virtualmente extingue os benefícios trazidos pela autonomia orçamentário-financeira, pois de que adianta as agências terem a própria fonte de receita se os valores arrecadados não serão liberados para gastos nas atividades desenvolvidas pela própria agência¹⁸?

Sem esquecer que, a ausência de controle sobre o seu orçamento atinge a própria independência da agência. “O contingenciamento pode ser usado como forma de penalizar uma agência reguladora pela adoção de medidas insalubres aos olhos do governo”¹⁸. Isso se deve ao fato de o contingenciamento estar sujeito, em parte, à discricionariedade da Administração Pública Direta.

Em que pesem as críticas à autonomia relativa das agências, é pertinente destacar que a independência das Agências Reguladoras deve ser compreendida dentro dos limites do regime constitucional.

Di Pietro¹², em 2002 aponta que em relação ao Poder Judiciário não existe independência, pois ainda que a agência possa dirimir conflitos administrativamente, não impede que a questão seja levada ao Judiciário, pela aplicação do art. 5º, inciso XXXV, da Constituição, que prevê que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”.

A autora também entende que a independência em relação ao Poder Legislativo não existe pelo fato de os atos normativos da agência não poderem conflitar com as normas legais, em cumprimento do princípio da legalidade, além do controle que o Congresso exerce sobre as agências. Desta forma, a autora¹², entende que a maior independência ocorre em relação ao Poder Executivo, mas não significa que as agências não estejam sujeitas a controle administrativo. Por isso, Cunha⁶, em 2003 afirma que a independência das agências é “limitada à proteção contra a inferência política sobre decisões de natureza técnica”

Quanto ao papel das agências reguladoras, como ente da Administração Pública, será sempre a busca pelo interesse coletivo, viabilizando a atividade

econômica e atração do consumidor. “A meta de uma agência reguladora deve ser, com independência técnica (vedada a ingerência política) buscar um ponto ótimo que atenda aos interesses desses três polos”, sendo os polos o consumidor, o ente privado e o Poder Público⁶. E esse papel reforça a necessidade de aplicação do princípio da legalidade para as atividades das agências.

Há muito que se discutir sobre a forma de controle da atuação das autarquias. “Embora todas as autarquias gozem de relativa autonomia, não estão elas fora da esfera de controle da Administração Pública a que pertencem, dentro dos limites estabelecidos pela lei que as criou”²¹. Cabe à Administração Pública intervir para garantir o cumprimento dos objetivos para a criação das autarquias, para que estejam em sintonia com a atividade geral do Estado. Não se trata de poder hierárquico, pois não existe hierarquia entre as entidades, mas sim o que Celso Bandeira de Mello¹³, chama de “tutela”.

Como visto, além da tutela da Administração Direta, no Brasil, as autarquias estão sujeitas ao controle do Poder Legislativo, com auxílio do Tribunal de Contas art. 70 e 71 da Constituição¹⁰. E deve ser considerada a possibilidade de intervenção judicial na fiscalização das autarquias, sem esquecerem de que elas mesmas, com personalidade jurídica própria, poderão ser titulares de demandas judiciais na defesa de seus interesses, como explica Nogueira²¹, em 2012.

As autarquias submetem-se ao controle jurisdicional, relativo à legalidade de seus atos, e podem igualmente propor medida judicial contrária a atos de tutela praticados pela Administração Pública à qual estão vinculadas e com os quais elas não se conformem, por considerá-los abusivos.

Há ainda outra possibilidade de controle, com fundamento no artigo 5º, LXXIII da Constituição¹⁰, em que todo cidadão poderá apresentar ação popular com a finalidade de anular ato lesivo ao patrimônio público.

Sobre a possibilidade de controle das políticas públicas pelo Judiciário, Bucci²², em 2017 ensina que:

Para se conhecer uma política pública, sua existência, conformação e adequação, é preciso apreender as informações oriundas principalmente do Poder Executivo. Ao Judiciário, em cada caso concreto, são apresentados reflexos, parcelas, aplicações da política pública, mas a racionalidade desta deve ser buscada no âmbito do Poder Executivo.

Neste particular, Aith⁸, em 2017 acrescenta que:

O Poder Executivo ganha relevância na medida em que possui a função precípua de executar as políticas públicas necessárias à efetivação do direito à saúde. Ao Executivo compete, ainda, regulamentar as leis no sentido de dar-lhes maior eficácia, seja organizando a atuação estatal, seja delineando conceitos que ficaram muito abertos na Constituição ou nas leis.

E neste sentido Aith²³, em 2016 afirma:

E vale lembrar que qualquer seja a forma de regulação empregada, mostra-se necessária a busca pelo equilíbrio entre o interesse público (proteger a saúde e melhorar os indicadores de saúde) e os interesses privados daqueles envolvidos nas atividades, direta ou indiretamente, relacionadas ao setor de saúde.

Santos²⁴, em 2006 explica que:

As políticas de saúde buscam um equilíbrio entre três objetivos: 1) o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção; 2) a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e 3) a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

Nota-se um desconforto doutrinário sobre o Judiciário questionar a aplicação das políticas públicas, focando sempre na busca pelo equilíbrio. Mais uma vez, como visto, as formas de controle se prestam para evitar que a decisão técnica do órgão regulador, como manifestação do interesse coletivo, seja questionada. E novamente a questão da construção do conhecimento desse interesse coletivo pelo regulador pode ser colocada como um ponto importante para discussão.

3.1.3 Considerações parciais

Tendo em vista o objeto da presente pesquisa, as referências trazidas nesse capítulo mostram que a autonomia das agências reguladoras no Brasil é limitada pelo princípio da legalidade e pelas formas de controle de sua atuação. Por isso, não há que se falar em autonomia absoluta, mas sim em autonomia relativa, condicionada aos preceitos legais.

No entanto, não há que se entender tal conclusão como uma forma de crítica, mas sim como a constatação de uma garantia ao cidadão do cumprimento do interesse estatal. Ocorre que a identificação do cumprimento do interesse público é o ponto mais sensível para as conclusões.

Fica o questionamento de quais estruturas garantem efetivo reconhecimento do interesse público na atuação das agências, em especial da ANS. Isso porque a legitimidade da atuação da agência na função de regular o mercado relevante destacado pelo Estado deve harmonizar e garantir a materialização do interesse público. Identificado que a agência não cumpre tal papel, deverão ser acionados os mecanismos de controle para que oriente a implementação das políticas públicas pelo regulador. Retomando os pontos que motivam o presente estudo, a ANS tem como função a materialização do interesse público na harmonia do mercado que regula. As formas de controle apresentadas são previsões legais para garantir que a manifestação desse interesse público seja a mais coerente e isenta. No entanto, como visto, há hipóteses ainda em que a autonomia da ANS é relativizada e o controle, como forma de interferência, mostra-se necessário. Nesse sentido, o presente trabalho pretende analisar se a forma de controle pelo Judiciário mostra-se alinhada com o interesse público, quando se questiona a própria atuação da ANS.

No próximo capítulo serão analisadas a organização e a estrutura da ANS, bem como o mercado em que ela se insere.

3.2 Mercado regulado e agências

O setor de saúde suplementar é composto por 1188 empresas (158 autogestões, 282 cooperativas médicas, 35 filantropias, 258 medicinas de grupo, 9 seguradoras, 103 cooperativas odontológicas e 167 administradoras de benefícios), atende 22% da população brasileira, segundo dados¹ da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²⁵. Isso não significa que 78% da população é atendida pelo sistema público, pois nos últimos anos o que se vê é uma reação do mercado aos modelos de negócio do plano de saúde, com oferecimento de cartões de desconto, clínicas populares, financiamento para custeio particular de procedimentos e uma gama diferenciada de atendimentos que caracterizam o atendimento em caráter privado, mas não pela saúde suplementar. E isso também não significa que os beneficiários de planos privados de assistência à saúde não recorram ao atendimento do sistema público. Isso mostra as peculiaridades do mercado de saúde no Brasil, em que há uma interrelação entre os setores público e privado.

Outro ponto importante é que 65% das operadoras estão concentradas na região sudeste, atendendo 60% dos beneficiários de planos de saúde². De acordo com a ANS²⁵, a taxa de cobertura assistencial nessa região também é a mais significativa.

A ANS não regula todos os serviços de saúde, mas tão somente a comercialização de planos privados de assistência à saúde.

Este capítulo será dedicado a compreender os principais aspectos do mercado de saúde suplementar que impactam na pesquisa realizada e a Agência que regula o setor, apresentado os caracteres mais relevantes para o atual debate da judicialização.

3.2.1 Evolução do mercado de planos privados de assistência à saúde

¹ Dados obtidos no Tabnet, disponibilizado no sítio eletrônico da ANS, em setembro de 2020, referente a junho de 2020.

² Dados obtidos no Tabnet, disponibilizado no sítio eletrônico da ANS, em setembro de 2020, referente a junho de 2020.

Antes da Constituição de 1988, o sistema de saúde no Brasil era essencialmente privado, sendo que o atendimento público era voltado para aqueles que possuíssem vínculo empregatício. As populações mais carentes e sem vínculo empregatício não possuíam qualquer tipo de atendimento garantido, a não ser pelas Santas Casas de Misericórdia³.

O mercado de saúde suplementar, formado por entidades privadas, profissionais médicos, ambulatorios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios, caracteriza-se pela venda de serviços de saúde, tendo como fonte de consumo tanto os entes e órgãos públicos, quando as pessoas jurídicas de direito privado e pessoas naturais. Seu principal produto de venda é o determinado contrato de plano ou seguro de saúde, que pode ser comercializado tanto em caráter coletivo, quanto em caráter individual¹⁷.

O início do mercado de suplementação privada dos serviços de saúde teve início com a adoção de assistência médica privada por empresas entre 1940 e 1950 com vistas a expandir benefícios trabalhistas e previdenciários. Assim, a saúde suplementar surge com o movimento de implantação de empresas de grande porte no país, especialmente automobilísticas, porém o acesso aos serviços de saúde somente se dava para aqueles que possuíam vínculo empregatício.

Em meados de 1960 a configuração do modelo de contratação foi significativamente alterada. Se antes os serviços médicos prestavam-se exclusivamente aos empregados, com a organização dos prestadores passou-se a buscar outros tipos de público, com relevante crescimento dos planos individuais.

Figueiredo¹⁷, em 2012 relata que as primeiras intervenções do Estado no mercado de saúde suplementar ocorreram na década de 1960, exatamente com a organização dos prestadores de serviços de saúde. Tendo em vista que nessa época a comercialização predominante era a de planos coletivos, intermediado por empregadores, o Estado entendeu que não haveria

³ Sobre a evolução histórica da saúde suplementar, recomendamos a leitura de Vizeu, p. 15, Gregori, p. 36 e Alexsandro, p. 30.

necessidade de intervenção pela aparente igualdade entre as partes. E até os dias atuais, a regulação de contratos coletivos restringe-se a questões técnicas da qualidade dos serviços de saúde, enquanto para os aspectos econômicos a regulação restringe-se ao monitoramento.

Com o surgimento dos planos individuais, o mercado foi alterado e a assistência suplementar à saúde teve grande expansão.

“Tal expansão ocorreu devido a diversos fatores, tais como a intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada decisiva de grandes seguradoras na vertente da saúde, a adesão de novos grupos de trabalhadores à assistência médica supletiva, notadamente funcionários públicos e administração direta, das autarquias e das fundações, vinculando-se, ainda, a assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar afirma Figueiredo¹⁷, em 2012.”

Com isso, o mercado se popularizou nos segmentos de média e baixa renda. Na década de 1990 já se via um grande crescimento do oferecimento de planos e seguros de saúde privados, sendo que parte das entidades ofereciam preços bastante convidativos, mas sem qualidade na prestação do serviço ou garantia de coberturas mínimas e procedimentos complexos.

Na Constituição de 1988, a saúde foi alçada a direito social do cidadão, lembrando que os direitos sociais poderão ser exigidos judicialmente pelos lesados. O momento político mundial era de consolidação do Estado de Bem-estar Social, mas no Brasil essa consolidação estava distante. Também no texto constitucional foi trazida a previsão da participação da iniciativa privada na construção do sistema de saúde (art. 197). E com isso, uma das formas de exercício da saúde de forma privada é o oferecimento de planos privados de assistência à saúde.

Figueiredo¹⁷, em 2012 trata da complexidade do mercado de saúde suplementar como um fator que justifica sua regulação:

Em face da complexidade do mercado, da alta heterogeneidade do setor, da falta de conhecimento técnico sobre como o mercado estaria operando com a popularização dos planos de saúde, bem como do aumento crescente de reclamações de consumidores em face das entidades de assistência privada à saúde, havia consenso em torno da necessidade de intervenção estatal sobre a atuação das operadoras de planos de saúde.

Gregori³¹, em 2019 afirma que os serviços de saúde no Brasil se caracterizam pelo hibridismo, com forte interação entre serviços públicos e privados para a assistência à saúde. O subsistema privado é formado pelo sistema complementar, que presta serviços dentro do SUS por meio de convênios; o sistema suplementar, sem vínculo com o SUS e que prestam seus serviços mediante pagamento direto ou por planos privados de assistência à saúde.

Bahia e Viana⁸¹, em 2002 trazem reflexões sobre os problemas que essa interrelação entre sistemas público e privado no Brasil pode impactar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos:

Considera-se que a coexistência de dois sistemas distintos de saúde é viável. No entanto, são habituais as expressões como “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou “quem pode pagar tem plano de saúde; então, o SUS pode cuidar melhor dos pobres”, expressões que pressupõe a existência de uma barreira intransponível entre as duas redes assistenciais. Sob esta acepção, o único ponto de contato dessas duas realidades seria a oferta de tecnologias sofisticadas, de que, estabelecimentos públicos por vezes também dispõem.

Nos debates ensejados pela legislação sobre a regulamentação do mercado de planos e de seguro de saúde, argumentava-se que as ampliações de cobertura isentariam o SUS do atendimento aos clientes da assistência médica suplementar.

Todavia, ainda restam lacunas na reflexão sobre as inter-relações entre o SUS e os planos privados de saúde, sobretudo quanto à natureza dos riscos sob cobertura e às redes de assistência voltadas à clientela — com ou sem vínculo — das empresas de assistência médica suplementar.

O cenário da saúde suplementar mudou significativamente com o Código de Defesa do Consumidor, em 1990, sendo que as ações judiciais contra as operadoras passaram a basear-se unicamente em tal legislação altamente protetiva, afastando as previsões contratuais que desafiavam a lei.

Com tramitação iniciada em 1990, somente em 1998 foi promulgada a Lei nº 9.656/1998⁵ marco regulatório do setor de saúde suplementar, corrigindo distorções, protegendo consumidores e preservando a competitividade do mercado. Foi seguida da MP nº 1665²⁷, republicada diversas vezes, hoje com o número 2177-44. Pietrobon et. al.²⁸, em 2008

lembram que a Lei nº 9.656/1998⁵ não resolveu os conflitos entre beneficiários e operadoras e aparentemente desobrigou o setor privado a obedecer à Lei Orgânica da Saúde.

Houve uma significativa resistência à regulação, sendo que grandes operadoras não aceitaram ampliar as coberturas dos contratos e as pequenas operadoras ameaçaram encerrar suas atividades diante das reservas financeiras e técnicas exigidas. A Lei de Planos de Saúde foi objeto de Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIn nº 1931-8/DF²⁹, questionando diversos de seus artigos.

A regulação da saúde necessita orientar o mercado para a efetiva tutela da saúde de acordo com Figueiredo¹⁷, em 2012:

O sistema brasileiro de saúde suplementar, em que pese adotar a heteroregulação do Poder Público para o mercado, encontra-se mais voltado para um sistema econômico-empresarial elitista, do que para um modelo que prime pela utilização dos planos como instrumento garantidor de acesso à saúde.

A regulação do setor de saúde suplementar surgiu após trinta anos de atuação de mercado sem uma lei específica sobre o tema, mesmo o mercado de planos privados de assistência à saúde já bastante relevante antes da Constituição de 1988. Os contratos de assistência à saúde são resultado de uma evolução, mesclando institutos jurídicos relacionados ao princípio da solidariedade e mutualismo e para Barbugiani³⁰, em 2018:

Os problemas dos contratos de saúde (planos e seguros) não é prioritariamente o tipo de pessoas atingidas pela relação jurídicas, mas sim a fragilidade delas ao entabular um contrato em que a maioria das regras, senão suas integralidades, são estipuladas pelas operadoras, num típico contrato de adesão em que a única alternativa do interessado é assinar ou não o dito contrato.

Barbugiani³⁰, em 2018 aponta que a opção pela regulação foi geral, para mais e menos abastados, definindo um mínimo de serviços a serem garantidos pelos planos, possibilitando maiores coberturas que demandariam maiores recursos.

Importante diferenciar a saúde suplementar e a complementar, lembrando que a Constituição¹⁰ prevê a participação da iniciativa privada na saúde de forma complementar (art. 199 § 1º), em que a instituição privada firma contratos de direito público e atua de acordo com as diretrizes estatais dentro do sistema único de saúde. A saúde suplementar dedica-se ao oferecimento de planos privados de assistência à saúde, não se confundindo com a prestação do serviço público.

A saúde suplementar também não se confunde com a prestação do serviço privado de forma direta. Na prestação de serviço direta, o beneficiário paga diretamente o prestador de serviço pelo atendimento pontual. As operadoras assumem o risco assistencial da garantia de atendimento continuado.

Gregori³¹, em 2019 reforça a ideia de que o sistema privado de saúde trata principalmente da intermediação por operadoras que a prestação direta em si:

O sistema tipicamente privado engloba, em menor parte, a prestação direta dos serviços por profissionais estabelecimentos de saúde ou, na sua maioria, pela intermediação dos serviços, mediante a cobertura dos riscos de assistência à saúde, pela nominadas operadoras de planos de assistência à saúde.

As operadoras de planos de saúde foram definidas pela Lei nº 9.656/1998⁵, em seu artigo 1º inciso II. Em 2001, a Lei nº 10.185³², tratou das seguradoras especializadas em saúde, definindo-as como operadoras e submetidas à regulação da lei de planos de saúde e da ANS. Por fim, em 2009 as administradoras de benefícios foram incluídas como operadoras, pela RN nº 196/2009³³. A Lei nº 9.656/1998⁵, define que operadora de planos de saúde é a pessoa jurídica que opere o produto definido no inciso I do artigo 1º, qual seja o plano privado de assistência à saúde em si. Desta forma, ainda que a pessoa jurídica exerça a mesma atividade utilizando de outro modelo, ela estará sujeita à regulamentação da Lei.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANS nº 39/2000³⁴, definiu as modalidades de operadoras como administradoras, medicinas de grupo,

cooperativas, autogestões, filantropias. As seguradoras especializadas, como visto, foram classificadas somente em 2001.

Administradoras são pessoas jurídicas que fazem a intermediação das questões não assistenciais relativas ao plano privado de assistência à saúde na modalidade coletiva, auxiliando na gestão do plano e no apoio aos beneficiários. Além disso, somente as administradoras de benefícios estão autorizadas a figurarem como estipulantes em contratos coletivos, situação em que ela assina um contrato coletivo em nome próprio com a operadora para oferecimento a outras pessoas jurídicas se vincularem ao mesmo contrato, popularmente chamado contrato “guarda-chuva”. As administradoras de benefícios, quando assumem a condição de estipulante, nos termos do artigo 23, inciso III, da RN nº 195/2009³⁵, deverão assumir o risco da inadimplência e constituir ativos garantidores para garantia de tal risco.

As Cooperativas são pessoas jurídicas constituídas nos moldes da Lei nº 5.764/1971³⁶, sem fins lucrativos, em que os profissionais médicos se reúnem e oferecem os serviços, sendo que os próprios profissionais administram e regulam as atividades. Os médicos são simultaneamente sócios da cooperativa e prestadores de serviço, recebendo um pagamento proporcional ao volume de atendimento¹⁷. As cooperativas médicas foram as pioneiras a comercializarem os planos individuais e familiares, popularizando o sistema em todo o país.

Para as autogestões, considerando que a lei de planos de saúde exige que sejam constituídas pessoas jurídicas em apartado para a prestação de assistência à saúde, essa figura se aplica para empresas que optam por administrarem os serviços que são oferecidos a seus empregados, podendo também ocorrer para segmento de contratos coletivos. As autogestões se identificam pelo caráter assistencial, não comercializando planos de saúde no mercado. Elas se mostram atualmente como uma das alternativas mais viáveis para a assistência à saúde e de acordo com Figueiredo¹⁷, em 2012:

Em razão de não serem competidores econômicos do setor, fazem jus a tratamento diferenciado, em função de vinculação estreita,

explícita e regulamentada pelos planos próprios das empresas aos contratos de trabalho, sob forma de incentivos fiscais e tributários.

Filantropias são as entidades que prestam serviços de assistência à saúde sem fins lucrativos e sem exigência de contraprestação em troca à prestação de serviços. Essas entidades obtêm o certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública junto aos órgãos dos Governos Municipais e Estaduais¹⁷.

Medicinas de Grupo são pessoas jurídicas que intermedeiam a relação de prestação de serviços de assistência à saúde diretamente aos beneficiários. Trata-se de um critério residual, quando não se classificam em nenhuma das outras modalidades mencionadas. Essa categoria surgiu para atendimento exclusivo dos planos coletivos, especialmente grandes indústrias situadas em São Paulo¹⁷.

Seguradoras Especializadas são pessoas jurídicas constituídas como seguradoras que prestam o serviço de assistência à saúde, caracterizando essencialmente pela livre escolha de prestadores de serviços pelos beneficiários, que arcam com os custos e são ressarcidos conforme os termos do contrato. Não há impedimento que possuam uma rede credenciada para atendimento direto dos beneficiários, como também não há impedimento que as demais modalidades de operadoras ofereçam a livre escolha em seus produtos.

Os dados da ANS mostram que dentre as dez operadoras que mais apresentam beneficiários, três são seguradoras especializadas, três são medicinas de grupo, três são cooperativas e uma opera como autogestão. Essas dez operadoras reunidas concentram 40% dos beneficiários (ou seja, 1178 operadoras do mercado reúnem 60% dos beneficiários), confirmando que o mercado de saúde suplementar apresenta alta concentração.

Tabela 1- Operadoras com maior número de beneficiários

Operadora	Modalidade de Operadora	Benef. Asst. Médica	%
BRADESCO SAÚDE S.A.	Seguradora Especializada	3.386.168	7%
NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	Seguradora Especializada	2.993.068	6%
AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	2.899.765	6%
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	Medicina de Grupo	2.408.590	5%
SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada	1.810.570	4%
CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	1.756.966	4%
UNIMED - BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	1.245.935	3%
SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE	Medicina de Grupo	763.376	2%
UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	721.027	2%
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BRASIL	Autogestão	643.087	1%
Total de Beneficiários do mercado		46.723.204	100%

FONTE. Tabnet ANS

É defeso às operadoras comercializarem quaisquer produtos que não sejam aqueles definidos na lei de planos de saúde, como previsto no artigo 34 da Lei nº 9.656/1998⁵ e na RN nº 85/2004³⁷, que trata da autorização de funcionamento das operadoras de planos de saúde. A operação de planos de saúde é feita por meio de oferecimento de produtos ao mercado que exigem de registro prévio junto à ANS. A comercialização dos produtos sem registro e a operação de atividade de saúde suplementar sem autorização da ANS configuram condutas infratoras.

Os produtos são classificados na própria lei de planos de saúde pelo tipo de contratação (art. 16, inciso VII)⁵, como individuais, coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

Individuais ou familiares são os produtos em que o vínculo é direto entre beneficiário e operadora, sem qualquer intermediação, podendo ser oferecido ao grupo familiar vinculado ao titular.

Os *Coletivos Empresariais* são os planos coletivos em que o contratante é uma pessoa jurídica e oferece aos seus empregados ou estatutários. Pela definição da RN nº 195/2009³⁵, esse tipo de plano “oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.” Note-se que a definição do tipo de plano ocorre pelo tipo de vínculo dos beneficiários com a pessoa jurídica contratante.

Por fim, *Coletivos por Adesão* também são planos coletivos contratados por uma pessoa jurídica, mas o grupo a ela vinculado não é representado por empregatício. A RN nº 195/2009³⁵, delimita os tipos de pessoas jurídicas que poderão contratar e oferecer planos coletivos por adesão como conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução; e entidades previstas na Lei no 7.395³⁸, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398³⁹, de 4 de novembro de 1985, que são as entidades estudantis.

A classificação também poderá considerar a data e assinatura, em que os contratos serão novos, adaptados ou antigos (também denominados não-regulamentados). Os contratos *novos* são aqueles firmados já na vigência da Lei nº 9.656/1998⁵, e os contratos *antigos* são aqueles firmados da lei. Os contratos *adaptados* são aqueles contratos antigos que foram aditados para que passassem a ser regulados pela Lei.

Os contratos também poderão ser classificados de acordo com o tipo de cobertura assistencial em ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e plano referência⁴.

Atualmente o mercado é essencialmente composto por contratos coletivos empresariais. Em que pese a existência de duas modalidades de planos privados de assistência à saúde, individual e coletiva, a opção regulatória foi por regras mais restritas para a modalidade individual. Para os planos individuais, os percentuais de reajustes anuais são fixados pela ANS e as regras de cancelamento são aquelas previstas na Lei nº 9.656/1998⁵. Por sua vez, os contratos coletivos, oferecidos para pessoas jurídicas, possuem uma regulação diferenciada, permitindo que as partes negociem as regras aplicáveis, especialmente percentual de reajuste anual, bem como as regras de cancelamento e exclusão de beneficiários. Consequentemente, não há estímulo para que as operadoras comercializem os planos privados de assistência à saúde individuais e a sua oferta é significativamente reduzida. De acordo com os dados divulgados pela ANS, em março de 2020 dos 47 milhões de beneficiários vinculados a planos privados de assistência à saúde, cerca de 9 milhões são beneficiários de planos individuais ou familiares e cerca de 38 milhões estão em planos coletivos⁴⁰.

⁴ Para maiores informações sobre a classificação quanto à cobertura assistencial, recomenda-se a leitura de VIZEU, p. 173

Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil - Junho/2020)

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Planos		
	Novo	Antigo	Total
Assistência médica com ou sem odontologia	43.257.678	3.465.526	46.723.204
Individual ou Familiar	7.960.556	979.082	8.939.638
Coletivo Empresarial	30.186.190	1.304.796	31.490.986
Coletivo por adesão	5.110.105	1.097.681	6.207.786
Coletivo não identificado	591	0	591
Não Informado	236	83.967	84.203
Exclusivamente odontológicos	24.992.797	273.950	25.266.747
Individual ou Familiar	3.964.560	2.079	3.966.639
Coletivo Empresarial	18.538.926	233.302	18.772.228
Coletivo por adesão	2.487.472	28.757	2.516.229
Coletivo não identificado	1.772	0	1.772
Não Informado	67	9.812	9.879

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS
Dados atualizados até 07/2020

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Figura 1 - Beneficiários por tipo de contratação de plano de saúde

Pietrobon et. al.²⁸, em 2008 afirmam que, se mantida essa opção de regulação da ANS por exclusivamente os planos individuais, a agência perde sua razão de existir, especialmente porque mais de 70% do mercado de planos de saúde é composto por planos coletivos. A ANS defende que, por se tratar de relação jurídica entre “empresas”, elas poderiam ajustar o preço por negociação. No entanto, não é essa a realidade de fato que se verifica, já que muitas famílias passaram a constituir pequenas empresas ou figuras similares para que fossem autorizadas a contratar planos coletivos empresariais, com preços mais atrativos ao mesmo tempo em que os percentuais de reajustes não possuem previsão normativa e há possibilidade de resilição imotivada por qualquer das partes.

Ainda tratando sobre contratos coletivos empresariais, é importante destacar uma previsão legal que impacta esse tipo de contratação. De acordo com os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998⁵, aos aposentados e demitidos sem justa causa é garantido o direito de permanência nos planos de saúde

coletivos empresariais, desde que tenham contribuído para o custeio das mensalidades enquanto empregados. São os chamados contratos de inativos, em que a permanência poderá ser por prazo indeterminado e o beneficiário deverá arcar integralmente com as mensalidades. Os beneficiários “inativos” poderão ser mantidos no mesmo plano dos empregados ou então migrados para um plano de saúde coletivo com condições equivalentes. Não se trata de nova modalidade de plano, mas sim de uma condição diferenciada para planos coletivos empresariais e que será aprofundada no decorrer do presente trabalho.

Diante do atual cenário do mercado de saúde suplementar, a regulação deveria garantir a competitividade do setor – seja em preços, seja em qualidade – e possibilitar a diminuição do custo e, conseqüentemente, oferta dos produtos para a população de baixa renda, consagrando assim o acesso à saúde a efetiva justiça social. O que se vê é uma alta concentração de beneficiários em determinadas operadoras e nos mesmos tipos de produtos, com o abandono de determinados mercados menos atrativos. Os canais de diálogo precisam ser renovados para novas relações de compartilhamento de riscos financeiros da saúde entre Estado, empregadores e consumidores. Somente com o diálogo entre Estado e setor privado será possível alinhar a melhor forma de prestação de serviço de saúde que atenda à real necessidade da sociedade – e não a uma parcela com melhores condições financeiras¹⁷.

3.2.2 Competências e organização da ANS

A ANS foi criada pela Lei nº 9.961/00¹⁹, como autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com autonomia em suas decisões técnicas, bem como para gerir pessoal e patrimônio. Seus dirigentes possuem mandato pré-estipulado, assegurando maior independência.

Ela apresenta característica de autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Tem por finalidade institucional "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde".

A Agência possui maior poder de ação, autonomia administrativa, financeira e política, em relação ao governo, expressas por uma arrecadação própria e decisões da Diretoria Colegiada com poder legal para efetivar suas resoluções. Possui, ainda, competência de polícia normativa, decisória e sancionatória exercida sobre qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que diferenciem de atividades exclusivamente econômico-financeiras.

A administração da ANS é orientada pelo contrato de gestão, firmado entre seu Diretor Presidente e o Ministro da Saúde, aprovado pelo CONSU. Em tal contrato ficam estabelecidos os indicadores para avaliação da atuação e desempenho da agência. As receitas são compostas essencialmente pela Taxa de Saúde Suplementar.

A finalidade institucional da ANS é a defesa do interesse público na assistência suplementar e por isso seu objetivo principal será "harmonizar interesses dos consumidores e operadoras de planos de saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País⁶"

A organização da ANS baseia-se na Diretoria Colegiada e apresenta em sua estrutura Ouvidoria, Corregedoria e Procuradoria, nos termos do regimento do órgão. Ainda que a haja uma ampla gama de temas de interesse da sociedade, a ANS possui um rol limitado de matérias de sua competência para deliberação, conforme artigo 4º da Lei nº 9.961/00^{19,5}.

⁵ Art. 4º Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

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

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da Lei no 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei no 9.656, de 1998;
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei no 9.656, de 1998;
- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
- XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei no 8.884, de 11 de junho de 1994;
- XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
- XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
- XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
- XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
- XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
- XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
- XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
- XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990;
- XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
- XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.
- XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;
- XL - definir as atribuições e competências do Diretor Técnico, Diretor Fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.
- XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
- a) conteúdos e modelos assistenciais;
 - b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
 - c) direção fiscal ou técnica;
 - d) liquidação extrajudicial;
 - e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
 - f) normas de aplicação de penalidades;
 - g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

Sendo a principal função da ANS a composição e harmonização dos interesses dos diversos segmentos envolvidos no respectivo ciclo econômico (interesse público, interesse privado e interesse coletivo), natural que a Agência intervenha na relação jurídica que também vem a ser tutelada por órgãos de defesa do consumidor, com quem a convivência deverá ser harmônica. A ANS deve agir imparcialmente, sem privilegiar qualquer um dos interesses, zelando pela manutenção do setor que regula¹⁷.

Assim, apesar da previsão de defesa do consumidor, a atuação da ANS deve garantir o cumprimento dos contratos e cumprimento das disposições legais, equilibrando a proteção ao consumidor e a variação do risco moral¹⁷.

Figueiredo¹⁷, em 2012, defende que a relação jurídica entre consumidor e operadora é um gênero de relação de consumo, com legislação especial aplicável. O autor defende uma exegese sistemática da Lei de Planos de Saúde para que a proteção ao hipossuficiente não prevaleça sobre outras matérias.

Há dois interesses primordiais na atuação da ANS, quais sejam proteção e ampliação da concorrência e proteção aos consumidores. Não há preponderância de qualquer um deles, devendo haver equilíbrio na sua aplicação e para Figueiredo¹⁷, em 2012:

Assim, em que pese ter como competência expressa a melhoria na proteção do consumidor de planos de saúde, a atuação da ANS não pode desvirtuar-se e ser parcial, pendendo exclusivamente para estes, em detrimento dos demais interesses envolvidos no mercado, sob pena de causa desequilíbrios injustificáveis no setor.

Os dois primeiros anos da regulação do mercado de saúde suplementar ocorriam por meio da atuação conjunta do Ministério da Saúde, na função técnica-social, regulando a relação entre empresas e consumidores, e a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), vinculada ao Ministério da

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

§ 1o A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

§ 2o As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

Fazenda, regulando a relação entre Estado e empresas, na esfera econômico-financeira.

Em seguida, em 2000, foi publicada a Lei nº 9.961/2000¹⁹, criando a ANS e outorgando-lhe as competências para regulamentar e fiscalizar o setor. Para regular esse mercado, a ANS possui uma estrutura hierarquizada, dividida em Diretorias temáticas de acordo com as esferas de interferência da Agência no mercado.

Além das determinações legais da Lei nº 9.961/2000¹⁹, e do Decreto nº 3.327/2000⁴¹, a ANS também é regulamentada pelo regimento interno, trazido pela Resolução Regimental nº 01/2017⁴². Em que pese a resolução ter sido publicada em 2017, anteriormente o regimento interno era regulamentado por Resolução Normativa. A Diretoria Colegiada decidiu pela alteração do instrumento para Resolução Regimental no ano de 2017, mas manteve o texto original.

A direção da ANS é realizada pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores nomeados pelo Presidente da República após aprovação do Senado. O mandato dos Diretores é de cinco anos, vedada a recondução, alteração recente trazida pela Lei nº 13.848/2019⁴³. O Presidente da República também nomeia um dos Diretores como Diretor-Presidente. Após o término do mandato, os Diretores ficam impedidos de exercer qualquer cargo no setor regulado pelo prazo de seis meses (período chamado popularmente de “quarentena”), período em que não poderão integrar entidades submetidas à regulamentação da ANS. Cada Diretor fica responsável por uma Diretoria.

Para indicação dos Membros da DICOL, o Ministro da Saúde encaminha o nome à Casa Civil. A Casa Civil submete o nome ao Presidente da República, que encaminha a mensagem de indicação ao Senado Federal. Na Comissão de Assuntos Sociais o candidato é sabatinado e sua aprovação é votada. A ANS é a única agência que tem seus diretores sabatinados na Comissão de Assuntos Sociais, diante da relevância do mercado que regulamenta. As sabinas dos demais candidatos para cargos em agências reguladoras é na Comissão de Assuntos Econômicos. Aprovado na CAS, o

nome é enviado ao Plenário do Senado, que confirma ou não a aprovação. O último passo é encaminhamento ao Presidente da República, caso devidamente aprovado, para nomeação e posse de uma Diretoria da ANS.

Os critérios para que sejam ocupados os cargos nas agências estão descritos na Lei nº 9.986/2000⁴⁴, sobre gestão de recursos humanos nas Agências Reguladoras. A lei coloca como requisitos para o Diretor-Presidente: experiência profissional (pelo menos de dez anos no setor privado ou nos quatro anos no setor público e formação acadêmica compatível, além de ser brasileiro com notório conhecimento no caso de sua especialidade. Na vacância do cargo do Diretor Presidente, o mandato será completado pelo sucessor, cabendo recondução caso o prazo seja inferior a dois anos.

A lei determina da mesma forma que não haverá mandatos coincidentes entre os Diretores, para que a cada ano ocorra um término de um mandato e uma nova indicação. Caso os mandatos não sejam providos no mesmo ano da sua vacância, terão a duração reduzida para observar essa regra.

As Diretorias que compõem a DICOL são:

- (i) Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras: responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive intervenção e liquidação;
- (ii) Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos: responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive reajuste de planos individuais e familiares;
- (iii) Diretoria de Fiscalização: responsável por todo o processo de fiscalização, aspectos econômicos–financeiros, médicos assistenciais, apoio ao consumidor e articulação com seus órgãos de defesa;
- (iv) Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pelo sistema de ressarcimento do SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor. Cabe à DIDES representar os interesses do governo no processo de regulação.

(v) Diretoria de Gestão: responsável pelo gerenciamento de recursos humanos e financeiros, suprimentos, informática e informação¹⁷.

Figueiredo¹⁷, em 2012 aponta que:

Cada uma das diretorias da ANS representa, em tese, um dos segmentos sociais envolvidos no processo de regulação, a fim de ponderar seus interesses de forma harmônica, deliberando de maneira consensual.

Há denúncias de articulações políticas para indicação e aprovação somente de nomes que defendam os interesses das operadoras. Independentemente da prova de tais acusações, a falta de transparência para indicação dos nomes retira a credibilidade da Agência⁶. Embora a ANS conte com um corpo técnico altamente qualificado, as proposições não avançam pela suposta captura da regulação. Além de criar um cenário de baixa credibilidade, um sistema como da ANS é custoso para os contribuintes. Defende-se um debate público para a indicação de nomes, pois a ANS enfrenta temas relevantes para a sociedade⁷.

A Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) é um órgão consultivo dentro da estrutura da ANS, composta pelo Diretor Presidente, um secretário dentro os diretores da ANS e diversos representantes de variados segmentos relacionados à saúde suplementar, desde Ministros de Estado, passando por operadoras e incluindo representantes de consumidores.

A Procuradoria Federal junto à ANS (PROGE) é responsável pelo embasamento jurídico das decisões e medidas tomadas pela Diretoria Colegiada. O Procurador inclusive participa das reuniões da Diretoria Colegiada. Trata-se de membro da Procuradoria-Geral Federal e suas atribuições estão definidas pela resolução regimental da ANS. Destacam-se

⁶ Sobre o tema, recomenda-se a leitura de PÓ, Marcos Vinicius. O Jogo Regulatório Brasileiro: a Estabilidade Contratual para além da Autonomia das Agências. Tese de doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2009.

⁷ Sobre o tema, recomenda-se a leitura de BAIRD, Marcelo F. Redes de Influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciência Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Ciência Política. São Paulo, 2017.

as competências de representação da ANS em juízo e análise prévia dos atos normativos a serem editados pela Agência.

A Corregedoria é o órgão responsável pela matéria disciplinar, para orientar, apoiar, supervisionar e normatizar o exercício das funções disciplinares na Agência Reguladora. Ela também integra Sistema de Correição do Poder Executivo Federal na qualidade de Unidade Correcional Seccional, conforme estabelecido pelo Decreto nº 5.480/2005⁴⁵. A Corregedoria da ANS é fiscalizada pela Corregedoria Geral da União, que pode acompanhar e inspecionar os atos ou até mesmo avocar os processos e procedimentos.

O Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) foi criado pelo artigo 35-A da Lei nº 9.656/1998⁵, inserido pela Medida Provisória nº 2.177-44/2001⁴⁶, como órgão ligado ao Ministério da Saúde, presidido pelo Ministro Chefe da Casa Civil e tendo como membros outros quatro Ministros: Saúde, Fazenda (atual Economia) Justiça e Planejamento, Orçamento e Gestão. Diante das falhas da regulação dividida com a SUSEP, optou-se por centralizar a regulamentação no Ministério da Saúde e, com isso, criar o CONSU com a função de supervisionar as ações da ANS. No entanto, por muitos anos ficou esvaziado de suas funções.

Suas atividades foram retomadas em agosto de 2018¹³², pelo então Presidente Michel Temer, após 18 anos de esvaziamento do órgão com a criação da ANS. O regimento do CONSU foi delimitado pelo Decreto nº 10.236/2020⁴⁸. Estudos apontam que o momento era de enfraquecimento técnico e político da ANS, impedida de implementar algumas políticas que foram barradas pelo Judiciário.

Na sua criação, o CONSU tinha caráter provisório, até a criação da ANS, mas permaneceu e passou a regular importantes matérias na época. No entanto, a criação de tais normas à época foi com ampla participação popular e o que se espera, nessa análise de novas diretrizes, é que a sociedade civil seja chamada a participar dos debates.

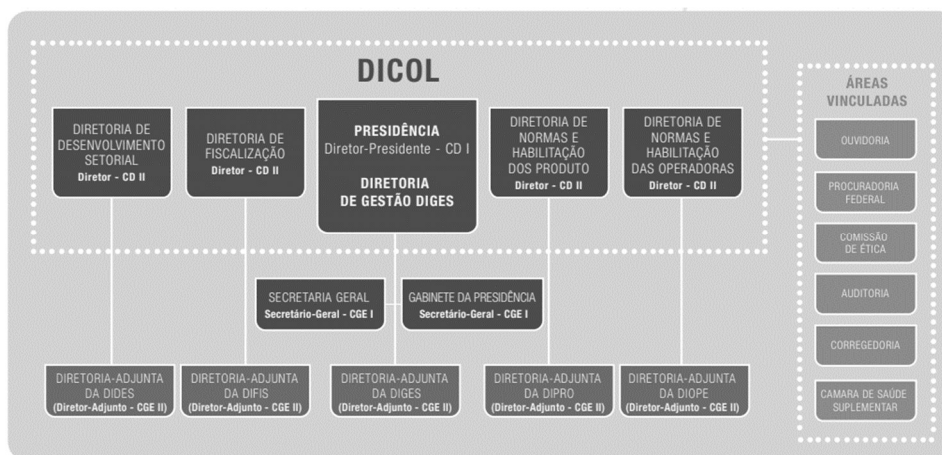
Cabe ao CONSU recomendar políticas, rever decisões e apresentar propostas de diretrizes para o mercado de saúde suplementar. O órgão está

submetido à Casa Civil e o receio é que ele se sobreponha à ANS, atualmente enfraquecida tanto técnica como politicamente. O CONSU passa a contar com duas Câmaras Técnicas, uma para resoluções já expedidas pelo Conselho e outra para propor novas diretrizes ao setor.

Dentre as competências, destaque-se a de fixar diretrizes para a implementação do sistema de saúde suplementar, sendo que a ANS deverá observar as determinações do Conselho. Sua competência é exercida por resoluções tomadas com maioria simples de voto. As reuniões do CONSU são convocadas pelo presidente e o presidente da ANS funciona como secretário. Havendo situação de caráter emergencial e grande relevância, o presidente poderá deliberar e buscar o referendo dos demais membros.

Cabe ao CONSU aprovar o contrato de gestão da ANS, celebrando entre Ministro da Saúde e Presidente da Agência, para orientar a administração da autarquia. Pela existência de tal contrato, a ANS é considerada agência executiva, com maiores prerrogativas de acordo com a legislação em vigor.

A seguir, um organograma elaborado pela ANS (Figura 1)⁸, ilustrando a relação entre as estruturas aqui descritas de forma pormenorizadas.



FONTE: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Figura 2 - Organograma da ANS

3.2.3 Fiscalização da ANS

⁸ Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorio_de_Atividades/2019_relatorio_atividades.pdf Acesso em 21.09.2020.

Infrações em saúde suplementar são todas condutas que violam a normatização ou às cláusulas contratuais e causam prejuízos para o mercado, para o consumidor ou para a operadora. As infrações não estão tipificadas em lei, reservando-se à lei as sanções aplicáveis Lei nº 9.656/1998⁵, e a competência da ANS para a aplicação das sanções Lei nº 9.961/2000¹⁹. As infrações estão disciplinadas na RN nº 124/2006⁴⁹.

Os tipos de sanções aplicáveis previstos no artigo 25 da Lei nº 9.656/1998⁵ são:

- I - advertência;
- II - multa pecuniária;
- III - suspensão do exercício do cargo;
- IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
- V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.
- VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

As penalidades previstas não se restringem às operadoras, mas também se aplicam aos seus administradores e integrantes do Conselho Fiscal.

Os processos administrativos sancionadores poderão ser suspensos por celebração de um Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) entre operadora e Diretoria Colegiada, que terá eficácia de título executivo após sua publicação no Diário Oficial da União. Na sua vigência, a prescrição da infração permanece suspensa e, cumpridas integralmente as condições, o processo administrativo é suspenso. O descumprimento do termo enseja aplicação de multa, bem como a impossibilidade de celebração de novo termo no prazo de dois anos.

O termo de compromisso trata-se de importante instrumento para a fiscalização efetiva por parte da ANS, pois não se limita somente à atividade fiscalizatória com imposição de penalidades, mas a possibilidade de a ANS orientar a conduta a operadora pela conformidade regulatória, visando assim uma efetiva melhoria no desempenho do mercado. Assim corrobora Barbugiani³⁰, em 2018:

A Agência pode, da mesma forma, instituir termo de compromisso com as operadoras no intuito de incentivar que as empresas atuem com condutas em prol dos usuários, tendentes a uma maior qualidade na prestação dos serviços, segundo critérios de controle e averiguação da qualidade previamente estabelecidos, sem restrição de direitos ao consumidor, sob pena de incidência da multa anteriormente apontada.

3.2.4 A Tomada de decisão da ANS

Dentre as competências da Diretoria Colegiada (DICOL), está a de editar normas sobre as matérias de competência da ANS. O tema é colocado na pauta com a proposta de deliberação, e após aprovada a deliberação o texto proposto é apresentado para a apreciação da PROGE para, em seguida, submetido à reunião da DICOL para aprovação.

Para adoção de mecanismos de participação da sociedade no processo decisório, foi publicada a RN nº 242/2010⁵⁰. Ela trata dos procedimentos de participação por meio de audiências e consultas públicas. Em que pese a norma ter sido criada em 2010, a agência já era regida pela lei de procedimentos administrativos federais, que recomenda a tomada de decisão em órgãos da administração pública federal com apoio da participação da sociedade civil. E nada mais natural, pois seguindo os preceitos do SUS, a participação da comunidade na construção da política pública de saúde é medida que traz maior efetividade às propostas trazidas pelo órgão regulador.

Pelas audiências públicas, a sociedade é chamada para expor suas opiniões sobre determinado tema, em data marcada. Já nas consultas públicas, a sociedade é chamada a enviar contribuições sobre determinado tema por um determinado prazo, para análise posterior do órgão. Em ambos os casos, para validade do procedimento, é preciso que seja dada ampla possibilidade de participação. Além disso, pelas regras colocadas, a ANS ainda precisa se manifestar sobre cada uma das contribuições, registrar os participantes e as manifestações, bem como elaborar um relatório sobre o procedimento. A Resolução Administrativa (RA) nº 49⁵¹ já trazia determinações sobre a recomendação de utilização das consultas e audiências públicas.

Pela lei que alterou a tomada de decisão das agências, a Lei nº 13.848/2019⁴³, a consulta ou audiência pública prévia passou a ser obrigatória nos casos de tomada de decisão pelo conselho diretor ou pela diretoria colegiada, as minutas e as propostas de alteração de atos normativos de interesse geral dos agentes econômicos, consumidores ou usuários dos serviços prestados. A audiência pública é facultativa.

A referida lei ainda determinou que as deliberações do órgão colegiado, como no caso da DICOL, deverão ser públicas e gravadas em meio eletrônico, devendo a pauta ser divulgada previamente em sítio eletrônico. Tal medida é muito importante para que a sociedade civil possa acompanhar os debates e, caso seja de seu interesse, por meio do direito de petição, se manifestar sobre os temas que entender relevantes.

A elaboração da análise de impacto regulatório (AIR) também passou a ser obrigatória de acordo com a mesma lei. Em julho de 2020, o Decreto nº 10.411/2020⁵² regulamentou a AIR, definida como:

Um procedimento, a partir da definição de problema regulatório, de avaliação prévia à edição dos atos normativos de que trata este Decreto, que conterà informações e dados sobre os seus prováveis efeitos, para verificar a razoabilidade do impacto e subsidiar a tomada de decisão.

A AIR passa a ser obrigatória, sendo dispensada para determinado tipo de atos ou com declaração fundamentada do órgão, nos casos de urgência ou ato normativo de baixo impacto. Todo o processo da AIR é definido pelo decreto, desde metodologia de elaboração até itens do seu relatório final. A participação social é facultativa a cargo do órgão, lembrando que a consulta pública é obrigatória.

Ao final, o órgão deverá elaborar a avaliação de resultado regulatório (ARR), processo em que são verificados os “efeitos decorrentes da edição de ato normativo, considerados o alcance dos objetivos originalmente pretendidos e os demais impactos observados sobre o mercado e a sociedade, em decorrência de sua implementação”. O AIR não vincula a tomada de decisão, podendo a autoridade tomar decisão alternativa, desde que fundamentadas.

Não há um critério legal ou regulamentar que oriente sobre a utilização da consulta pública ou da audiência pública. Em recente pesquisa elaborada por Marcos Patullo e Fernando Aith, intitulada “Pesquisa Quantitativa da Participação Social na Agência nacional de saúde suplementar”, ainda pendente de publicação, foi possível verificar que a ANS opta pela utilização de consultas públicas, porém nos últimos anos tem optado pelas audiências. A diferença dos procedimentos se verifica é a questão da logística, sendo que a realização de uma audiência pode facilitar o procedimento já que não há que se falar em leitura de material. Além disso, a realização de audiências (normalmente na cidade do Rio de Janeiro), pode vir a inviabilizar a presença de todos os interessados, diante de questões de deslocamento.

Na ANS, ainda há outras formas de participação da sociedade que fundamentam a tomada de decisão da ANS. Além da CAMSS, há as câmaras e grupos técnicos, os comitês e comissões e as reuniões técnicas. De acordo com o sítio eletrônico do regulador, **Câmaras Técnicas:**

São grupos temporários compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da ANS, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos⁵³.

Já os Grupos Técnicos, “realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico”⁵³, mas sem o caráter formal de uma Câmara Técnica. Ambos apresentam os **fundamentos para a elaboração da legislação**.

Por fim, as **Reuniões Técnicas** também analisam assuntos pertinentes à saúde suplementar de forma aprofundada, “realizadas por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da ANS, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos⁵³.”

Sobre os temas a serem debatidos para novas normas, a ANS tem como parâmetro a agenda regulatória. Trata-se de documento que elenca as prioridades da agência para os próximos anos, similar a um plano plurianual. A agenda é submetida à consulta pública antes de sua publicação, para que os temas estejam alinhados com as propostas da sociedade.

Especificamente sobre a produção normativa, o artigo 10, inciso II da Lei nº 9.961/2000¹⁹, confere à Diretoria Colegiada a competência para editar normas sobre as matérias de competência da ANS. No âmbito da regulamentação, a Resolução Regimental nº 01/2017⁴², traz no artigo 29 a relação de atos normativos previstos para os agentes, bem como traz no artigo 30 os atos normativos privativos da Diretoria Colegiada da ANS. Assim, são atos normativos da ANS:

I - instrução: expressa decisão de caráter normativo e de serviço, de acordo com a seguinte classificação:

a) normativa - IN: para fins de detalhamento de matérias e procedimentos de alcance externo previstos em resoluções normativas;

b) de serviço - IS: para fins de detalhamento de normas, critérios, procedimentos, orientações, padrões e programas, de alcance interno, no âmbito de competência regimental de determinado órgão ou da ANS, conforme o caso;

II - portaria: expressa decisões relativas a assuntos de gestão administrativa, de recursos humanos e de constituição de comissões, grupos de trabalho e assemelhados, de alcance interno ou externo à ANS;

III - decisão: expressa manifestações finais ou interlocutórias em processo administrativo da ANS;

IV - parecer: expressa análise de caráter jurídico sobre matéria em apreciação pela PROGE, com efeito vinculante a todos órgãos e agentes públicos da ANS, uma vez aprovado pela DICOL;

V - nota: expressa análise de caráter técnico ou administrativo sobre matéria em apreciação pela ANS com a finalidade de subsidiar decisão;

VI - despacho de expediente: documento de alcance interno e de caráter interlocutório ou informativo em processo que trate de assuntos técnicos ou administrativos;

VII - requisição de informações: expediente externo dirigido às operadoras e aos prestadores de serviço, sujeitos à ação da ANS, para a requisição de informações técnicas, operacionais, assistenciais e econômicas, respeitado e mantido o sigilo legal das mesmas, quando for o caso;

VIII - convocação: expediente externo dirigido às operadoras e aos prestadores de serviços, quando da realização de reuniões técnicas ou setoriais;

IX - ofício: a forma adotada para os demais expedientes externos expedidos, independentemente de seu conteúdo ou de nomenclatura adotada em regulamentação específica; e

X - memorando: a forma adotada para expediente interno entre órgãos no âmbito da ANS, independentemente de seu conteúdo ou de nomenclatura adotada em regulamentação específica.

Para a produção normativa, soma-se a tais atos aqueles de competência privativa da ANS:

I - ata: consigna as deliberações decorrentes dos resultados de processos decisórios de alcance interno e externo, assim como a determinação para a realização de consultas e de audiências públicas;

II - resolução: expressa decisão normativa, operacional e administrativa, de alcance interno e externo, de acordo com a seguinte classificação:

a) normativa - RN: expressa decisão normativa que regula a implementação da política de saúde suplementar nacional e a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde, para a definição de instrumentos e sistemas de coletas periódicas de informações, e possui alcance interno e externo;

b) normativa conjunta - RNC: expressa o ato normativo elaborado em conjunto entre a ANS e um ou mais órgãos ou entidades externos, relacionado de alguma forma à regulação ou à matéria administrativa da ANS, podendo receber outra nomenclatura a critério da DICOL;

c) operacional - RO: expressa decisão para fins de implementação de ações ou procedimentos operacionais específicos, de alcance externo, previstos em Resoluções Normativas, tais como: alienação de carteira, instauração de regimes de direção técnica, direção fiscal e de liquidação extrajudicial;

d) administrativa - RA: expressa decisão para fins de implementação de ações ou procedimentos administrativos, voltados ao funcionamento da ANS; e

e) regimental – RR: estabelece o Regimento Interno da ANS;

III - súmula normativa: expressa interpretação da legislação de saúde suplementar, com efeito vinculante a todos órgãos e agentes públicos da ANS;

IV - portaria: expressa decisão relativa a assuntos de gestão administrativa, de recursos humanos, de nomeação e exoneração de diretores técnico e fiscal e de liquidante, autorização de afastamento do país, e a outras matérias que necessitem de aprovação da DICOL, de alcance interno ou externo;

V - consulta pública: expressa decisão que submete documento ou assunto a comentários e sugestões do público em geral;

VI - comunicado: expressa decisão afeta à matéria administrativa, em análise de casos concretos, com alcance interno ou externo; e

VII - despacho: expressa deliberação da ANS sobre o Procedimento de Adequação Econômico-Financeira, termo de compromisso de ajuste de conduta, petição, requerimento ou recurso de terceiros, e outros assuntos não previstos nos demais incisos enumerados neste artigo, de interesse individual ou coletivo, com alcance interno ou externo.

Para regulação das condutas do setor de planos de saúde, a ANS faz uso das resoluções normativas, gerais e expedidas pela Diretoria Colegiada, e as Instruções Normativas “para fins de detalhamento de matérias e procedimentos de alcance externo previstos em resoluções normativas” de competência de cada um dos Diretores.

Ainda, há que ser mencionado outros três atos normativos que, apesar de não serem resoluções, representam importantes instrumentos na manifestação de vontade da ANS.

III - súmula normativa: expressa interpretação da legislação de saúde suplementar, com efeito vinculante a todos órgãos e agentes públicos da ANS;

VI - comunicado: expressa decisão afeta à matéria administrativa, em análise de casos concretos, com alcance interno ou externo; e

VII - despacho: expressa deliberação da ANS sobre o Procedimento de Adequação Econômico-Financeira, termo de compromisso de ajuste de conduta, petição, requerimento ou recurso de terceiros, e outros assuntos não previstos nos demais incisos enumerados neste artigo, de interesse individual ou coletivo, com alcance interno ou externo.

Merece apontamento também o entendimento DIFIS, que apesar de não ser ato normativo, é um ato administrativo emitido pela Diretoria de Fiscalização que orienta as condutas e uniformiza a atuação dos núcleos regionais da ANS na aplicação de sanção.

Encontra-se disponível para a sociedade civil as seguintes orientações quanto ao procedimento para produção de normas no sítio eletrônico da ANS⁵⁴:

Origem: Ao estudar o mercado e conhecer o ponto de vista dos consumidores de planos de saúde e do setor regulado através de seus Canais de Relacionamento, a ANS identifica temas que precisam de normatização ou de regulamentação mais clara.

Câmaras e Grupos Técnicos: Após decisão de um dos diretores ou da Diretoria Colegiada da ANS, são instituídas Câmaras Técnicas. Elas são compostas por especialistas no assunto a ser discutido e entidades representativas do setor convidados para a discussão de um determinado tema com integrantes da ANS. Se for necessário um estudo técnico ainda mais aprofundado, pode ser constituído um Grupo Técnico. As conclusões desses debates constituem importantes fundamentos para a elaboração da legislação.

Minuta: É produzida uma minuta ou versão inicial para a norma legal. Esse documento é acompanhado por uma exposição dos motivos que levaram a Diretoria Colegiada a se pronunciar sobre cada tema.

Consulta Pública: A minuta ou versão inicial da norma legal é submetida à Consulta Pública pelo sítio da ANS: o texto é apresentado à sociedade e por um período fica disponível para comentários e sugestões dos interessados.

Consolidação e Resposta: As contribuições recebidas são avaliadas e respondidas e podem resultar em alterações no texto da norma inicialmente proposta.

Aprovação e Assinatura: A Diretoria Colegiada delibera e aprova a norma, assinada pelo diretor-presidente da ANS.

Publicação: A norma é divulgada no Diário Oficial da União e no sítio da ANS.

A Resolução Administrativa (RA) nº 49, de 13 de Abril de 2012⁵¹, da ANS, dispõe especificamente sobre o processo administrativo normativo da Agência, apesar de tal norma não estar disponível na “Busca Legislação” no sítio eletrônico da Agência⁹.

De acordo com a referida Resolução Administrativa, os atos sujeitos ao procedimento os seguintes atos: “(I) Resolução Normativa – RN; (II) Resolução Administrativa – RA; (III) Instrução Normativa – IN; (IV) Instrução de Serviço – IS; e (V) Súmula Normativa.”

Nos termos do artigo 4^o⁵¹ o processo administrativo normativo deverá ser instruído, obrigatoriamente, com:

(i) Sumário Executivo de Impacto Regulatório; (ii) a Exposição de Motivos; (iii) minuta do ato normativo proposto; e (iv) despacho de encaminhamento dos autos para a Procuradoria Federal Junto à ANS (PROGE), com a assinatura da autoridade prevista e a indicação de servidor em exercício no órgão proponente que ficará responsável por acompanhar o processo e esclarecer as dúvidas eventualmente levantadas pela PROGE.

O procedimento não é obrigatório para as Instruções Normativas e de Serviço, ficando à critério da autoridade que possui legitimidade conforme a pertinência temática. Já nos casos de proposta de Súmula Normativa, deverá ser encaminhado um texto explicativo do ato normativo proposto, para fins de publicidade.

3.2.5 O Poder normativo da ANS

A função do Estado como agente normativo e regulador da atividade econômica está prevista no artigo 174 da Constituição¹⁰:

⁹ Conforme consulta realizada em 14.04.2019. A norma foi obtida por meio do Serviço de Informação ao Cidadão (e-sic).

Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

As agências reguladoras possuem características próprias, com capacidade técnica e notório saber, apresentando-se como órgãos independentes administrativamente e sem subordinação hierárquica ao Ministério a que se vinculam.

Apesar da autonomia e independência, por serem órgãos da Administração Pública, estão sujeitas a controle por meio dos Poderes Constituídos. A independência da Agência se garante no exercício de atribuições técnicas¹⁷. A Constituição prevê em seu texto que o Congresso Nacional é responsável pelo controle e fiscalização dos atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta (art. 49, inciso X).

O controle financeiro é exercido pelo Tribunal de Contas da União, órgão do Legislativo responsável pela análise das contas das agências, aplicando-se o conceito de *accountability*, em que são fiscalizados os gastos e se os melhores resultados foram alcançados. O controle político é exercido essencialmente pelas Comissões Parlamentares de Inquérito, bem como por toda a sociedade que pode acompanhar o cumprimento dos objetivos e finalidades da atividade de regulação. O controle nessa instância não engloba o mérito administrativo das atividades reguladoras. Por fim, o controle de juridicidade é exercido pela Procuradoria, vinculada à Advocacia Geral da União, bem como pelo Judiciário, quando extrapolem os limites legais ou faltem com razoabilidade e proporcionalidade nas finalidades da Administração Pública¹⁷:

Responde-se, assim, à preocupação de que reguladores independentes se constituam em um poder paralelo. Esta preocupação configura-se legítima, pois por vezes há um elemento discricionário nas decisões dos reguladores, que podem exercer, em certos limites, funções executivas, legislativas e judiciárias. A resposta, codificada pela atuação da agência, dentro de um controle estatal bem definido em seus limites, serve como elemento fundamental para fundamentar a atuação de cada agente, garantindo, de um lado, o bem-estar social (interesse coletivo), de outro, a proteção do agente econômico (interesse privado), bem como a efetiva implementação das políticas públicas para o setor

regulado (interesse público), que são condições, outrossim para a adequada provisão do setor regulado⁴³.

Figueiredo¹⁷, em 2012, defende que o equilíbrio nesse processo somente ocorre com a transparência dos processos para acompanhamento do desempenho do regulador por todos os segmentos da sociedade. De acordo com a Lei nº 13.848/2019⁴³, passa a ser obrigatória a elaboração de relatório anual das atividades da Agência, e cumprimento dos planos estratégico e de gestão, definidos na mesma lei. O objeto de tais será conferir maior transparência, aperfeiçoar o acompanhamento das atividades da agência e melhorar a cooperação do órgão com o Poder Público, além de incrementar a satisfação dos interesses da sociedade, com foco em resultados.

O poder normativo das agências reguladoras é assunto extremamente complexo, principalmente pela falta de limites legais. No entanto, para a regulação de mercados econômicos mostra-se como vital a delegação de funções de fiscalização, controle e normatização.

A lei instituidora da agência transfere a competência normativa sobre os mercados regulados para o campo dos atos administrativos infralegais, por meio de delegação legal. Desta forma, a validade continua tendo como base a lei em sentido estrito originada no Poder Legislativo. Não se trata de lei que precisa de um complemento, mas uma lei que se autolimita e possibilita aos atos infralegais regularem a matéria.

Por isso, exige-se conhecimento técnico para a regulamentação de mercados regulados, conhecimento este que escapa do legislador.

Assim, quando a agência cumpre suas missões institucionais, entre ela a competência de expedir atos normativos, há o cumprimento efetivo do princípio da legalidade. A Agência não poderá inovar no universo jurídico, extrapolando os limites que a lei já fixou. O que existe é a eficácia condicionada do texto legal à previsão de norma a ser expedida pelo órgão regulador.

Como dito, a limitação do poder normativo das agências está estabelecida na lei delegadora, a lei formal que trata do tema. Os atos

normativos das agências deverão ser compatíveis à lei em sentido estrito. A lei é o produto da manifestação dos representantes eleitos democraticamente. E como manifestação da vontade do povo, a lei não poderá ser contrariada pelo ato normativo¹⁷.

Pietrobon et. al.²⁸, em 2008 defendem que o setor possui dois campos de regulação, um em que a macro regulação é exercida pela ANS, e um outro, de autorregulação, em que os próprios atores do sistema exercem os controles. Para os autores, a ANS deveria se posicionar mais no campo em que as operadoras exercem a autorregulação, para que efetivamente exerça a mediação das disputas existentes.

3.2.6 Considerações parciais

Esse capítulo buscou apresentar a evolução do mercado de saúde suplementar e a criação e organização da ANS, introduzindo a forma como são produzidas as normas administrativas do órgão. Foram expostas ainda as possibilidades de participação da sociedade civil na tomada de decisão da Agência.

As considerações trazidas reforçam como são os instrumentos processuais necessários para a produção normativa no âmbito da ANS e qual o arcabouço jurídico para suas competências legais, demonstrando que, ainda que as normas sejam questionadas pelo Poder Judiciário, elas possuem fundamento e existem no mundo jurídico.

A ANS é uma autarquia especial, mas vem perdendo sua autonomia, seja pela falta de transparência nos processos de produção normativa, seja pela falta de reconhecimento dos grandes problemas relacionados ao mercado que regula. Por outro lado, o Judiciário vem ganhando espaço como representante dos anseios da população, como última instância para os cidadãos buscarem seus direitos.

E cientes que a judicialização da saúde não é algo a ser combatido, mas sim analisado como um diagnóstico do sistema, a ANS peca ao se afastar dos debates judiciais e não considerar a temática das demandas como um

sinalizador para a sua agenda de produção normativa. E, ao se afastar das questões que os beneficiários levam ao Judiciário, a ANS se afasta dos próprios beneficiários em si. E com isso perde a sua legitimidade e credibilidade.

A agência, com sua função reguladora, tem seus objetivos definidos pela agenda regulatória, que é elaborada com participação da sociedade civil. Contudo, não há na agenda regulatória da ANS nenhum tema que sinalize enfrentamento da questão da judicialização. Há medidas intentadas pela ANS que podem, de forma reflexa, contribuir para reduzir os efeitos da judicialização, como a criação do sistema das NIP. No entanto, o objetivo principal não foi o enfrentamento da judicialização ou reconhecimento das demandas colocadas ao judiciário. Em que pese os diversos convênios da ANS com órgão do Judiciário, Ministério Público e Defensorias, poucas são as pautas que tratam das demandas levadas ao Judiciário pelos beneficiários ou até mesmo pelas operadoras.

A ANS tem poder de fiscalização, com possibilidade de caráter educativo ao invés do meramente punitivo. Além disso, a ANS possui mecanismos para intermediar os conflitos e criar políticas para que esses conflitos sejam reduzidos, contando com análises técnicas e com a participação da sociedade civil. Ela pode se antecipar a tais conflitos e expedir normas que equalizem os interesses. No entanto, o posicionamento da ANS vem sendo constantemente questionado.

Ocorre que a ANS possui instrumentos jurídicos já institucionalizados para acompanhar a evolução da judicialização – não com o propósito de reduzi-la, mas com o propósito de identificar os clamores da sociedade e qual seria a resposta adequada. Além disso, a ANS pode funcionar como um orientador dos tribunais para a melhor compreensão do funcionamento do mercado de saúde suplementar.

Mercados regulados dificilmente serão perfeitamente equilibrados, pois devem atuar na convivências de interesses conflitantes como forma a defender o interesse público. Por isso, não cabe à ANS buscar o equilíbrio, mas sim buscar a harmonia do mercado, pois a real regulação acontece na

tensão política. Cientes que não há real equilíbrio, o que se espera do regulador é que eventual desequilíbrio seja explicitado e justificado.

3.3 Judicialização da saúde suplementar

3.3.1 Considerações parciais

De acordo com o CNJ, a judicialização no segmento da saúde aumentou em 130% nos últimos dez anos Azevedo e Aith¹, em 2019. Como já exposto, a saúde, elevada a direito social pelo texto constitucional, poderá ter sua garantia questionada judicialmente. Em que pese a criação da ANS em 2000, ainda não se verifica que as necessidades dos consumidores vêm sendo correspondidas pela atividade privada.

Quando a demanda é levada ao Judiciário, caberá a ele, na sua função de solução das demandas, indicar qual o caminho que melhor atende ao interesse público, considerando ou não o desenho das políticas públicas.

Este capítulo busca expor os fundamentos da judicialização da saúde suplementar, considerando os aspectos da regulação que já foram trazidos nos capítulos anteriores.

3.3.2 Evolução do estado e positivação dos direitos sociais

O Estado contemporâneo se coloca como uma reação ao absolutismo dos monarcas do século XVIII, passando a defender a liberdade dos indivíduos. Para a garantia desses valores individuais foi necessário conter o poder político pela estruturação dos organismos o Estado. Os objetivos do Estado passaram a ser aqueles interesses dos indivíduos, com a mínima interferência da ação estatal⁴.

As teorias clássicas, buscando assegurar que não mais se formariam governos absolutos, introduziram a concepção de separação dos poderes como uma das garantias da liberdade dos indivíduos. Embora, seja pacífico

que o poder do Estado é uno e indivisível, passou-se a defender essa distribuição de funções⁴, em 2016.

Assim, a separação dos poderes se apresenta como forma de controlar o poder o Estado, complementando as funções limitadoras que a Constituição introduziu. Porém, o sistema de separação de poderes é criticado por ser meramente formalista, já que sempre houve interpenetração e fatores extralegais que causam predominância de um poder sobre os demais. A separação é meramente aparente⁴, em 2016.

Dallari⁴, em 2016 complementa a crítica afirmando que:

Houve e tem havido executivos antidemocráticos e que transacionam e fato com o poder legislativo, sem quebra das normas constitucionais. Não raro, também o legislativo, dentro do sistema de separação de poderes, não tem a mínima representatividade, não sendo, portanto, democrático”.

Outra crítica relevante que se apresenta à separação dos poderes reside no fato de a separação do poder limitar a atuação do Estado, quando em verdade a evolução da sociedade trouxe a necessidade de uma ação estatal. Essa ação se traduz em legislação complexa e técnica, desalinhada do modelo de atuação clássica do legislativo. E, por sua vez, o executivo não pode aguardar a atuação lenta do legislativo para responder ao clamor social¹⁶³, em 2016.

A separação dos poderes e a distribuição de funções estatais não são suficientes para controlar o Poder. As normas regulamentadoras precisam estar adequadas para garantir que as funções estatais atinjam os objetivos visados.

No Brasil adota-se o modelo do “Civil Law”, em que as leis são elaboradas por representantes eleitos. A legitimidade dos representantes é alcançada pela forma de escolha, processo legislativo, adequação dos direitos fundamentais⁵⁵.

No entanto, a sociedade é afetada por outras fontes normativas, fora do sistema usual de produção do Direito. As normas técnicas e administrativas convivem ao lado de normas jurídicas que nem sempre são necessariamente superiores, como trazido por Cortez⁵⁵:

Tal constatação é de extrema importância porque se o Direito deve “conter” o Poder, deixará de cumprir tal finalidade se for produzido estritamente por aqueles que já detêm todo o Poder.

A regulação setorial se mostra de extrema importância para o funcionamento de economias complexas, mas o processo legislativo convencional não se revela adequado para a sua produção. A regulação deve surgir de produção de normas técnicas sem contato com o processo político de elaboração de leis.

Vale aqui uma análise da teoria da tripartição clássica dos poderes, especialmente pelo fato de a ANS ser um órgão vinculado ao Poder Executivo, em suposto conflito com o Poder Judiciário. O modelo adotado no Brasil de agências reguladoras contribui para esse cenário conflituoso.

A tripartição clássica dos poderes desenhada por Montesquieu está prevista na Constituição, em seu artigo 2º, em que os poderes são Legislativo, Executivo e Judiciário, independentes e harmônicos entre si e com suas funções indelegáveis. De acordo com Meirelles¹⁵, em 2004 cada um possui uma função que lhes é atribuída previamente. E não há que se falar em atribuição privativa, pois todos os Poderes precisam e praticam atos administrativos, especialmente relativos a seu próprio funcionamento:

O que há, portanto, não é a separação de Poderes com divisão absoluta de funções, mas, sim, distribuição das três funções estatais principais entre órgãos independentes, mas harmônicos e coordenados no seu funcionamento, mesmo porque o poder estatal é uno e indivisível.

Dallari⁴, em 2016 destaca que a ideia inicial de Montesquieu com a teoria clássica era garantir a liberdade dos indivíduos. Com o desenvolvimento de novas concepções, a separação dos Poderes foi empregada para aumentar a eficiência do Estado, diante da distribuição de atribuições, sendo importante para evitar governos absolutos.

No Brasil, para o equilíbrio entre os Poderes emprega-se o sistema de “freios e contrapesos”, em que um Poder limita o outro. Meirelles¹⁵, em 2004 alerta que Montesquieu não defendeu essa tripartição absoluta, mas sim o

equilíbrio entre os Poderes, “porque o Governo é resultante da interação dos três Poderes de Estado – Legislativo, Executivo e Judiciário -, como a Administração o é de todos os órgãos desses Poderes.”

Dallari⁴, em 2016 traz as críticas mais comuns ao sistema de separação dos poderes. A primeira delas é o formalismo, já que nunca foi efetivamente praticado, pois sempre houve uma intensa interpenetração entre os Poderes. Outra crítica é que o sistema jamais conseguiu garantir a liberdade dos indivíduos e o caráter democrático do Estado. O autor defende que há uma aproximação íntima entre Legislativo, que transacionam entre si e defendem seus interesses recíprocos.

A crítica final é mais moderna, relacionada à evolução do próprio Estado. A teoria, como visto, foi concebida em um momento em que a intenção era limitar o poder de agir do Estado. No entanto, com a evolução da sociedade, o Estado vem sendo cada vez mais chamado a atuar. Verifica-se a necessidade de uma legislação técnica e volumosa, incompatível com a separação dos poderes: o legislativo não consegue elaborar normas técnicas de matéria que está sendo executada pelo Executivo e este não pode aguardar o processo legislativo para atuar, diante de demandas sociais urgentes⁴.

Certos de que as agências reguladoras, entre elas a ANS, estão vinculadas ao Poder Executivo e que cabe ao Judiciário deliberar sobre todas as demandas que possam representar lesão aos interessados, fica claro o conflito gerado no cenário da saúde suplementar. Dentre suas competências, a ANS possui o poder normativo, criando regras para o setor, bem como o poder fiscalizador, que analisa as condutas dos entes regulados e impõe sanções quando necessário. O Judiciário, em sua função judicante, se coloca nesse cenário com poder de interpretar as normas e indicar as normas adequadas para cada conduta levada a sua análise. Ainda que a ANS tenha a competência para regular o setor, o Judiciário poderá, no exercício do poder estatal, afastar as normas desenhadas pelo Executivo, após análise do caso concreto. Esse tipo de desafio não foi solucionado pela teoria clássica, nem

mesmo pelo sistema de freios e contrapesos, pois essa fiscalização recíproca de ambos os Poderes acaba por gerar insegurança na sociedade.

Cortez defende que, diante de novas demandas e desafios, o Estado deixa o modelo piramidal hierarquizado para modelo em rede, no chamado Estado policêntrico, com múltiplos poderes e funções⁵⁵. Nesse novo modelo, há centros de decisão que absorvem a capacidade legislativa, emitindo produções normativas sem intermediação do Poder Legislativo.

O Poder Legislativo perdeu espaço na produção legislativa no país, com o Executivo assumindo maior papel na produção do direito vigente. A sociedade perdeu a confiança na função legislativa, diante da pulverização partidária e um sistema político em que representantes competem entre si pela manutenção dos mandatos, favorecendo a pequena política e não os interesses gerais.

Diante desse enfraquecimento do Legislativo, natural que outra função estatal seja buscada para equilíbrio das distorções do exercício do Poder (econômico e político). E nesse cenário, o Judiciário avança sobre o sistema político. Cortez⁵⁵, fala em hiper dimensionamento das cortes, em situações de ativismo judicial e judicialização da política.

E diante da crise institucional fica difícil delimitar onde o Judiciário não consegue acessar, especialmente diante da formação de jurisprudência de valores, com orientação consequencialista, em conformidade com o art. 20 da Lei de Introdução do às normas do Direito Brasileiro.

Por isso, Cortez⁵⁵, defende que o sistema de tripartição do Poder parece não mais atender à sociedade complexa e desigual. O país enfrenta uma nova estrutura do Estado, em que está presente a dualidade de Governo e Parlamento de um lado e o Judiciário de outro.

E para tanto surge a ideia de *accountability* afastando a ideia de controles internos e externo, com preocupação sobre prestação de contas, transparência e responsabilização dos agentes públicos. O'Donnel citado por Cortez⁵⁵, trata do *accountability* horizontal, exercido entre as funções estatais, e *accountability* vertical, em que o controle se exerce da sociedade sobre Estado, especialmente pelo fato de eleições não serem garantia de controle.

E assim, reforçam-se a democracia participativa, transparência e responsabilidade.

Cortez¹⁷⁵, cita a análise de Bruce Ackerman, sobre os novos poderes autônomos por ele sugeridos:

- (1) poder supervisor da integridade burocrática, responsável pelo controle de corrupção e transparência;
- (2) poder supervisor da democracia, responsável pela garantia do direito de participação eleitoral; e
- (3) poder autônomo de justiça distributiva, pela proteção dos direitos positivos prestacionais.

A estrutura clássica da tripartição foi uma solução para combater o absolutismo, mas não existe um modelo único. Fato é que, apesar das críticas, o Estado de Direito surgiu para promoção e proteção dos direitos individuais e sociais. E para tanto, o Estado também deve sujeitar-se à lei (em sentido lato). E o direito à saúde se coloca entre esses direitos humanos fundamentais que o novo Estado de Bem-estar Social se propôs a garantir.

O modelo liberal em que o Estado adota a postura de não intervenção na economia representou um aumento significativo do desequilíbrio social. Por isso, originou-se um movimento pela positivação dos direitos sociais. Ao final, o novo modelo trazia lado a lado os direitos individuais e os direitos sociais positivados. E tal modelo foi refletido na Constituição do Brasil de 1988.

A Constituição reconhece diversos direitos e garantias fundamentais e a divisão do poder em três poderes harmônicos e independentes. A saúde foi elevada a direito social e protegido pelo Estado. Esse reconhecimento foi fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro²³.

Pontualmente sobre direitos sociais, Bucci⁵⁶ defende que a enunciação dos direitos sociais sem que seja assegurado o seu exercício, torna-os enfraquecidos. A introdução de direitos sociais no ordenamento jurídico somente faz sentido se houver garantias para que sejam devidamente efetivados, na mesma linha da preocupação com os direitos individuais. Citado pela autora, Konrad Hesse demonstra que os direitos fundamentais

evoluíram no seu papel de defesa do indivíduo frente a ameaças do Estado para defesa contra poderes não estatais, como o econômico. No entanto, ao tratar de direitos sociais há uma “debilidade” por não conferir direitos subjetivos, mas sua realização depender de tarefas a serem desenvolvidas pelo Estado.

Essa dificuldade de realização pode se justificar pelo fato de normas de direitos sociais serem uma categoria jurídica voltada ao futuro. Não são simplesmente normas vazias, mas sim normas de ditame a ser imperativamente realizado, cabendo ao legislador infraconstitucional estabelecer as tarefas para sua realização. Não caberia ao constituinte estabelecer o conteúdo dessa norma, justamente para que sua efetividade seja preservada diante da dinamicidade da sociedade e de seus interesses.

Apesar de estarem os direitos sociais entre aquelas categorias jurídicas voltadas ao futuro, como mencionado, não há que se discutir a importância da inclusão da saúde nesse rol de direitos⁸:

Esse reconhecimento expresso do direito à saúde pela Constituição foi fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, especialmente com a criação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3.3 Direito à saúde e o contexto brasileiro

Ao tratar da Ordem Social¹⁰, em que o objetivo é o bem-estar e a justiça sociais (art. 193 da CF), os direitos relativos à saúde são apresentados como integrantes da seguridade social, ao lado de previdência e assistência social (art. 194 da CF). O texto constitucional brasileiro, em que pese ter sido elaborado com vistas a superar a desigualdade social, não possui categorias jurídicas que possam conferir execução a tais direitos, o que poderia tornar o Estado social de direito inócuo. Pela previsão do art. 196 da CF, o Sistema Único de Saúde (“SUS”) não se trata de um mero programa, mas sim um novo tipo estrutural para o sistema de saúde.

Além de criar um direcionamento para o legislador infraconstitucional, ao dar o selo de direito social à saúde, a Constituição determina que todos os

instrumentos poderão ser utilizados para a proteção do direito à saúde, inclusive a via judicial. “Os brasileiros podem buscar proteção judicial desse direito sempre que for violado, seja esta violação patrocinada pelo setor privado ou público²³.” A violação poderá ocorrer em falha na execução de política pública que se busca corrigir pontualmente ou pela negativa de cobertura de atendimento a beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde. E cada uma das violações ocorridas tem origem em um ato decisório de um agente público. Fato é que, ao decidir sobre os caminhos da saúde, cada um dos agentes influi no direito social dos cidadãos. A instalação de uma Unidade Básica de Saúde, a compra de um medicamento específico em detrimento de outro, a limitação do rol de procedimentos e evento em saúde para planos privados, ou até a determinação de liquidação de uma operadora de planos de saúde conforme Aith⁸, em 2017:

Toda decisão tomada pelo Estado, por meio de seus agentes públicos, de forma individual ou colegiada, é juridicamente relevante em um Estado Democrático de Direito. As decisões estatais em saúde são aquelas feitas por agentes públicos o Estado, no exercício de suas atribuições legais, para fins de proteção e promoção do direito à saúde.

E o Poder Judiciário cada vez mais tem sido chamado a intervir nos problemas do sistema de saúde no Brasil, complicando ainda mais o emaranhado jurídico-normativo em que o sistema de saúde tem que se desenvolver.

Focando o estudo nos planos privados de assistência à saúde, o ponto de partida será o reconhecimento da saúde pela Constituição de 1988, artigo 196¹⁰, como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a proteção do direito social pelo artigo 196 da Constituição, emergem deveres do Estado especialmente pelo Poder Executivo, por meio de execução adequada de políticas públicas. Nessa linha, cabe ao Poder

Executivo executar políticas públicas para efetivação do direito à saúde e regulamentar leis para conferir-lhes eficácia. Por sua vez, cabe ao Poder Judiciário guardar as leis e o Estado de Direito, em que as leis devem ser cumpridas por todos, incluindo os agentes públicos. E a atuação do Judiciário é cada vez mais efetiva, pois os cidadãos buscam a concretização do direito à saúde por meio de decisões judiciais¹.

A Constituição também garante a participação da iniciativa privada no mercado de saúde e traz o acesso à justiça como direito fundamental.

Diante de tal contexto, o Judiciário poderá interferir nas questões de saúde que deveriam ser de competência dos demais poderes. E esse fenômeno se intensificou cada vez mais desde a promulgação da Constituição de acordo com Azevedo e Aith¹, em 2019.

O Judiciário destaca-se cada vez mais na efetivação do direito à saúde no Brasil na medida em que aumenta a procura, pelos cidadãos, de tutelas judiciais voltadas à proteção concreta e individual do direito à saúde. O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil reflete as demandas sociais por bens e serviços ligados ao conteúdo material do direito à saúde.

Sistemas de saúde único e suplementar convivem no Brasil. O Sistema Único de Saúde é público e universal, prestado diretamente pelo Estado, quanto que o sistema suplementar é exercido pela iniciativa privada e oferecido aos consumidores que arcam com os custos da prestação desse serviço, com aferição de lucro.

A prestação de serviço de saúde pela iniciativa privada, por envolver um bem essencial, sofre alta regulamentação. A prestação de serviço de saúde está sempre sob a tutela do Estado, seja diretamente, quando do serviço público, seja por meio da Agência, para a saúde suplementar.

A saúde é um tema de relevância pública e por isso sofre intervenção estatal por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (“ANS”). Muito se discute se tal regulação é suficiente para reduzir a Judicialização das questões entre consumidores e operadoras de planos de saúde.

O direito à saúde quando prestado pela iniciativa privada apresenta dualidade, como direito fundamental e como bem de consumo⁵⁷.

Na prestação do serviço público de saúde, cabe ao Poder Legislativo produzir o arcabouço jurídico para execução das políticas públicas pelo Poder Executivo. Nesse cenário, cabe ao Judiciário julgar a legalidade da atuação dos demais poderes e dos atores que prestam serviços de saúde. Na saúde suplementar não há prestação de serviços diretamente pelo Estado, ficando a seu cargo a regulamentação e fiscalização da atuação privada. O movimento de reforma da Administração Pública e das desestatizações (chamadas comumente de “privatizações”) das décadas de 80 e 90 não alteraram o paradigma das políticas públicas no Brasil, mesmo com a alteração da posição do Estado de prestação direta de serviços públicos para regulador da atividade setorial.

Nesse ponto, ganha relevância o papel das agências reguladoras, que especificamente no setor de saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), são responsáveis pela regulamentação da atividade do agente privado.

A ANS foi criada logo após a Lei de Planos de Saúde para regular essa relação. De acordo com seu regimento interno, cabe à ANS, por meio da diretoria de fiscalização, “promover medidas que visem à mediação ativa de interesses entre os agentes regulados, com vistas à solução consensual dos casos de conflito⁴²”

Além da Constituição, a regulamentação da saúde suplementar ocorre pela Lei nº 9.656/1998⁵, a lei de planos de saúde, e a Lei nº 9.9961/00¹⁹, que criou a ANS. A necessidade de regulamentação da saúde privada está prevista na combinação dos artigos 197 e 199 da Constituição. Além das normas legais, há um grande número de normas infralegais que incidem sobre o sistema de saúde suplementar, com destaque para as normas expedidas pela ANS.

O sistema de saúde suplementar é complexo e possui a incidência também das normas de direito do consumidor, trazidas em 1990 pelo Código de Defesa do Consumidor, com direitos e garantias dos consumidores. A Lei nº 9.656/1998⁵, surge somente após oito anos, para regulamentar a relação

específica dos consumidores de planos de saúde e insere o poder normativo da ANS nessa relação.

O direito do consumidor e direito à saúde estão ligados, eis que o direito à saúde é um direito social a ser garantido e promovido pelo Estado ao mesmo tempo em que é um serviço oferecido pela iniciativa privada, tornando aqueles que o recebem como consumidores, submetidos a regras específicas do direito do consumidor. E como um direito subjetivo, segundo Aith⁷ citando Massad, “permite que o cidadão ingresse com uma ação junto ao Poder Judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legalmente, a adoção ou abstenção de medidas concretas em favor da saúde.”

3.3.4 Decisões judiciais

O fenômeno da judicialização da saúde compreende um movimento no qual o Poder Judiciário se torna o grande mediador das questões relacionadas à vida. É o que Mattos⁵⁸, chama de um efeito de “gerenciamento da vida” que passa a ser exercido pelo Judiciário, área antes dominada por outros saberes, sendo que o sujeito de direito se apropria da regulação normativa da vida em razão da função judicante.

Vale aqui apontar os dois fenômenos distintos que circundam o tema: a judicialização da política e a judicialização das relações sociais. A judicialização da política se dá pelo Poder Judiciário exercendo controle abstrato e constitucionalidade das leis. Por sua vez, a judicialização das relações sociais ocorre na regulação da vida privada⁵⁹.

Fato é que os estudos mostram que os números da judicialização da saúde não param de crescer no país⁶⁰.

Delduque⁶¹, defende que a judicialização da saúde não é razoável para o sistema sanitário nem tampouco para o sistema da justiça, pois entende que “o controle judicial das políticas públicas prejudica o pleno exercício da cidadania, pois torna o indivíduo dependente do Estado, e o Poder Judiciário seu fornecedor de serviços.”

A judicialização representa uma “transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade”. Pressupõe-se a falha de gestão política para imposição de prestação por parte do Estado ou das operadoras de planos de saúde⁵⁸.

Mattos⁵⁸, afirma que a judicialização pode comprometer a organização do sistema de saúde, pois as decisões judiciais não priorizam as escolhas administrativas o Poder Executivo:

De certa forma, esse processo permite empenhar uma quantidade expressiva de recursos para o atendimento de alguns, que acessam o Judiciário, em detrimento do atendimento de muitos outros cidadãos, incluindo os que, na mesma condição de saúde, não acessam esse poder.”

Em matéria de saúde, esse debate é bastante intenso, sendo que principal crítica consiste no questionamento da legitimidade do Judiciário em interferir nas decisões e políticas públicas em saúde, quando determina a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos ou fornecimentos. Para a saúde suplementar a temática ganha complexidade pelo fato de as operadoras de planos de saúde serem regidas pelas normas da ANS e a interferência do Judiciário afastar as determinações desse órgão do Executivo.

De um lado as operadoras estruturam seus produtos considerando as normas da ANS como base para a precificação, especialmente no que tange a abrangência da cobertura, por outro lado os consumidores questionam a validade dessa cobertura. O Judiciário é chamado para resolver esse impasse que, ainda que indiretamente, a análise judicial passa pela validade das normas da ANS.

Fato é que as decisões judiciais podem afetar as políticas públicas desenhadas pelo Executivo para a garantia do direito dos beneficiários. A discussão que se coloca é se uma decisão do Judiciário legitimidade poder para suprimir essas políticas.

Coloca-se em pauta o debate sobre a ANS pautar ou não suas decisões no melhor interesse público, como definido no artigo 3º da Lei nº 9.961/2000¹⁹, ao determinar que a finalidade institucional da agência é:

Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Em que pese tratar-se da intervenção da iniciativa privada, não se afasta a necessidade de cumprimento dos princípios do sistema único de saúde, devendo o regulador pautar suas decisões pelas finalidades constitucionais. Caberia então ao Judiciário salvaguardar essa postura e colocar em debate as medidas executivas que partem do regulador, justificando assim a interferência do Judiciário quando tais princípios fossem violados.

A função da ANS no cenário da judicialização seria de criar políticas públicas que equilibrassem a relação entre operadoras e consumidores, em cumprimento de seu regimento interno e dos preceitos da lei de planos de saúde. A expedição de normas dentro de sua competência e harmonizadas com o arcabouço jurídico aplicável para a saúde suplementar poderia ser um dos caminhos. Caberia uma aproximação entre Judiciário e ANS para juntos entenderem quais as reais necessidades do mercado.

Ainda que a ANS tenha trazido medidas importantes para o mercado, como a criação da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)¹⁰, não se verifica uma redução dos números de judicialização. Um ponto importante colocado pelas operadoras de planos de saúde é que o Judiciário não possuía um conhecimento das temáticas de saúde suplementar e por isso limitavam-se à aplicação do Código de Defesa do Consumidor. O que se viu foi a ampliação do conhecimento do Judiciário, por medidas da ANS, do CNJ, e das próprias operadoras. Ainda assim, a judicialização não apresentou

¹⁰ A NIP é um procedimento que busca a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde, constituindo uma fase pré-processual. Sua regulamentação está prevista na RN nº 388, de 25 de novembro de 2015.

redução. O que temos assistido é um cenário em que o Judiciário não reconhece a política pública desenhada pela ANS.

Robba², em 2017 ressalta que o crescimento de número de demandas e o aumento do número de beneficiários apresenta considerável desproporção, o que pode conduzir à conclusão no sentido de as medidas na ANS não melhorarem o relacionamento das operadoras com beneficiários.

O Judiciário tem sido o grande solucionador das desavenças entre consumidores e operadoras de planos de saúde. Não se discute o direito dos cidadãos ao acesso à saúde, mas a principal questão colocada pelos agentes desse mercado é até que ponto cabe às operadoras efetivarem o direito à saúde, obrigação do Estado, em casos em que não estão contratualmente ou legalmente obrigadas a tanto.

Barreiro⁵⁹, em 2015 lembra que o Poder Judiciário somente interfere por ser demandado por alguém que precisa da prestação do serviço e, dessa forma, cabe ao Poder Judiciário e às Agências colaborarem para a concretização dos direitos fundamentais garantidos pela Constituição.

Diante deste cenário, o Poder Judiciário tornou-se, aos olhos do cidadão, a instituição capaz de viabilizar, individualmente, o acesso ao tratamento ou medicamento não contemplado

E a evolução da judicialização tem sido no sentido de serem buscadas medidas diretamente contra a ANS, em que o Judiciário obriga a ANS a atuar em algumas demandas. A pesquisa qualitativa deste trabalho passa por estudo de tais casos e os resultados são apresentados adiante. Nesses casos, há uma interferência direta do Judiciário no Executivo, diferente das demandas individuais que impactam tão somente os usuários na relação com a operadora de planos de saúde.

Aith¹, em 2019 analisou esses dois tipos de demandas, comparando as tratativas para as demandas contra ANS e contra ANVISA. O autor faz uma importante análise sobre o fenômeno da judicialização diante das novas concepções do direito à saúde dentro do sistema de direitos humanos. No estudo, foram identificados dois tipos de litígios em saúde. O primeiro deles, o “litígio direto pelo direito à saúde” com base em direito constitucional e busca

por acesso. O segundo é o “litígio indireto pelo direito à saúde”, instaurados contra agências reguladoras ou entes privados, com base em regulação infra legal.

Aith¹, em 2019 defende que essa relação entre Poder Executivo e Judiciário, apesar de tensa, representa ganhos para o regulamento da saúde, mesmo nos litígios indiretos. Ele explica que:

Normalmente as decisões tomadas pelos tribunais nos casos da ANS ou da ANVISA identificam um problema concreto relacionado à eficácia do direito à saúde e forçam um debate mais amplo e mais profundo sobre as políticas e medidas regulatórias da saúde para proteger o direito à saúde.

Isso demonstra que a judicialização, muitas vezes interpretada com viés de nocividade, pode representar uma evolução na garantia de um dos direitos mais relevantes em nossa sociedade de acordo com Aith¹, em 2019.

A judicialização, quando exercida de forma ponderada, é importante instrumento para garantia da democracia. Barreiro⁵⁹, em 2015 entende como “legítima” a demanda levada ao Judiciário em razão de falha na implementação da política pública. Nesse contexto, a judicialização é inerente à efetivação da democracia de acordo com Barreiro⁵⁹, em 2015:

Inicialmente, quando uma política pública é judicializada, como discutido, percebe-se que houve falha na implementação da mesma, seja pela sua ausência, pela ineficiência na sua distribuição ou pela ineficácia dos parâmetros definidos. Assim, a política pública discutida no Poder Judiciário gera uma inversão nas fases do ciclo, pois ela se inaugura na justiça pela falha na implementação. Dizer isso não significa que não houve uma formulação da mesma antes do processo judicial, mas, como se percebeu ao aproximar as fases que se reúnem na formulação (identificação do problema, formação da agenda, formulação das alternativas e tomada de decisão), ela será completamente ressignificada pela atividade jurisdicional.

Taylor⁶², em 2007 tratando da função política do Judiciário, complementa essa ideia ao afirmar que:

É muito comum em todo o mundo reclamar da interferência de juízes na política. Mas é importante reconhecer, como o fazem Werneck Vianna e Burgos (2005:781-782), o papel democratizante

do Judiciário, agindo tanto como um "muro de lamentações" quanto como "uma efetiva arena para o exercício da democracia", em uma democracia na qual a relação entre Executivo e Legislativo foge do ideal.

Por isso, a atuação do Judiciário pode induzir a atuação da ANS seja pela direção direta em demandas contra a Agência, seja pela alteração de um entendimento em grande número de demandas individuais que venha a alterar uma norma ou um entendimento do regulador.

O Judiciário poderá influenciar também na formação de políticas públicas. Ele desempenha um papel central na determinação e aplicação de princípios, decidindo quais regras estão ou não em consonância com a Constituição. Assim, ao julgarem a legalidade das políticas públicas, os juízes estão influenciando na implementação de tais políticas. Sobre esse papel político do Judiciário, Taylor⁶², em 2003 afirma que:

E se reconhece que os juízes frequentemente operam com base em critérios outros que os unicamente legais quando julgam processos importantes. Mesmo quando eles se mantêm constrangidos por critérios totalmente legais, pela própria natureza da revisão judicial, eles acabam tomando decisões que influenciam ou até criam políticas públicas.

Apesar de sofrer muitas críticas, especialmente dos poderes eleitos, é preciso reconhecer a inevitabilidade da função política judicial. Lembrado do modelo em rede para a separação dos poderes, cabe ao Judiciário também papéis na formação das políticas públicas. O Judiciário é essencial para o equilíbrio entre a eficiência na tomada de decisão pelo sistema político e a capacidade de adoção e implementação de políticas públicas, segundo Taylor⁶², em 2003.

As ações judiciais permitem aos gestores traçarem os perfis e problemas de saúde mais judicializados, gerando informações que podem auxiliar gestores locais na compreensão dos problemas relacionados à gestão, ao gerenciamento do cuidado, e às possíveis reorientações das práticas de saúde⁶³.

Muitos estudos insistem em analisar a judicialização isoladamente, quando na verdade ela não é um fenômeno estanque. A judicialização é

um fenômeno que é afetado pelos mais variados fatores e deve ser encarada como um instrumento de diagnóstico das respostas que o sistema de saúde entrega para a sociedade. Judicialização não se revela como a moléstia em si, mas sim como uma “febre” do sistema de saúde, seja público ou suplementar.

Não se trata de fenômeno a ser analisado tão somente pelo Direito, mas sim por todas os campos de estudo que se relacionam com o sistema de saúde, desde Medicina, Saúde Pública e ciência da saúde, até administração pública e ciência política.

A proposta do trabalho não é apontar as causas da judicialização, pois há muitos estudos excelentes que já propuseram esse enfoque. A proposta do presente trabalho é analisar a posição da ANS dentro desse cenário e de que forma a Agência impacta o aumento da judicialização da saúde suplementar por meio da publicação de suas normas. Afinal, como dito, a ANS tem como obrigação exercer o seu papel de solução e mediação de conflitos entre operadoras e consumidores, podendo as demandas judiciais funcionarem como indicador para o desenho de políticas públicas eficientes.

3.3.5 Deferência judicial

Analisando a relação entre tribunais e agências reguladoras, é preciso compreender quais os tipos de comportamento que os tribunais podem adotar diante de decisões com temáticas sobre matérias das agências.

Considerando a inafastabilidade da jurisdição e a discricionariedade sobre o mérito administrativo, é preciso compreender qual o limite da atuação dos magistrados. No tocando às agências reguladoras, ainda há que se considerar que a revisão judicial se restringe pela discricionariedade técnica do regulador, impondo a deferência judicial às decisões das agências sobre suas manifestações. O debate sobre a deferência questiona quem deve decidir.

Como dito por Sepulveda⁶⁴ et. al., em 2019, a revisão judicial das decisões das agências no Brasil é um sistema binário, em que “questiona-se, apenas, se a interpretação da agência deriva, ou se amolda à lei do setor

regulado. Em sendo afirmativa a resposta, a interpretação da agência merecerá deferência.”

O modelo brasileiro aproxima-se do modelo da doutrina Chevron definido no sistema americano. “Ela define que os Tribunais devem ser deferentes às interpretações razoáveis realizadas pelas agências acerca de leis ambíguas relativas ao segmento regulado”, conforme Sepulveda⁶⁴ et. al., em 2019.

Essa doutrina é contraposta pela doutrina Auer, em que os tribunais devem ser deferentes às decisões das agências, exceto se elas forem incorretas ou inconsistentes. Alguns críticos entendem que essa doutrina impede que as agências interpretem seus próprios regulamentos, ofendendo a separação dos poderes de acordo com Sepulveda⁶⁴ et. al., em 2019. Em posição intermediária encontra-se a doutrina Skidmore, em que se defende uma observação do tribunal pela deferência ou não à decisão administrativa, de acordo com a experiência no assunto debatido.

Segundo Binichski⁶⁵, em 2017:

O que de diferente tem entre Skidmore e Chevron, é que a deferência Skidmore não atua na base do tudo ou nada, mas importa a concessão de um peso gradual à opinião da autoridade administrativa em função de seus múltiplos aspectos.

Essa interação entre esses diferentes atores disputando autoridade é importante para compreender a efetividade do Estado regulador, pois nesse modelo o Estado compartilha com o direito a função de induzir e moldar comportamentos. A regulação possui uma perspectiva legal, criando espaço para a litigiosidade das relações reguladas. Ao alterar e intervir na política regulatória, o Judiciário passa a assumir destaque na atividade de regulação, no exercício de sua função de controle dos atos administrativos.

Porém, é importante definir qual o papel dos juízes nessa revisão judicial conforme Silva e Guimarães⁶⁶, em 2020:

Os magistrados parecem sentir-se em um ambiente de pouco incentivo para o exame desses processos, uma vez que a realidade de elevado congestionamento dos tribunais estimularia a priorização de casos mais simples. Em relação à complexidade das decisões de agências reguladoras, os juízes parecem evitar o

enfrentamento de questões mais substantivas ou de mérito nos julgamentos, muitas vezes preferindo abordar questões formais e processuais.

As decisões judiciais, além de fomentarem o debate sobre judicialização de políticas públicas, podem gerar comportamentos defensivos por parte das agências reguladoras.

Silva e Guimarães⁶⁶, em 2020, estudam a relação entre tribunais e agências reguladoras considerando algumas temáticas principais.

A primeira delas é a deferência judicial, em que as decisões das agências são confirmadas pelos tribunais. FIX, citado por Silva e Guimarães⁶⁶ em 2020, entende que nas questões complexas enfrentadas pelos tribunais, a deferência está relacionada à compatibilidade ideológica entre tribunal e a agência.

A segunda é o comportamento judicial, em que a interação do Judiciário poderá fomentar a interação não convencional entre os envolvidos, questionando o papel das agências reguladoras ou até mesmo a ausência de uma agência.

Por fim, tratam a temática sobre o envolvimento do Judiciário com questões técnicas e científicas. O Judiciário poderá ignorar ou confirmar argumentos técnicos oriundos do Executivo. De acordo com Silva e Guimarães⁶⁶ em 2020:

Os tribunais atuam como críticos necessários que encorajam as agências a desenvolver *accountability* e adotar modelos de governança mais sólidos que, por seu turno, aprimoram e tornam os padrões de revisão judicial mais focados e coerentes, em um relacionamento simbiótico positivo para as duas partes.

Silva e Guimarães⁶⁶ em 2020, analisando a pesquisa de Baye e Wright em 2011, mostram que:

A repetida exposição dos juízes a casos complexos não é um substituto para a capacitação. Desse modo, a hipótese costumeiramente levantada de criação de varas especializadas não se mostraria tão relevante, uma vez que a capacitação mais avançada e a designação de peritos pelo juízo teriam impactos mais significativos.

Os autores defendem que a dispersão do poder regulatório precisa ser encarada mais seriamente pelos órgãos que trabalham com regulação, eis que as percepções são conflitantes. Por isso, eles definem que há uma sobreposição de autoridade no espaço regulatório, que gera esse conflito nas decisões entre agências e tribunais. Eles também trazem que as relações entre agências e tribunais enfatizam a tensão entre discurso técnico e racionalidade jurídica, fazendo com que as o conflito de decisões seja tanto em casos específicos como em casos que tratam de políticas e objetivos da regulação.

Oliveira⁶⁷, em 2018, alerta que as decisões em matéria de políticas públicas não podem ser levianas pelos impactos que podem gerar. O Judiciário recebeu uma grande abertura em sua atuação, em assuntos que podem escapar de sua compreensão.

O planejamento público é comprometido, o orçamento público é desvirtuado e a discricionariedade administrativa é abandonada em prol de um sistema de micro escolhas, determinado por parte de quem tem poder para postular junto à Justiça suas reclamações.

É preciso reconhecer que construir a política pública por demandas individualizadas é falha. A Justiça não detém capacidade para antever efeitos. Não se busca por um sistema de interpretação perfeito, mas sim adequar as escolhas às melhores opções, buscando o melhor resultado por quem pode efetivamente prestá-lo.

3.3.6 Considerações parciais

O direito à saúde foi elevado a direito social pela Constituição de 1988, uma categoria voltada para o futuro, que demanda efetivação de políticas públicas. Soma-se a isso o fato de todos os instrumentos poderem ser utilizados para a defesa do direito à saúde, inclusive a via judicial.

Com a proteção como direito social, surgem obrigações do Poder Executivo para que políticas públicas adequadas sejam executadas, ainda que seja por meio da sua atuação regulamentar. Ao Judiciário, cabe garantir

que as leis sejam cumpridas por todos os agentes, eis que todos os agentes que decidem sobre saúde afetam no direito social dos cidadãos.

Paralelamente, a separação dos poderes perdeu espaço para um modelo em rede, em que todos os poderes constituídos exercem alguma parte das funções essenciais do Estado. Assim, também ao Judiciário cabe a elaboração de políticas públicas. Por isso, quando analisada a problemática da judicialização, não se pode analisar de forma simplista a posição que ao Judiciário caberia somente julgar sem se preocupar com a execução e construção de políticas públicas.

O Judiciário cada vez mais é chamado a intervir nas demandas de saúde, agregando mais complexidade a essa relação que tem como objeto o plano de saúde. O acesso Judiciário é direito fundamental do cidadão e tal poder deverá analisar todas as demandas que lhe forem levadas, em cumprimento ao princípio da inafastabilidade.

A diferenciação das ações sobre planos de saúde entre demandas sobre judicialização de políticas públicas e sobre judicialização de relações sociais deixa claro que os planos de saúde possuem caráter de direito fundamental e bem de consumo. Por isso, a regulamentação pela ANS não poderá segregar a incidência de suas normas, devendo a preocupação com a harmonia do mercado e concretização do interesse público atingir o sistema de saúde suplementar como um todo.

Entende-se que os princípios do Sistema Único deverão ser seguidos pelo regulador, justificando a intervenção do Judiciário quando as finalidades constitucionais não são cumpridas. E o comportamento das decisões judiciais vem demonstrando que o Judiciário não reconhece como adequada a política pública desenhada pela ANS, em que pese a competência que foi conferida à agência e os instrumentos de controle de sua atuação já analisados.

Os pontos aqui analisados são relevantes para compreender as novas funções do Judiciário, especialmente na construção da política pública, bem como a possibilidade de a análise caso a caso exercida pelo julgador ser diferenciada quando se trata de demanda com caráter coletivo ou com caráter individual, um dos elementos analisando na pesquisa.

Com isso, o que se tem é um Judiciário empoderado e uma ANS enfraquecida diante das dificuldades de regular um mercado complexo e de harmonizar interesses coletivos, públicos e privados na execução das políticas públicas que lhe competem.

4. RESULTADOS

4.1 Resultados da pesquisa qualitativa

O presente estudo é composto por uma análise quantitativa e uma qualitativa. Para a análise quantitativa foram analisadas oitocentas ementas de julgados do TJSP e para a pesquisa qualitativa foram analisados cinco acórdãos de relevância para o setor de saúde suplementar. Os resultados são apresentados em separado e a análise em seguida apresentada em conjunto.

Para a pesquisa quantitativa, foram eleitos cinco temas para análise proposta. A escolha teve como base os resultados obtidos em estudo prévio desta mesma Faculdade, realizado por Robba², em 2017. Os resultados da pesquisa de ROBBA demonstram os temas mais debatidos no TJSP são: cobertura e reembolso, aposentados e demitidos, reajuste de mensalidade, cancelamento de contrato e descredenciamento.

Partindo de tal premissa, para cada tema buscou-se a norma da ANS que trata do assunto. Os resultados obtidos foram:

Cobertura: RN nº 428/2017⁶⁸, com vigência em 1º de janeiro de 2018. A norma refere-se à última atualização do rol de eventos e procedimentos em saúde, o rol de cobertura que a ANS entende como mínima garantia a ser coberta nos planos privados de assistência à saúde.

Aposentados e demitidos: RN nº 279/2011⁶⁹, com vigência em 10 de outubro de 2011. A norma regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei de Planos de Saúde, a Lei nº 9.656/1998⁵, sobre o direito de manutenção de planos coletivos empresariais para aposentados e demitidos sem justa causa.

Reajuste de mensalidade: RN nº 195/2009³⁵, com vigência em 15 de outubro de 2009. Essa norma regulamenta os planos de saúde coletivos e estabelece as regras gerais de contratação de planos de saúde, dentre elas, a forma como se aplica o reajuste.

Cancelamento de Contratos: RN nº 412/2016⁷⁰, com vigência em 10 de maio de 2017. Essa resolução trouxe as regras aplicáveis ao pedido de

cancelamento do plano de saúde individual por parte do usuário e do pedido de exclusão do beneficiário de plano coletivo.

O tema descredenciamento não possui norma específica por parte da ANS, pois o tema é tratado em sua integralidade na Lei nº 9.656/1998⁵. E por não possuir norma específica da ANS, não se enquadra nos critérios para a presente pesquisa.

Utilizando-se a vigência de cada norma como marco temporal, foram analisadas cem ementas do TJSP antes e depois, por ordem de publicação. Optou-se pela análise da jurisprudência do TJSP diante dos números trazidos pela pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Insper e FMUSP¹⁹, que aponta o estado de São Paulo como responsável pelo maior número de processos no Brasil com assunto “plano de saúde”. Por isso, o banco de dados do TJSP sobre julgados mostrou-se como mais adequado para a busca.

Estabelecido o Tribunal, passou-se a definição dos termos de busca. A pesquisa utilizou a pesquisa na ementa dos julgados, e termos de busca sempre continham “plano de saúde” e o tema da norma. Optou-se por analisar somente as decisões classificadas como “apelações cíveis”, já que as demais decisões contêm matéria essencialmente processual, o que foge do objeto do presente estudo.

Utilizou-se como marco temporal a data de vigência das normas e a análise considerou as decisões do tribunal um ano antes e um ano após o marco. No resultado das decisões, organizadas por data de publicação, foram selecionadas as cem primeiras decisões, para cada período, definindo-se como “antes da norma” e “após a norma”.

Na análise das ementas dos julgados foram coletados os seguintes números de registro do TJSP; tema principal debatido; menção à ANS no julgado; legislação aplicada na decisão; qual norma da ANS aplicável para o tema; e comentários sobre o julgado.

Diante dos resultados da coleta de dados, foram elaborados bancos de dados específicos para cada norma e comparados os dados dos cenários antes e depois da publicação da Resolução Normativa.

Passa-se a apresentar os resultados obtidos para cada um dos temas analisados.

4.2 Rol de procedimentos de 2018

Dentro da temática “coberturas”, a regulamentação da ANS pertinente é o rol de procedimentos e eventos. O rol de coberturas é a relação de procedimentos de cobertura mínima obrigatória estabelecida pela agência. A competência da ANS para elaboração do rol está definida na Lei nº 9.961/2000¹⁹, artigo 4º, inciso III.

O processo de atualização do rol de procedimentos e eventos é realizado a cada dois anos de forma colaborativa em reuniões periódicas do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), composto por representantes da Câmara de Saúde Suplementar, entidades de defesa do consumidor, operadoras de planos de saúde, profissionais de saúde que atuam nos planos de saúde e de técnicos da ANS. Atualmente, o processo de atualização do rol é regulamentado pela RN nº 439/2018⁷¹, norma publicada após muitos questionamentos da sociedade sobre a tecnicidade da inclusão ou não de procedimentos para a cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde.

A norma vigente para a cobertura é a RN 428/2017⁶⁸. Previamente à sua publicação foi submetida à Consulta Pública nº 61⁷², em 2017.

Para análise das decisões do TJSP sobre coberturas, utilizando a RN nº 428/2017⁶⁸, como fundamento, utilizou-se os seguintes termos de busca: "plano de saúde" rol ANS. Considerando a vigência em 02/01/2018 como marco temporal, o período analisado antes da vigência da norma foi 02/01/2017 a 01/01/2018, e o período após a vigência foi 02/01/2018 a 01/01/2019.

Após análise dos julgados selecionados, os temas mais debatidos foram:

Tabela 2 - Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 428/2017

RN 428/2017 – ANTES DA VIGÊNCIA	
TERAPIA ABA	9%
RANIBIZUMABE	7%
PET-CT	5%
TAVI	5%
CIRURGIA INTRAUTERINA	4%
BARIÁTRICA	3%
CIRURGIA ROBÓTICA	3%
TRATAMENTO GENÉTICO	3%
CAMARA HIPERBARICA	2%
DOENÇA LOMBAR	2%
ELETROCONVULSOTERAPIA	2%
EYLIA	2%
FERTILIZAÇÃO	2%
PARALISIA CEREBRAL	2%
PROCEDIMENTO	2%
CIRÚRGICO DE MAMA	
MEDICAMENTO	2%
QUIMIOTERAPICO	
RIZOTOMIA PERCUTÂNEA	2%
POR RADIOFREQUÊNCIA	
OUTROS	43%

FONTE: Elaboração Própria

Tabela 3 - Temas debatidos nos julgados após a vigência da RN nº 428/2017

RN Nº 428/2017 - DEPOIS DA VIGÊNCIA	
TERAPIA ABA	19%
REPARADORA BARIÁTRICA	8%
FERTILIZAÇÃO	4%
IMRT	4%
CIRURGIA FETAL	3%
RANIBIZUMABE	3%
MAMOPLASTIA	3%

PET-CT	3%
QUIMIOTERAPICO	3%
RECONSTRUÇÃO DE MAMA	3%
Gencitabina	2%
OMALIZUMABE	2%
RIZOTOMIA	2%
SEQUENCIAMENTO	2%
TAVI	2%
Vismodegib	2%
OUTROS	34%

FONTE: Elaboração Própria

Os temas mais debatidos identificados antes da vigência do Rol de 2018 foram Terapia ABA, aplicação de Lucentis (ranibizumabe), exame PET-CT e implante de válvula aórtica (TAVI). A diversidade de pedidos é bastante significativa, sendo que 43% dos julgados analisados tratavam de coberturas que não se repetiram.

A Terapia ABA, sigla de *applied behavior analysis*, é uma análise comportamental aplicada empregada para tratamento de crianças com diagnóstico do espectro autista. Consiste no ensino das habilidades necessárias para que o indivíduo diagnosticado se torne independente, ou seja, emprega uma série de tratamentos com especialistas de diversas áreas como fonoaudiologia, fisioterapia, psicológicos entre outros que se mostrarem necessários para o desenvolvimento do paciente. Por se tratar de um tratamento que engloba muitas especialidades não-médicas, algumas delas podem não estar cobertas ou apresentarem diretrizes de utilização que limitam a cobertura em um número máximo de sessões ao ano. Os questionamentos no Judiciário são sobre essa limitação de cobertura.

A aplicação do ranibizumabe é um tratamento ocular quimioterápico que consta dentre as coberturas obrigatórias pelo rol, desde que respeitados alguns critérios previamente estabelecidos, denominados diretrizes de utilização. Em outras palavras, a cobertura é obrigatória desde que cumpridos requisitos médicos para tanto. A cobertura do tratamento foi devidamente

esclarecida pela ANS por meio do Parecer Técnico nº 51/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018⁷³.

O procedimento PET-CT oncológico trata-se de uma tomografia computadorizada que permite o diagnóstico de células cancerosas com maior precisão. Esse procedimento também é coberto pelo rol da ANS, com diretrizes de utilização. A cobertura foi esclarecida pelo Parecer Técnico Nº 37/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018⁷⁴.

Por fim, o TAVI é um implante valvular aórtico percutâneo, em que a válvula aórtica é substituída através dos vasos sanguíneos, minimamente invasivo e que reduz o tempo de internação, além de aumentar a segurança para o paciente. O procedimento não possui cobertura pelo rol de procedimentos e eventos, como esclarecido no Parecer Técnico Nº 52/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018⁷⁵.

Nota-se que dentre os procedimentos mais debatidos, três deles possuem cobertura pelo rol, ainda que de alguma forma limitada por diretrizes de utilização.

As principais alterações do rol trazidas pela atualização em 2018 estão dispostas no material divulgado pela ANS⁷⁶. Para aqueles procedimentos identificados como mais judicializados, somente houve alteração para PET-CT, ampliando a cobertura para pacientes portadores de tumores neuroendócrinos. Houve ampliação de DUT para diversas terapias antineoplásicas orais, mas não sobre os medicamentos identificados nos julgados.

Analisando as principais alterações trazidas para o rol pela RN 428/18⁶⁸, e os assuntos que eram judicializados, não se identificam pontos de interseção. Para o PET-CT houve ampliação da cobertura, mas ainda assim ele continua entre os tratamentos mais judicializados após a norma.

A terapia ABA teve um aumento considerável entre as demandas judicializadas. Os demais procedimentos mais debatidos após a vigência da norma também constam no rol de coberturas mínimas, cada um com suas limitações por diretrizes de utilização. Pela análise, é possível inferir que, apesar de procedimentos diferentes, o caráter do questionamento judicial não

foi alterado antes e depois da vigência do rol de 2018 editado pela ANS: procedimentos que já possuem cobertura, mas limitada a alguns tipos de doenças e circunstâncias. Ainda, a ANS não considerou nos debates para o rol de 2018 os procedimentos que foram mais amplamente questionados judicialmente.

Os resultados da pesquisa também apresentam as normas aplicadas nas decisões. Sobre as normas aplicadas antes da vigência da norma, destaque para Súmula 102 do TJSP⁷⁸, que prevê “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.” A referida súmula aparece em 58% dos casos, seguida pelo Código de Defesa do Consumidor (32%) e Súmula 96 do TJSP⁷⁹. Aparentemente, na visão dos julgadores, a Súmula do TJSP afasta a aplicação da norma expedida pela ANS.

Seguem os resultados obtidos para o período antes da vigência da norma:

Tabela 4 - Normas aplicadas aos julgados antes da vigência da RN nº 428/2017

SÚMULA	58%
102	
CDC	32%
SUMULA 96	4%
Lei 9656	3%
CONTRATO	2%
ROL	1%

FONTE: Elaboração Própria

A norma mais aplicada após a vigência da RN 428/2017⁶⁸, nos temas sobre cobertura, foi a Súmula 102 do TJSP⁷⁸, na maioria dos casos (64%), seguido pelo Código de Defesa do Consumidor (26%). A Lei de planos de saúde empata com outra Súmula do TJSP, ambos com 3% cada. Em nenhum deles houve aplicação de norma da ANS.

Tabela 5 - Normas aplicadas aos julgados após a vigência da RN nº 428/2017

SUM 102	64%
CDC	26%
Lei 9656	3%
SUMULA 97	3%
CC	1%
SUMULA 96	1%
CPC	1%
RECURSO	1%
REPETITIVO	
TEMA 990	

FONTE: Elaboração Própria

Pela análise, é possível concluir que quando o assunto é judicializado, as normas da ANS são desconsideradas para fundamentação das decisões judiciais. As normas preferencialmente utilizadas são as súmulas editadas pelos próprios tribunais. Além disso, o CDC é a lei em sentido estrito preferencialmente empregada, ainda que a Lei 9656/98 seja específica para os temas relativos a planos de saúde.

Pelos resultados da pesquisa também foi possível analisar as justificativas apresentadas nas decisões para ser afastada a orientação da ANS. A principal justificativa identificada antes da vigência da norma foi a expressa indicação médica, em 45% dos casos. Destaque para o segundo motivo mais levantado, que é o entendimento de o rol de procedimentos e eventos ser exemplificativo (13%) dos casos, seguido pela abusividade da exclusão ou negativa de cobertura (8%). Vale pontuar que a taxatividade do rol foi recentemente confirmada em decisão do Superior Tribunal de Justiça ("STJ") no julgamento do Recurso Especial nº 1.733.013³. Seguem os números:

Tabela 6 - Justificativas para afastar norma da ANS nos julgados antes da vigência da RN nº 428/2017

EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA	45%
ROL EXEMPLIFICATIVO	13%
ABUSIVIDADE DA RESTRIÇÃO	8%
FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO	8%
ENFERMIDADE COBERTA	7%
DEMORA PARA ALTERAÇÃO DO ROL	4%
EVOLUÇÃO MÉDICA	3%
COBERTURA EXPRESSA NO CONTRATO	2%
OUTROS	9%

FONTE: Elaboração Própria

Após a vigência da norma, acompanhando a norma mais aplicada, a cobertura do procedimento solicitado é justificada pela existência de indicação médica em 33% dos casos analisados. Seguido por abusividade na exclusão ou negativa (15%) e no entendimento de o rol editado pela ANS ser exemplificativo (13%), empatado com o entendimento que a negativa viola a finalidade do contrato. Os dados indicam uma tendência de posição consolidada pelo TJSP. Seguem os números:

Tabela 7 - Justificativas para afastar norma da ANS nos julgados após a vigência da RN nº 428/2017

	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA	33%	
	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO	15%	
	ROL EXEMPLIFICATIVO	13%	
	FINALIDADE DO CONTRATO	13%	
Elaboração	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS	10%	FONTE: Própria
É	DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO	7%	possível
então	OUTROS	9%	concluir
que em			que pese a

limitação do rol fixada pela ANS, a indicação médica para o procedimento ou tratamento, ainda que não cobertos, é a justificativa mais empregada nas decisões analisadas. Os entendimentos de exclusão abusiva e o rol como uma relação exemplificativa e não taxativa são as outras justificativas mais

empregadas. Não foi verificada alteração relevante no entendimento anterior e posterior à vigência da norma da ANS. Esse fato pode se justificar pela formação da jurisprudência, que tende a seguir uma linha acompanhando as decisões anteriormente proferidas. Como o universo de análise é de dois anos, novos entendimentos precisam de mais tempo para se destacarem numericamente em análises quantitativas.

A título de exercício para compreensão, foi realizado um teste de aderência da norma, verificando como foi a menção da norma nas decisões nos anos seguintes. A busca considerou o termo “ “428/17” ANS⁶⁸”. Os resultados obtidos foram:

Tabela 8 - Teste de aderência da RN nº 428/2017

2018 - 38
2019 - 99
2020 – 37 (até 20.06.2020)

FONTE: Elaboração Própria

Esse resultado demonstra que com o passar dos anos a tendência é que a norma venha a ser mencionada mais vezes nas decisões. No entanto, vale pontuar que em alguns casos a menção da norma da ANS é justamente para afastá-la ou negar sua vigência para o caso em debate.

Desta forma, sobre coberturas, a conclusão é que pouco se considera a previsão da ANS para fundamentar as decisões judiciais. Da mesma forma, a ANS não levou em consideração os temas debatidos no Judiciário para orientar a revisão do rol em 2018, sequer em parte.

4.3 Aposentados e demitidos: RN nº 279/2011

O tema trata da extensão para beneficiários que se aposentam ou são demitidos sem justa causa quando usufruíam de planos coletivos empresariais em razão do vínculo de emprego. A proteção jurídica se justifica, pois, após anos usufruindo do plano de saúde oferecido pelo empregador, no

caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria, o beneficiário poderá encontrar dificuldades em contratar novo plano e a manutenção do plano empresarial por determinado período geraria segurança para tais usuários. Além disso, os beneficiários que se aposentam após anos de trabalho, por muitas vezes não encontram planos compatíveis para idosos e por isso as regras de manutenção de planos para aposentados protegem os beneficiários.

O direito de extensão tem previsão legal na Lei nº 9.656/1998⁵, em seus artigos 30 e 31. Os artigos são claros na enunciação dos direitos, mas não trazem algumas peculiaridades necessárias para a operacionalização do exercício do direito.

Por isso, quando da edição da lei de planos de saúde, o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) publicou duas resoluções que regulamentavam os artigos mencionavam, as Resoluções CONSU nºs 20 e 21⁶⁹ no ano de 1999. No entanto, com o passar dos anos e aumento da complexidade das relações jurídicas, os textos passaram a não atender às necessidades. Assim, o tema passou por nova regulamentação em 2011.

A norma vigente é a RN nº 279/2011⁶⁹, que regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998²⁷ sobre o direito de manutenção dos planos de saúde por beneficiários demitidos e aposentados. Previamente à publicação, a temática foi submetida à Consulta Pública nº 41⁷⁷, no ano de 2011. Desta forma, para a temática de planos para aposentado e demitidos, a norma eleita foi a RN nº 279/2011⁶⁹.

Os termos de busca eleitos para a pesquisa de julgados no TJSP foram: “ "plano de saúde" demitido ou aposentado”. Considerando a vigência da norma em 01/06/2012 como marco temporal, os períodos aplicados para a pesquisa foram 01/06/2011 a 30/05/2012 para antes da vigência e 02/06/2012 a 01/06/2013 para após a vigência da resolução. A seguir, os resultados obtidos para os assuntos mais questionados nos julgados.

Tabela 9 - Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 279/2011

RN Nº 279/2011 - ANTES DA VIGÊNCIA

MANUTENÇÃO DE APOSENTADO DEMITIDO	30%
CUSTEIO EXCLUSIVO E MANUTENÇÃO	21%
INATIVOS COM CONDIÇÕES DIFERENTES	16%
COPARTICIPAÇÃO COMO CONTRIBUIÇÃO	7%
MANUTENÇÃO COMO INATIVO	5%
PRESCRIÇÃO	2%
ESTADO DE SAÚDE COMO REQUISITO	2%
CONTRIBUIÇÃO POR MAIS DE DEZ ANOS	2%
MANUTENÇÃO INDEPENDENTE DE PEDIDO DA EMPREGADORA	1%
LEGITIMIDADE DA EMPREGADORA	1%
MANUTENÇÃO NO PLANO SEM REQUISITOS	1%
PRAZO DE MANUTENÇÃO	1%
DEMITIDO QUE CONTINUA TRABALHANDO	1%
OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL	1%
REMISSÃO	1%
PLANO NÃO CONTRIBUTÁRIO	1%
VALOR DA MENSALIDADE	1%
FINAL DE PDV	1%
PROCESSUAL	1%
MANUTENÇÃO DO DEMITIDO	1%
TROCA DE PLANOS	1%
MANUTENÇÃO E CUSTEIO	1%

FONTE: Elaboração Própria

Tabela 10 - Temas debatidos nos julgados após a vigência da RN nº 279/2011

RN Nº 279/2011 - DEPOIS DA VIGÊNCIA	
MANUTENÇÃO DE APOSENTADO DEMITIDO	32%
INATIVOS COM CONDIÇÕES DIFERENTES	14%
CONTRIBUIÇÃO	13%
VALOR DA MENSALIDADE DE INATIVOS	11%
APOSENTADORIA APÓS A RESCISÃO	5%
PRAZO DE MANUTENÇÃO	4%
EXCLUSÃO DO CONTRATO DURANTE TRATAMENTO	4%
INCLUSÃO COMO INATIVOS APÓS EXCLUSÃO DO PLANO	3%
MANIFESTAÇÃO PELA CONTINUIDADE	3%
ALTERAÇÃO DE PLANO NA VIGÊNCIA DO INATIVO	2%
APOSENTADO E CONTRATO RESCINDIDO	1%
REAJUSTE FAIXA ETÁRIA NO PLANO DE INATIVOS	1%
CARÊNCIAS	1%
MANUTENÇÃO EM CONTRATO NÃO REGULAMENTADO	2%
TRANSFERÊNCIA DE GRUPO DE INATIVOS	1%
MANUTENÇÃO NOS MESMOS TERMOS	1%
MANUTENÇÃO DE CONTRATO PARA VINCULO ESTATUTÁRIO	1%

Nas demandas sobre manutenção de aposentado demitido questiona-se o direito de um empregado que já é aposentado, continua na empresa e é demitido sem justa causa. Nesse cenário, a discussão é a aplicação dos direitos previstos para aposentados ou pra demitidos. A lei não traz qualquer regramento específico para essa situação e, comumente, nessa hipótese, aos aposentados eram concedidos os direitos dos demitidos. As resoluções do CONSU também não abordavam essa hipótese. A RN nº 279/2011⁶⁹, trouxe especificamente regra para a condição do ex-empregado aposentado, garantido os mesmos direitos reservados aos aposentados.

As demandas sobre custeio e manutenção do plano tratam sobre os requisitos para concessão do direito à extensão. Isso porque a lei prevê que para que o ex-empregado ou aposentado tenha direito a manter o plano empresarial, há necessidade de ele ter contribuído para o custeio do plano de saúde enquanto empregado. Quando o custeio do plano de saúde é integralmente suportado pelo empregador, os ex-empregados e aposentados não farão jus ao benefício de extensão. A lei de planos de saúde prevê também que a aplicação do mecanismo de regulação da co-participação não configura custeio, ou seja, ainda que o empregado arque com a coparticipação no plano de saúde, ele não fará jus à extensão. No entanto, essa regra é altamente questionada, sendo que uma das teses mais utilizada na defesa dos beneficiários é que o plano de saúde é salário indireto e o custeio seria com sua própria mão de obra. A determinação de custeio ou não do plano de saúde ativo é diferencial para a concessão da extensão e, por isso, muito levada aos tribunais.

Por fim, nas demandas sobre planos de inativos com condições diferentes dos ativos o que se questiona é a possibilidade de o empregador criar planos com condições diferentes para os empregados ativos e inativos. A lei de planos de saúde não traz essa hipótese de contratação, mas também não coloca nenhuma vedação. A exigência legal é que o beneficiário inativo seja mantido em plano de saúde “nas mesmas condições de cobertura

assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho”. A possibilidade de contratação de planos apartados para ativos e inativos foi trazida pelas resoluções do CONSU nº 20 e 21⁶⁹, obrigando que, no caso de contratos separados, ambos fossem com a mesma operadora de planos de saúde e que o plano de inativos deveria abarcar todos os inativos. A RN nº 279/201⁶⁹, aprimorou essa regra, com preceitos específicos para a operação de planos apartados.

Ocorre que, ainda dentro do mesmo tema, a RN nº 279/2011⁶⁹, trouxe uma determinação que causa até hoje gera ruído na relação dos beneficiários inativos com os empregadores e operadoras. A lei de planos de saúde determina que o beneficiário que ingressar no plano de saúde para inativos deverá custear integralmente a mensalidade assumindo a parcela custeada pelo empregador. Aqui vale uma explicação sobre a forma de cobrança dos planos de saúde, que poderá ser por preço médio ou por faixa etária. Pela cobrança por faixa etária, cada usuário arca com o valor da mensalidade correspondente para sua idade, de acordo com a estipulação da operadora no contrato. Já para a cobrança por preço médio, o contrato apresenta uma média do valor da mensalidade, considerando a somatória das faixas etárias de cada um e o número total de vidas. Nessa hipótese, todos os beneficiários dessa carteira arcam com o mesmo valor de mensalidade, independentemente da sua idade. E essa modalidade de preço médio é a mais praticada para os contratos coletivos empresariais. Voltando então à determinação da RN nº 279/2011⁶⁹, a norma determina que o preço a ser assumido quando o beneficiário ingressar no plano de inativos será o preço correspondente da tabela de custo por faixa etária, ainda que o plano de ativos seja custeado em preço médio. Isso faz com que o preço do plano de inativos considerado individualmente seja consideravelmente superior ao preço do plano de ativos. A norma permite essa prática, mas não há tal previsão na lei de planos de saúde. As demandas questionam que essa regra viola a obrigação de oferecimento de planos nas mesmas condições para ativos e inativos e as demandas questionam a regularidade dessa diferenciação de preços. Note-se que, ainda que seja o mesmo plano de saúde, a forma de

custeio da mensalidade é diferenciada, com autorização da norma da ANS para tanto.

Todos os assuntos debatidos possuem regulamentação específica pela lei de plano de saúde. A consideração do plano de saúde como salário indireto, o que o caracterizaria como contribuição, é uma inovação dos tribunais, não havendo previsão em qualquer instrumento.

Analisados os assuntos mais debatidos nos julgados, os resultados mostram que não houve alteração significativa antes e depois da vigência da norma. No período anterior à vigência da nova regra, o assunto mais debatido foi a manutenção como inativo para o aposentado que continua trabalhando na empresa (30%), seguido pela regra de manutenção nos casos de custeio exclusivo do empregador (21%) e planos de saúde diferentes para ativos e inativos (16%). Após a vigência da norma analisada, a manutenção de aposentados demitidos continua como tema mais abordado (32%), ficando em segundo lugar o assunto dos planos diferentes para ativos e inativos (14%) e em terceiro a questão da contribuição como requisito para ingresso no plano de inativos (13%).

Essencialmente, os assuntos debatidos foram exatamente os mesmos antes e depois da vigência da norma analisada. A RN nº 279/2011⁶⁹, abordou os temas levados ao TJSP no que tange regras de custeio e diferenciação de planos de saúde para ativos e inativos. No entanto, as regras de custeio são claras na lei de planos de saúde e não há espaço para regulamentação. O TJSP tem como pauta a questão do plano de saúde como salário indireto, justificando a manutenção por entender que o custeio é feito pela venda do trabalho ao empregador. Já a diferenciação de planos de saúde para ativos e inativos foi agravada pela RN nº 279/2011⁶⁹, com criação de regras que acabam por negar o requisito de “planos nas mesmas condições” previstas na lei. E por tal fato, a norma não é considerada pelos julgados analisados, nem mesmo quando demonstrado que são contratados dois planos em apartado. Pode-se concluir então que a norma em análise, apesar de trazer temas que estavam na pauta das demandas judiciais, não conseguiu regulamentar o assunto a ponto de trazer uma solução para os conflitos. Ao contrário, trouxe

novas questões polêmicas que podem fomentar a judicialização. Não se nega que a RN nº 279/2011⁶⁹, trouxe pontos importantes para a operação do plano de saúde de inativos, com regras obrigatórias para informação dos beneficiários, porém, alguns pontos ainda merecem esclarecimento. E quando não são esclarecidos, o TJSP aplica a lei de planos de saúde, entendendo que qualquer norma que possa vir a afastar as garantias trazidas pelo texto legal, não merece aplicação.

Vale aqui pontuar que em todas as análises feitas, nas diferentes normas estudadas, o tema sobre plano de inativos aparece de alguma forma, mostrando que se trata de tema altamente relevante para o mercado. E das normas analisadas nesse estudo, é a única que efetivamente já tinha texto infralegal tratando sobre o tema antes de sua vigência, ou seja, mostra maturidade para o debate do tema no mercado de saúde suplementar.

Tratando das legislações aplicadas para solução da demanda nos julgados analisados, antes da vigência da norma, a Lei nº 9.656/1998⁵, foi aplicada em 90% dos casos. As resoluções do CONSU foram aplicadas somente em um único caso, para indicar que a ANS determina que seja oferecido plano individual ao fim do período como inativo. Após a vigência, o cenário não mudou, sendo a Lei 9.656/1998⁵ aplicada em 92% dos casos analisados. Note-se que nos dois períodos analisados havia uma norma infralegal aplicável, mas o TJSP aplicou na maioria das oportunidades a previsão da lei geral.

Também a título de exercício foi aplicado o “teste de aderência da RN nº 279/2011⁶⁹, aplicando o termo de busca “ “279/11” ANS” na pesquisa de jurisprudência do TJSP. Os resultados, indicados por ano, mostram como a norma passou a ser citada pelo tribunal, mostrando que com o passar dos anos há uma tendência a maior conhecimento da norma infralegal pelo Judiciário. Lembrando que esse resultado não indica que a norma passou a ser efetivamente aplicada, mas tão somente que ela passou a ser mencionada nos julgados.

Tabela 11 - Teste de aderência da RN nº 279/2011

2012	8
2013	31
2014	76
2015	84
2016	101

FONTE: Elaboração Própria

4.4 Reajuste de mensalidades de planos coletivos

A temática dos reajustes é sempre muito debatida na saúde suplementar. Os reajustes dos planos de saúde são de dois tipos: anual e por alteração de faixa etária. Os reajustes por alteração de faixa etária consideram que com o passar dos anos, os beneficiários passam a demandar o plano de saúde com maior frequência, justificando a diferença de preços entre planos de jovens e idosos. Por cálculo atuarial que deverá ser apresentado à ANS são definidos os percentuais em cada uma das faixas. Para que os preços não sejam abusivamente superiores, inviabilizando o ingresso os idosos, os cálculos dos preços das faixas etárias mais avançadas aplicam o chama pacto intergeracional, em que as faixas etárias mais jovens custeiam parte dos preços dos idosos. Assim, em determinadas idades definidas pela própria ANS, os beneficiários estão sujeitos a reajustes em razão da alteração para uma faixa etária superior. A última faixa etária inicia-se aos 59 anos, em cumprimento ao Estatuto do Idoso. A regra do reajuste por alteração de faixa etária é a mesma, independentemente da modalidade do plano de saúde.

Já os reajustes anuais são aqueles aplicados pela variação dos custos e pela sinistralidade da carteira de beneficiários. A cada aniversário do contrato de plano de saúde aplica-se o reajuste anual para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. A definição do percentual de reajuste varia conforme a modalidade de plano contratada. Para os planos individuais e familiares, o percentual é definido pela ANS, após consulta da Casa Civil. Para os planos coletivos (empresariais e por adesão), o reajuste é

definido pela livre pactuação entre as partes, presumindo que existe paridade entre contratante e contratada¹¹.

A definição do reajuste para planos individuais e familiares pela ANS foi recentemente muito debatida, especialmente pela falta de clareza quanto aos parâmetros utilizados pelo regulador. O Tribunal de Contas da União, por meio de processo administrativo, determinou que a forma de definição do reajuste fosse mais transparente, obrigando a ANS a editar a RN nº 441/2018⁸⁰.

Já para planos de saúde coletivos, a negociação entre as partes é considerada como principal premissa. A lei de planos de saúde determina que nos contratos estejam claros os critérios de reajuste das contraprestações pecuniárias. A norma que regia os planos coletivos, a Resolução CONSU nº 14/98⁸¹, não tratava dos critérios de reajuste e falhava em muitos pontos na definição de contratos coletivos.

A RN nº 195/2009³⁵, que dispõe atualmente sobre a regulação dos tipos de contratação de planos de saúde, foi previamente submetida à Consulta Pública nº 30⁸². A exposição de motivos da consulta pública relata que a regulação se fez necessária para conferir transparência às relações contratuais, bem como coibir falsa coletivização e seleção de risco, sem apresentar quais dados ou a fonte dos argumentos trazidos no documento. Ou seja, não traz dados, mas tão somente considerações.

Já o processo administrativo da consulta pública, disponibilizado na íntegra do sítio eletrônico da ANS, apresenta uma ata de reunião de Câmara Técnica sobre Planos Coletivos sobre o tema, mas não há qualquer registro de tal Câmara nos registros públicos da ANS. Não há registro de elaboração da análise de impacto regulatório (AIR), mas há que se considerar que não havia obrigatoriedade de aplicação à época da consulta.

Em que pese a RN nº 195/2009³⁵, manter a negociação das partes como principal critério para estipulação do percentual do reajuste, várias regras foram trazidas, como a proibição de aplicação de reajuste anual em período

¹¹ Vale pontuar que para os planos coletivos empresariais com menos de trinta vidas, a ANS determinou que eles sejam considerados em conjunto para a definição do reajuste. Como são carteiras com poucas vidas, quando consideradas em conjunto, os sinistros são diluídos e o impacto é menor. Assim, o mesmo reajuste é aplicado para toda essa universalidade, denominada “pool de risco”, nos termos da RN nº 309/2012.

inferior a doze meses e vedação da aplicação de reajustes diferenciados na mesma carteira.

Muito se fala que o reajuste anual para planos coletivos não é regulamentado pela ANS, mas o que se vê em verdade é a falta de regulamentação da definição do percentual aplicado a tal tipo de contrato, o que já ocorre com os planos individuais e familiares. Ao que parece, o problema reside na presunção de igualdade entre operadoras e contratantes no momento de definição do reajuste, quando em muitos casos as operadoras possuem conhecimento técnico do funcionamento do contrato, bem como sobre as informações de custo do período de apuração. Muitas empresas trabalham nessa falha de mercado e vendem gestão de planos de saúde, acompanhando a evolução da sinistralidade e sugerindo, ao longo do ano de apuração, medidas para que o reajuste não seja elevado.

Assim, o tema eleito para estudo foi o reajuste anual aplicado a planos de saúde coletivos, utilizando-se como norma aplicável a RN nº 195/2009³⁵. Para a análise da temática debatida nas decisões do TJSP, optou-se pela pesquisa aplicando os termos: “ "plano de saúde" e reajuste e coletivo” . Considerando a vigência da norma em 03/11/2009, o período considerado antes da vigência na norma foi de 02/11/2008 a 01/11/2009, enquanto o período após a vigência foi entre 05/11/2009 e 04/11/2010.

O resultado da pesquisa apontou os principais temas debatidos antes e após a vigência da norma:

Tabela 12 - Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 195/2009

RN Nº 195/2009 – ANTES DA VIGÊNCIA	
INATIVOS	42%
REAJUSTE ANUAL	17%
REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	10%
RESCISÃO UNILATERAL	7%
PREVIDÊNCIA PRIVADA	5%
COMPETÊNCIA DO JUÍZO	3%
COBRANÇA	3%

RESCISÃO	3%
CONTRATO ANTERIOR À LEI	2%
COBERTURA	2%
COPARTICIPAÇÃO	1%
REMISSÃO	1%
CLÁUSULA DE REAJUSTE	1%
PORTABILIDADE	1%
MENSALIDADES DE CLUBE	1%
SEGURO DE VIDA	1%

FONTE: Elaboração Própria

Tabela 13 - Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 195/2009

RN Nº 195/2009 – APÓS DA VIGÊNCIA	
INATIVOS	44%
REAJUSTE ANUAL	30%
REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	9%
RESCISÃO UNILATERAL	5%
COMPETÊNCIA	5%
LEGITIMIDADE	2%
COMERCIALIZAÇÃO	1%
DEPENDENTES	1%
COBERTURA	1%
INDENIZAÇÃO	1%
GRATUIDADE PROCESSUAL	1%

FONTE: Elaboração Própria

A grande maioria dos julgados analisados, tanto antes e depois da vigência da norma, trata de problemas com reajuste aplicado a contrato de inativos (42%), lembrando que contratos de inativos são também contratos coletivos na modalidade empresarial. Vale aqui pontuar que o período considerando para a pesquisa dos julgados coincide com o período da alteração no contrato de empregados demitidos e aposentados de uma grande montadora de veículos na região metropolitana de São Paulo.

Como visto, o reajuste anual trata especificamente dos valores aplicados para equilíbrio do contrato diante da variação dos custos, enquanto os reajustes por alteração de faixa etária consideram a idade do beneficiário. A rescisão unilateral do contrato é um tema recorrente e que surge ao lado da temática do reajuste. Isso porque, em muitos casos, se os contratantes não concordam com a aplicação do percentual de reajuste sugerido pela operadora de planos de saúde e não há espaço para negociação, opera-se a rescisão unilateral do contrato. Em outras palavras, nesses casos, ou os contratantes aceitam o percentual recomendado ou deverão mudar de operadora.

O segundo tema mais debatido no período anterior à vigência da norma foi a aplicação de reajuste anual, em 17% dos casos, seguido pelo reajuste por alteração de faixa etária (10%) e rescisão unilateral (7%). Para os julgados analisados após a vigência na norma, novamente os reajustes aplicados a inativos aparecem em primeiro lugar, seguido por reajuste anual (30%), reajuste por alteração de faixa etária (9%) e rescisão unilateral (5%). A ordenação dos quatro temas mais debatidos é idêntica antes e depois da vigência da norma.

Dentre os julgados sobre reajuste anual, as principais temáticas são abusividade do reajuste por sinistralidade; aplicação do reajuste dos planos individuais estipulados pela ANS ao contrato coletivo; falta de clareza na cláusula de reajuste para o consumidor; e periodicidade da aplicação do reajuste. Essa análise é importante para demonstra que os subtemas trazidos para o TJSP não estão abrangidos na norma da ANS, exceto a periodicidade de aplicação do reajuste. Os demais assuntos trazidos especificamente sobre reajuste aplicam regras de proteção aos consumidores. Na falta de clareza na forma do cálculo do percentual do reajuste do contrato coletivo ou a abusividade do percentual leva os julgadores a aplicarem os percentuais estipulados para contratos individuais.

A lei de planos de saúde não determina que a ANS estipulará os reajustes para contratos individuais, sendo tratado tão somente em resolução normativa plenamente acatada por todos os tribunais. A Lei nº 9961/2000¹⁹,

trata da competência da ANS para autorizar reajustes em planos de saúde, sem especificar as modalidades de planos. A regulamentação exclusiva para o percentual dos planos individuais é uma opção do regulador, que o fez em todas as normas anteriores e fixou como regra na RN nº 171/2008⁸³, exclusivamente para os planos individuais e familiares Na RN nº 195/2009³⁵, não há qualquer tratativa similar, sendo que a obrigação das operadoras é encaminhar informações para a ANS em trinta dias contados da aplicação do reajuste.

Desta forma, os resultados indicam que a nova norma não atacou os assuntos levados ao TJSP e não mudou o cenário dos debates sobre reajustes de planos coletivos. Os assuntos que tratados nos julgados analisados são abarcados pela legislação consumerista, que afasta a aplicação da norma da ANS.

Dos julgados analisados sobre reajuste antes da vigência da norma estudada, oito casos mencionam a ANS, mas nenhum aplica as normas da agência. Para os casos que tratam de reajuste anual (com cláusula de reajuste), em 27% deles foi aplicada a Lei 9.656/98⁵, em 27% foi aplicado o contrato e em 50% foi aplicado o Código de Defesa do Consumidor. Para o cenário após a vigência da norma, dos 30 casos sobre reajuste, somente 10% mencionam a ANS em suas decisões, mas nenhum aplica qualquer norma da Agência, sendo que em todos os julgados foi aplicado o Código de Defesa do Consumidor como fundamento da decisão.

Da mesma forma como as demais análises, a título de exercício foi aplicado o “teste de aderência da RN nº 195/2009³⁵, aplicando o termo de busca “ “195/09” ANS” na pesquisa de jurisprudência do TJSP. Os resultados, indicados por ano, mostram como a norma passou a ser citada pelo tribunal. Nesse caso, não se verifica um expressivo aumento da menção da norma nos julgados, especialmente diante da importância do tema que ela abarca.

Tabela 14 - Teste de aderência da RN nº 195/2009

2010	0
2011	4
2012	24

2013	14
2014	28
2015	31

FONTE: Elaboração Própria

4.5 Pedido de cancelamento ou extensão por parte do beneficiário

O tema “cancelamento de contratos” abarca muitos assuntos, pela amplitude da expressão “cancelamento”. Para os contratos de planos de saúde, as formas de cancelamento podem ser divididas em duas modalidades: por iniciativa do contratante ou por iniciativa da operadora. Por iniciativa da operadora temos cancelamento por inadimplência, por fraude, por perda da elegibilidade ou legitimidade e o cancelamento unilateral imotivado. Por iniciativa dos contratantes, sejam pessoas naturais ou jurídicas, temos o cancelamento unilateral imotivado e o cancelamento a pedido.

A lei de planos de saúde autoriza o cancelamento do plano de saúde individual nos casos de inadimplência e fraude. Para os contratos coletivos, a regra de cancelamento por inadimplência segue a negociação contratual. Ainda há a possibilidade de exclusão do beneficiário no caso da perda da condição de dependente em relação ao titular, ou nos casos de perda de elegibilidade para o contrato coletivo (como nos casos de perda de vínculo com a entidade contratante do plano de saúde). Outra forma de cancelamento do contrato é por iniciativa do beneficiário, podendo a solicitação ser pelo cancelamento do contrato individual ou familiar ou solicitação de exclusão de contratos coletivos. A nomenclatura “solicitação de exclusão” diferencia o pedido de saída do plano coletivo pelo beneficiário do pedido de cancelamento do contrato como um todo pela pessoa jurídica contratante do plano de saúde coletivo.

O cancelamento por inadimplência é altamente questionado judicialmente, especialmente pela diferença entre as regras para contratos individuais, previstas na legislação, e contratos coletivos, previstas em contrato. Por não haver norma da ANS que trate especificamente das regras

de cancelamento por inadimplência, esse enfoque de cancelamento não faria sentido para os objetivos da pesquisa.

Já para os cancelamentos a pedido do beneficiário, seja em contratos coletivos ou individuais, foram recentemente regulados pela ANS. A proposta para criação do normativo teve como fundamento a Recomendação PR/RJ/CG Nº 05/2014⁸⁴, do Ministério Público Federal (MPF). O órgão relata que os beneficiários estariam recorrentemente enfrentando dificuldades junto às operadoras de planos de saúde para o cancelamento de seus planos, seja na modalidade individual ou coletiva, com exigências de cumprimentos de prazos e cobranças de mensalidades após a apresentação do pedido dos consumidores, conduta que, na visão do Ministério Público, contraria a legislação vigente e mereceria regulamentação específica da ANS.

A análise de Impacto Regulatório sobre o tema disponível do sítio eletrônico da ANS (documentos relativos à Reunião nº 454⁸⁵, da Reunião da Diretoria Colegiada realizada em 19.10.2016) traz a informação sobre a recomendação do Ministério Público Federal (MPF) e sobre a existência de previsão no Código de Defesa do Consumidor relativa ao mesmo tema. Seguindo a recomendação do MPF, deliberou-se pela normatização do tema. Para tanto, foi aberta Câmara Técnica para participação da sociedade civil nos debates antes da elaboração da norma. Após a conclusão dos trabalhos da Câmara, o tema não foi submetido à consulta pública e foi publicada a RN nº 412/2016⁷⁰.

Para a pesquisa de julgados, usando como referência a RN nº 412/2016⁷⁰, foram utilizados os termos de busca: "PLANO DE SAÚDE" CANCELAMENTO. A busca por termos como "pedido de cancelamento" ou "pedido de exclusão", trazidos pela própria pela norma, não apresentava resultados. A utilização do termo "exclusão" trouxe como resultados um grande número de decisões sobre procedimentos que estão excluídos do rol de eventos e procedimentos, o que não interessava a esse estudo. A utilização do termo "pedido" na busca apresentou em sua grande maioria decisões sobre questões processuais, o que também foge do objeto do

estudo. Justifica-se assim os termos empregados para a busca de julgados que estavam de acordo com os objetos do presente trabalho.

Considerando a vigência em 10 de abril de 2017 art. 28 da RN nº 412/2016⁷⁰, como período para análise dos julgados, no campo “data do julgamento”, aplicou-se o período de 10/05/2015 a 09/05/2016; e para o período após a vigência aplicou-se 10/05/2016 a 09/05/2017. Uma busca genérica na busca do TJSP, na pesquisa livre com o termo "resolução normativa nº 412/2016⁷⁰" são localizados 4 julgados. Com o termo "412/2016⁷⁰" foram localizados 16 julgados ao todo. As buscas foram realizadas em junho de 2020.

O resultado da busca apresentou os temas mais debatidos nos julgados em cada período.

Tabela 15 - Temas debatidos nos julgados antes da vigência da RN nº 412/2016

RN Nº 412/2016 – ANTES DA VIGÊNCIA	
INADIMPLÊNCIA	45%
RESCISÃO UNILATERAL	14%
INATIVOS	12%
PEDIDO DE CANCELAMENTO	7%
COBERTURA	4%
MULTA CANCELAMENTO	3%
EXCLUSÃO	3%
CANCELAMENTO	3%
RESCISÃO – LIQUIDAÇÃO	3%
COBRANÇA	2%
REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	2%
PROCESSUAL	1%
CARÊNCIA	1%

FONTE: Elaboração Própria

Tabela 16 - Temas debatidos nos julgados após a vigência da RN nº 412/2016

RN Nº 412/2016 – DEPOIS DA VIGÊNCIA	
INADIMPLÊNCIA	54%
RESCISÃO UNILATERAL	12%
PEDIDO DE CANCELAMENTO	11%
INATIVOS	6%

REMISSÃO	5%
COBERTURA	3%
EXCLUSÃO	2%
COBRANÇA	2%
PROCESSUAL	1%
REAJUSTE	1%
DANO MORAL	1%
CRENCIAMENTO	1%
PREEXISTÊNCIA	1%

FONTE: Elaboração Própria

A temática de cancelamentos em razão de inadimplência manteve-se em maior número antes da vigência da norma, seguidos por rescisão unilateral, problemas com cancelamento de beneficiários em planos de saúde para inativos e somente em quarto lugar a temática sobre pedido de cancelamento por iniciativa do usuário. Após a vigência da RN nº 412/2016⁷⁰, o cenário verificado sobre temas debatidos mostra que inadimplência e rescisão unilateral ainda foram os temas mais debatidos dentro de cancelamento. O cancelamento do contrato a pedido do beneficiário representou 11%, seguido por cancelamentos relacionados a contratos de beneficiários inativos.

Pelos assuntos debatidos nos julgados relacionados ao tema da normativa “pedido de cancelamento” após a vigência da norma (11 casos), 36% questionam cobranças de mensalidades após o cancelamento, em 18% o consumidor não consegue comprovar que apresentou o pedido de cancelamento (legitimando as cobranças), 27% tratam da validade da regra do contrato para pedido de cancelamento, não admitindo o cancelamento imediato, 9% trata de depósito judicial de mensalidades após pedido de cancelamento e 9% trata do direito de arrependimento do consumidor em relação ao pedido de cancelamento apresentado. Todos esses assuntos foram abordados na RN nº 412/2016⁷⁰.

Analisando os dois cenários, os temas debatidos não se alteraram antes e depois da norma. Inclusive, é possível identificar que a temática da norma trazida pela ANS não era o principal tema discutido no Judiciário referente a

cancelamento de contratos. Inclusive, os cancelamentos por inadimplência e por rescisão unilateral de contrato não possuem normas específicos expedidos pela ANS e são assunto que, pelo grande percentual de demandas, são pontos a serem melhorados. A temática da RN nº 412/2016⁷⁰, representava 7% dos casos debatidos no Judiciário antes de sua elaboração, e após sua vigência não houve alteração significativa, sendo ainda motivo de discussão em 11% dos casos no TJSP. No entanto, vale lembrar que a edição da norma foi uma sugestão do Ministério Público Federal e tal tema não estava nas linhas da agência para o ano de 2016. Porém, é interessante verificar que a recomendação do MPF surte efeito na ANS, especialmente pelo acordo de cooperação entre os dois órgãos, podendo representar um canal importante para medidas relevantes para o mercado de saúde suplementar. Estudos posteriores poderiam identificar porque as demandas sobre cancelamento a pedido chegaram ao conhecimento do MPF, mesmo representando 7% das demandas no período analisado, mas as demandas sobre cancelamento por inadimplência passaram despercebidas, mesmo representando metade dos julgados analisados.

Referente à legislação aplicada para solução das demandas, para os casos identificados sobre pedido de cancelamento antes da vigência da norma em análise, em 57% foram aplicadas as regras da Lei de Planos de Saúde, em 28% o Código de Defesa do Consumidor Lei nº 8.078/1990⁸⁶ e em 14% aplicou-se a própria regra contratual. Em 14% dos julgados é mencionada a ANS, para informar que o prazo de notificação prévia não foi respeitado e que o beneficiário tem a possibilidade de desistir do cancelamento por ele solicitado.

Após a vigência da RN nº 412/2016⁷⁰, nenhum julgado sobre pedido de cancelamento por parte do beneficiário aplicou a norma da ANS. Para 36% deles foi aplicada a regra contratual e 36% quatro foi aplicado o CDC. Para 18% deles foi aplicada a regra do Código Civil para resilição e 9% aplicaram o regramento sobre SAC, o Decreto nº 6.523/2008⁸⁷.

A título de análise da aderência da norma no TJSP, foi realizada a pesquisa por ano com o termo de busca “ “412/16” ANS” e os resultados

mostraram baixa aderência da norma, pouco mencionada nos julgados mesmo após quatro anos de sua vigência.

Tabela 17 - Teste de aderência da RN nº 412/2016

2017 - 1
2018 - 2
2019 - 5
2020 – 1 (até 20/06/2020)

FONTE: Elaboração Própria

4.6 Outros temas relevantes analisados

4.6.1 Planejamento familiar - RN nº 192/2009

No projeto de pesquisa, um dos temas que foi colocado como proposta para análise foi “planejamento familiar”, regulamentado pela ANS pela RN nº 192/2009⁸⁸. Esse tema ganhou relevância recentemente, diante das discussões judiciais sobre cobertura da fertilização in vitro.

Contudo, a pesquisa por julgados no TJSP não apresentou resultados relevantes. Os termos de busca utilizados foram “ “plano de saúde” planejamento familiar”. Mesmo com a norma tendo sido publicada em 2009, o primeiro julgado identificado sobre o tema é de 2015, não preenchendo os requisitos temporais da pesquisa. Ao todo, sem limitador de período, foi localizado um total de 186 julgados e 5 menções à expressão “192/09 ANS”

The screenshot displays the 'Consulta Completa' (Full Search) interface on the TJSP website. The search criteria include:

- Assunto:** PLANO DE SAÚDE - PLANEJAMENTO FAMILIAR
- Classe:** Apelação Civil
- Comarca:** São Paulo
- Orgão Julgador:** 4ª Câmara de Direito Privado
- Data de julgamento:** 24/09/2015
- Data de publicação:** 29/09/2015
- Origem:** 2ª Instância
- Fonte:** Acórdãos

The results list shows three entries:

- 181 -** 1010498-43.2015.8.26.0100 (18 ocorrências encontradas no inteiro teor do documento). Classe/Assunto: Apelação Civil / Planos de Saúde. Relator(a): Herculano de Godoy. Comarca: São Paulo. Orgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado. Data de julgamento: 24/09/2015. Data de publicação: 29/09/2015. Enunciado: FCBs com incidência cumulada com pedido de indenização por danos morais e materiais. Plano de saúde coletivo por adesão. Fertilização in vitro. Recusa de cobertura. Autora portadora de infertilidade primária. Patologia listada na Classificação Estatística Internacional de Doenças. Cobertura devida (art. 10, caput, de Lei n. 9.456/98). Intelecto do art. 35-C, inciso III, de Lei n. 9.
- 182 -** 1004019-99.2015.8.26.0114 (14 ocorrências encontradas no inteiro teor do documento). Classe/Assunto: Apelação Civil / Planos de Saúde. Relator(a): Luiz Antônio de Godoy. Comarca: Campinas. Orgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado. Data de julgamento: 04/08/2015. Data de publicação: 06/08/2015. Enunciado: PLANO DE SAÚDE - Autora portadora de endometriose - Pretensão a que seja submetida à fertilização "in vitro" para tratamento da infertilidade - Recusa de cobertura contratual - Alegação de observância do art. 10, III, da Lei n.º 9.656/98 - Dispositivo que exclui das coberturas mínimas a serem observadas pelo plano-referência de assistência à saúde a inseminação artificial - Técnica.
- 183 -** 0013087-34.2012.8.26.0562 (6 ocorrências encontradas no inteiro teor do documento). Classe/Assunto: Apelação Civil / Planos de Saúde. Relator(a): Elcio Trigo. Comarca: Santos. Orgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado. Data de julgamento: 03/02/2015. Data de publicação: 04/02/2015. Enunciado: PLANO DE SAÚDE - Eclusão contratual da fertilização in vitro - Abusividade - Violação à Lei nº 9.656/98, que expressamente estabelece a obrigatoriedade de cobertura do atendimento nos casos de planejamento familiar - Patologia, ademais, prevista na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - P.

The sidebar on the right lists 'Termos mais frequentes' (Most frequent terms) including: familiar, plano, planejamento, cobertura, saúde, plano de saúde, contrato, recurso, atendimento, infertilidade, saúde.

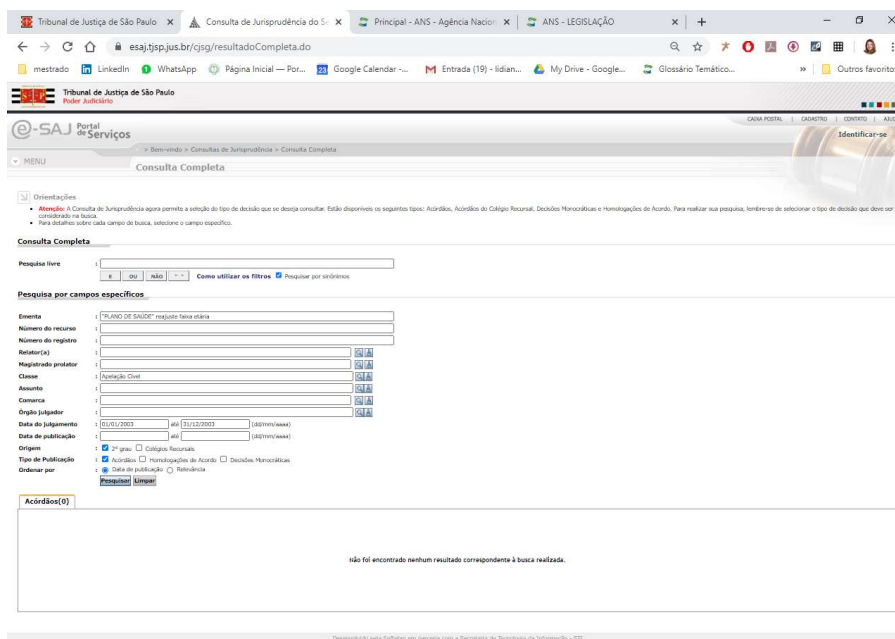
FONTE: www.tjsp.com.br

Figura 3 - Resultados do TJSP para RN nº 192/2009

Por tais motivos, a temática do planejamento familiar deixou de ser abordada no presente trabalho.

4.6.2 Reajuste por alteração de faixa etária – RN nº 63/2003

O tema do reajuste por alteração de faixa etária foi identificado por Robba², em 2017 como um dos mais debatidos no TJSP. Contudo, aplicando os critérios metodológicos para a presente pesquisa, especialmente na limitação temporal da pesquisa, não foram obtidos resultados no período. A normativa RN nº 63/2003⁸⁹, que regulamenta o tema teve vigência em 01 de janeiro de 2004. Segue a transcrição da página de pesquisa de jurisprudência que confirma não haver qualquer resultado para o tema em análise, razão pela qual o tema não foi utilizado no presente trabalho.



FONTE: www.tjsp.com.br

Figura 4 - Resultados do TJSP para RN nº 63/2003

A título de exercício, foi realizado o teste de aderência da RN nº 63/2003⁸⁹, (vigente em 01/01/2004). Os resultados obtidos foram indicados por ano:

Tabela 18 - Teste de aderência da RN nº 63/2003

Sem período – 2004
2004 a 2007 – 0
2008 – 5
2009 – 4
2010 – 3
2011 – 21
2012 – 56
2013 – 44

FONTE: Elaboração Própria

Isso demonstra que os resultados para o tema, de acordo com os critérios metodológicos alinhados para a pesquisa, passam a ser relevantes a partir de 2008, quatro anos após a vigência da norma expedida pela ANS. Isso

não significa que o tema não era debatido no TJSP, pois como se sabe, o Estatuto do Idoso é contemporâneo à norma da ANS e delibera sobre o mesmo tema.

Em resumo, para todas as temáticas, os resultados mais relevantes foram:

Tabela 19 - Resultados obtidos esquematizados

	195/2009	279/2011	412/2016	428/2017
A RN TROUXE O TEMA DEBATIDO NAS DECISÕES?	Em parte	Sim, apesar da lei prever	Em parte	Não
AS DECISÕES PASSARAM A APLICAR A RN APÓS SUA VIGÊNCIA?	Não	Não	Não	Não
PARA OS CASOS ANALISADOS, HÁ NORMA DA ANS APLICÁVEL?	Sim	Sim	Sim	Sim
PRINCIPAIS TEMAS DEBATIDOS ANTES DA NORMA	1) inativos; 2) reajuste anual; 3) reajuste faixa etária; 4) rescisão unilateral	1) manutenção de aposentado demitido; 2) manutenção por custeio exclusivo; 3) plano de inativos com condições diferentes; 4) coparticipação como contribuição.	1) Cancelamento por Inadimplência; 2) rescisão unilateral; 3) cancelamento de inativos; 4) cancelamento a pedido do beneficiário	1) terapia ABA; 2) ranibizumabe; 3) Pet-CT; 4) TAVI
PRINCIPAIS TEMAS DEBATIDOS DEPOIS DA NORMA	1) inativos; 2) reajuste anual; 3) reajuste faixa etária; 4) rescisão unilateral	1) aposentado que continua trabalhando; 2) planos de inativos com condições diferentes;	1) Cancelamento por Inadimplência; 2) rescisão unilateral; 3) cancelamento de inativos;	1) terapia ABA; 2) reparadora bariátrica; 3) fertilização in vitro; 4) IMRT

	3) contribuição; 4) valor da mensalidade de inativos.	4) cancelamento a pedido do beneficiário
--	--	--

FONTE: Elaboração Própria

4.7 Resultado da pesquisa qualitativa

Apresentados os resultados da pesquisa quantitativa sobre ações judiciais que tratam dos temas de planos de saúde, passa-se a tratar da análise qualitativa de ações que discutem a aplicação das normas da ANS.

Partindo da pergunta proposta por Aith^{90, 12}, em 2019 e com base nos resultados da pesquisa quantitativa apresentada, a preocupação é confirmar se a linha das decisões judiciais em demandas individuais é a mesma para as demandas com efeito coletivo. A opção por uma análise qualitativa se justifica pelo fato do menor número de ações de caráter coletivo sobre planos de saúde que discutam a aplicação das normas da ANS.

4.7.1 Justificativa metodológica

Respeitando as premissas metodológicas já expostas, para eleição dos casos, o primeiro critério foi a escolha dos temas. Seguindo a mesma linha adotado para a pesquisa quantitativa, foi utilizada a referência dos temas indicados como mais debatidos para planos privados de assistência em saúde. Lembrando que os temas apontados pela pesquisa foram: cobertura, aposentados e demitidos, reajuste de mensalidade, cancelamento de contrato e descredenciamento.

Delimitados os temas, a escolha dos casos passou por dois critérios: (1) ações contra a ANS questionando a aplicação ou validade de resolução

¹² “Neste contexto, o litígio pela saúde e a participação dos tribunais cria um ambiente que possibilita uma discussão democrática mais rica, resultando normalmente em algum tipo de melhoria do regulamento da saúde e sua eficácia. A questão é se o mesmo pode ser dito sobre o litígio indireto pelo direito à saúde.” p. 215. Disponível em <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/17700/O-judiciario-e-o-estado-regulador.pdf>>. Acesso em 12.07.2020.

normativa; ou (2) ação com natureza coletiva ou efeito coletivo que tenha como objeto o afastamento de ato normativo publicado pela ANS. Considerando os parâmetros estabelecidos, não foram identificadas ações sobre o tema descredenciamento. Para cada um dos demais temas, as ações eleitas estão a seguir enumeradas.

4.7.2 Cobertura

Para esse tema foram indicadas duas ações:

- (i) Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 532⁹¹, ajuizada pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil para questionar a constitucionalidade da RN nº 433/2018⁹², que trazia nova disciplina aos mecanismos financeiros de regulação, especialmente franquias e coparticipação para planos de saúde.

A escolha dessa demanda se deu por preencher os critérios indicados e pelo fato de o tema ter passado por intenso debate com participação da sociedade civil na ANS. Ainda assim, a validade da norma foi judicializada e, após a decisão liminar, a ANS optou por revogar o texto. Até o momento não há definição sobre o tema.

Os mecanismos de regulação nos planos privados de assistência à saúde podem ser financeiros e assistenciais. Os assistenciais referem-se ao atendimento assistencial do plano de saúde, ao acesso do serviço de saúde, podendo a regulação se dar por direcionamento para determinados prestadores ou obrigatoriedade de consulta prévia para acesso a determinado procedimento. Já os financeiros referem-se ao custeio do plano de saúde, em que o beneficiário é chamado a participar do pagamento quando utiliza efetivamente o serviço, por meio de franquias ou coparticipação.

Em todas as modalidades, o contrato pode conter a participação obrigatória do beneficiário nas despesas. Isso resulta na diminuição da responsabilidade das operadoras de planos de saúde quanto ao pagamento do custo. A aplicação tanto da franquia como da coparticipação no ramo segurador aproxima o segurado do processo decisório dos gastos,

especialmente nos casos de saúde. A crítica da aplicação de tais institutos ao ramo da saúde reside na possibilidade de os beneficiários deixarem de utilizar as coberturas do plano de saúde por falta de possibilidade de custeio dos mecanismos de regulação, prejudicando seu quadro clínico. A norma proposta previa mecanismos de isenção para procedimentos relacionados a prevenção de doenças.

Um dos principais problemas que atingem os planos de saúde é a assimetria de informação, pois há uma dificuldade em obter conhecimento sobre os valores das contas médicas, seja por parte do ente responsável pelo pagamento, seja pelo próprio beneficiário que se utiliza do serviço. Sem o conhecimento do efetivo custo dos serviços disponíveis, há grande risco moral incidente na relação contratual, dificultando o gerenciamento dos impactos do contrato. Os mecanismos de regulação são aplicados para tentar controlar o risco moral, na medida em que procuram controlar a utilização dos serviços e, com isso, as contas médicas das carteiras.

Atualmente, a sistemática jurídica vigente para Mecanismos Financeiros de Regulação em planos privados de assistência à saúde é a Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998⁹⁴, anterior à vigência da lei de planos de saúde e da criação da ANS. A franquia e a coparticipação já tinham sido trazidas pela Lei de Planos de Saúde como tema obrigatório dos contratos (art. 16, inciso VIII), mas sem qualquer definição quanto a seu conteúdo e sua aplicação.

Mesmo com a Resolução CONSU nº 8⁹⁴, o cenário atual da regulação é de incertezas, pois não há uma definição dos institutos que traga segurança jurídica para sua aplicação aos contratos de planos de saúde. A norma vigente traz inseguros conceitos subjetivos como vedação a “fator restritor severo” da utilização do plano de saúde, abrindo espaço tão somente para discussão sobre os percentuais aplicáveis, sem representar qualquer melhoria para controle do risco moral. Outro ponto importante é a falta de limitador da exposição de risco do beneficiário, sendo que não há qualquer previsão sobre o teto de gastos mensal e anual. A indefinição das regras gera abusos por parte de algumas operadoras de planos de saúde que utilizam os valores

pagos a título de coparticipação para maximizar seus lucros, ao invés de trazer o beneficiário para conhecer os efetivos custos do benefício.

Após as análises dos assessores técnicos, a proposta e nova resolução da ANS não acatou a sugestão de definir os mecanismos financeiros como instrumento de cofinanciamento pelo beneficiário. O regulador preocupou-se com o risco da falta de pagamento dos valores referentes ao percentual de coparticipação ou franquias ensejar o cancelamento do plano de saúde por inadimplência, em um cenário ainda mais desastroso. A opção da ANS foi pela definição do instituto como mitigador do risco moral. Conceito econômico, o risco moral está atrelado à assimetria de informação, em que uma das partes da transação econômica possui maiores informações que a outra. Caso os interesses das partes não estejam alinhados, uma delas poderá agir inapropriadamente, em prejuízo do equilíbrio da relação contratual.

A alteração das regras de mecanismos de regulação pode representar impacto no valor das contraprestações mensais dos planos de saúde, esperando-se a redução diante da obrigatoriedade de participação do beneficiário no custeio dos procedimentos a serem utilizados. E com isso, espera-se também a redução da sinistralidade dos planos de saúde, com redução dos percentuais de reajuste anual. Por outro lado, os críticos à proposta da ANS afirmam que a redução dos preços das mensalidades é ilusória e os beneficiários, receosos pelos valores de coparticipação e franquias, poderão deixar de realizar procedimentos e piorar seu quadro de saúde, o que também impactará nos gastos do Sistema Único de Saúde.

Os mecanismos financeiros de regulação, como já demonstrado, foram regulados no âmbito da saúde suplementar em 1998. O mercado evoluiu e não houve qualquer alteração das regras aplicáveis, mas somente algumas manifestações esporádicas da ANS e inúmeras decisões judiciais sobre o tema.

Em resumo, o tema Mecanismos Financeiros de Regulação é debatido na ANS desde 2005, já tendo sido objeto de duas Consultas Públicas, nos anos de 2006 e 2017, uma Câmara Técnica no ano de 2012, um Grupo de

Trabalho em 2015 e um Grupo Técnico reunido em julho de 2016 que propôs a redação final da RN nº 433/18⁹².

A retomada dos debates na ANS sobre mecanismos de regulação coincidiu com um cenário de crise internacional que impactou diretamente nos planos de saúde. Como já exposto, o mercado de planos de saúde se compõe atualmente em sua maioria por contratações na modalidade coletiva. O primeiro impacto da crise econômica foi o aumento do número de demissões e, conseqüentemente, a redução do número de beneficiários nos planos custeados pelas empresas. O número de brasileiros com acesso aos planos de saúde caiu ,8 milhões, partindo de 50,4 milhões em dezembro de 2014 para 47,6 milhões em janeiro de 2017, segundo os dados divulgados pela ANS. A redução do número de beneficiários não impacta somente no retorno financeiro representado pelo pagamento das contraprestações. A saída de beneficiários na meia idade com quadro de saúde estável impacta no mutualismo da carteira de cada operadora, em que os beneficiários que apresentam menor índice de utilização dos serviços, normalmente jovens e pessoas saudáveis, compensam os custos daqueles beneficiários com alto índice de utilização. Por isso, a saída de beneficiários impacta severamente os resultados das carteiras de planos de saúde.

A retomada dos debates no âmbito da ANS em 2016 foi cercada de muitas polêmicas. Por um lado, aqueles que criticavam seu conteúdo, indicavam que as mensalidades de planos de saúde seriam aumentadas indiretamente pela aplicação dos mecanismos financeiros de regulação, prejudicando os usuários no momento quando mais precisavam dos serviços contratados. Já os defensores da proposta colocada pela ANS destacavam o cenário de incertezas trazido pela Resolução CONSU nº 8⁹⁴, e as vantagens que a RN nº 433/2018⁹², se propunha, como a isenção de aplicação a procedimentos de prevenção e relacionados a doenças crônicas, a criação dos simuladores, e a fixação dos limites de exposição mensal e anual para os usuários, medidas essas que traziam maiores garantias para o mercado.

Publicada em junho de 2018, a Resolução Normativa nº 433/2018⁹², já nascia de um cenário conturbado. Foram muitas as reações negativas, com

duras críticas à ação da ANS. Na defesa dos interesses dos consumidores, o Instituto de Defesa do Consumidor (“IDEC”) firmou-se contra a publicação da norma, inclusive renunciando a sua cadeira na CAMSS, órgão deliberativo da ANS com participação de todos os agentes do mercado de saúde suplementar.

Por estratégia ou infelicidade, a norma foi publicada em data próxima à divulgação do percentual máximo para reajustes dos planos de saúde individuais e familiares. O reajuste foi inclusive questionado judicialmente. O custeio dos planos de saúde passou a ser um dos assuntos mais debatidos na mídia. Inclusive, os senadores Lindbergh Farias (PT-RJ) e Marta Suplicy (MDB-SP) convocaram audiências públicas no Senado sobre reajustes e mecanismos financeiros de regulação.

Menos de quinze dias depois da publicação da RN nº 433/018⁹², em 13 de julho de 2018, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (“CFOAB”) ajuizou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (“ADPF”) nº 532⁹¹, contra a referida norma, sendo distribuída para o Relator Ministro Celso de Mello. A cautelar foi deferida em 16 de julho de 2018, durante o Plantão do Supremo Tribunal Federal, pela Presidente Ministra Carmen Lúcia. A alegação de urgência foi acatada pela Ministra mesmo com a vigência somente após seis meses da publicação.

Discutível o senso de oportunidade da Ministra ao decidir durante o Plantão do STF, sem deixar a decisão ao Ministro Relator, pelo fato de no dia seguinte o Ministro Celso de Melo ter assumido o Plantão do STF, já que a Carmen Lúcia passou a exercer a Presidência da República no dia 17, em razão de viagem do Presidente Michel Temer.

Em 30 de julho 2018, na 490^a Reunião da Diretoria Colegiada da ANS, por provocação do Diretor de Desenvolvimento Setorial, no exercício do poder de autotutela administrativa, os Diretores deliberaram pela revogação do ato administrativo que aprovou a RN nº 433/2018⁹², com a promessa de convocação de nova audiência pública para debate do conteúdo da norma.

Em outras palavras, a norma que viria para reduzir o risco moral, acabou revelando a enorme assimetria de informações que permeia esse setor,

mesmo após de muitos debates sobre a matéria. As ações desencadeadas no processo revelam que a formação da vontade dos órgãos governamentais é bastante delicada e ainda que haja debate, eles são muito sensíveis e de com dificuldades em agregar todos os interesses da população. Até a publicação deste trabalho a nova norma encontrava-se revogada por decisão da ANS, criando um cenário de incertezas quanto ao seu conteúdo.

Analisando os resultados da pesquisa quantitativa da temática cobertura, verifica-se que os temas mais debatidos nas demandas judiciais individualizadas já possuíam algum tipo de regulação por parte da ANS e questionava-se a ampliação das determinações da ANS para outras hipóteses. No entanto, tais reclamos da sociedade não foram considerados pelo regulador para o desenho da norma.

Tendo em vista que coparticipação é um mecanismo de regular o acesso, a temática está relacionada à cobertura. E na análise da demanda verifica-se que o cenário é exatamente o mesmo: a regulação da ANS foi vista como forma de limitador de acesso, pois o emprego da coparticipação cria obrigações de custeio pelo beneficiário.

A presente decisão, inserida no contexto exposto, demonstra que tanto na demanda com caráter coletivo como nas demandas individualizadas, as decisões da ANS tendem a ser desconsideradas. Poder-se-ia cogitar, pelo resultado da pesquisa quantitativa, que a ANS não considera a participação da sociedade civil nas suas produções normativas, e por isso o Judiciário desconsidera as normas. No entanto, o que se vê nesta demanda em análise não confirma esse ponto, pois houve a participação intensa da sociedade civil para a produção normativa que ainda assim foi afastada pelo Judiciário. Uma das conclusões possíveis seria que o Judiciário questiona inclusive a qualidade da participação popular na ANS, que seria um instituto viciado pela participação de somente uma parte do mercado de saúde suplementar.

A seguir o relatório elaborado pela análise da demanda.

ÓRGÃO JULGADOR	STF
NÚMERO	ADPF 532
AUTOR	CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – CFOAB
RÉU	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS
ASSUNTO	DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO SERVIÇOS SAÚDE DIREITO DO CONSUMIDOR CONTRATOS DE CONSUMO PLANOS DE SAÚDE
DATA DE PROTOCOLO	13/07/2018
ORIGEM	STF
DECISÃO LIMINAR	DEFERIDA, PARA SUSPENDER A NORMATIVA. PELA PRESIDENTE CARMEM LUCIA, EM RAZÃO DO RECESSO
CONTEÚDO DA LIMINAR	MEDIDA CAUTELAR NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. RESOLUÇÃO N. 433/2018 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA. DIREITO À SAÚDE. EXCEPCIONAL CONDIÇÃO DE INSEGURANÇA DOS USUÁRIOS DO SISTEMA. CAUTELAR DEFERIDA. MEDIDAS PROCESSUAIS
SENTENÇA	PREJUDICADA – NORMATIVA REVOGADA PELA ANS
PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE	SIM, PEDIDO DEFERIDO DE SINTSAÚDE RJ. NÃO CHEGOU A HAVER MANIFESTAÇÃO, POIS A AÇÃO FOI JULGADA PREJUDICAIDA.
PRINCIPAIS PONTOS DA INICIAL	(1) INCOMPATIBILIDADE DA RN 433 COM A CONSTITUIÇÃO; (2) INCOMPETÊNCIA DA ANS PARA TRATAR DO TEMA, E A RN LESIONARIA A SEPARAÇÃO DOS PODERES; (3) LESÃO A SEPARAÇÃO DOS PODERES, PRINCÍPIO DA LEGALIDADE E DEVIDO PROCESSO LEGISLATIVO
MANIFESTAÇÃO DA ANS	NÃO HOUVE MANIFESTAÇÃO DA ANS NOS AUTOS
PROCESSO ADMINISTRATIVO	SIM, CONSULTA PÚBLICA Nº 60
DECISÃO FINAL	NÃO HOUVE DECISÃO, MAS O PEDIDO INICIAL FOI RESOLVIDO COM A REVOGAÇÃO DA NORMATIVA
STATUS ATUAL	ARQUIVADO
CONSULTA PÚBLICA	1.139 CONTRIBUIÇÕES COLHIDAS NA CONSULTA PÚBLICA Nº 60, 42% VIERAM DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE. OCORRIDA ENTRE 31/03/2017 A 02/05/2017.
CONTEXTO POLÍTICO	FINAL DO MANDATO DE CARMEN LÚCIA COMO PRESIDENTE DO TSF E ELEIÇÕES PARA O CONSELHO DO CFOAB
SITUAÇÃO NORMATIVA E PROBLEMAS VERIFICADOS	(1) INDEFINIÇÃO DE NATUREZA DA NORMA, CAUSANDO ABUSOS DAS OPERADORAS PARA MAXIMIZAR LUCROS; (2) POSSIBILIDADE DE AUMENTO DA OFERTA DE PLANOS CONFORME PERFIL DO CONSUMIDOR; (3) POSSIBILIDADE DE UTILIZAR A COPARTICIPAÇÃO COMO MITIGADOR DO RISCO MORAL DO CONTRATO; (4) NORMATIZAÇÃO TEM MAIS DE 20 ANOS E O SETOR EXPERIMENTA COMPLEXIDADE QUE A NORMATIVA VIGENTE NÃO ATENDE.
MOTIVO DE ANS TENTAR REGULAR	A ANS BUSCAVA REGULAR O TEMA NA ÉPOCA EM RAZÃO DA REGULAÇÃO APARENTEMENTE INCOMPLETA QUE A CONSU TRAZIA PARA O TEMA. ORGANIZOU CÂMARA TÉCNICA E CONSULTA PÚBLICA SOBRE O TEMA, PARA PUBLICAR UMA NORMATIVA QUE PUDESSE REGULAR ACESSO, MAS SEM IMPEDI-LO. O

	NORMATIVO PROPOSTO TRAZIA ISENÇÃO DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS E PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTOS PREVENTIVOS.
OUTROS PONTOS IMPORTANTES	A AÇÃO FOI AJUIZADA ANTES DA VIGÊNCIA DA RN, COM 6 MESES DE ANTECEDÊNCIA DA VIGÊNCIA. NÃO HAVIA EMINENTE URGÊNCIA, POIS HAVIA UM PRAZO PARA O MERCADO SE ADAPTAR. AINDA ASSIM, NAS VÉSPERAS DA ELEIÇÃO PARA O CFOAB, A ENTIDADE INGRESSOU COM A AÇÃO COM PEDIDO LIMINAR. ERA O ÚLTIMO DIA DO MANDATO DA MINISTRA CARMEN LÚCIA, QUE CONCEDEU LIMINARMENTE E PROLATOU DECISÃO UTILIZANDO ARGUMENTOS NÃO JURÍDICOS, MAS DE APELO PÚBLICO. LOGO EM SEGUIDA A ANS REVOGOU A RN E A DEMANDA FOI JULGADA PREJUDICADA. A ANS OPTOU PELA CONCORDÂNCIA COM O PEDIDO DA OAB, AO INVÉS DE DEMONSTRAR A VIABILIDADE DA NORMATIVA.

FONTE: Elaboração Própria

- (ii) Recurso Especial nº 1733013/PR³. Algumas explicações iniciais sobre a escolha dessa demanda, pois apesar de ela não preencher os requisitos estabelecidos para a pesquisa, esse recurso merece destaque por ter contado com a participação de diversas entidades do setor na condição de *amicus curiae* após a convocação do Ministro Relator.

Trata-se de ação individual, que chegou ao STJ pelo recurso da operadora de planos de saúde. A ação discutia a cobertura de procedimento que não está incluído no rol de eventos e procedimentos editado pela ANS. Esse julgamento teve grande repercussão no setor de saúde suplementar em 2019.

Na demanda, o pleito do beneficiário era pela cobertura de procedimento denominado cifoplastia, não coberto pelo rol. A operadora de planos de saúde negou a cobertura e ofereceu um procedimento equivalente, verteroplastia, que possui cobertura e demonstrou que o procedimento coberto tinha menor risco. A liminar foi deferida para cobertura do procedimento e a sentença confirmou a obrigatoriedade de cobertura do procedimento indicado pelo médico assistente. A principal tese defendia que o rol de procedimentos e eventos da ANS é meramente exemplificativo e, por isso, a cobertura indicada pelo médico deveria ser garantida. No Tribunal de Justiça a decisão foi revertida, desobrigando a cobertura pela operadora.

Para questionar a taxatividade do rol foi apresentado o recurso especial e, quando recebido pelo relator, inúmeras entidades foram convocadas a se manifestar e, por isso, a demanda ganhou relevância. Pela primeira vez todas as entidades expressivas para o mercado de saúde suplementar estariam expondo seus argumentos em prol da taxatividade ou não do rol de eventos e procedimentos da ANS. Dentro todas as entidades defendendo previsivelmente seus pontos de vista originais, ganha destaque a posição da Secretaria Nacional do Consumidor (“Senacon”), vinculada ao Ministério da Justiça. Em sua manifestação, a Senacon defendeu a taxatividade do rol, utilizando-se de argumentos relacionados ao direito econômico, especialmente a previsibilidade de custos para as operadoras. E o voto do relator foi exatamente nesse sentido, mantendo a decisão do Tribunal e desobrigando a operadora pela cobertura do procedimento não coberto do rol, especialmente por ter indicado procedimento equivalente e coberto pela lista da ANS.

Diferente do observado nas demandas individuais analisadas na pesquisa quantitativa, a presente demanda reafirma a competência da ANS para limitar as coberturas definidas pelo rol de procedimentos e eventos. Inclusive, essa decisão vai contra a posição das demais Câmaras do STJ. O relator do Recurso Especial requereu a intervenção da sociedade, porém não afetou o recurso para efeitos coletivos ou como recurso repetitivo, como lhe autoriza a lei processual. Por isso, a decisão gera efeitos tão somente entre as partes daquele processo e cria um importante precedente.

A decisão em contrário da posição habitual da Corte cria uma insegurança jurídica no mercado, pois em que pese a decisão na demanda em análise, ela não possui efeitos para os demais processos, a não ser criação de uma posição divergente.

Para este trabalho, a relevância da decisão, além da participação da sociedade civil, é representar um contraponto nas conclusões obtidas pela pesquisa quantitativa. Analisando um caso que ganhou destaque e conhecimento geral, a decisão foi pela confirmação da competência da ANS, garantindo-se a aplicação da resolução normativa vigente sobre as coberturas mínimas de cobertura obrigatória.

A seguir, o relatório sobre a demanda analisada.

Tabela 21 - Questionário aplicado ao RESP 1733013

ÓRGÃO JULGADOR	STJ – 4ª TURMA – RELATOR MIN. LUIS FELIPE SALOMÃO
NÚMERO	RESP 1733013 - 0054607-85.2013.8.16.0001
AUTOR	VICTORIA TEIXEIRA BIANCONI
RÉU	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ASSUNTO	COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE EDITADO PELA ANS
DATA DE PROTOCOLO	06/04/2018 (RESP)
ORIGEM	TJPR
DECISÃO LIMINAR	CONCEDIDA
CONTEÚDO DA LIMINAR	CONCEDIDA TUTELA ANTECIPADA PARA LIBERAR TRATAMENTO INDICADO PELO MÉDICO, SOB PENA DE MULTA DIÁRIA
SENTENÇA	JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE A AÇÃO, PARA CONFIRMAR A TUTELA ANTECIPADA E CONDENAR A OPERADORA A DEFINITIVAMENTE LIBERAR A REALIZAÇÃO DA CIFOPLASTIA E DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS.
PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE	DIVERSAS ENTIDADES FORAM CHAMADAS A PARTICIPAR E MUITAS OUTRAS REQUERERAM INGRESSO COMO AMICUS CURIAE. ENTIDADES: MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU; ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; IDEC - INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR; SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – SENACON; ADUSEPS - ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DE SEGUROS, PLANOS E SISTEMAS DE SAÚDE; CNSEG - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS GERAIS, PREVIDÊNCIA PRIVADA E VIDA, SAÚDE SUPLEMENTAR E CAPITALIZAÇÃO; ABRAMGE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE; CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CFF - CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA; FENASAÚDE - FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; IBA - INSTITUTO BRASILEIRO DE ATUÁRIA; UNIMED DO BRASIL; CNS – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PRINCIPAIS PONTOS DA INICIAL	INICIAL TRATA DE COBERTURA DE CIFOPLASTIA, PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO ROL DA ANS. A OPERADORA NEGOU A COBERTURA REQUERIDA E OFERECEU A VERTEROPLASTIA.
MANIFESTAÇÃO DA ANS	ANS SE MANIFESTOU COMO AMICUS CURIAE
PROCESSO ADMINISTRATIVO	NÃO SE APLICA
DECISÃO FINAL	A QUARTA TURMA, POR UNANIMIDADE, NEGOU PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL, NOS TERMOS DO VOTO DO SR. MINISTRO RELATOR.
STATUS ATUAL	ACÓRDÃO PUBLICADO
CONSULTA PÚBLICA	NÃO SE APLICA. DESTAQUE-SE QUE O ROL É SUBMETIDO À CONSULTA PÚBLICA ANTES DE SUA PUBLICAÇÃO PELA ANS.

CONTEXTO POLÍTICO	O TEMA ESTAVA CONSOLIDADO NA JURISPRUDÊNCIA COMO SENDO O ROL EXEMPLIFICATIVO. QUANDO O RECURSO CHEGOU AO STF, O MINISTRO RELATOR ADMITIU A INTERVENÇÃO DE DIVERSAS ENTIDADES COMO AMICUS CURIAE, MAS SEM AFETAR O RECURSO OU INSTAURAR INCIDENTE DE RESOLUÇÃO DE DEMANDAS REPETITIVAS, COMO PREVÊ O CPC. A DECISÃO, COMO SE DEU, CRIA DIVERGÊNCIA ENTRE A 3ª E A 4ª TURMAS DO STJ.
AIR – SITUAÇÃO NORMATIVA E PROBLEMAS VERIFICADOS	NÃO SE APLICA
MOTIVO DE ANS TENTAR REGULAR	COMPETÊNCIA LEGAL E DETERMINAÇÃO DA LEI 9656.
FUNDAMENTO DO RESP	<p>APLICAÇÃO DO CDC</p> <ul style="list-style-type: none"> • APLICAÇÃO DO ART. 10 DA LEI Nº 9.656/98 – COBERTURA DE PROCEDIMENTOS DE CARÁTER EXPERIMENTAL • ROL DA ANS SERIA EXEMPLIFICATIVO • EFETIVIDADE DO PROCEDIMENTO DEVE SER AUFERIDA PELO MÉDICO ASSISTENTE
PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES	ANS, IDEC, SENACON
ACÓRDÃO	<p>- CDC DEVE SER INTERPRETADO PARA QUE SUAS DISPOSIÇÕES ASSEGUREM A HARMONIA DAS RELAÇÕES ENTRE CONSUMIDORES E FORNECEDORES – DEVE HAVER GARANTIA DE DISTRIBUIÇÃO ADEQUADA DOS RISCOS – ART. 4º DO CDC – APLICAÇÃO DE LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA PARA O CONTRATO ESPECÍFICO</p> <p>- ANS POSSUI LEGITIMIDADE PARA RESTRINGIR O ROL NA FUNÇÃO DO ESTADO DE REGULAR A SAÚDE SUPLEMENTAR.</p> <p>- CONFRONTO ENTRE EQUILÍBRIO DA OPERAÇÃO ECONÔMICA E O INTERESSE DO CONSUMIDOR EM PRESERVAR SUA SAÚDE – AINDA QUE HAJA UMA PARTE HIPOSSUFICIENTE, O EQUILÍBRIO DEVE SER UM IMPERATIVO</p>

FONTE: Elaboração Própria

4.7.3 Aposentados e demitidos

Para essa temática, foi eleito para análise o Recurso Especial nº 1680318/SP⁹⁵, relativo ao tema do recurso repetitivo 989, cujo tema da controvérsia foi definido como a possibilidade de o ex-empregado aposentado ou demitido sem justa-causa manter-se em plano de saúde coletivo empresarial quando a contribuição é exclusiva do empregador. Por se tratar de recurso afetado pelo Tema 989, a decisão prolatada serviu de parâmetro para os demais casos que envolviam a mesma controvérsia.

Como visto, a lei de planos de saúde prevê a possibilidade de empregado que é demitido sem justa causa ou aposentado manter-se no

plano oferecido pelo empregador, desde que cumpridos determinados requisitos. Um dos requisitos é que o empregado tenha contribuído para o custeio do plano de saúde. No entanto, a lei não especifica o entendimento para tal contribuição. Desta forma, caso o plano de saúde do empregado fosse custeado exclusivamente pelo empregador, o ex-empregado não teria direito à manutenção do plano.

As demandas judiciais se multiplicaram para que os empregadores fossem compelidos por decisão judicial a manter os ex-empregados no plano de saúde. A principal alegação utilizada para demonstrar o cumprimento do requisito do custeio é a caracterização do plano de saúde empresarial oferecido aos empregados como forma de salário indireto, e a contribuição consistiria na própria força de trabalho do empregado. A análise quantitativa das demandas sobre planos de inativos demonstrou que, à época da publicação da resolução normativa vigente, esse argumento ainda era empregado. Outro ponto também muito utilizado é a impossibilidade de o empregado distinguir coparticipação de custeio efetivo do plano de saúde, sendo que era levado a crer que o pagamento da coparticipação lhe conferiria o direito à manutenção.

Na demanda, a decisão do TJSP ainda afirma que é irrelevante se a contribuição se deu por coparticipação, já que tal fato caracteriza o requisito legal. O recurso especial apresentado pela operadora enfatiza o entendimento que a contribuição ocorreu integralmente pelo empregador, o que não dá direito ao ex-empregado manter-se no plano de saúde. Ocorre que, quando da afetação como recurso repetitivo, a controvérsia foi delimitada como “definir se o ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa faz jus à manutenção no plano de saúde coletivo empresarial quando, na atividade, a contribuição foi suportada apenas pela empresa empregadora.” Nada se falou sobre o entendimento de a coparticipação ser compreendida como contribuição eis que sob a ótica do empregado ele contribui para o custeio de saúde. A questão principal, de fato, foi deixada de lado a delimitação da controvérsia.

Ao final, a tese foi firmada nos seguintes termos: “Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto.” A tese abordou a questão da coparticipação e do salário indireto especificamente.

Comparando com as demandas analisadas na pesquisa qualitativa, pode-se verificar que na maioria dos casos o TJSP entendeu que a lei era suficiente e afastava a aplicação da norma da ANS para os julgados. Na demanda em análise, o princípio foi o mesmo, aplicando-se a previsão legal para o objeto em discussão. A previsão da ANS não foi cogitada e sequer houver manifestação da agência no recurso sobre o tema.

Assim, a linha de pensamento de suficiência da lei de planos de saúde para tratativas do tema e mantém tanto para as demandas individuais como para a demanda coletiva analisada. Vale pontuar que quando da vigência da RN nº 279/2011⁶⁹, já se verificada discussões sobre a coparticipação e o salário indireto caracterizando a contribuição para preenchimento dos requisitos legais para o benefício de extensão do plano de saúde. A demanda em análise foi apresentada ao STJ em 2017, sendo que o mesmo tema ainda era debatido e foi consolidado neste recurso repetitivo. Foi fixada como orientação geral a posição que cumpria estritamente a lei de planos de saúde, sem considerar eventuais ingerências de temáticas de direito do consumidor para o tema.

Em mais essa oportunidade, as entidades de defesa do consumidor estão em menor número para apresentarem suas considerações.

A seguir o relatório elaborado pelo estudo da demanda.

Tabela 22 - Questionário aplicado ao RESP 1680318

ÓRGÃO JULGADOR	STJ
----------------	-----

NÚMERO	RESP 1680318/SP (2017/0146777-1) TEMA RECURSO REPETITIVO TEMA 989 –DELIMITAÇÃO DA CONTROVÉRSIA: DEFINIR SE O EX-EMPREGADO APOSENTADO OU DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA FAZ JUS À MANUTENÇÃO NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL QUANDO, NA ATIVIDADE, A CONTRIBUIÇÃO FOI SUPORTADA APENAS PELA EMPRESA EMPREGADORA
RECORRIDO	BENEDITO GOMES DE OLIVEIRA
RECORRENTE	BRDESCO SEGUROS S/A
ASSUNTO	MANUTENÇÃO DE INATIVO NO PLANO DE SAÚDE QUE DETINHA QUANDO EMPREGADO
DATA DE PROTOCOLO	22.06.2017 (STJ)
ORIGEM	TJSP
DECISÃO LIMINAR	DEFERIDA
CONTEÚDO DA LIMINAR	MANUTENÇÃO NO PLANO E PAGAMENTO INTEGRAL DA MENSALIDADE
SENTENÇA	PROCEDENTE
PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE	DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO PROCURADORIA GERAL FEDERAL BRASILCON FENASAUDE IDEC IESS SOS CONSUMIDOR ANS UNIMED BRASIL
PRINCIPAIS PONTOS DA INICIAL	PREVISÃO LEGAL DA LEI Nº 9656/98 DE MANTER OS EX-EMPREGADOS NO PLANO DE SAÚDE OFERECIDO PELA EMPRESA, COM BASE NA JURISPRUDÊNCIA DO TJSP
MANIFESTAÇÃO DA ANS	NÃO HOUVE MANIFESTAÇÃO DA ANS
PROCESSO ADMINISTRATIVO	NÃO SE APLICA
DECISÃO FINAL	1. TESE PARA OS FINS DO ART. 1.040 DO CPC/2015: NOS PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS CUSTEADOS EXCLUSIVAMENTE PELO EMPREGADOR NÃO HÁ DIREITO DE PERMANÊNCIA DO EX-EMPREGADO APOSENTADO OU DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA COMO BENEFICIÁRIO, SALVO DISPOSIÇÃO CONTRÁRIA EXPRESSA PREVISTA EM CONTRATO OU EM ACORDO/CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO, NÃO CARACTERIZANDO CONTRIBUIÇÃO O PAGAMENTO APENAS DE COPARTICIPAÇÃO, TAMPOUCO SE ENQUADRANDO COMO SALÁRIO INDIRETO. 2. NO CASO CONCRETO, RECURSO ESPECIAL PROVIDO. - AFASTA SALÁRIO INDIRETO - FLS 838
STATUS ATUAL	BAIXADO
CONSULTA PÚBLICA	NÃO SE APLICA
CONTEXTO POLÍTICO	NÃO SE APLICA
AIR – SITUAÇÃO NORMATIVA E	NÃO SE APLICA

PROBLEMAS VERIFICADOS	
MOTIVO DE ANS TENTAR REGULAR	A REGULAÇÃO ANTERIOR ERA ANTERIOR À PRÓPRIA LEI DE PLANOS DE SAÚDE

FONTE: Elaboração Própria

4.7.4 Reajuste de mensalidade

Para a temática foi eleito o Recurso Especial nº 1568244/RJ⁹⁶, um dos recursos especiais afetados como recurso repetitivo, no Tema 952, que discute a validade do reajuste por alteração de faixa etária para contratos individuais e familiares. A eleição se justifica pelo fato de ser a demanda apontada como parâmetro da controvérsia pelo STJ.

Além disso, a temática de reajuste por alteração por faixa etária não obteve resultados significativos para a pesquisa quantitativa e, diante da relevância do tema, optou-se por uma demanda que trouxesse à baila especificamente esse tipo reajuste.

O reajuste por alteração de faixa etária trata-se da variação das contraprestações mensais em razão da idade do consumidor, prevista na lei de planos de saúde. Sua premissa é que, por questões naturais, com o avançar da idade, mais necessários e frequentes se tornam os cuidados com saúde e sua utilização. Vale aqui lembrar que o mercado de saúde suplementar funciona o pacto intergeracional, em que os beneficiários mais jovens têm parte de suas contraprestações destinadas para custear os planos de saúde dos beneficiários mais idosos da mesma carteira. Assim, há uma colaboração mútua entre os beneficiários para que os valores não sejam inviáveis para o acesso dos idosos.

Originalmente, mesmo antes da Constituição, os contratos de planos de saúde já previam os reajustes por alteração de faixa etária até as altas faixas, como 89 anos.

A lei de planos de saúde exige que as faixas etárias e os respectivos reajustes estejam previstos no contrato, e não trata de mais nenhuma outra regra sobre o tema. Por isso, foi necessária a regulamentação infralegal do assunto. A primeira norma foi a Resolução CONSU nº 06/1998⁹⁷, que

determinou o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Assim, o último reajuste por alteração da faixa etária ocorria aos setenta anos.

Em 2003, foi publicada a RN nº 63/2003⁸⁹, em 22 de dezembro de 2003, com novas regras, determinando, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Antes da norma, foi publicado o Estatuto do Idoso, a Lei nº 10.741⁹⁸, de 1º de outubro de 2003, proibindo o tratamento discriminatório para idosos, pessoas com 60 anos ou mais. Passou-se a entender que os reajustes por alteração de faixa etária aplicados após 60 anos de idade do beneficiário poderiam violar a nova lei. Por isso, a nova norma traz a última faixa etária iniciando-se aos 59 anos do beneficiário.

E os reajustes aplicados a cada faixa deverão seguir a regra da RN nº 63/2003⁸⁹, não havendo outras limitações impostas pela regulamentação. Considerando as métricas estabelecidas pela ANS e a limitação aos 59 anos (sendo a expectativa de vida do brasileiro atualmente 76 anos, de acordo com o IBGE⁹⁹), os percentuais de reajustes aplicados nessa faixa são consideravelmente superiores. Ocorre que em alguns contratos observa-se uma abusividade, elevando-se os valores de tal forma que expulsa os idosos do plano de saúde.

Por isso, muitas demandas questionam os percentuais aplicados na última faixa etária, especialmente quando aplicados percentuais elevados ainda que em de acordo com a norma da ANS. A principal exigência dos beneficiários é a demonstração, por parte da operadora, que os reajustes se fazem necessários nos percentuais indicados, justificando com cálculos atuariais a previsão contratual. E a demanda eleita trata exatamente desse ponto: questiona-se o percentual aplicado aos 59 anos, considerando-o abusivo e requerendo a demonstração de sua razoabilidade.

A antecipação da tutela não foi deferida, exatamente pela necessidade de prova atuarial e a sentença foi improcedente, determinando que fosse aplicada a regra estabelecida pela ANS para esse tipo de reajuste. A decisão foi mantida no Tribunal e a beneficiária recorreu ao STJ, para questionar a abusividade da cláusula. O recurso foi afetado, definindo-se a controvérsia exclusivamente para os contratos individuais e familiares. Ao final, a tese definida foi “o reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.”

Note-se que a definição da tese não afastou a previsão da norma da ANS, reafirmando-se a necessidade de respeito à regra do regulador, e ainda acrescentou requisitos relativos a direito do consumidor, para impedir a onerosidade excessiva. Nas demandas sobre reajustes em geral, o reajuste por alteração de faixa etária já era um dos temas mais debatidos. O resultado obtido na análise quantitativa demonstrou que a norma da ANS é desconsiderada na decisão dos julgados sobre o tema. Aqui, apesar de haver uma previsão clara protetiva aos consumidores, o STJ definiu a tese afirmando a regra da ANS como necessária para a regularidade da aplicação do reajuste.

Segue o relatório da demanda:

Tabela 23 - Questionário aplicado ao RESP 1568244

ÓRGÃO JULGADOR	STJ
NÚMERO	0368327-62.2013.8.19.0001 - RESP 1568244 / RJ - 2015/0297278-0 -
AUTOR	RECORRENTE – MARIA DAS GRAÇAS AS
RÉU	SAMOC S/A SOC ASSISTENCIAL MÉDICA E ODONTO-CIRURGICA
ASSUNTO	VALIDADE DA CLÁUSULA DE REAJUSTE POR ALTERAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA AOS 59 ANOS – TRATA-SE DE RECURSO ESPECIAL QUE FOI AFETADO PELO STJ
DATA DE PROTOCOLO	08/10/2015 – DISTRIBUÍDO NO STJ
ORIGEM	201524559672 00872199720108190 87219972010819000 TJRJ

DECISÃO LIMINAR	INDEFERIDA
CONTEÚDO DA LIMINAR	ENTENDE NECESSÁRIA A PERÍCIA ATUARIAL ANTES DA ANÁLISE
SENTENÇA	IMPROCEDENTE, PELA APLICAÇÃO DO REAJUSTE DE ACORDO COM A RN 63
PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE	DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO – AMICUS CURIAE IESS – AMICUS CURIAE FENASAUDE ANS IDEC ADUSEPS INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIR. DO CONSUMIDOR - BRASILCON UNIDAS UNIMED DO BRASIL
PRINCIPAIS PONTOS DA INICIAL	PEDIDO DE NULIDADE DA CLÁUSULA DE REAJUSTE AOS 59 ANOS E APLICAÇÃO DO REAJUSTE DEFINIDO PELA ANS PARA REAJUSTE ANUAL - AFETADO PELO MINISTRO RICARDO VILLAS BOAS CUEVA EM 05.05.2016
MANIFESTAÇÃO DA ANS	RELATÓRIO ELABORADO PELA ÁREA TÉCNICA – DOIS TIPOS DE REAJUSTE: ANUAL E FAIXA ETÁRIA – PREVISÃO LEGAL DO REAJUSTE POR ALTERAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA E REGULAMENTAÇÃO VIGENTE – NECESSIDADE DE PREVISÃO CONTRATUAL – ALTERAÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO COM A PUBLICAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO – SOLIDARIEDADE INTERGERACIONAL – OS PERCENTUAIS SÃO FIXADOS PELA OPERADORA E NÃO PELA ANS – PARÂMETROS FIXADOS NA NTRP – NÃO SE APLICA A CONTRATOS FIRMADOS ANTES DA LEI 9656/98 – REAJUSTES ANUAIS PRECISAM SER CLAROS NO CONTRATO – ANS ASSINOU TERMO DE COMPROMISSO COM OPERADORAS PARA REGULARIZAR CONTRATOS SEM CLÁUSULAS CLARAS TRATA DE MUTUALISMO E PACTO INTERGERACIONAL -
PROCESSO ADMINISTRATIVO	NÃO SE APLICA – PROCESSO INDIVIDUAL DE BENEFICIÁRIO QUE FOI AFETADO PELO TEMA
DECISÃO FINAL	- TEMA 952 LIMITADO PARA CONTRATOS INDIVIDUAIS FAMILIARES - INDEFERIDA A REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIA PÚBLICA, POIS O TEMA ERA DE CONHECIMENTO DO TRIBUNAL E ESTAVA MADURO PARA DECISÃO - NECESSIDADE DE PREVISÃO NO CONTRATO – MUTUALISMO E SOLIDARIEDADE INTERGERACIONAL – APLICAÇÃO DO ENTENDIMENTO DA SÚMULA 469/STJ - HAVENDO ABUSIVIDADE, DEVERÁ SER APURADO UM PERCENTUAL DE REAJUSTE ADEQUADO, POR MEIO DE CÁLCULO ATUARIAL - TESE PARA OS FINS DO ART. 1.040 DO CPC/2015: O REAJUSTE DE MENSALIDADE DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR FUNDADO NA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA DO BENEFICIÁRIO É VÁLIDO DESDE QUE (I) HAJA PREVISÃO CONTRATUAL, (II) SEJAM OBSERVADAS AS NORMAS EXPEDIDAS PELOS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS REGULADORES E (III) NÃO SEJAM APLICADOS PERCENTUAIS DESARRAZOADOS OU ALEATÓRIOS QUE, CONCRETAMENTE E SEM BASE ATUARIAL IDÔNEA, ONEREM EXCESSIVAMENTE O CONSUMIDOR OU DISCRIMINEM O IDOSO. - NO CASO CONCRETO: NÃO RESTOU CONFIGURADA NENHUMA POLÍTICA DE PREÇOS DESMEDIDOS OU TENTATIVA DE FORMAÇÃO, PELA OPERADORA, DE "CLÁUSULA DE BARREIRA" COM O INTUITO DE AFASTAR A

	USUÁRIA QUASE IDOSA DA RELAÇÃO CONTRATUAL OU DO PLANO DE SAÚDE POR IMPOSSIBILIDADE FINANCEIRA. LONGE DISSO, NÃO FICOU PATENTE A ONEROSIDADE EXCESSIVA OU DISCRIMINATÓRIA, SENDO, PORTANTO, IDÔNEOS O PERCENTUAL DE REAJUSTE E O AUMENTO DA MENSALIDADE FUNDADOS NA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA DA AUTORA. - EMBARGOS DE DECLARAÇÃO DA CONSUMIDORA FORAM REJEITADOS
STATUS ATUAL	RECURSO EXTRAORDINÁRIO – 03683276220138190001 MINISTRO LUIZ FUX - RECURSO EXTRAORDINÁRIO 1.140.551 RIO DE JANEIRO – RECURSO ADMITIDO E DESPROVIDO – - O STJ CRIOU O TEMA 1016 COMO RECURSO REPETITIVO, SUSPENDENDO 5 PROCESSOS – AS QUESTÃO SUBMETIDAS SÃO (A) VALIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO QUE PREVÊ REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA; E (B) ÔNUS DA PROVA DA BASE ATUARIAL DO REAJUSTE.
CONSULTA PÚBLICA	CONSULTA PÚBLICA Nº 14 SOBRE REAJUSTE POR ALTERAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA- NOVEMBRO DE 2003 – MATERIAL NÃO DISPONÍVEL NO SITE DA ANS – EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS EXPLICA O HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DE REAJUSTE POR ALTERAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA – INFORMA SOBRE A REALIZAÇÃO DE CÂMARA TÉCNICA SOBRE O TEMA – PREOCUPAÇÃO NA ÉPOCA ERA COM A ADAPTAÇÃO DOS CONTRATOS ANTIGOS, SENDO QUE A ALTERAÇÃO PODERIA INCENTIVAR SOMENTE IDOSOS A ADAPTAREM SEUS CONTRATOS
CONTEXTO POLÍTICO	PUBLICAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO EM 01.10.2003, COM VIGÊNCIA EM FEVEREIRO DE 2004. A ANS PUBLICOU A RN 63 EM 22.12.2003, COM VIGÊNCIA EM 01.01.2004. ATÉ ENTÃO ESTAVA VIGENTE A CONSU 06/98 COM 7 FAIXAS ATÉ 70 ANOS. A LEI 9656/98 TRAZIA A IMPOSSIBILIDADE DE REAJUSTE POR ALTERAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA APÓS DEZ ANOS DE CONTRATO. A CONSU 06 FOI ALTERADA PELA CONSU 15
AIR – SITUAÇÃO NORMATIVA E PROBLEMAS VERIFICADOS	NÃO HÁ AIR PARA A REFERIDA NORMATIVA, MAS HÁ UMA EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS COM BASE NAS CONCLUSÕES DA CÂMARA TÉCNICA DE FAIXA ETÁRIA, REALIZADA NA ÚLTIMA QUINZENA DE OUTUBRO DE 2003. NÃO HÁ REGISTRO DE TAL CÂMARA NO SITE DA ANS.
MOTIVO DE ANS TENTAR REGULAR	NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO DIANTE DA VIGÊNCIA DO ESTATUTO DO IDOSO, POIS SE MANTIDA A CONSU 06, A ÚLTIMA VARIAÇÃO OCORRERIA AOS 50 ANOS.

FONTE: Elaboração Própria

4.7.5 Cancelamento de contrato

Para essa temática, foi eleita a Ação Civil Pública (“ACP”) nº 0136265-83.2013.4.02.51.01¹⁰⁰ da 18ª Vara Federal do Rio de Janeiro¹⁰⁰. Trata-se de ACP em que o PROCON questionou a validade do parágrafo único do artigo 17 da RN nº 195/2009³⁵, alegando que o dispositivo impedia o cancelamento imediato do plano de saúde pelos consumidores.

Os beneficiários passaram a questionar uma exigência que parte das operadoras impunham quando eles pediam sua exclusão do plano de saúde coletivo. Alguns deles eram compelidos a manterem-se vinculados por até dois meses após o pedido de exclusão. Isso se dava pela regra de movimentação cadastral utilizada por cada operadora, sendo que os pedidos de movimentação cadastral possuem uma data de corte limite para serem processados na mesma competência. Por isso, caso o pedido de saída fosse apresentado em data próxima ao final da competência, por certo somente após duas competências seria processado o pedido, da mesma forma como ocorre inclusão e alteração de dependentes. Não se nega que tal prática é abusiva, pelo fato de não ser possível obrigar a manutenção de contrato em contrariedade à vontade do beneficiário. Lembrando que a saída do beneficiário do plano coletivo não impede a manutenção do contrato com a pessoa jurídica contratante.

Essa prática foi compreendida pelo PROCON como exigências de multa pela rescisão do contrato, aparentemente autorizada pelo artigo 17, parágrafo único da RN nº 195/2009³⁵, da ANS que trazia o seguinte texto:

Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Ocorre que a previsão do dispositivo tratava do contrato coletivo com a pessoa jurídica contratante e não da adesão de cada beneficiário individualmente. Não era prática do mercado a estipulação de multa compensatória para a saída dos beneficiários, mas sim para a rescisão do contrato como um todo, pela pessoa jurídica contratante.

E a ACP ajuizada pelo PROCON tinha como pedido principal a nulidade do parágrafo único do artigo 17 da RN nº 195/2009³⁵, com o intuito de proteger os consumidores da prática relatada. A liminar não foi deferida e a sentença ao final condenou a ANS a revogar o dispositivo e publicar a decisão em jornal de grande circulação.

De acordo com os debates na consulta pública sobre a RN nº 195/2009³⁵, o dispositivo debatido na ACP foi incluído para a proteção das pessoas jurídicas contratantes diante da prática comum de as operadoras resiliarem unilateralmente os contratos com alta sinistralidade antes mesmo do primeiro ano de vigência. Como a contratação de planos coletivos passou a ser costume pelas pequenas empresas, vinculando poucos beneficiários, muitos contratantes se viam desassistidos pela notificação de rescisão unilateral do contrato por parte das operadoras. A revogação do dispositivo deixou a regulamentação limitada ao *caput* do artigo 17, que dispõe “As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.” Em outras palavras, com a revogação do parágrafo, todo o regramento da rescisão em contratos coletivos foi deixado ao acordado entre as partes – que poderá perfeitamente estipular multa pela denúncia antes do final da primeira vigência.

A questão da rescisão imediata quando do pedido do beneficiário foi solucionada pela ANS com a publicação da RN nº 412/2016⁷⁰, que obrigou as operadoras a atenderem imediatamente tais pedidos, sem cobrança de mensalidades adicionais, mas possibilitando a cobrança de multa caso prevista em contrato.

Ponto importante a considerar na presente demanda é o fato de somente uma entidade representativa de operadoras de planos de saúde ter requerido ingresso como *amicus curiae*, não havendo qualquer manifestação de outros possíveis interessados.

Diante disso, nota-se que no caso analisado, a decisão da demanda foi pelo afastamento da regulamentação da ANS, assim como se verificou na pesquisa quantitativa para os casos de cancelamento. No presente caso, especificamente, a revogação do dispositivo criou uma situação desfavorável para os consumidores, pois possibilitou a aplicação da multa compensatória pela denúncia imotivada antes de doze meses, bem como a renúncia unilateral do contrato pela operadora especialmente em contratos coletivos com menos vidas – e maior sinistralidade.

E a questão do dispositivo revogado tinha sido analisada em sede de consulta pública, e incluído justamente para proteger os contratantes. No caso então, além do afastamento da norma da ANS, não foi considerada a consulta pública realizada sobre o tema. A decisão acatou o pedido do Procon, mas acabou por representar uma situação desfavorável aos consumidores. A questão levantada pelo Procon foi solucionada com a RN nº 412/2016⁷⁰, e não com a alteração da RN nº 195/2009³⁵.

A análise da temática “cancelamento”, quando judicializada, as decisões tendem a afastar a norma da ANS, ainda que a norma tenha sido elaborada seguindo as boas práticas regulatórias, com uso de consultas públicas e participação da sociedade civil na tomada de decisão do órgão regulatório. No presente caso, a mesma matéria foi abordada nas discussões que antecederam a norma, mas o estudo foi ignorado pelo Judiciário, em que pese a defesa da ANS não ter abordado tal ponto especificamente, restringindo-se a defender a competência da agência e o fato de a norma estar há alguns anos vigente quando do processo. Essa conduta judicial verifica na demanda com caráter coletivo também se repete nas demandas individuais analisadas na pesquisa quantitativa.

Segue o relatório elaborado pela análise da demanda.

Tabela 24 - Questionário aplicado à ACP Nº 0136265-83.2013.4.02.51.01

ÓRGÃO JULGADOR	18ª VARA FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – RJ
NÚMERO	ACÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 0136265-83.2013.4.02.51.01
AUTOR	AUTARQUIA DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-PROCON-RJ
RÉU	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS
ASSUNTO	NULIDADE DE DISPOSITIVO DE RN – FIDELIZAÇÃO EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE
DATA DE PROTOCOLO	10/10/2013
ORIGEM	VARA FEDERAL
DECISÃO LIMINAR	POSTERGADA A APRECIACÃO
CONTEÚDO DA LIMINAR	POSTERGADA A APRECIACÃO
SENTENÇA	- ENTENDE QUE PARA INDIVIDUAL E COLETIVO POR ADESAO VALE A REGRA DO CDC – PLANO DE SAÚDE ESTÃO DENTRO DE CATEGORIA DE CONTRATOS QUE SÃO REGULADOS PELO CDC – RN COLOCA CONSUMIDOR EM DESVANTAGEM -

PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE	SOMENTE UNIDAS REQUEREU PARTICIPAÇÃO COMO AMICUS CURIAE, EM 27.08.19
PRINCIPAIS PONTOS DA INICIAL	- PEDIDO PARA QUE BENEFICIÁRIOS POSSAM RESCINDIR CONTRATO SEM QUE SEJA IMPOSTA MULTA CONTRATUAL PELA FIDALIDADE DE 12 MESES – SUPOSTA FIDELIDADE DE FICAR 2 MESES ANTES DE CANCELAR - PUBLICAR DECISÃO EM JORNAL DE GRANDE CIRCULAÇÃO - CDC É SUPERIOR À RN E CONFROTA-LO COM A RN GERA INSEGURAÇA PARA BENEFICIÁRIOS
MANIFESTAÇÃO DA ANS	- NORMA VIGENTE HÁ 4 ANOS - ATUAÇÃO DENTRO DOS LIMITES DA 9656 E DA 9961
MANIFESTAÇÃO DO MP	PELA IMPROCEDÊNCIA (APARENTEMENTE ENTENDEU O PEDIDO DA AUTORA EQUIVOCADAMENTE)
PROCESSO ADMINISTRATIVO	NÃO HÁ
DECISÃO FINAL	MANTIDA A NULIDADE – OBRIGAÇÃO DE PUBLICAR INFORMATIVO EM JORNAL DE GRANDE CIRCULAR E PUBLICADA A RN 455 ANULANDO O § Ú DO ART. 1 DA RN 195
CONSULTA PÚBLICA	NA CONSULTA PÚBLICA 30, QUANDO O TEMA FOI ABORDADO, O ENFOQUE FOI NA IMPOSSIBILIDADE DE RESCISÃO ANTES DE 12 MESES POR PARTE DA OPERADORA, SEM ABORDAR O CONSUMIDOR.
CONTEXTO POLÍTICO	JUNTO À RN 195 FOI CRIADA A RN 196, SOBRE ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS. NA ÉPOCA DA AÇÃO, UMA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CRIOU UMA REGRA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL OBRIGATÓRIA NO CASO DE PEDIDO DE CANCELAMENTO. POR TAL REGRA, O PEDIDO DEVERIA SER EFETUADO EM ATÉ 20 DIAS ANTES DA DATA DE CORTE DA MOVIMENTAÇÃO, SOB PENA DE O CANCELAMENTO SER REALIZADO SOMENTE NA PRÓXIMA MOVIMENTAÇÃO. POR ISSO, EM ALGUNS CASOS, APÓS O PEDIDO DE CANCELAMENTO, O BENEFICIÁRIO FICARIA COM O PLANO ATIVO, TENDO QUE ARCAR COM AS MENSALIDADES. A ANS PUBLICOU A RN 412 SOBRE CANCELAMENTO A PEDIDO OU PEDIDO DE EXCLUSÃO DE PLANOS COLETIVOS, COM A SAÍDA IMEDIATA DO CONSUMIDOR.
AIR – SITUAÇÃO NORMATIVA E PROBLEMAS VERIFICADOS	A RN 242 É POSTERIOR, POR ISSO NÃO HÁ AIR. HÁ SOMENTE EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS PARA A RN 195.
MOTIVO DE ANS TENTAR REGULAR	NA RN 195 A ANS TENTAVA REGULAR A RESCISÃO IMOTIVADA POR PARTE DA OPERADORA, SEM IMPLICAÇÕES PARA O CONSUMIDOR.

5. DISCUSSÃO

Analisando os resultados obtidos nas pesquisas quantitativa e qualitativa, os resultados podem ser esquematizados da seguinte forma:

Tabela 25 - Comparativos dos resultados obtidos entre demandas coletivas e individuais

	DEMANDAS INDIVIDUAIS	DEMANDAS COLETIVAS
REAJUSTE	Afastam a normativa da ANS	Afastam a normativa da ANS em parte, confirmando algumas previsões infralegais
APOSENTADOS E DEMITIDOS	Afastam a normativa da ANS	Afastam a normativa da ANS
CANCELAMENTO	Afastam a normativa da ANS	Afastam a normativa da ANS, ainda que mais benéfica ao consumidor
COBERTURA	Afastam a normativa da ANS	Em parte, afastam, em parte acatam

FONTE: Elaboração Própria

Os resultados obtidos empiricamente eram esperados quando do início dos trabalhos da pesquisa, especialmente quando considerados os resultados de outras pesquisas com a temática da judicialização. Isso porque a tendência dos julgados é exatamente de afastar a aplicação das normas da ANS, em particular para as demandas individuais. A pesquisa empírica demonstra que para as demandas com caráter coletivo, as decisões judiciais acatam algumas das normas da ANS.

E pelos resultados é possível verificar que, no que tange ao fenômeno da judicialização, o Judiciário tem exercido sua função típica, qual seja julgar. Quando as questões lhe são apresentadas, cabe ao Judiciário decidir a demanda individualizada. E por isso os resultados para demandas coletivas se apresentam de forma um pouco diferente, por representarem uma decisão com cunho político.

Não se observa o Judiciário atropelando as normas da ANS, mas sim criando um diálogo com as normas que são trazidas para a demanda, demonstrando que elas não devem ser consideradas para os casos em análise pela prevalência de outras normas. Nota-se que os julgadores têm uma preocupação em evidenciar os motivos pelos quais não são acatas as normas da ANS. Assim, em suas decisões, o Judiciário demonstra, ainda que indiretamente, as inconsistências da política pública desenhada pelo Poder Executivo, representado pelo órgão regulador.

Fato é que, nas tratativas sobre demandas que lhe são apresentadas, o Judiciário está cumprindo sua função institucional ao proferir decisões considerando todo o arcabouço jurídico que envolve as matérias de saúde suplementar. Toda questão levada ao Judiciário deve ser decidida, em cumprimento ao princípio da inafastabilidade, não cabendo o julgador se abster por se tratar de questão regulada. As questões levadas ao Judiciário pelos interessados são uma forma de manifestação popular da participação na saúde, diretriz da construção do sistema de saúde no país de acordo com o texto constitucional. Como mencionado por Aith²³, em 2016 a decisão judicial é fruto de uma discussão democrática mais rica.

O setor de saúde suplementar é bastante complexo, em que incidem regras de diferentes origens, sejam elas de direito do consumidor, lei específica sobre planos de saúde e a regulação infralegal, especialmente da ANS. No entanto, todas as legislações aplicáveis devem ser articuladas para a aplicação ao caso concreto. Por muito tempo se discutiu que os julgadores poderiam ignorar as normas da ANS por simples desconhecimento, mas a evolução dos estudos sobre o tema e o fato de as operadoras levarem essas teses em suas defesas nos permite afastar tranquilamente tal argumento.

Os resultados demonstram que os julgadores podem assumir três posturas diante da regulação. A primeira delas é entender que a matéria em análise é de competência do órgão regulador analisar, o que pode ser altamente discutível pela aplicação inafastabilidade da análise do Poder Judiciário. Na segunda delas, o Judiciário acata e mantém a regulação, entendendo a racionalidade da norma e que ela dialoga com a legislação em

geral. E por fim, na terceira postura, o Judiciário afasta norma do órgão regulador e aplica a lei ordinária.

Nas demandas individuais, a terceira postura prevaleceu, com um diferencial relevante: na maioria dos casos, o que se viu foi a aplicação de entendimento sumulado do próprio Tribunal, e não a aplicação da legislação ordinária. Os casos em que a legislação ordinária foi aplicada verificou-se que o julgador entendeu que a regulação extrapola os limites legais (como nos casos de restrição de cobertura ou acesso a tratamentos em razão da previsão do rol de procedimentos e eventos em saúde) ou que a lei específica (marco regulatório) seria suficiente para tratar do tema debatido (especialmente para os casos de aposentados e demitidos).

Nesse ponto, importante retomar os conceitos sobre princípio da deferência. No Brasil, a revisão judicial das decisões das agências questiona se o entendimento da agência está adequado à lei do setor regulado. Caso positivo, a decisão da agência merece deferência, ou seja, prevalece sobre o entendimento judicial. O tema é bastante discutido nos Estados Unidos da América, de onde se importa o modelo da doutrina Binicheski⁶⁵, em 2017 de revisão judicial, em que os Tribunais devem ser deferentes às interpretações razoáveis apresentadas pelas agências quando há leis ambíguas no setor regulado. Ocorre que, no segmento de saúde suplementar, não há leis ambíguas, mas sim atos normativos com diferentes “importâncias hierárquicas” que se desafiam entre si. Cabe ao Judiciário analisar se, no caso concreto, a norma infralegal trazida pelo regulador viola a lei ordinária.

Silva e Guimarães⁶⁶, em 2020 compartilham importante dado de sua pesquisa, mostrando que, nos casos de questões políticas relevantes, confirma-se a deferência dos Tribunais frente às agências:

A importância política da questão substantiva objeto de apreciação pelo Poder Judiciário constitui um fator que agrega complexidade às interações entre tribunais e agências. A pesquisa partiu de uma amostra de 852 processos decididos entre 1961 e 2002, que foi submetida à técnica de regressão logística. Os resultados mostram que em casos “menos importantes” o nível de deferência é estático, enquanto em casos “proeminentes” o nível de deferência está fortemente relacionado à compatibilidade ideológica entre o tribunal e a agência no caso específico.

O debate sobre deferência, em verdade, é sobre quem deve decidir, já que no caso da saúde suplementar não se fala em legislação conflitante, mas sim em diversas normas que convivem no mesmo espaço. E o que se vê é a baixa deferência para as demandas individuais, enquanto para as demandas com caráter coletivo o Judiciário chega a reconhecer a competência da ANS para tratar das matérias do setor.

Para as demandas coletivas, o Judiciário afasta em parte as normas da agência, confirmando os entendimentos infralegais da ANS em parte dos casos de reajuste e cobertura. Essa diferença de posição entre demandas coletivas e individuais foi apontada por Barreiro⁵⁹, em 2015 quando diferencia a judicialização da política e a judicialização das relações sociais. O que se vê nas demandas coletivas é a judicialização da política, em que o controle é abstrato e tende a seguir os preceitos e regras da regulação, reconhecendo a competência da ANS para regular os temas de saúde suplementar, desde que dentro dos limites legais. Assim, a influência das normas da ANS nas demandas coletivas é mais significativa que nas demandas individuais, podendo ser justificada pelo caráter de judicialização da política das demandas coletivas.

Aith²³, em 2016 também aponta essa diferença das demandas judiciais sobre saúde, classificando-as entre litígios diretos e indiretos pelo direito à saúde. Os litígios diretos são aqueles em que o pedido engloba serviços de saúde pelo Estado, enquanto os indiretos são aqueles ajuizados contra agências e entes privados, com fundamentos em regulação infralegal:

Quando analisamos o fenômeno brasileiro dos litígios indiretos pelo direito à saúde, especialmente litígios ligados às competências da ANS e da ANVISA, uma questão importante é em que medida os problemas levantados pela literatura sobre litígio direto pela saúde se aplicam a esses casos. Por exemplo, Gauri e Brinks mostram que a relação entre o Poder Executivo e os tribunais no litígio direto é ao mesmo tempo tensa, uma vez que é mediada por um processo judicial que sintetiza um conflito, e positiva, na medida em que costuma forçar o Executivo a rever suas decisões e normas a fim de proteger os interesses e atender as necessidades da população. Neste contexto, o litígio pela saúde e a participação dos tribunais cria um ambiente que possibilita uma discussão democrática mais rica, resultando normalmente em algum tipo de melhoria do

regulamento da saúde e sua eficácia. A questão é se o mesmo pode ser dito sobre o litígio indireto pelo direito à saúde.

A presente pesquisa trata exclusivamente de litígios indiretos, por analisar as demandas contra as operadoras de planos de saúde (pesquisa quantitativa) e ANS (pesquisa qualitativa). Aith²³, em 2016 defende que esse tipo de intervenção do Judiciário tem um efeito positivo no sistema de saúde suplementar, pois as decisões poderão trazer ajustes na regulamentação, em que o regulador altera sua posição para alinhamentos com a decisão dos tribunais. De fato, o que se nota é o aumento do número de ações diretamente contra a ANS sobre a validação de seus atos normativos e, nesses casos, a pesquisa mostrou que há uma tendência de o Judiciário seguir as normas da ANS.

A questão central é se esse resultado observado colabora ou não com a consolidação do sistema de saúde suplementar como um todo e a efetivação do direito à saúde. Como visto, o direito à saúde possui uma construção constitucional e legal, ficando a cargo do regulador a normatização de regras para a atividade dos agentes do mercado. Pelos resultados, nota-se que os julgadores compreendem que a atuação da ANS deveria estar restrita à regulação das atividades das operadoras, sem criar ou restringir direitos já previstos na legislação ordinária. E exatamente seria essa a função do órgão regulador: criar as regras para funcionamento do mercado regulado, para atuação dos agentes.

Essa tensão entre Judiciário e ANS cria uma instabilidade no setor de saúde suplementar. As operadoras estão compelidas a cumprir as determinações da ANS, sob pena de sofrerem as sanções previstas na regulamentação. Os consumidores sofrem com as negativas pautadas na regulação e se socorrem no Judiciário. O Judiciário afasta a norma da ANS, o que leva à operadora recuar na primeira posição dada ao beneficiário. A insegurança no setor é evidente, seja para as operadoras, seja para os consumidores, que nem sempre têm consciência da possibilidade de judicializar as matérias, ou até mesmo não têm condições para tanto. E assim, as normas são afastadas para aqueles que levam as questões ao Judiciário,

valendo a regulação para os consumidores que acatam a posição inicial da operadora.

Diante de tais dados, questiona-se se estaria a judicialização gerando desigualdade no setor. A judicialização por um lado possibilita que as questões sejam debatidas, sendo que na ANS a voz dos consumidores não parece ecoar, mas no Judiciário e aberto novamente o debate – sem a participação da ANS, nos casos das demandas individuais. Por outro lado, como cabe aos julgadores decidirem exclusivamente sobre as matérias que são levadas a cada caso, aqueles usuários que não judicializam as temáticas estariam em uma situação aparentemente desfavorável, criando duas categorias de beneficiários de planos e seguros, com direitos diferentes.

O Judiciário não pode alterar unilateralmente as normas da ANS, mas tão somente fazer valer ou não para o caso concreto levado aos tribunais. Para tanto, é preciso que os órgãos competentes ajuízem as demandas coletivas ou então que a ANS, como regulador, traga o assunto para debate.

Importante aqui retomar as questões sobre fiscalização dos poderes, em que são mencionadas as formas de controle das agências, que são submetidas ao controle do Tribunal de Contas da União, mas também estão sujeitas ao controle de legalidade de seus atos pelo Poder Judiciário. E Bucci⁴, em 2016 afirma que ainda que caiba ao Judiciário analisar as demandas levadas individualmente, a racionalidade da política pública deverá ser buscada no âmbito do Poder Executivo. Por isso, toda decisão judicial sobre as questões de saúde suplementar deveria considerar as razões do Executivo para a criação da política pública, e esse ponto é altamente relevante para as demandas com caráter coletivo. Porém, para as demandas individuais não parece que essa seja a posição mais adequada, especialmente pelo fato de as questões levantadas serem exatamente pela irregularidade da regulação ao restringir direitos dos beneficiários. Com isso, para as demandas individuais, a função do Judiciário estaria ligada à posição já mencionada de apontar as irregularidades da política pública.

Para a elaboração das normas referentes aos temas, verificou-se pelos resultados da pesquisa que em parte os assuntos levados ao Judiciário são

debatidos na ANS para a elaboração de suas normas – ainda que não sejam acatados da forma como decididos pelos julgadores. O que se tem visto é alteração das normas pela ANS em razão de decisões judiciais em demandas ajuizadas diretamente contra o regulador, seja por cumprimento da ordem judicial, seja pela pressão popular, como nos casos da ADIn sobre mecanismos de regulação ou, mais recentemente, ACP sobre cobertura de exames sorológicos para detecção de COVID-19.

Sobre a elaboração das normas, uma das hipóteses apontava para o fato de a ANS não considerar os julgados na elaboração das normas. O que se verificou foi que ainda que as demandas judiciais sejam apontadas nos debates, não são tais entendimentos que prevalecem. E a ANS procura alterar suas normas com base em decisões judiciais quando é diretamente demandada na ação judicial.

Nesse cenário, os resultados mostram que a ANS leva de fato as questões judicializadas para os debates sobre criação das normas. Nesses casos, o que se vê é que ou as temáticas não são acatadas nesses debates preliminares ou que a própria Diretoria Colegiada não realiza previamente o debate para a publicação de normas. Agora, com a alteração recente trazida pela lei, é obrigatória a consulta pública prévia, mas também se questiona até que ponto os consumidores são efetivamente representados com regularidade e estrutura adequada.

O próprio Judiciário toma as medidas cabíveis nas demandas que lhe são levadas, o que não nos parece a melhor saída, por criar duas categorias de beneficiários – os que judicializam e os que não judicializam. A própria ANS poderá tomar as providências, no exercício de sua competência de regular o mercado, alterando as normas quando elas são altamente discutidas por meio de demandas judiciais contra operadoras. Os temas poderão ser incluídos na agenda regulatória e nas Câmaras Técnicas, mas possibilitando que os consumidores tenham um discurso e representação unificada, como as operadoras e prestadores de serviço possuem.

E ainda, nesse cenário, cabe ao Tribunal de Contas fiscalizar a atuação da Agência, como já o fez em outras oportunidades. Recentemente, o TCU

questionou a regularidade da definição pela ANS do percentual de reajuste para os planos individuais e familiares, questionando o processo administrativo adotado. Após o processo junto ao TCU, a ANS alterou o procedimento para definição do percentual de reajuste, deixando-o mais transparente para a sociedade, com parâmetros claros e objetivos. Trata-se de uma medida salutar para o mercado de saúde suplementar, que caso aplicada em outras matérias, poderia amenizar o cenário da judicialização.

Por parte da ANS, há diversos instrumentos possíveis para amenizar esse quadro da judicialização. As formas de participação da sociedade civil no processo decisório precisam de uma reformulação, para que todos os agentes de mercado sejam representados de forma a consolidar uma posição, com estrutura e unificação. Isso já se vê para as operadoras, mas não para os consumidores. Ainda que assuntos técnicos sejam abordados, é preciso que seja garantida a participação de todos os segmentos, para melhor compreensão do funcionamento do mercado e, conseqüentemente, aderência às normas expedidas pela Agência.

A judicialização da saúde suplementar não deve ser vista como nociva, mas como um dos indicadores dos pontos de tensão do mercado. E exatamente nesses pontos de atenção deve trabalhar o órgão regulador. A judicialização se torna um problema quando cria insegurança para o mercado e quando estabelece duas categorias de beneficiários. Não há que se falar em criar instrumentos para impedir a judicialização, mas sim criar instrumentos para que ela não seja a única saída dos lesados que não possuem voz nas demais instituições.

Quanto à atuação da ANS em pontos que aparentemente extrapolam a lei ordinária, trata-se de uma questão política, pois a sociedade precisa escolher qual tipo de sistema de saúde quer para si. A forma como tem funcionado o sistema de saúde suplementar não está adequada aos anseios da sociedade, e o que se tem visto é o surgimento de novas formas de atendimento particular (como cartões de desconto e clínicas populares), desarticulando o mercado de saúde suplementar.

Aqui vale trazer novamente as observações sobre limites da regulação, cabendo ao regulador observar a lei delegadora, a lei formal que trata do tema. Os atos normativos das agências deverão ser compatíveis à lei em sentido estrito, já que a lei é o produto da manifestação dos representantes eleitos democraticamente. E como manifestação da vontade do povo, a lei não poderá ser contrariada pelo ato normativo¹⁷. Por isso, cabe ao Judiciário restaurar a regularidade da atuação e prezar pela prevalência da vontade popular manifestada por meio da lei.

A judicialização não compromete o sistema de saúde ou o direito à saúde, mas sim demonstra onde estão as suas falhas. O que obstaculiza a efetivação do direito à saúde é a insegurança que a inconsistência das normas que são acatadas ou não, conforme o tema ou o interesse em levar a questão ao Judiciário. Há necessidade de trazer consistência para a atuação da ANS, gerando maior credibilidade na sua forma de regular o mercado, para que as suas normas tenham aderência. A sociedade precisa entender como funciona o mercado regulado para que não questione sua construção. E participando de tal construção, espera-se que as normas também atendam seus interesses.

O Judiciário na verdade faz o que lhe cabe. A preocupação com a construção da política pública ideal é do Executivo. Ao Judiciário cabe verificar as falhas e corrigi-las quando dentro de sua competência institucional. E, na sua posição de regulador, cabe à ANS analisar esses indicadores para trazer harmonia para o mercado. Os resultados mostram que em poucos casos ele dialoga com a norma da ANS, mas a função do judiciário é importante para mostrar a inconsistência da política pública desenhada pela ANS. Os resultados demonstram que Judiciário dialoga com a ANS em alguns temas das demandas coletivas.

Os resultados também apontam dados sobre a efetivação do direito da saúde. O Judiciário traz ao debate temas que a ANS ignora. A ANS não colabora para a efetivação, eis que os resultados demonstram que ela não considera os debates judiciais na criação de suas normas. A posição da ANS é omissa por não levar os debates judiciais para o momento da formação da

norma. O programa Parceiros da Cidadania¹⁰¹, (2018) trouxe algumas observações, mas ainda insiste que não cabe à ANS das demais legislações aplicáveis ao setor e que a missão da ANS seria equilibrar interesses de operadoras e beneficiários. Ainda se coloca que a ANS é quem conhece o setor de forma sistêmica e que decisões contra as normas da ANS podem ter consequência danosa para o mercado.

Afastar a norma da ANS pode representar a efetivação do direito à saúde, que não é pautado somente nas normas da ANS, mas sim em todo um arcabouço jurídico que deve conviver para aplicação no dia a dia. Por outro lado, a judicialização pode desestabilizar o mercado, criando duas categorias de direitos, como já mencionado. O ideal é que as regras sejam aplicadas a todos os beneficiários, da mesma forma como a regulação. A judicialização permite que os debates sejam trazidos à tona, pois ao que consta os beneficiários de planos e seguros de saúde não possuem uma participação efetiva e qualificada na proposição de normas junto ao regulador.

Para o Judiciário a consequência é assumir uma posição que institucionalmente não lhe cabe, mas que cada vez mais é significativa, qual seja a participação na construção da política de saúde, seja por meio de suas decisões, seja por meio de participação efetiva nos debates relacionados a essas matérias nas instâncias de regulação.

Para a ANS, sua atuação fica desacreditada, que se limita tão somente a lei ordinária que a criou, sem se preocupar com as demais normas aplicáveis. Além disso, a ANS perde parte de sua função institucional, pois o que se vê é que o Judiciário cria uma nova forma de construção política dos produtos oferecidos ao mercado e cabe às operadoras considerarem essa influência na condução de suas atividades, quando deveriam se ater tão somente aos mandos da ANS. A ANS deve prezar pela harmonia do mercado, mas o que se vê é que ela preza primeiro pela regularidade de sua atuação junto ao TCU e, segundo, com cumprir estritamente a lei nº 9.661/2000, não havendo evidências que o interesse público está alinhado com sua atuação.

O objetivo principal da pesquisa foi verificar a existência de eventual relação recíproca entre publicação de normas da ANS e alteração do

conteúdo das decisões judiciais sobre saúde suplementar, nos temas que são mais debatidos no Judiciário. Na maioria dos casos não foi identificada tal relação, pois as decisões judiciais na maioria dos casos não considerada a alteração da norma da ANS nas decisões, e também não se verificou que a ANS acata os entendimentos do Judiciário para a elaboração de suas normas – em que pese tais considerações serem levadas para os debates prévios à publicação da norma.

A forma como o objetivo foi alcançado conduz a novas indagações, pois questiona-se se deveria haver essa relação entre Judiciário e agências. Porém, não se pode deixar de insistir que a atuação em conjunto é mais vantajosa para a proteção do interesse público. Não a dupla atuação, que iria contra os princípios da eficiência e representaria altos custos, mas sim uma atuação em que ambos os órgãos possam atuar em sincronismo, associando técnica e política.

Os resultados sinalizam também para outro questionamento, sobre as condições do sistema de regulação no Brasil para defender o interesse público. Aqui, ficam as perguntas relacionadas sobre a indicação de cargos para a agências, a forma de captura pelos entes privados e também a efetiva tecnicidade das manifestações dos órgãos de decisão do regulador.

A ANS deveria se preocupar na produção normativa com maior efetividade e procurar a maior participação popular e também a maior discussão democrática. Não é papel do Judiciário preocupar-se sobre a qualidade das normas da ANS, mas sim afastá-las quando questionado sobre sua aplicação. Se há tantas dificuldades em aumentar a participação, que o regulador então traga os debates judiciais com mais ênfase para o debate.

Aqui vale pontuar que, pelos estudos teóricos, há uma linha tênue a ser identificada para a atuação das agências: a competência conferida por lei para regulamentar a matéria e o limite legal que não deve ser extrapolado na atuação. Esse limite poderá ser compreendido como o interesse público, esse interesse que emana da sociedade como um todo e que se espera na consecução dos fins do Estado. É preciso que seja alterado esse senso

comum de decidir a favor do consumidor é decidir contra a regulamentação da ANS.

Não é possível fechar os olhos para o fato de o plano ou seguro saúde ser um produto de preço elevado. O que precisamos é do fortalecimento do SUS para que não haja o acesso ao mercado de saúde privada sem a racionalidade necessária, podendo ser precificado de acordo com o que oferece e somente para aqueles que tenham interesse no atendimento privado e não para ser uma alternativa para eventuais falhas do serviço público. O que o sistema precisa nesse momento é de definição da sua política, o que se espera com o recurso repetitivo sobre a taxatividade do rol de coberturas (lembrando que a demanda analisada na pesquisa qualitativa sobre esse tema não possui caráter coletivo). Havendo definição, caberá às operadoras precificar seus produtos com base nas diretrizes da política pública desenhada pela atuação da ANS ou do Judiciário. Porém, há necessidade de um sistema público de saúde fortalecido, para que seja garantido o atendimento das pessoas que não puderem suportar os custos dos planos, para que não lhe sejam negados os direitos constitucionalmente garantidos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se pode falar que a judicialização da saúde suplementar é um tema pouco estudado ou pesquisado atualmente. Todos os agentes desse mercado têm se dedicado de alguma forma para tal tema. Um exemplo é a pesquisa recente realizada pelo CNJ, já mencionada no decorrer do presente trabalho. Com certeza é possível afirmar que as pesquisas voltadas para esse mercado estão focadas em temas semelhantes como identificar os assuntos mais debatidos, mensurar o incremento do número de ações e apontar quais os resultados ou demandantes. Não são verificadas pesquisas em que a judicialização é analisada sob a ótica da regulação de saúde suplementar.

A judicialização pode ser encarada como o reflexo de demandas sociais que deveriam ser solucionadas pela regulação, seja a forma como ela se manifesta: autorregulação ou regulação por meio da agência. Fato é que chegam ao Judiciário as questões que não são solucionadas pela regulação. Regulação esta que foi criada exatamente para tutelar mercados com complexidades, mas que compreendem temas de relevante interesse coletivo.

O estudo permitiu analisar se os temas levados ao judiciário são considerados pela ANS na formulação de normas e se o Judiciário considera as novas normas em suas decisões.

Os resultados obtidos demonstram que dentro de cada uma das temáticas, não há uma colaboração recíproca entre ANS e Judiciário. Em todos os temas analisados foi identificada uma norma da ANS sobre o assunto e, na maioria dos casos, ela não foi considerada como fundamento da decisão. E, além disso, a publicação de nova norma sobre o tema sequer altera os assuntos debatidos no TJSP, seja porque a ANS não considera os assuntos debatidos para a tutela da nova norma, seja porque o Judiciário não reconhece a legitimidade da atuação da agência.

Na pesquisa qualitativa, em que foi analisado o conteúdo dos processos em discussões de caráter coletivo, notou-se que a participação da sociedade civil é bastante estimulada no âmbito judicial, mas numericamente a

representatividade não é equilibrada entre os agentes. Normalmente as modalidades de operadoras de planos de saúde estão alinhadas entre si (em um total de seis modalidades), sendo que os interesses dos consumidores são representados por associações de forma descentralizada. Defensoria Pública e Ministério Público pouco participam nessas demandas junto ao Judiciário e, mesmo estando presentes nas instâncias de participação da ANS, não se verifica uma figura centralizadora e a participação ocorre de forma descontínua.

Mesmo após a participação da sociedade civil na elaboração da política pública de saúde suplementar pela ANS, o Judiciário afasta o conteúdo da norma infralegal. Por isso, fica o questionamento se a participação da sociedade também não faria sentido para o Judiciário, pois o que se considera na prolação de decisões é a hierarquia das normas. Em algumas demandas judiciais de caráter coletivo, a ANS sequer é chamada a participar.

Foram identificadas hipóteses em que decisões de caráter coletivo dos Tribunais reafirmam exatamente a previsão que a norma da ANS traz, mas sem mencionar que existe norma infralegal sobre o tema.

E esse afastamento entre ANS e Judiciário não se mostra como benéfico ao mercado, já que foi analisada mais de uma hipótese em que os julgadores não compreendem inteiramente a intenção do regulador com a norma, como no caso da ACP sobre cancelamento de contrato. Especificamente nesse caso, a falta de análise conjunta trouxe a confirmação de uma conduta menos favorável ao consumidor. Pode-se também citar a ADPF que questionou a regulamentação sobre mecanismos financeiros, porém a controvérsia sobre seus benefícios para o mercado poderia influir nas considerações apresentadas.

Pelos resultados da pesquisa, a ANS não analisa os temas das demandas judiciais para a composição de sua análise de impacto regulatório (ou documento equivalente) para a elaboração das novas normas. Não há nenhuma obrigação legal de fazê-lo, mas sendo a judicialização um forte indício de falhas no mercado, caberia à ANS apoderar-se desse tema não

com o intuito de reduzir as demandas judiciais, mas sim com a finalidade de harmonizar o mercado que regula.

Por sua vez, o Judiciário não reconhece as alterações das normas da ANS na solução das demandas que lhe são apresentadas. E para tal ponto há várias considerações a serem apresentadas, como a função do Judiciário como construtor da política pública e de guardião da execução das leis, a falta de legitimidade da ANS em razão das falhas em sua organização e estrutura, a captura política da ANS que coloca em dúvida o conteúdo de seus atos, e até simplesmente a hierarquia clássica das normas que parece prevalecer no Judiciário.

Essa dualidade gera um problema para o mercado já complexo, pois além de gerar descrédito na regulamentação da ANS, o setor se mostra como em constante conflito: as operadoras não possuem um direcionamento para alinharem suas condutas, os consumidores ficam à mercê de decisões de julgadores que apresentam interpretações diversas sobre temas idênticos, os reguladores acabam atuando de forma apática diante da possibilidade de questionamento de suas condutas, demais atores do mercado que não são regulados pela ANS encontram brechas para sua atuação e ganham vantagens concorrenciais.

Nas decisões analisadas, o TJSP prefere embasar suas decisões sobre planos de saúde no CDC ou em suas próprias súmulas. As resoluções da ANS não são consideradas e, quando mencionadas, são para afastar sua incidência ao caso. A ANS não está preenchendo o vácuo regulatório, que vem sendo preenchido pelas construções do Judiciário. É importante lembrar que a regulação é produzida para todo o mercado, enquanto a decisão judicial em sua maioria se aplica somente para aqueles que buscam o Judiciário (exceto nas decisões de efeito coletivo, como já exposto).

Não se busca com a pesquisa recomendar a redução da judicialização ou qualquer tipo de limitação ao acesso à Justiça, mas sim a harmonia do mercado, especialmente entre consumidores e operadoras, cientes de suas obrigações e direitos, que se espera não necessite da intervenção do Judiciário para sentirem-se protegidos pelo Estado.

Feitas tais observações, é possível apresentar algumas recomendações para o aprimoramento do mercado de saúde suplementar, tanto por parte do Judiciário como por parte da ANS.

Pela ANS:

Considerar as demandas judiciais na elaboração de suas normas e da agenda regulatória. Os assuntos debatidos nas demandas judiciais são resultado de falhas do mercado regulado e precisam estar no radar do regulador como indícios de temas que precisam de tratativas diferenciadas, ou até mesmo um alinhamento entre os agentes.

Incremento da participação popular na elaboração de normas – direitos e obrigações claras para operadoras e consumidores e compromisso com o texto legal. A participação da sociedade civil na elaboração das normas já é instrumentalizada e institucionalizada, o que representa grande evolução, mas é preciso que seja garantida a paridade dos atores, para que o regulador não seja munido com informações e necessidades de somente parte do mercado que regula.

Instrumentos eficientes para a análise de inclusão de coberturas no rol, que consigam reconhecer as deficiências do mercado, as necessidades dos usuários e a eficiência dos procedimentos e medicamentos a serem cobertos. Como dito, é preciso que a regulação atenda a todo mercado, mas a questão da cobertura é altamente debatida. Por isso, é preciso que os interesses dos beneficiários sejam analisados nas revisões do rol, bem como seja demonstrada a eficiência das novas inclusões como sustentam as operadoras. Um processo de revisão ágil e participativo poderia articular tais interesses.

Fiscalização da atuação das operadoras, para que os consumidores não precisem acessar o Judiciário para demandar questões que são consolidadas pela ANS. A judicialização não deveria compreender demandas que envolvam obrigações já sedimentadas das operadoras, devendo tais condutas serem reprimidas pelo poder fiscalizador da ANS. Lembrando que a ANS também possui competência para uma atuação

fiscalizatória indutora e educativa, mas não se afasta a penalidade severa para condutas reiteradas que contrariem a regulamentação e a legislação.

Pelo Judiciário:

Aproximando do modelo em rede da separação dos poderes, considerar que suas decisões constroem a política pública e buscar as orientações dos órgãos técnicos legitimados pode auxiliar na melhor construção de caminhos que reflitam o interesse público. Não há que se negar que a ANS possui competência para regular o mercado em razão de sua tecnicidade. Cabe ao Judiciário reconhecer que sua função poderá ser complementada pelo conhecimento técnico dos agentes de regulação e aliar as informações para que as soluções propostas atendam ao mercado por completo.

Priorizar o controle de forma coletiva, e não somente em demandas individuais. Como dito, as soluções individuais se aplicam somente àqueles que buscam o Judiciário, sendo que a regulação é para o mercado por completo. Decisões coletivas por parte do Judiciário poderão corrigir tal iniquidade e representar maior segurança para todos os atores.

As considerações ganham força quando se recorda que o mercado de saúde suplementar é muito complexo e a assimetria de informações é sua maior marca, sendo que até mesmo a ANS encontra dificuldades em obter informações, dependendo do agente administrado para obter os dados que embasam suas condutas.

O mercado de planos de saúde é relevante, atende uma parcela significativa da população, movimenta um capital importante. Não se trata de simplesmente afastá-lo, mas sim entender seu funcionamento para que possa ser aprimorado. E a pesquisa busca exatamente isso: utilizar a judicialização para compreender como o mercado de saúde suplementar pode ser aprimorado, considerando a interação das demandas judiciais com as normas da ANS. E o que se pensava estar absolutamente afastado, na verdade, se conclui pela absoluta interseção. Já que tratam do mesmo tema, ambos os

órgãos precisam se comunicar para que os dados sejam analisados em prol do mercado como um todo, sem isolar realidades dentro do mesmo todo. Analisar a judicialização sem considerar as normas da ANS poderá tender para uma proposta de redução de judicialização, quando se tem um importante indicador para as falhas do sistema. Analisar a judicialização isoladamente sob o aspecto regulatório poderá tender a uma precarização da ANS, que estaria inerte diante do Poder Judiciário, quando há possibilidade utilização de instrumentos para que os órgãos estejam alinhados.

Por óbvio que se espera o aprimoramento dos presentes estudos em futuras pesquisas, mas em verdade, o que se espera é que os futuros estudos possam encarar a judicialização pela ótica da regulação, sem considerá-la boa ou ruim, mas sim, como o que ela é: um indicador de como a construção da política pública precisa de aprimoramento no país, especialmente pelo reconhecimento da autoridade da ANS e da eficiência do Judiciário para solucionar conflitos.

7. REFERÊNCIAS

1. Azevedo PF, Aith FMA. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução [Internet]. 2019 [citado 05 Jun. 2020]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>.
2. Robba R. Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo. [dissertação online]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2017 [citado 20 jun. 2020] Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-0108095624/publico/RafaelRobba.pdf>.
3. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão Recurso Especial nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5) Planos e Seguros de Saúde. Recurso Especial. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Elaborado Pela ANS [Internet]. Brasília: STJ; 2018 [citado 26 Jun. 2020]. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=105962404&num_registro=201800740615&data=20200220&tipo=5&formato=PDF.
4. Bucci MPD. Quadro de Referência de uma Política Pública: primeiras linhas de uma visão jurídico-institucional. Direito do Estado [Internet]. 2016 [citado 03 Out. 2020]. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/colunistas/maria-paula-dallari-bucci/quadro-de-referencia-de-uma-politica-publica-primeiras-linhas-de-uma-visao-juridico-institucional>.
5. Brasil. Leis etc. Lei n. 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1998 4 jun. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm .
6. Cunha PCM. A regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris; 2003.

7. Aith FMA. Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
8. Aith FMA. Efetivação do direito à saúde em seus múltiplos caminhos: novas institucionalidades para a solução do conflito em saúde. In: Bucci MPD, Duarte CS, coordenadores. *Judicialização da Saúde: a visão do poder executivo*. São Paulo: Saraiva; 2017.
9. Di Pietro MSZ. Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2005.
10. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil 1998: artigo 199. Brasília (DF): Senado; 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm .
11. Brasil. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1967 fev. 27). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm .
12. Di Pietro, MSZ. Direito administrativo. 14. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
13. Mello CB de. Curso de direito administrativo. 34. ed. [ver. a atual. até a Emenda Constitucional 99, de 14.12.2017]. São Paulo: Malheiros, 2019.
14. Guerra S. Aperfeiçoando a regulação brasileira por agências. In Guerra S, organizador. *Teoria do Estado Regulador*. Curitiba: Juruá; 2015.
15. MEIRELLES, Helly Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 29. ed. São Paulo, Malheiros Editores. 2004.
16. Justen Filho M. *Curso de Direito Administrativo*. São Paulo: Saraiva; 2005.

17. Figueiredo LV. Curso de direito de saúde complementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense; 2012.
18. Afonso MG. A Ficção da Independência das Agências Reguladoras: Um estudo dos mecanismos garantidores da independência das agências e sua aplicação prática. In: Guerra S, organizador. Teoria do Estado Regulador. Curitiba: Juruá; 2016. v. II.
19. Brasil. Leis etc. Lei 9.961 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília(DF) 2000. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm.
20. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão do TCU nº 240/2015, de 11 fev. 2015. Acórdão. Brasília: TCU. 2015. Disponível em:
http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/CONSES/TCU_ATA_0_N_2015_24.pdf
21. Nogueira NG. As autarquias no contexto da Organização da Administração Pública Brasileira. In: Tanaka SYK, coordenadora. Panorama Atual da Administração Pública no Brasil. São Paulo: Malheiros; 2012.
22. Bucci MPD. Contribuição Para Redução da Judicialização da Saúde: uma estratégia Jurídico-Institucional Baseada na Abordagem de Direito e Políticas Públicas. In: Bucci MPD, Duarte CS, coordenadores. Judicialização da Saúde: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.
23. Aith FMA. Agências reguladoras de saúde e poder judiciário no brasil: uma relação conflituosa e necessária para a garantia plena do direito à saúde. In: Prado M, organizadora. O judiciário e o estado regulador brasileiro. [Internet]. São Paulo: FGV Direito; 2016 [citado 06 Mar. 2019]; 260-210. Disponível em:
<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/17700/O-judiciario-e-o-estado-regulador.pdf?sequence=3>. (Coleção Acadêmica Livre)
24. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão, 2006. Interface (Botucatu) [Internet]. 2020[citado 16 ago 2020];

25-41. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003> .

25. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados e Indicadores do Setor: links e arquivos relativos aos dados e indicadores do setor [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2020 [citado 21 Jul. 2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor#> .

26. Bahia L, Viana AL. Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar*, 2002. [Internet]. 2020 [citado 18 ago 2020]; Rio de Janeiro: ANS. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_1.pdf .

27. Brasil. Medida Provisória nº 1665, de 04 junho 1988. Altera dispositivos da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília (DF) 1988 jun. 05. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas/1665.htm.

28 Pietrobon L, Prado M L, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis* [Internet]. 2008 [citado 2020 Out 24]; 18(4): 767-783. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400009&lng=pt.

29. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931. Brasília: STF; 2018. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189> .

30. Barbugiani LHS. Planos de Saúde. Aguilar FH, coordenador. São Paulo: Saraiva, 2015. Coleção Direito Econômico.

31. Gregori MS. Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. 4. ed. ver. atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019

32. Brasil. Leis etc. Lei nº 10.185 de 12 fevereiro 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2001 14 fev. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10185.htm .

33. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 196, de 14 julho 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2009 16 jul. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextolEi&format=raw&id=MTQ1OQ==>.

34. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 outubro 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2000. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextolEi&format=raw&id=Mzgw> .

35. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 julho 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2009. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextolEi&format=raw&id=MTQ1OA==> .

36. Brasil. Leis etc. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1971. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5764.htm .

37. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2004. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODgx> .

38. Brasil. Leis etc. Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985. Dispõe sobre os órgãos de representação dos estudantes de nível superior e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1985 4 nov. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7395.htm .

39. Brasil. Leis etc. Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985. Dispõe sobre a organização de entidades representativas dos estudantes de 1º e 2º grau e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1985 5 nov. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7398.htm .

40. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020) [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2020 [citado 19 set. 2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.

41. Brasil. Decreto-Lei nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2000 jan 6. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm .

42. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Regimental nº 01, de 17 de março de 2017. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2017 3 mai. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzM5MA==> .

43. Brasil. Leis etc. Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências

reguladoras, altera a Lei nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996, a Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997, a Lei nº 9.478, de 6 de agosto de 1997, a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Lei nº 9.984, de 17 de julho de 2000, a Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, a Lei nº 10.233, de 5 de junho de 2001, a Medida Provisória nº 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, a Lei nº 11.182, de 27 de setembro de 2005, e a Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2019 3 jun. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2019-2022/2019/Lei/L13848.htm .

44. Brasil. Leis etc. Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000. Dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2000 19 jul. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9986.htm.

45. Brasil. Decreto-Lei nº 5.480, de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre o Sistema de Correição do Poder Executivo Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2005 1 jul. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Decreto/D5480.htm

46. Brasil. Medida Provisória nº 2.177, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2001 24 set. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm#:~:text=2177%2D44&text=MEDIDA%20PROVIS%C3%93RIA%20No%202.177,24%20DE%20AGOSTO%20DE%202001.&text=Altera%20a%20Lei%20no,que%20lhe%20confere%20o%20art.

47. Ministério da Saúde. A retomada das atividades do CONSU [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 12 jul. 2020]. Disponível em <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44115-nota-a-imprensa-reuniao-do-conselho-de-saude-suplementar>.

48. Brasil. Decreto-Lei nº 10.236, de 11 de fevereiro de 2020. Aprova o Regimento Interno do Conselho de Saúde Suplementar. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020 12 fev. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10236.htm .

49. Brasil. Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2006 30 mar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextLei&format=raw&id=Nzkw> .

50. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Resolução Normativa - RN nº 242, de 7 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextLei&format=raw&id=MTYxNg==> .

51. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Administrativa - RA nº 49, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre o processo administrativo normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/guia_tecnico_boas_praticas.pdf .

52. Brasil. Decreto-Lei nº 10.411, de 30 de junho de 2020. Regulamenta a análise de impacto regulatório, de que tratam o art. 5º da Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, e o art. 6º da Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020 30 jun. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10411.htm

53. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Câmaras e grupos técnicos [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2020 [citado 15 set. 2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos>.

54. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Elaboração das Normas da Saúde Suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2020 [citado 23 mar. 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/legislacao/elaboracao-das-normas-da-saude-suplementar>.

55. Cortez LFA. Separação dos poderes: tendências e desafios [Internet]. In A vida dos direitos nos 30 anos da Constituição Federal. 2019. [citado 2019 07 dez.] São Paulo: Escola Paulista de Magistratura. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/download/EPM/Publicacoes/ObrasJuridicas/10-30%20anos.pdf?d=637014768465844893>.

56. Bucci, MPD. O conceito de política pública em direito. In: Bucci MPD, organizadora. Política públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006,

57. Fabretti, FMA. A judicialização da saúde suplementar. Bucci MPD, Duarte CS, coordenadoras. In: Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

58. Mattos D, Ramos E, Cruz SA. A judicialização da saúde e a gestão biopolítica da vida: O Poder Judiciário e as estratégias de controle do sistema de saúde. Rev. Direito Práx [Internet]. 2019 [citado 2020 Jul 13]; 10 (3): 1745-1768. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662019000301745&lang=pt .

59. Barreiro GSS, Furtado RPM. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. Rev. Adm. Pública [Internet]. 2015. [citado 2020 abr. 09]; 49(2):293-314. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v49n2/0034-7612-rap-49-02-00293.pdf> .

60. Afonso ABP, Meneguetti MG, Araújo TR, Chaves LDP, Laus AM. Private health insurance coverage-related lawsuits. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 07]; e20180748. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000300160&lang=pt.

61. Delquique MC, Castro EV. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. Ensaio • Saúde debate [Internet]. 2020 [citado 2020 Mar 17]; 39 (105) 507-513. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n105/506-513/> .
62. Taylor MM. O judiciário e as políticas públicas no Brasil. DADOS – Revista de Ciências Sociais [Internet]. 2007 [citado 2020 Fev 15]; 50(2): 229-257. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582007000200001&script=sci_arttext
63. Freitas BC, Fonseca EP, Queluz DP. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. Interface [Internet]. 2020 [citado 2020 Jan 10]; 24: e190345. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2020.v24/e190345/> .
64. Sepulveda A, Lazari I, Bolonha C. Revisando a Deferência às Agências Reguladoras [Internet]. 2019. São Paulo: Empório do Direito; 2019 [citado 13 Nov. 2020]. Disponível em: <https://emporiოდodireito.com.br/leitura/revisitando-a-deferencia-as-agencias-reguladoras> .
65. Binicheski PR. A Doutrina Chevron: o ocaso anunciado? Revista CEJ [Internet]. 2017. [citado 17 Mai. 2020]; 21(73): 29-39. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-CEJ_n.73.03.pdf .
66. Silva JA, Guimarães TA. Agências reguladoras e tribunais: inter-relações entre Administração e Justiça. Cad. EBAPE.BR [Internet]. 2020. [citado 05 Mai. 2020]; 512-524. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512020000300512&lng=en&nrm=iso
67. Oliveira LABM. Capacidades Institucionais e Deferência Judicial em Matéria de Políticas Públicas [monografia]. Rio de Janeiro: Curso de Direito, Faculdade de Direito. Universidade Federal do Rio de Janeiro: 2018.

68. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2018 2 jan. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=Textol_ei&format=raw&id=MzUwMg== .

69. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 279, de 24 de novembro de 2011. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2011. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=Textol_ei&format=raw&id=MTg5OA== .

70. Brasil. Resolução Normativa - RN nº 412, de 10 de novembro de 2016. Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2016. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=Textol_ei&format=raw&id=MzM5NA== .

71. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 439, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2018. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=Textol_ei&format=raw&id=MzY1Nw== .

72. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Consulta Pública 61 - RN do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2017 [citado 20 Jun. 2020]. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-61-rn-do-rol-de-procedimentos-e-eventos-em-saude>.

73. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Parecer Técnico nº 51/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018 [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018 [citado 16 Ago. 2020]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/PARECER_51-2018_TRATAMENTO%20OCULAR%20QUIMIOTERAPICO%20COM%20ANTIANGIOGENICO_VERSO%20FINAL_28122017.pdf.

74. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Parecer Técnico nº 37/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018. Cobertura: Pet-Ct Oncológico [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018 [citado 16 Ago. 2020]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/PARECER_37-2018_PET-CT%20ONCOLGICO%20DUT_VERSO%20FINAL_28122017.pdf.

75. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Parecer Técnico nº 52/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018. Cobertura: Troca Valvar por Via Percutânea (TAVI) [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018 [citado 16 Ago.2020]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/PARECER_52-2018_TROCA%20VALVAR%20POR%20VIA%20PERCUTNEA%20TAVI_VERSO%20FINAL_28122017.pdf.

76. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018 [citado 16 Ago. 2020]. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/Lista_Incorpora%C3%A7%C3%A3o_Final.pdf

77. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Consulta Pública nº 41, no ano de 2011 [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2011 [citado 23 Jun. 2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-41>.

78. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula nº 102. Súmulas. São Paulo: TJSP; 2020. Disponível em:

<https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf> .

79. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula nº 96. Súmulas. São Paulo: TJSP; 2020. Disponível em:

<https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf> .

80. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 441, de 19 de dezembro de 2018. Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2018. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2Mg==>.

81. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 14 DE 3 DE novembro de 1998. Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1998. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjk4> .

82. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Consulta Pública n. 30251, Classificação dos planos de saúde, contratação de planos de saúde e criação de Administradora de Benefícios [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2008 [citado 20 Jun. 2020]. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-30>

83. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 171, de 29 de abril de 2008. Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de

assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI4NA> .

84. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Recomendação PR/RJ/CG nº 05/2014. Editar Ato Normativo regulamentando formas de rescisão unilateral de contratos de planos privado de assistência à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2014 [citado 25 fev. 2020]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2014_ct_dl/p/1reuniao_notas_1008_2014_ggeop_dipro_ans.pdf .

85. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Reuniões da Diretoria da ANS: calendário de reuniões da diretoria colegiada [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2020 [citado 13 mai. 2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/reunioes-da-diretoria-ans>

86. Brasil. Leis etc. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1990 12 set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm .

87. Brasil. Leis etc. Lei n. 6.523, de 31 de julho de 2008. Regulamenta a Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2008 1 ago. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm

88. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 192, de 27 de maio de 2009. Dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2009 [citado 12 jun. 2020]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_31_docapoio_rn192_planejamento_familiar.pdf .

89. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 63 DE, 22 de dezembro de 2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004[Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2003 [citado 11 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4> .

90. Aith FMA. Os tribunais e as agências reguladoras: uma relação conflituosa. In: Prado M, organizadora. *O judiciário e o estado regulador brasileiro*. [Internet]. São Paulo: FGV Direito; 2016 [citado 12 Jul. 2020]; 260-215. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/17700/O-judiciario-e-o-estado-regulador.pdf>. (Coleção Acadêmica Livre)

91. 278. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 532. Brasília: STF; 2018. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5506939> .

92. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa– RN n. 433, de 27 de junho de 2018. Dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018 [citado 17 jun. 2020]. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=Textoei&format=raw&id=MzU5NA==> .

93. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Suplementar. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 08 de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde [Internet]. Brasília: CNS; 1998 [citado 21 jul. 2020]. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=Textoei&format=raw&id=MzA3> .

94. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 08, de 03 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1998. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=Textoei&format=raw&id=MzA3>

95. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão Recurso Especial nº 1680318 / SP (2017/0146777-1) autuado em 03/07/2017. DIREITO DO CONSUMIDOR, Contratos de Consumo, Planos de Saúde [Internet]. Brasília: STJ; 2017 [citado 8 Ago 2020]. Disponível em:

<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=201701467771&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea> .

96. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão Recurso Especial nº 1568244 / RJ (2015/0297278-0) autuado em 12/11/2015 [Internet]. Brasília: STJ; 2015 [citado 11 Ago 2020]. Disponível em:

<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=201502972780&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea>

97. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU Nº 06 de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília

(DF).1998. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextLei&format=raw&id=MzEy> .

98. Brasil. Leis etc. Lei nº 10. 741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2003 1 out. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm .

99. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 30 Ago. 2020]. Disponível em:

<https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018.html> .

100. Rio de Janeiro. Justiça Federal Seção Judiciária do Rio de Janeiro. Ação Civil Pública (“ACP”) nº 0136265-83.2013.4.02.51.01 da 18ª Vara Federal do Rio de Janeiro. Trata-se de ação coletiva interposta pela Autarquia de Proteção e Defesa do Consumidor do Estado do Rio de Janeiro – PROCON/RJ em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com o objetivo de anular o parágrafo único do artigo 17da RN 195, de 14 de julho de 2009, da ANS[Internet]. Rio de Janeiro: JF; 2013 [citado 6 Set. 2020]. Disponível em: <https://www.jfrj.jus.br/consultas-e-servicos/consulta-processual/consulta-no-sistema-e-proc> .

101. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Judicialização na Saúde Suplementar - Pesquisa Realizada no Âmbito do Programa Parceiros Da Cidadania [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018 [citado 09 Jun. 2020]. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/Resultado_da_pesquisa_com_os_parceiros.pdf

Apêndice

RESOLUÇÃO ADMINISTRATIVA - RA NO 49, DE 13 DE ABRIL DE 2012.

Dispõe sobre o processo administrativo normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

[\[Correlações\]](#) [\[Alterações\]](#)

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Lei Complementar nº 95, de 25 de fevereiro de 1998, o Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, e a alínea “d” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 4, de abril de 2012, adotou a seguinte Resolução Administrativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução dispõe sobre o processo administrativo normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 2º Deverão obedecer ao disposto nesta Resolução, os seguintes atos normativos, inclusive quando produzidos em conjunto com uma ou mais Diretorias:

I - Resolução Normativa - RN;

II - Resolução Administrativa - RA;

III - Instrução Normativa - IN;

IV - Instrução de Serviço - IS; e

V - Súmula Normativa.

VI - Resolução Regimental - RR. ([Incluído pela RA nº 66, de 2017](#))

CAPÍTULO II DAS FASES DO PROCESSO ADMINISTRATIVO NORMATIVO

Seção I Da Iniciativa

~~Art. 3º Os Diretores, Diretores-Adjuntos, no âmbito de seus órgãos regimentados, Procurador-Chefe, Ouvidor, Secretários, Auditor - Chefe, Corregedor e o Presidente da Comissão de Ética da ANS - CEANS, na forma prevista na Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009 e alterações, e os grupos de trabalho constituídos pela Diretoria Colegiada - DICOL possuem legitimidade para dar~~

~~início ao processo administrativo normativo.~~

Art. 3º Os Diretores, Diretores-Adjuntos, no âmbito de seus órgãos regimentados, Procurador-Chefe, Ouvidor, Secretários, Auditor - Chefe, Corregedor e o Presidente da Comissão de Ética da ANS - CEANS, na forma prevista na Resolução Regimental - RR nº 01, de 13 de março de 2017, e os grupos de trabalho constituídos pela Diretoria Colegiada - DICOL possuem legitimidade para dar início ao processo administrativo normativo. ([Redação dada pela RA nº 66, de 2017](#))

Parágrafo único. A legitimidade guardará pertinência temática com as atribuições regimentais.

Art. 4º O processo administrativo normativo deverá ser instruído, obrigatoriamente, com:

I - o Sumário Executivo de Impacto Regulatório, quando couber na forma desta Resolução;

II - a Exposição de Motivos;

III - a minuta do ato normativo proposto; e

IV - o despacho de encaminhamento dos autos para a Procuradoria Federal Junto à ANS - PROGE, que deverá conter, além dos documentos listados nos incisos I, II e III:

a) a assinatura da autoridade prevista no artigo 3º; e

b) a indicação de servidor em exercício no órgão proponente que ficará responsável por acompanhar o processo e esclarecer as dúvidas eventualmente levantadas pela PROGE.

§ 1º O encaminhamento de proposta de IN ou IS à PROGE ficará a critério da autoridade prevista no artigo 3º responsável pelo ato proposto, considerando, especialmente, a complexidade da minuta.

§ 2º Na hipótese de Súmula Normativa, o processo deverá ser instruído ainda com o texto explicativo do ato normativo proposto, para fins de divulgação no endereço eletrônico da ANS na Internet.

Subseção I

Do Sumário Executivo de Impacto Regulatório

Art. 5º O Sumário Executivo de Impacto Regulatório será o primeiro ato do processo administrativo normativo, conforme modelo no Anexo desta Resolução.

Parágrafo único. Quando o órgão proponente vislumbrar novos elementos que modifiquem o conteúdo do Sumário Executivo de Impacto Regulatório, deverá consigná-los no processo.

Art. 6º O Sumário Executivo de Impacto Regulatório será elaborado quando o ato normativo proposto puder causar impacto regulatório.

Parágrafo único. Presume-se que as Resoluções Normativas possuem impacto regulatório, salvo motivação em sentido contrário pelo órgão proponente.

Subseção II

Da Exposição de Motivos

Art. 7º A Exposição de Motivos deverá conter:

I - justificativa e fundamentação da edição do ato normativo, de tal forma que possibilite a sua utilização como defesa em eventual argüição de ilegalidade ou inconstitucionalidade;

II - explicitação da razão de o ato proposto ser o melhor instrumento normativo para disciplinar a matéria;

III - apontamento das normas legais e infralegais relacionadas com a matéria do ato normativo;

IV - apontamento das normas afetadas ou revogadas pela proposição;

V - apresentação de quadro comparativo entre o texto atual e o texto proposto da minuta quando se tratar de alteração ou revogação de ato normativo existente;

VI - indicação de que não há aumento de despesas nas hipóteses de transformação ou qualquer tipo de redistribuição de cargos comissionados e comissionados técnicos da ANS, conforme disposto no artigo 14 da Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, a ser confirmada pelo órgão competente integrante da estrutura da ANS;

VII - indicação da existência de prévia dotação orçamentária, quando a proposta demandar despesas;

VIII - indicação da existência de impacto em sistemas de informação no âmbito da ANS;

IX - indicação acerca da urgência para publicação, quando for o caso; e

X - demais documentos que o órgão proponente julgar pertinentes para fundamentar a sua proposta, sejam esses em mídia ou não.

Parágrafo único. Ocorrendo motivo superveniente para solicitação de análise com urgência, esta deverá também ser formulada por escrito.

Seção II

Da Análise Jurídica e Formal

Art. 8º Encaminhados os autos a PROGE, esta fará a análise formal e jurídica do ato normativo proposto.

Parágrafo único. Na hipótese de encaminhamento de proposta de IN ou IS à PROGE, este será apenas para a análise formal; em sendo necessária a análise jurídica, esta deverá ser solicitada expressamente.

Art. 9º Finda a análise de que trata o art. 8º, o processo será encaminhado para o órgão proponente, que consolidará a minuta considerando as contribuições da PROGE.

Seção III Da Deliberação da DICOL

~~Art. 10. O órgão proponente, com o processo devidamente instruído, solicitará a inclusão na pauta da reunião da DICOL à Coordenadoria de Apoio à Diretoria Colegiada – COADC, com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis da sua realização para apreciação ou deliberação.~~

Art. 10. O órgão proponente, com o processo devidamente instruído, solicitará a inclusão na pauta da reunião da DICOL à Coordenadoria de Apoio à Diretoria Colegiada - COADC, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis da sua realização para apreciação ou deliberação. ([Redação dada pela RA nº 66, de 2017](#))

Art. 11. Ao deliberar, a DICOL poderá tomar uma das seguintes espécies de decisão:

I - aprovação; ou

II - rejeição.

Parágrafo único. A minuta de ato normativo submetida para deliberação poderá ser retirada de pauta, por solicitação de um ou mais Diretores, para vista do processo ou outra finalidade.

Subseção I Da Aprovação

Art. 12. Após a DICOL ter aprovado a minuta, o processo, com a redação final da norma a ser publicada, será encaminhado para a COADC que, simultaneamente:

I - providenciará a publicação do ato normativo; e

II - encaminhará o ato mencionado no inciso anterior, por meio eletrônico, para o órgão responsável pela atualização de normas.

Parágrafo único. Após as providências previstas nos incisos deste artigo, a COADC encaminhará os

autos do processo ao órgão proponente para ciência, o qual o encaminhará ao órgão responsável pela atualização de normas para arquivo.

Art. 13. Compete ao órgão responsável pela atualização de normas:

I - realizar a atualização de todos os atos normativos existentes no âmbito da ANS que sejam afetados pelo ato normativo objeto de aprovação;

II - providenciar a divulgação do ato normativo no portal da ANS; e

III - arquivar o processo administrativo normativo.

Subseção II Da Rejeição

Art. 14. Após a DICOL ter rejeitado a minuta, o processo retornará para o órgão proponente, que providenciará o seu arquivamento.

Seção IV Das Disposições Específicas das Câmaras Técnicas, Consultas e Audiências Públicas

Art. 15. A DICOL poderá aprovar a minuta somente para a realização de Câmara Técnica, Consulta ou Audiência Públicas, disciplinadas pela RN nº 242, de 7 de dezembro de 2010, com a finalidade de promover a participação da sociedade civil e dos agentes regulados, no processo de edição de normas e tomada de decisão da ANS.

Art. 16. Na hipótese do artigo 15, o órgão proponente deverá apreciar as sugestões apresentadas nos termos da RN nº 242, de 2010, juntando os documentos necessários, e reiniciar o fluxo de atos descritos a partir da Seção II do Capítulo II desta Resolução.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 17. Durante o trâmite do processo administrativo normativo, a qualquer momento, a autoridade com legitimidade para iniciar o processo poderá incluí-lo em pauta de reunião da DICOL para fins de apreciação prévia da proposta normativa a ser posteriormente encaminhada para deliberação.

Art.18. A proposta de edição de Súmula Normativa poderá ser submetida à DICOL para deliberação quanto ao entendimento a ser sumulado, previamente ao encaminhamento dos autos à PROGE.

Art. 19. O descumprimento dos dispositivos desta Resolução poderá ensejar o retorno dos autos

para o órgão proponente para fins de complementação da instrução.

Art. 20. A DICOL poderá determinar que a elaboração de outra espécie de ato normativo da ANS observe as regras previstas nesta Resolução.

Art. 21. Excepcionalmente, a DICOL poderá solicitar a PROGE que elabore determinada proposta de ato normativo, independentemente da pertinência temática.

Art. 22. O órgão responsável pela atualização de normas deverá manter um programa permanente de aprimoramento de atualização dos atos normativos da ANS.

Art. 23. Regulamentação específica detalhará a execução desta Resolução.

Art. 24. O Anexo desta Resolução estará disponível para consulta e cópia na página da INTRANS.

Art. 25. Esta Resolução se aplica aos processos administrativos normativos em andamento, aproveitando-se os atos já praticados.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

~~[ANEXO](#)~~

[ANEXO](#)

[\(Redação dada pela RA nº 63, de 09/07/2015\)](#)

Correlações da RA nº 49 :

[Lei nº 9.961](#), de 2000

[Lei nº 9986](#), de 2000

[Decreto 4.176](#), de 2002

[RN nº 197](#), de 2009

[RN nº 242](#), de 2010

[\[VOLTAR\]](#)

A RA nº 49 alterada pela:

[RA nº 63](#), de 2015

[RA nº 66](#), de 2017

[\[VOLTAR\]](#)

registro	tema principal	menciona ANS	tema de ans	legislação aplicada	existe norma da ans?	comentário
9068010-70.2005.8.26.0000 6819784200	reajuste por sinistralidade reajuste por sinistralidade	não não	não não	CDC cdc	sim sim	abusividade do reajuste por sinistralidade abusividade do reajuste por sinistralidade
9057672-03.2006.8.26.0000	contrato anterior à lei	sim	reajuste individual	lei 9656/98	sim	reajuste não previsto no contrato deve aplicar ANS
9060323-37.2008.8.26.0000	inativos	sim	consu 21	lei 9656/98	sim	
9147296-92.2008.8.26.0000	inativos	sim	consu 21	lei 9656/98	sim	
0318784-40.2009.8.26.0000	inativos	sim	inativos	lei 9656/98	sim	não diferencia contrato de ativos e inativos - regra do CONSU não se aplica por reduzir direitos
9183464-59.2009.8.26.0000	inativos	sim	reajuste individual	lei 9656/98	sim	equipara contrato de ativos e inativos
9040324-98.2008.8.26.0000	inativos	sim	consu 21	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9072482-75.2009.8.26.0000	inativos	sim	consu 21	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9084782-69.2009.8.26.0000	inativos	sim	consu 21	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9211651-19.2005.8.26.0000	reajuste anual	sim	reajuste individual	cdc	sim	abusividade do reajuste por sinistralidade
9084813-89.2009.8.26.0000	reajuste por sinistralidade	não	não	contrato	sim	abusividade do reajuste por sinistralidade
9184677-03.2009.8.26.0000	reajuste por sinistralidade	sim	reajuste individual	lei 9656/98	sim	aplica reajuste ans para contrato coletivo
0053856-98.2008.8.26.0000	reajuste faixa etária	sim	reajuste individual	não menciona	sim	decisão entende que reajuste anual da ans e reajuste etário são iguais
0138187-13.2008.8.26.0000	reajuste faixa etária	sim	reajuste individual	Estatuto do Idoso	sim	abusividade do reajuste faixa etária
9247371-42.2008.8.26.0000	reajuste por sinistralidade	sim	reajuste individual	lei 9656/98	sim	aplica reajuste ans para contrato coletivo
9114401-49.2006.8.26.0000	reajuste anual	sim	reajuste individual	lei 9656/98	sim	aplica reajuste ans para contrato coletivo
9103089-08.2008.8.26.0000	reajuste anual	sim	reajuste individual	cdc	sim	aplica reajuste ans para contrato coletivo
9095089-19.2008.8.26.0000	rescisão	sim	consu 19	cdc	sim	entende sobre obrigatoriedade de oferecer plano que não foi demonstrada
9092218-84.2006.8.26.0000	rescisão	sim	reajuste individual	cdc	sim	
0087372-17.2005.8.26.0000	rescisão unilateral	sim	reajuste individual	rn 74/2004	sim	aplica reajuste ans para contrato coletivo
9092218-84.2006.8.26.0000	rescisão unilateral	sim	reajuste anual	código civil	sim	boa fé contratual
9221810-16.2008.8.26.0000	cobrança	não	não	não menciona	não	
9074549-52.2005.8.26.0000	cobertura	não	não	CDC	não	
9071554-61.2008.8.26.0000	cobertura	não	não	lei 9656/98	não	cobertura de urgência em hospital da rede
0124520-57.2008.8.26.0000	cobrança	não	não	não menciona	não	
0117272-40.2008.8.26.0000	cobrança	não	não	não menciona	não	
0111697-56.2005.8.26.0000	competência do juízo	não	não	não menciona	não	
9035434-82.2009.8.26.0000 1007755003	competência do juízo competência do juízo	não não	não não	não se aplica não se aplica	não não	discussão sobre competência do juízo competência do juízo
0016705-69.2006.8.26.0000	contrato anterior à lei	não	não	contrato	sim	reajuste para contrato anterior à lei
9250550-81.2008.8.26.0000	coparticipação	não	não	não menciona	sim	
0115502-46.2007.8.26.0000	inativos	não	não	não menciona	sim	
0054285-65.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	
0283076-26.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	contribuição indireta para contrato de inativos
9110451-27.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	contribuição indireta para contrato de inativos
9191665-74.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	pdv e manutenção em plano de inativos
0333485-06.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	pdv e manutenção em plano de inativos
9041156-97.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	pdv e manutenção em plano de inativos
0349457-16.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	pdv e manutenção em plano de inativos
0324926-60.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	equipara contrato de ativos e inativos
0320690-65.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	equipara contrato de ativos e inativos
0338885-98.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	equipara contrato de ativos e inativos
0285306-41.2009.8.26.0000	inativos	não	não	CDC	sim	equipara contrato de ativos e inativos
9042240-36.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	equipara contrato de ativos e inativos
0284403-06.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	equipara contrato de ativos e inativos
0324453-74.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	equipara contrato de ativos e inativos
0286810-82.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	equipara contrato de ativos e inativos
0134704-72.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	manutenção como inativo após remissão
0030952-50.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
0349696-20.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9114257-75.2006.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
0139234-22.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9038044-57.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9070049-35.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
0137158-25.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
0139418-75.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9024924-10.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
0037807-45.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9124454-55.2007.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	continuidade após remissão
9112554-07.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9027218-35.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9026512-52.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
0044119-37.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
0139337-29.2008.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo

9021207-87.2009.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9188490-77.2005.8.26.0000	inativos	não	não	lei 9656/98	sim	mesmas condições do plano quando ativo
9220017-42.2008.8.26.0000	mensalidades de clube	não	não	não se aplica	não se aplica	pagamento de mensalidade de clube
0070133-97.2005.8.26.0000	multa	não	não	não se aplica	não se aplica	anulatória de multa aplicada pelo PROCON
9278546-54.2008.8.26.0000	portabilidade	não	não	cdc	sim	cláusula sobre rescisão no caso de transferência não era clara
9062636-34.2009.8.26.0000	previdência privada	não	não	não se aplica	não se aplica	previdência privada
0384591-07.2009.8.26.0000	previdência privada	não	não	não se aplica	não se aplica	previdência privada
9059349-63.2009.8.26.0000	previdência privada	não	não	não se aplica	não se aplica	previdência privada
9183600-56.2009.8.26.0000	previdência privada	não	não	não se aplica	não se aplica	previdência privada
9099687-16.2008.8.26.0000	previdência privada	não	não	não se aplica	não se aplica	previdência privada
9250253-74.2008.8.26.0000	reajuste coletivo	sim	reajuste individual	CDC	sim	aplica reajuste ans para contrato coletivo
9154605-43.2003.8.26.0000	reajuste anual	não	não	cdc	sim	aplica reajuste ans para contrato coletivo
9169073-36.2008.8.26.0000	reajuste por sinistralidade	não	não	contrato	sim	cláusula clara
9192359-77.2007.8.26.0000	reajuste - cláusula	não	não	cdc	sim	cláusula clara
9183965-13.2009.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	não	Estatuto do Idoso	sim	
0031301-53.2009.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	não	Estatuto do Idoso	sim	
9058467-04.2009.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	não	lei 9656/98	sim	abusividade do reajuste faixa etária
0340615-47.2009.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	não	lei 9656/98	sim	nulidade por ser contrato de trato sucessivo
0322398-53.2009.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	não	CDC	sim	abusividade do reajuste faixa etária
0329584-30.2009.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	não	Estatuto do Idoso	sim	reajuste após 60 anos
9036815-62.2008.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	não	Estatuto do Idoso	sim	limitar reajuste após 60 anos
0031322-29.2009.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	não	lei 9656/98	sim	cláusula é válida por não haver abusividade
9134368-12.2008.8.26.0000	reajuste anual	não	não	cdc	sim	cláusula clara
9089131-18.2009.8.26.0000	reajuste por sinistralidade	não	não	contrato	sim	cláusula clara
9068495-02.2007.8.26.0000	reajuste por sinistralidade	não	não	contrato	sim	cláusula clara, mas deveria denunciar o contrato e aplicar unilateralmente
9280495-16.2008.8.26.0000	reajuste coletivo	sim	reajuste individual	cdc	sim	consu não pode mudar a lei
9102915-96.2008.8.26.0000	reajuste por sinistralidade	sim	reajuste individual	lei 9656/98	sim	contrato coletivo não dá mesmos direitos que o individual
9067412-53.2004.8.26.0000	reajuste anual	não	não	contrato	sim	periodicidade da cláusula de reajuste
9129181-86.2009.8.26.0000	remissão	não	não	lei 9656/98	sim	rescisão unilateral em contrato em remissão
9100654-61.2008.8.26.0000	rescisão unilateral	não	não	cdc	sim	
0092345-83.2003.8.26.0000	rescisão unilateral	não	não	CDC	sim	nulidade de cláusula de rescisão unilateral em razão da idade dos consumidores ser avançada - ops assumiu o risco da sinistralidade alta
9037489-06.2009.8.26.0000	rescisão unilateral	não	não	não menciona	sim	manutenção do contrato em tratamento de doença
0149887-54.2006.8.26.0000	rescisão unilateral	não	não	contrato	sim	cláusula clara
0020741-23.2007.8.26.0000	rescisão unilateral	não	não	lei 9656/98	sim	expulsão do contrato de inativos
9239692-88.2008.8.26.0000	seguro de vida	não	não	não se aplica	não se aplica	seguro de vida

registro	tema principal	menciona ANS	tema de ans	legislação aplicada	existe norma da ans?	comentário
9124614-46.2008.8.26.0000	inativos	não	inativos	CDC	consu	valor de tabela de inativos diferente
0158025-93.2009.8.26.0100	reajuste anual	não	reajuste anual	cdc	rn 195	abusividade da cláusula
0327302-19.2009.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0002335-46.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0226656-89.2009.8.26.0100	reajuste anual	não	reajuste anual	cdc	rn 195	ilegalidade do reajuste por sinistralidade
0302977-77.2009.8.26.0000	inativos	sim	inativos	lei 9656	consu	requisitos legais preenchidos para beneficio - afasta
0135544-14.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	cpc	consu	melhor manter provisoriamente o plano como ativo
0021639-42.2003.8.26.0011	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0121687-96.2009.8.26.0011	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0146287-25.2006.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
9078363-04.2007.8.26.0000	rescisão unilateral	não	rescisão	cc	rn 195	aplicação do princípio da liberdade contratual
0142571-48.2010.8.26.0000	reajuste	não	reajuste	cdc		195 ilegalidade do reajuste por sinistralidade
0006918-29.2009.8.26.0576	competência	não	n/a	cpc	n/a	determinação de redistribuição
0063032-33.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0197513-30.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	cdc	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
9113259-05.2009.8.26.0000	inativos	não	inativos	cdc	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
9099696-46.2006.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo -
0601102-97.2008.8.26.0011	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	estatuto idoso	rn 63	afasta reajuste aplicado a idoso
9102035-70.2009.8.26.0000	reajuste anual	sim	reajuste anual	TC	TC	acordo entre ans, associação e operadora para aplic
0258713-38.2010.8.26.0000	reajuste anual	não	reajuste anual	cdc	rn 195	afasta CDC
0256880-82.2010.8.26.0000	competência	n/a	n/a	cpc	n/a	incompetência da justiça estadual
0020781-97.2010.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	cpc	n/a	afastamento do reajuste faixa etária para idoso
0094558-18.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0006987-09.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
9220468-67.2008.8.26.0000	inativos	sim	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0010394-67.2009.8.26.0223	reajuste anual	sim	reajuste individual	cdc	rn 195	aplicação do reajuste individual para planos coletivo
0132884-18.2008.8.26.0000	reajuste anual	sim	reajuste	lei 9656		195 aplicação do reajuste individual para planos coletivo
9126467-61.2006.8.26.0000	rescisão unilateral	não	rescisão	cc	rn 195	aplicação do princípio da liberdade contratual
9282708-92.2008.8.26.0000	inativos	sim	inativos	lei 9656	consu	requisitos legais preenchidos para beneficio - afasta
0009379-20.2009.8.26.0302	reajuste anual	sim	reajuste individual	lei 9656	rn 195	cálculo de reajuste demonstrado
0196697-48.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0110881-02.2009.8.26.0011	inativos	sim	inativos	lei 9656	consu	requisitos legais preenchidos para beneficio - afasta
0336043-48.2009.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0011225-73.2009.8.26.0625	competência	n/a	n/a	cpc	n/a	incompetência da justiça estadual
9176333-33.2009.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	cdc	consu	abusividade do percentual
0085516-42.2010.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	estatuto idoso	consu	norma de ordem pública se sobrepõe
0104969-23.2010.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	cdc	consu	alegação que o reajuste é sinistralidade e beneficiár
0263044-59.2007.8.26.0100	reajuste sinistralidade	não	reajuste	cc		195 cálculo de reajuste demonstrado
0143960-93.2009.8.26.0100	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	estatuto idoso	consu	norma de ordem pública se sobrepõe
0323064-54.2009.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0412588-28.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo -
0098970-89.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo -
0233698-67.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo -
0120762-02.2010.8.26.0000	reajuste	não	reajuste	cdc		195 abusividade da cláusula
9096618-73.2008.8.26.0000	rescisão unilateral	não	rescisão	cdc	rn 195	responsabilidade pela continuidade pela operadora
0070685-86.2010.8.26.0000	rescisão unilateral	não	rescisão	cdc	rn 195	estipulante é mero intermediário, dve preservar o b
0082930-32.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo -
0188747-13.2009.8.26.0100	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	estatuto idoso	rn 63	afasta reajuste após 60 anos e limite do valor da me
0009444-16.2009.8.26.0625	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo -
0275356-71.2010.8.26.0000	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	lei 9656	rn 63	lei não pode ser aplicada retroativamente a contrat
0196679-27.2010.8.26.0000	reajuste sinistralidade	não	reajuste	cdc		195 cláusula obscura
0065575-95.2008.8.26.0576	reajuste anual	não	reajuste anual	cdc	rn 195	cláusula obscura
0002152-42.2010.8.26.0011	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0343952-10.2010.8.26.0000	reajuste anual	não	não	cpc	n/a	decisão sobre consignação em pagamento
0329456-10.2009.8.26.0000	competência	n/a	n/a	constituição	n/a	competência da justiça do trabalho
0129555-95.2008.8.26.0000	reajuste sinistralidade	não	reajuste	cdc		195 falta comprovação atuarial
0115495-50.2009.8.26.0011	reajuste faixa etária	não	reajuste faixa etária	lei 9656	rn 63	impossibilidade de reajuste quando contrato tem m
0120575-92.2009.8.26.0011	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
9105579-66.2009.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0187368-37.2009.8.26.0100	cobertura	não	cobertura	cdc	rol	medicamento está coberto pelo contrato
0121591-86.2006.8.26.0011	inativos	sim	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0022123-48.2009.8.26.0625	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0176822-20.2009.8.26.0100	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	aposentou e continuou na mesma empresa
0411917-54.2009.8.26.0577	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0315830-84.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo

9124259-70.2007.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0129717-22.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0140160-57.2009.8.26.0100	reajuste anual	não	reajuste anual	cdc		195 ilegalidade do reajuste por sinistralidade
0227385-52.2008.8.26.0100	reajuste sinistralidade	não	reajuste	cdc		195 ilegalidade do reajuste por sinistralidade
9219096-83.2008.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0392008-11.2009.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0261383-49.2010.8.26.0000	indenização	não	n/a	n/a	n/a	decisão sobre indenização para funcionário público
9111315-70.2006.8.26.0000	reajuste anual	n	reajuste anual	cdc	rn 195	ilegalidade do reajuste por sinistralidade
9070498-27.2007.8.26.0000	dependentes	sim	dependentes	cdc		195 manutenção de dependente em contrato de titular
0151527-53.2010.8.26.0000	rescisão unilateral	não	rescisão	cdc		195 possibilidade de rescisão individual e não somente c
0069258-54.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0112827-67.2008.8.26.0003	reajuste anual	não	reajuste anual	cdc	rn 195	ilegalidade do reajuste por sinistralidade
9041253-97.2009.8.26.0000	reajuste anual	não	reajuste	cdc		195 ilegalidade do reajuste por sinistralidade
9025933-12.2006.8.26.0000	comercialização	não	n/a	cdc	não	valor apresentado na proposta era equivocado
0104570-92.2009.8.26.0011	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
0173522-25.2010.8.26.0000	reajuste anual	sim	reajuste	lei 9656		195 ilegalidade do reajuste por sinistralidade
0371849-13.2010.8.26.0000	reajuste anual	não	reajuste anual	cdc	rn 195	impossibilidade das partes de arcar com reajuste
0181154-05.2010.8.26.0000	reajuste sinistralidade	não	reajuste	cpc	n/a	cláusula obscura
0219176-35.2010.8.26.0000	gratuidade processual	não	n/a	n/a	n/a	decisão sobre hipossuficiência e gratuidade
0111535-18.2006.8.26.0100	legitimidade	não	legitimidade	cpc		195 consumidor não tem legitimidade para discutir plan
0384380-34.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições do plano ativo
9131555-75.2009.8.26.0000	reajuste anual	sim	reajuste individual	lei 9656	rn 195	mantém os reajustes individuais
0023461-46.2009.8.26.0564	competência	não	n/a	n/a	n/a	competência da justiça do trabalho
0185101-67.2010.8.26.0000	reajuste sinistralidade	sim	reajuste	cdc		195 onerosidade excessiva
9036074-85.2009.8.26.0000	legitimidade	n/a	n/a	n/a	n/a	legitimidade do mp na acp eu trata de direitos indivi
0063034-03.2010.8.26.0000	reajuste	não	reajuste	cdc		195 onerosidade excessiva
9130879-64.2008.8.26.0000	reajuste anual	não	reajuste anual	cdc	rn 195	periodicidade menor que 1 ano
9110414-97.2009.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção para empregado há mais de 10 anos
0132884-18.2008.8.26.0000	reajuste	sim	reajuste	lei 9656		195 reajuste da ans não se aplica a coletivos
9028333-91.2009.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições de quando emç
0295044-19.2010.8.26.0000	reajuste sinistralidade	sim	reajuste	cdc		195 reajuste individual aplicado ao coletivo
0028143-53.2010.8.26.0000	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção para empregado há mais de 10 anos
0108181-53.2009.8.26.0011	inativos	não	inativos	lei 9656	consu	manutenção nas mesmas condições de quando emç
0316468-20.2010.8.26.0000	reajuste sinistralidade	sim	reajuste	cdc		195 reajuste individual aplicado ao coletivo
0037346-39.2010.8.26.0000	reajuste sinistralidade	sim	reajuste	cdc		195 reajuste não informado previamente

9169871-31.2007.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	manutenção do plano nas mesmas condições de ativo
0409010-09.2009.8.26.0577	plano com condições diferentes	não	inativos	9656	consu	critérios para ativos e inativos deve ser igual
0010613-33.2010.8.26.0292	aposentado que foi demitido - manutenção	sim	inativos	9656	consu	manutenção do plano nas mesmas condições de ativo
0008860-25.2011.8.26.0577	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	manutenção encerr com o fim do prazo
0035507-81.2007.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	manutenção mediante pagamento integral
9247687-55.2008.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	manutenção mediante pagamento integral
0044952-55.2009.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	pagamento integral configura direito - condições da época da demissão
0382921-80.2008.8.26.0577	plano com condições diferentes	não	inativos	9656	consu	critérios para ativos e inativos deve ser igual
1070792-60.2017.8.26.0100	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	cpc	consu	prescrição
9251219-37.2008.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	requisitos legais preenchidos para manutenção
0006378-48.2009.8.26.0101	plano com condições diferentes	não	inativos	9656	consu	critérios para ativos e inativos deve ser igual
0001046-93.2010.8.26.0577	prescrição	não	ião se aplic	cpc	ião se aplic	prescrição aplicável é a do CDC
0042080-48.2010.8.26.0577	plano com condições diferentes	não	inativos	9656	consu	critérios para ativos e inativos deve ser igual
0097206-73.2007.8.26.0000	plano com condições diferentes	não	inativos	9656	consu	critérios para ativos e inativos deve ser igual
0411716-62.2009.8.26.0577	plano com condições diferentes	não	inativos	9656	consu	critérios para ativos e inativos deve ser igual
0004494-81.2010.8.26.0510	manutenção do demitido	não	inativos	9656	consu	beneficiário e dependentes devem arcar com mensalidades
9113261-72.2009.8.26.0000	plano com condições diferentes	não	inativos	9656	consu	critérios para ativos e inativos deve ser igual
9124819-75.2008.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	requisitos legais preenchidos para manutenção
9104925-16.2008.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	requisitos legais preenchidos para manutenção
9072138-94.2009.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	valor da mensalidade tem o limite dos ativos
0332244-94.2009.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	valor da mensalidade tem o limite dos ativos
9145686-26.2007.8.26.0000	aposentado que foi demitido - manutenção	não	inativos	9656	consu	valor da mensalidade tem o limite dos ativos

registro	tema principal	enuncia l'item de anslação aplicite norma da	comentário
0041433-53.2010.8.26.0577	aposentados que continua trabalhando	sim inativos consu rn 279	aplica legislação revogada um ano depois da vigência - validade de dois planos diferentes para ativos e inativos
0060508-78.2010.8.26.0577	aposentados que continua trabalhando	sim inativos consu rn 279	aplica legislação revogada um ano depois da vigência - validade de dois planos diferentes para ativos e inativos
0035903-76.2011.8.26.0002	exclusão do contrato durante tratamento	não inativos cdc rn 279	mantido nas mesmas condições - beneficiário doente
0002782-23.2011.8.26.0445	exclusão do contrato durante tratamento	não inativos 9656 rn 279	limite de tempo afastado pela doença do beneficiário
0016422-13.2011.8.26.0019	aposentado e contrato rescindido	não inativos 9656 rn 279	beneficiário tem direito a ingressar no novo plano contratado para ativos
0003483-73.2011.8.26.0577	aposentadoria após a rescisão	não inativos 9656 rn 279	beneficiário não estava aposentado mantém direito como demitido
9220646-16.2008.8.26.0000	aposentados que continua trabalhando	sim inativos 9656 rn 279	atos infralegais não podem restringir lei - manutenção nas mesmas condições
0084175-45.2005.8.26.0100	transferência de grupo de inativos	sim inativos 9656 rn 279	risco da operadora - não pode transferir carteira para empregadora
01002392-22.2012.8.26.0011	planos diferentes para ativos e inativos	não inativos 9656 rn 279	manutenção nas mesmas condições
0008606-52.2011.8.26.0577	manifestação pela continuidade	sim inativos 9656 rn 279	após decorrido o prazo, o beneficiário não pode optar pela inclusão no plano de inativos
0202565-61.2011.8.26.0100	manifestação pela continuidade	não inativos 9656 rn 279	após decorrido o prazo, o beneficiário não pode optar pela inclusão no plano de inativos
0003499-66.2012.8.26.0003	prazo de manutenção	não inativos 9656 rn 279	manutenção pelo prazo legal
0226921-23.2011.8.26.0100	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	direito de manutenção condicionado ao pagamento integral
0135842-74.2008.8.26.0000	planos diferentes para ativos e inativos	não inativos 9656 rn 279	planos iguais para ativos e inativos
0016167-45.2012.8.26.0011	reajuste faixa etária no plano de inativos	não inativos 9656 rn 279	reajuste faixa etária não representa onerosidade excessiva
0149361-39.2010.8.26.0100	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	valor como média dos últimos 12 meses
0409006-69.2009.8.26.0577	contribuição	não inativos 9656 rn 279	contribuição indireta dá direito a manutenção
0600307-71.2010.8.26.0577	contribuição	não inativos 9656 rn 279	contribuição indireta dá direito a manutenção
0021264-11.2011.8.26.0577	contribuição	não inativos 9656 rn 279	contribuição indireta dá direito a manutenção
0425717-52.2009.8.26.0577	contribuição	não inativos 9656 rn 279	contribuição indireta dá direito a manutenção
0409019-68.2009.8.26.0577	contribuição	não inativos 9656 rn 279	contribuição indireta dá direito a manutenção
0006280-38.2010.8.26.0292	contribuição	não inativos 9656 rn 279	contribuição indireta dá direito a manutenção - aplica CONSU 20
0128179-65.2008.8.26.0100	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	continuidade por prazo indeterminado
0003362-90.2012.8.26.0292	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	pagamento é a soma da parcela da empregadora
9204945-78.2009.8.26.0000	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	planos iguais para ativos e inativos - custo discrepante
0128933-36.2010.8.26.0100	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	planos iguais para ativos e inativos - custo discrepante
0011565-11.2012.8.26.0011	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	média dos últimos doze meses
0003978-90.2012.8.26.0510	direito a manutenção contrato não regulamentado	não inativos 9656 rn 279	aplica lei para contratos firmados anteriormente
0120718-81.2009.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	continuidade por prazo indeterminado
0007630-31.2010.8.26.0011	prazo de manutenção	não inativos 9656 rn 279	aplica-se o lapso temporal previsto em lei
0008314-82.2012.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	contribuição indireta
0012819-19.2012.8.26.0011	planos diferentes para ativos e inativos	não inativos 9656 rn 279	plano original já extinto, impossibilitando manutenção
0028614-22.2011.8.26.0554	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	contribuição por período inferior a dez anos
0005006-15.2011.8.26.0224	carências	não inativos 9656 rn 279	vedação a imposição de carências quando do contrato de inativos
0055956-70.2010.8.26.0577	planos diferentes para ativos e inativos	sim inativos consu rn 279	cabível planos diferenciados para ativos e inativos
0003646-26.2011.8.26.0101	planos diferentes para ativos e inativos	sim inativos consu rn 279	cabível planos diferenciados para ativos e inativos
0003095-12.2011.8.26.0565	manifestação pela continuidade	sim inativos consu rn 279	necessidade de se manifestar para continuidade no plano
0264637-26.2007.8.26.0100	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	deve arcar com o valor integral da mensalidade, acrescida a parte da empregadora
9124371-05.2008.8.26.0000	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	valor como média dos últimos 12 meses
0389860-76.2008.8.26.0577	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	valor como média dos últimos 12 meses
0000332-18.2012.8.26.0625	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	deve arcar com o valor integral da mensalidade, acrescida a parte da empregadora
0000669-74.2010.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	direito de manutenção condicionado ao pagamento integral
0167604-31.2010.8.26.0100	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	direito de manutenção independe do tempo de contribuição
0211509-52.2011.8.26.0100	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	mantido como inativo aposentado
0004970-54.2010.8.26.0564	manutenção em contrato não regulamentado	não inativos 9656 rn 279	plano de saúde é contrato de trato sucesso, aplicando-se a Lei
0009562-05.2010.8.26.0577	planos diferentes para ativos e inativos	sim inativos 9656 rn 279	CONSU não pode gerar regime jurídico mais desfavorável ao consumidor
0003376-49.2011.8.26.0344	vínculo superior a 10 anos	não inativos 9656 rn 279	regras do plano de benefícios da empresa não se sobrepõe a lei
0000996-48.2012.8.26.0011	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	valor como média dos últimos 12 meses
0058900-45.2010.8.26.0577	inclusão como inativos após exclusão do plano	não inativos 9656 rn 279	demora implica em renúncia ao benefício
0010484-47.2012.8.26.0554	aposentadoria após a rescisão	não inativos 9656 rn 279	não aplica lei 9656 e não tem direito a troca
0153989-71.2010.8.26.0100	valor da mensalidade de inativos	não inativos 9656 rn 279	pagamento é a soma da parcela da empregadora
0026661-37.2010.8.26.0011	planos diferentes para ativos e inativos	não inativos 9656 rn 279	lei garante manutenção e não imutabilidade de valores
0010899-88.2009.8.26.0019	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	mantido nas mesmas condições
0007798-82.2012.8.26.0554	contribuição	não inativos 9656 rn 279	custeio exclusivo do empregador afasta manutenção
0121922-82.2012.8.26.0100	prazo de manutenção	não inativos 9656 rn 279	não cumprimento de requisitos legais
0005821-45.2011.8.26.0019	contribuição	sim inativos 9656 rn 279	contribuição não precisa ocorrer na época da rescisão - sucessão de operadoras
0232758-98.2007.8.26.0100	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	mantido nas mesmas condições - contribuição independe do valor
0018757-63.2010.8.26.0011	planos diferentes para ativos e inativos	não inativos 9656 rn 279	lei garante manutenção e não imutabilidade de valores
0006022-95.2010.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	mensalidade é o valor adicionado a parcela da empresa
0016497-76.2011.8.26.0011	alteração de plano na vigência do inativo	não inativos 9656 rn 279	direito a mudar de categoria quando inativo por serem mantidas as mesmas condições dos ativos
0014977-37.2012.8.26.0564	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	mensalidade é o valor adicionado a parcela da empresa
0306213-03.2010.8.26.0000	exclusão do contrato durante tratamento	não inativos cdc rn 279	integração do direito - impossibilidade de rescisão
0202833-86.2009.8.26.0100	exclusão do contrato durante tratamento	não inativos cdc rn 279	manutenção do plano até completar carências em outro plano - sem prejuízo ao tratamento
0202921-64.2011.8.26.0011	inclusão como inativos após exclusão do plano	não inativos 9656 rn 279	demora implica em renúncia ao benefício
0003804-26.2012.8.26.0011	manutenção nos mesmos termos	não inativos 9656 rn 279	não pode alterar plano de aposentando na vigência do inativo
0027337-82.2010.8.26.0011	planos diferentes para ativos e inativos	não inativos 9656 rn 279	lei garante manutenção e não imutabilidade de valores
0002283-80.2011.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	mensalidade é o valor adicionado a parcela da empresa
0474341-83.2010.8.26.0000	aposentados que continua trabalhando	não inativos 9656 rn 279	mensalidade é o valor adicionado a parcela da empresa
0002187-18.2012.8.26.0565	alteração de plano na vigência do inativo	não inativos 9656 rn 279	inativo se submete ao plano contratado pela empregadora, ainda que seja alterado
0030831-76.2009.8.26.0564	prazo de manutenção	não inativos 9656 rn 279	o prazo a ser empregado é o legal e não do contrato
0007651-03.2011.8.26.0292	aposentadoria após a rescisão	não inativos 9656 rn 279	permanece no plano como demitido e pelo prazo legal estipulado
0048202-82.2011.8.26.0564	aposentadoria após a rescisão	não inativos 9656 rn 279	permanece no plano como demitido e pelo prazo legal estipulado

0011068-71.2011.8.26.0224	contribuição	não	inativos	9656	rn 279	plano de saúde como salário indireto, garantido direito à manutenção como inativo
0112936-23.2009.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	mensalidade é o valor adicionado a parcela da empresa
0021911-55.2011.8.26.0011	planos diferentes para ativos e inativos	sim	inativos	9656	rn 279	CONSU não pode gerar regime jurídico mais desfavorável ao consumidor
0022145-37.2011.8.26.0011	inclusão como inativos após exclusão do plano	não	inativos	9656	rn 279	demora implica em renúncia ao benefício
0424085-88.2009.8.26.0577	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	mensalidade é o valor adicionado a parcela da empresa
0008316-23.2010.8.26.0011	manutenção de contrato para vínculo estatutário	não	inativos	9656	rn 279	praticada a manutenção do contrato por liberalidade
0010890-48.2011.8.26.0281	contribuição	não	inativos	9656	rn 279	plano de saúde como contribuição indireta
0042977-76.2010.8.26.0577	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	mensalidade é o valor adicionado a parcela da empresa
0008265-75.2011.8.26.0011	planos diferentes para ativos e inativos	não	inativos	9656	rn 279	lei garante manutenção e não imutabilidade de valores
0041217-97.2011.8.26.0564	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	pagamento é a soma da parcela da empregadora
0022614-83.2011.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	pagamento é a soma da parcela da empregadora
0007796-15.2012.8.26.0554	contribuição	não	inativos	9656	rn 279	contribuição exclusiva pela empresa afasta direito à manutenção
0100441-97.2011.8.26.0100	aposentadoria após a rescisão	não	inativos	9656	rn 279	mantido no plano como demitido
0044660-23.2010.8.26.0554	planos diferentes para ativos e inativos	não	inativos	9656	rn 279	pdv não afasta direito ao plano, que deverá ser nas mesmas condições do ativo
9191376-44.2008.8.26.0000	planos diferentes para ativos e inativos	sim	inativos	9656	rn 279	atos infralegais não podem restringir lei - manutenção nas mesmas condições
0007234-20.2011.8.26.0011	contribuição	não	inativos	9656	rn 279	plano de saúde como salário indireto, garantido direito à manutenção como inativo
0424588-12.2009.8.26.0577	contribuição	não	inativos	9656	rn 279	plano de saúde como salário indireto, garantido direito à manutenção como inativo
9131611-11.2009.8.26.0000	planos diferentes para ativos e inativos	sim	inativos	9656	rn 279	demora implica em renúncia/aceitação ao benefício
0014991-02.2010.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	plano de saúde como salário indireto, garantido direito à manutenção como inativo
0036140-11.2009.8.26.0554	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	plano de saúde como salário indireto, garantido direito à manutenção como inativo
0002081-33.2009.8.26.0348	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	plano de saúde como salário indireto, garantido direito à manutenção como inativo
0024447-39.2011.8.26.0011	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	plano de saúde como salário indireto, garantido direito à manutenção como inativo
0011749-59.2009.8.26.0564	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	planos devem ser nas mesmas condições
0170799-87.2011.8.26.0100	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	preenchimento dos requisitos para manutenção
0005502-86.2010.8.26.0577	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	valor como média dos últimos 12 meses
0524813-88.2010.8.26.0000	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	valor como média dos últimos 12 meses
0331015-02.2009.8.26.0000	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	valor como média dos últimos 12 meses
9187983-14.2008.8.26.0000	aposentados que continua trabalhando	não	inativos	9656	rn 279	valor como média dos últimos 12 meses

registro	tema principal	menciona ANS	tema de ans	legislação aplicada	existe norma da ans?	comentário
1129856-69.2015.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	RESCISÃO DEVE RESPEITAR 9656
1003835-25.2015.8.26.0625	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1120077-90.2015.8.26.0100	RESCISÃO - LIQUIDAÇÃO	NÃO	RESCISÃO UNILATERAL	9656	387	OPERADORA EM LIQUIDAÇÃO CANCELA CONTRATOS EM REMISSÃO
1015954-41.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	DISPONIBILIDADE DO PLANO ATÉ O FINAL DA COMPETÊNCIA
1086929-88.2015.8.26.0100	CARÊNCIA	NÃO	CARÊNCIA	9656	9656	CONTRATO CANCELADO E NOVA ADEÇÃO ENSEJA CARÊNCIA
1001688-52.2015.8.26.0002	REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	NÃO	REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	9656	63	REAJUSTE ABUSIVO APLICADO GERANDO CANCELAMENTO
1024909-49.2015.8.26.0007	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1015728-67.2014.8.26.0004	INADIMPLÊNCIA - CANCELAMENTO AUTOMÁTICO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	CANCELAMENTO AUTOMÁTICO CONTRÁRIO AO CONTRATO
1002962-48.2015.8.26.0100	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	CONTRATO	195	COBRANÇA DE ACORDO COM A PREVISÃO CONTRATUAL
1019375-39.2015.8.26.0100	EXCLUSÃO	NÃO	ELEGIBILIDADE	CONTRATO	195	EXCLUSÃO DE DEPENDENTE QUE PERDEU ELEGIBILIDADE
0217889-28.2010.8.26.0100	COBERTURA	NÃO	COBERTURA	CC	9656	SEM OBRIGAÇÃO DE COBERTURA SE BENEFICIÁRIO CANCELOU CONTRATO
1026073-27.2016.8.26.0100	PROCESSUAL	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	CPC	NÃO SE APLICA	CANCELAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO POR QUESTÃO PROCESSUAL
1010683-90.2016.8.26.0011	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1023386-10.2015.8.26.0554	INATIVOS - TROCA DE PLANO	NÃO	INATIVOS	9656	279	INATIVO TEM DIREITO A MIGRAR PARA NOVO PLANO CONTRATADO PELO EMPREGADOR
1001645-21.2015.8.26.0001	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1049361-65.2015.8.26.0576	INADIMPLÊNCIA - MORA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	IMPEDIMENTO DA OPERADORA PARA USUÁRIO PURGAR MORA
1009060-55.2015.8.26.0001	INATIVOS - PRAZO	NÃO	INATIVOS	9656	279	FINAL DO PRAZO DEVE SER NOTIFICADO PREVIAMENTE
1015980-31.2014.8.26.0405	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	INADIMPLÊNCIA POR ERRO DA OPERADORA
1001104-76.2015.8.26.0004	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1002909-09.2016.8.26.0011	EXCLUSÃO	NÃO SE APLICA	EXCLUSÃO	CC	195	EQUÍVOCO NA COMUNICAÇÃO DO FALECIMENTO
0010756-71.2011.8.26.0038	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1049133-63.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	QUITAÇÃO COMPROVADA
1079997-84.2015.8.26.0100	INATIVOS - DEPENDENTES	SIM	INATIVOS	9656	279	DIREITO DOS DEPENDENTES EM PERMANECER NO PLANO APÓS FALECIMENTO
1074241-94.2015.8.26.0100	COBRANÇA	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	CDC	195	COBRANÇA APÓS CANCELAMENTO FORMALIZADO
1028790-89.2015.8.26.0506	RESCISÃO - LIQUIDAÇÃO	SIM	LIQUIDAÇÃO	9656	316	CANCELAMENTO REGULAR DEVIDO A LIQUIDAÇÃO DE OPERADORA PELA ANS
1013911-59.2014.8.26.0006	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REGRA CONTRATUAL COLOCA BENEFICIÁRIO EM DESVANTAGEM
1006350-75.2014.8.26.0590	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	QUITAÇÃO COMPROVADA
1009658-61.2014.8.26.0577	EXCLUSÃO	NÃO	EXCLUSÃO	CC	NÃO SE APLICA	MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE EM RAZÃO DE DIVÓRCIO
1005970-09.2015.8.26.0011	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 19	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1009132-87.2016.8.26.0007	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 19	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
0095687-94.2012.8.26.0224	INATIVOS - INCLUSÃO	NÃO	INATIVOS	9656	279	IMPOSIÇÃO DE REQUISITOS NÃO PREVISTOS NA LEI PARA INCLUSÃO
1053345-30.2015.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 18	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
0001281-17.2015.8.26.0567	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
4003114-76.2013.8.26.0565	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	QUITAÇÃO COMPROVADA
0022787-06.2012.8.26.0001	INADIMPLÊNCIA - PRAZO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	IMPOSSIBILIDADE DE CANCELAMENTO AUTOMÁTICO ANTES DO PRAZO
1023049-80.2015.8.26.0114	INADIMPLÊNCIA - SUSPENSÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	SUSPENSÃO IRREGULAR EM RAZÃO DE INADIMPLÊNCIA
1005784-15.2013.8.26.0606	MULTA CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO	CC	195	MULTA PELO CANCELAMENTO ANTECIPADO - PRESCRIÇÃO
1000480-72.2016.8.26.0010	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	195	195	IRREGULARIDADE DA RESCISÃO POR NÃO RESPEITAR PRAZO DA 195
4004123-62.2013.8.26.0019	COBERTURA	SIM	COBERTURA	387	387	NECESSIDADE DE INDICAR 3 MARCAS DE PRÓTESE - CIRURGIA CANCELADA
1006083-18.2015.8.26.0704	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	CDC	195	COBRANÇA INDEVIDA POR NÃO HAVER INFORMAÇÃO SOBRE PRAZO
1002462-48.2016.8.26.0002	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	RESCISÃO UNILATERAL	9656	195	TRATAMENTO EM CURSO IMPEDE O CANCELAMENTO
0002819-07.2000.8.26.0196	COBERTURA	NÃO	COBERTURA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	ERRO MÉDICO E REPARAÇÃO - CANCELAMENTO DO CUSTEIO
1005350-84.2016.8.26.0100	MULTA CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	9656	195	CABIMENTO DA MULTA POR CANCELAMENTO ANTES DO PRAZO
0004263-42.2015.8.26.0619	MULTA CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	9656	195	COBRANÇAS APÓS PEDIDO DE CANCELAMENTO
0115948-40.2007.8.26.0003	CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	CANCELAMENTO POR FALHA ADMINISTRATIVA
1005385-54.2015.8.26.0011	REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	SIM	REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	SUMULA	63	CANCELAMENTO AUTOMÁTICO ABUSIVO PELO NÃO PAGAMENTO DE REAJUSTE INDEVIDO
0010699-66.2015.8.26.0635	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 19	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1086149-51.2015.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 19	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1026073-27.2016.8.26.0100	COBERTURA	SIM	COBERTURA	387	387	NECESSIDADE DE INDICAR 3 MARCAS DE PRÓTESE - CIRURGIA CANCELADA
1001103-46.2016.8.26.0428	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUMULA	195	EXPECTATIVA DE NEGOCIAÇÃO DA DÍVIDA
0009842-38.2014.8.26.0220	CANCELAMENTO	SIM	CANCELAMENTO	9656	195	ABUSIVIDADE DA RESCISÃO UNILATERAL - USUÁRIO IDOSO
1023998-15.2016.8.26.0100	PEDIDO DE CANCELAMENTO	SIM	CANCELAMENTO	CDC	195	PRAZO DE NOTIFICAÇÃO NÃO RESPEITADO - POSSIBILIDADE DE DESISTÊNCIA DO CANCELAMENTO
1031472-71.2015.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 19	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1048279-06.2014.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1023387-28.2016.8.26.0564	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	9656	195	REGRA DE CANCELAMENTO PREVISTA NO CONTRATO
1039159-29.2015.8.26.0576	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1018231-89.2016.8.26.0554	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	FALHA ADMINISTRATIVA - BOLETO DUPLIO
1054770-29.2014.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1010733-07.2014.8.26.0361	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	CONTRATO EMPRESARIAL COM CARÁTER FAMILIAR, VEDADA RESCISÃO
1012966-32.2015.8.26.0008	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 19	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL

1014135-35.2016.8.26.0100	CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	CANCELAMENTO POR FALHA ADMINISTRATIVA
1042869-30.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	QUITAÇÃO COMPROVADA
1119805-33.2014.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 19	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1043193-20.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	PRAZO DE NOTIFICAÇÃO NÃO RESPEITADO
1004507-51.2015.8.26.0037	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO UNILATERAL	CONSU 19	CONSU 19	NECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1053764-50.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1008522-68.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	SUMULA	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1017382-54.2015.8.26.0554	INATIVOS - SUCESSÃO	NÃO	INATIVOS	9656	279	INATIVO TEM DIREITO A MIGRAR PARA NOVO PLANO CONTRATADO PELO EMPREGADOR
1010637-23.2016.8.26.0037	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	OPERADORA QUE RECEBE PAGAMENTOS APÓS CANCELAMENTO CONCORDA COM REATIVAÇÃO
1001016-26.2016.8.26.0320	INATIVOS	NÃO	CANCELAMENTO	9656	279	PRAZO DE NOTIFICAÇÃO NÃO RESPEITADO
1098509-86.2013.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	SUMULA	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1104868-81.2015.8.26.0100	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	9656	9656	SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS AINDA QUE NÃO UTILIZADOS, NÃO CABE DEVOLUÇÃO DE MENSALIDADES
1000648-95.2015.8.26.0564	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1018435-74.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	QUITAÇÃO COMPROVADA
1021135-86.2015.8.26.0564	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	QUITAÇÃO COMPROVADA
0076949-16.2010.8.26.0002	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	IMPOSSIBILIDADE DE CANCELAMENTO DURANTE TRATAMENTO
1002770-86.2014.8.26.0606	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	9656	195	PEDIDO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE NÃO ATENDIDO
1029544-68.2014.8.26.0602	INATIVOS - CANCELAMENTO	SIM	INATIVOS	9656	279	CONTINUIDADE DE DEPENDENTES NO PLANO DE INATIVOS
1017713-12.2015.8.26.0562	INATIVOS - EXCLUSÃO	NÃO	INATIVOS	CDC	279	OPERADORA NÃO ATENDE PEDIDO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DEMITIDO
1016812-38.2016.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS LEGAIS CUMPRIDOS PARA O CANCELAMENTO
1001825-84.2016.8.26.0071	INATIVOS - MANUTENÇÃO	SIM	INATIVOS	9656	279	DEPENDENTES TEM DIREITO A MANUTENÇÃO DO PLANO APÓS FALECIMENTO DO TITULAR
1002126-63.2015.8.26.0007	INATIVOS - MANUTENÇÃO	SIM	INATIVOS	9656	279	DEPENDENTES TEM DIREITO A MANUTENÇÃO DO PLANO APÓS FALECIMENTO DO TITULAR
1010998-15.2014.8.26.0068	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	OPERADORA QUE RECEBE PAGAMENTOS APÓS CANCELAMENTO CONCORDA COM REATIVAÇÃO
1040481-57.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	CONTRATANTE DEPOSITOU EM JUÍZO AS MENSALIDADES
1030699-81.2015.8.26.0114	INATIVOS - REAJUSTE	NÃO	REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	CDC	279	CANCELAMENTO A PEDIDO INDEVIDO POIS O REAJUSTE FAIXA ETÁRIA FOI ABUSIVO
1017246-90.2016.8.26.0564	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	OPERADORA QUE RECEBE PAGAMENTOS APÓS CANCELAMENTO CONCORDA COM REATIVAÇÃO
0006562-28.2011.8.26.0038	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	9656	195	MENSALIDADES COBRADAS INDEVIDAMENTE APÓS PEDIDO
1050419-76.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1031425-97.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUMULA	195	OPERADORA QUE RECEBE PAGAMENTOS APÓS CANCELAMENTO CONCORDA COM REATIVAÇÃO
1016711-69.2014.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1001968-46.2016.8.26.0565	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1033379-81.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1013459-43.2014.8.26.0008	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	VENDA CASADA NO BOLETO DA MENSALIDADE
1004619-88.2015.8.26.0564	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUMULA	195	OPERADORA QUE RECEBE PAGAMENTOS APÓS CANCELAMENTO CONCORDA COM REATIVAÇÃO
1007792-76.2015.8.26.0223	COBRANÇA	NÃO	CANCELAMENTO A PEDIDO	CDC	195	MENSALIDADES COBRADAS INDEVIDAMENTE APÓS PEDIDO
1000119-53.2014.8.26.0001	INATIVOS - CANCELAMENTO	SIM	INATIVOS	CDC	279	TRATAMENTO EM CURSO IMPEDE O CANCELAMENTO
1006870-55.2016.8.26.0011	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	QUITAÇÃO COMPROVADA
1023961-65.2015.8.26.0506	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REGRA DE CANCELAMENTO ANTECIPADO - CONTRATO REESTABELECIDO
1025465-63.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1019258-30.2016.8.26.0224	INADIMPLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	FALHA ADMINISTRATIVA - BOLETO DUPLLO

registro	tema principal	menciona ANS	tema de ans	legislação aplicada	existe norma da ans?	comentário
1010492-85.2016.8.26.0224	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	CC	195	DEVOLUÇÃO DAS MENSALIDADES APÓS CANCELAMENTO
1000838-38.2017.8.26.0160	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1013136-24.2017.8.26.0011	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO	195	195	NÃO RESPEITADO PERÍODO DE 12 MESES
1000394-64.2017.8.26.0011	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	RESCISÃO	195	9656	NECESSIDADE DE PREVISÃO CONTRATUAL DO PRAZO DE CANCELAMENTO
1016213-54.2016.8.26.0309	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	195	9656	REQUISITOS DO ART. 13
1004456-38.2016.8.26.0576	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	195	9656	INADIMPLÊNCIA NÃO CONFIRMADA
1027464-17.2016.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	195	9656	REQUISITOS DO ART. 13
1011870-63.2016.8.26.0196	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	195	9656	REQUISITOS DO ART. 13
1056031-58.2016.8.26.0100	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	6523	412	REGRA DE CANCELAMENTO DO MANUAL É ABUSIVA
1008003-34.2015.8.26.0152	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	RESCISÃO	CDC	195	RESCISÃO UNILATERAL ABUSIVA
1029483-25.2017.8.26.0564	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	INADIMPLÊNCIA NÃO CONFIRMADA
1030842-08.2016.8.26.0576	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	INADIMPLÊNCIA NÃO CONFIRMADA
1090887-48.2016.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1001675-75.2017.8.26.0457	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1028377-65.2017.8.26.0002	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
0003008-42.2014.8.26.0471	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1016654-80.2016.8.26.0003	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CDC	412	REGRA CONTRATUAL AVISO PRÉVIO É VÁLIDA
0061874-63.2012.8.26.0002	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1019649-04.2017.8.26.0562	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	INADIMPLÊNCIA NÃO CONFIRMADA
1099867-18.2015.8.26.0100	CREDENCIAMENTO	NÃO	CREDENCIAMENTO	9656	363	MANUTENÇÃO DO ATENDIMENTO DURANTE TRATAMENTO
1004555-61.2015.8.26.0408	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUM 94	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1006499-49.2014.8.26.0565	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1004043-49.2017.8.26.0007	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1005195-75.2016.8.26.0005	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1012609-33.2016.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1021483-70.2016.8.26.0564	INATIVOS	SIM	INATIVOS	CONSU	279	FINAL DO PRAZO E OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1004862-08.2016.8.26.0011	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
0012997-21.2013.8.26.0564	EXCLUSÃO	NÃO	EXCLUSÃO	CONTRATC	279	EXCLUSÃO DO PLANO POR DEMISSÃO NÃO REQUER NOTIFICAÇÃO PRÉVIA
1062251-38.2017.8.26.0100	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CONTRATC	412	PREVISÃO CONTRATUAL SOBRE AVISO PRÉVIO
0007756-32.2014.8.26.0176	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1045216-79.2015.8.26.0506	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CDC	412	DIREITO DE ARREPENDIMENTO DO CANCELAMENTO
1002610-05.2016.8.26.0505	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1008626-23.2015.8.26.0565	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO	CONSU	195	OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1031466-64.2015.8.26.0100	REAJUSTE	SIM	REAJUSTE	CPC	309	COMPETÊNCIA - DECISÃO SOBRE REAJUSTE RN 309
1000082-85.2017.8.26.0012	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
0011557-96.2014.8.26.0291	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CC	NÃO SE APLI	DEPÓSITO JUDICIAL DE MENSALIDADES
1044572-59.2016.8.26.0100	INATIVOS	SIM	RESCISÃO	CONSU	195	OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL QUANDO HÁ RESCISÃO
1111151-57.2014.8.26.0100	REMISSÃO	NÃO	REMISSÃO	CDC	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1092082-68.2016.8.26.0100	REMISSÃO	NÃO	REMISSÃO	CDC	195	CLÁUSULAS SOBRE PRAZO DE MANUTENÇÃO NÃO SÃO CLARAS
1000542-33.2016.8.26.0004	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1049347-20.2016.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO	195	195	OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
0104224-97.2011.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUM 94	195	REQUISITOS DO ART. 13
1014845-21.2017.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1077618-05.2017.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1003756-26.2017.8.26.0609	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1115592-47.2015.8.26.0100	PROCESSUAL	NÃO SE APLI	NÃO SE APLICA	CPC	NÃO SE APLI	PROCESSO - NÃO CUMPRIMENTO DE REQUISITOS PARA APELAÇÃO
1001582-04.2016.8.26.0666	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13

1002714-45.2017.8.26.0704	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1131244-70.2016.8.26.0100	REMISSÃO	SIM	REMISSÃO	SUM 13 AN	195	OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL QUANDO HÁ RESCISÃO
1010716-70.2017.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	REQUISITOS DO ART. 13
1098954-65.2017.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1001764-55.2017.8.26.0439	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO	CONSU 19	195	OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL QUANDO HÁ RESCISÃO
1016295-96.2017.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL	SIM	RESCISÃO	CONSU 19	195	OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL QUANDO HÁ RESCISÃO
1109781-09.2015.8.26.0100 1045465-55.2013.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL COBRANÇA	NÃO NÃO	RESCISÃO CONTRATOS	9656 CC	195 363	TRATAMENTO IMPEDE RESCISÃO POSSIBILIDADE DE PROTESTO DE TÍTULOS POR SERVIÇOS PRESTADOS
1029568-79.2016.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUM 94	195	REQUISITOS DO ART. 13
1005401-55.2017.8.26.0005	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1006675-92.2017.8.26.0348	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1011959-14.2015.8.26.0005	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CDC	412	COBRANÇA DE MENSALIDADES APÓS PEDIDO
1001494-93.2015.8.26.0344	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1006304-32.2015.8.26.0047	COBERTURA	NÃO	COBERTURA	CDC	ROL	SERVIÇOS ADICIONAIS DE REMOÇÃO AEROMÉDICA
1009189-54.2015.8.26.0100	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CDC	412	COBRANÇA DE MENSALIDADES APÓS PEDIDO
1029826-08.2016.8.26.0224	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	OBRIGAÇÃO DE QUITAÇÃO DAS MENSALIDADES EM ATRASO
1001712-12.2017.8.26.0002	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUM 94	195	REQUISITOS DO ART. 13
1000581-78.2014.8.26.0625	INATIVOS	NÃO	INATIVOS	9656	279	EMPREGADORA NÃO TEM VÍNCULO COM INATIVO
1035450-27.2013.8.26.0100	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CC	412	COBRANÇA DE MENSALIDADES APÓS PEDIDO
1006352-70.2015.8.26.0344	PREEXISTÊNCIA	NÃO	PREEXISTÊNCIA	CDC	162	OMISSÃO NA INFORMAÇÃO DE SAÚDE PARA RECÉM NASCIDO
1015977-84.2015.8.26.0003 1019001-55.2017.8.26.0002	INADIMPLÊNCIA PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO NÃO	CANCELAMENTO PEDIDO DE CANCELAMENTO	9656 CONTRATC	195 412	REQUISITOS DO ART. 13 COBRANÇA DAS MENSALIDADE DO AVISO PRÉVIO
1091898-49.2015.8.26.0100	COBERTURA	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	COBERTURA OBRIGATÓRIA NO CASO DE PEDIDO MÉDICO
1017471-47.2016.8.26.0100	DANO MORAL	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	CC	NÃO SE APLICA	DANO MORAL POR PUBLICAÇÃO OFENSIVA SOBRE PLANO DE SAÚDE
1023293-80.2016.8.26.0564	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	RESCISÃO	CDC	195	REGULARIDADE DA RESCISÃO
1129303-85.2016.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	CONSU 19	195	OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1087532-64.2015.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUM 94	195	PAGAMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES GERA PRESUNÇÃO DE REATIVAÇÃO
1016651-17.2015.8.26.0309	COBERTURA	NÃO	COBERTURA	CONTRATC	ROL	PRAZO PARA LIBERAÇÃO DOS MATERIAIS
1004763-04.2017.8.26.0011	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUM 94	195	REQUISITOS DO ART. 13
1018478-98.2016.8.26.0577	COBRANÇA	NÃO	COBRANÇA	CPC	9656	DUPLICIDADE DE COBRANÇA DE MENSALIDADE - DEVOLUÇÃO EM DOBRO
1006368-35.2015.8.26.0405	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	SUM 94	195	REQUISITOS DO ART. 13
1012378-05.2016.8.26.0068	INATIVOS	NÃO	INATIVOS	CONTRATC	279	MANUTENÇÃO NO CONTRATO
1022854-69.2016.8.26.0564	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1012657-21.2017.8.26.0564	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	RESCISÃO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1013743-66.2014.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	SIM	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1105938-02.2016.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1001687-30.2016.8.26.0003	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
0007483-11.2013.8.26.0072	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1057329-51.2017.8.26.0100	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	RESCISÃO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1000302-30.2016.8.26.0526	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1028436-13.2014.8.26.0114	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CONTRATC	412	AUTOR NÃO COMPROVA PEDIDO DE CANCELAMENTO
1007027-34.2017.8.26.0127	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1004051-93.2017.8.26.0405	PEDIDO DE CANCELAMENTO	NÃO	PEDIDO DE CANCELAMENTO	CONTRATC	412	AUTOR NÃO COMPROVA PEDIDO DE CANCELAMENTO
1009009-77.2016.8.26.0011	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	CDC	195	ABUSIVIDADE DA REGRA DE CANCELAMENTO AUTOMÁTICO
1011007-70.2017.8.26.0003	RESCISÃO UNILATERAL	NÃO	RESCISÃO	CDC	195	OBRIGAÇÃO DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1126631-07.2016.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13
1042461-55.2015.8.26.0224	INATIVOS	NÃO	INATIVOS	9656	279	NÃO DEMONSTRADO OFERECIMENTO DE OPÇÃO DE INATIVO PARA USUÁRIO
1023615-08.2014.8.26.0100	INADIMPLÊNCIA	NÃO	CANCELAMENTO	9656	195	REQUISITOS DO ART. 13

1002657-78.2017.8.26.0008	REMISSÃO	SIM	REMISSÃO	CF	195	FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO
4007921-75.2013.8.26.0554	INATIVOS	NÃO	INATIVOS	9656	279	VALOR DA MENSALIDADE É IGUAL DA ATIVA, SOMADO PARTE DA EMPREGADORA
1009917-27.2017.8.26.0100	REMISSÃO	SIM	REMISSÃO	UM 13 AN;UM 13 AN:		RESCISÃO AO FINAL DA REMISSÃO É ONEROSIDADE EXCESSIVA
1004493-38.2017.8.26.0606	EXCLUSÃO	SIM	EXCLUSÃO	CONSU 19	CONSU 19	OBRIGAÇÃO DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL
1012255-11.2016.8.26.0002	INADIMPLÊNCIA	NÃO	INATIVOS	9656	195	MENSALIDADES DEVIDAS ATÉ CANCELAMENTO EFETIVO

registro	tema principal	mencion a ANS	tema de ans	legislação aplicada	existe norma da ans?	comentário
1042892-05.2017.8.26.0100	TERAPIA ABA	SIM	COBERTURA	SÚMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1096481-77.2015.8.26.0100	FERTILIZAÇÃO	NÃO	COBERTURA	9656	ROL	PREVISÃO COMO PLANEJAMENTO FAMILIAR
1017347-85.2017.8.26.0405	OPME	SIM	COBERTURA	9656	ROL	OBRIGATORIEDADE DE CUSTEIO DE CIRURGIA
1026799-98.2016.8.26.0100	Insuficiência Congestiva Secundária a Carmiopatía Dilatada	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1002042-96.2017.8.26.0361	hemangioma	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1078805-82.2016.8.26.0100	procedimento cirúrgico de mama	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ABUSIVIDADE DA RESTRIÇÃO
1032966-68.2015.8.26.0100	PET-CT	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ABUSIVIDADE DA RESTRIÇÃO
1007759-96.2016.8.26.0564	Belimumabe	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1008627-64.2017.8.26.0071	paralisia cerebral	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1060742-12.2016.8.26.0002	linfadenectomia retroperitoneal robótica	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1014111-03.2016.8.26.0554	DOENÇA LOMBAR	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1017488-07.2017.8.26.0114	Estimulação Magnética Transcraniana	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1042693-17.2016.8.26.0100	REVLIMID	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1005795-15.2015.8.26.0302	fisioterapia	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1046912-39.2017.8.26.0100	PET-CT	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1118011-74.2014.8.26.0100	PET-CT	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1001474-18.2016.8.26.0587	troca valvar aórtica	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1004543-46.2017.8.26.0127	redução de mama	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1002494-32.2016.8.26.0009	Eylia	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	DUT ESTÁ DESATUALIZADA
0178168-98.2012.8.26.0100	Cintilografia de hipófise, com iodo 123	SIM	COBERTURA	SUMULA 96	ROL	ENFERMIDADE COBERTA
1042308-35.2017.8.26.0100	Omalizumab	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1027812-56.2017.8.26.0114	prótese valvar aórtica	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1011979-51.2016.8.26.0625	me de ressonância magnética nuclear multiparamétrica da próst	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	PRESERVAÇÃO DA SAÚDE
1020696-33.2016.8.26.0114	TERAPIA ABA	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	TRATAMENTO EXPERIMENTAL
1009377-47.2015.8.26.0100	TERAPIA OCUPACIONAL	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	OPERADORA NÃO DELIBERA SOBRE FORMA DE TRATAMENTO
1001749-25.2016.8.26.0115	paralisia cerebral	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	DEMORA PARA ALTERAÇÃO DO ROL
1005093-44.2017.8.26.0320	CIRURGIA FETAL	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ENUNCIADOS CNJ SÃO RECOMENDAÇÕES
1000185-13.2016.8.26.0082	sequenciamento molecular	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ABUSIVIDADE NA NEGATIVA
1006019-06.2017.8.26.0100	mamotomia por estereotaxia	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ABUSIVIDADE NA NEGATIVA
1023136-50.2016.8.26.0001	Durogesic	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1024947-35.2016.8.26.0554	Lucentis	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ENFERMIDADE COBERTA
0042863-41.2012.8.26.0554	aparelho cardiodesfibrilador DDD	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ENFERMIDADE COBERTA
1015492-45.2016.8.26.0037	LUCENTIS	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1124268-18.2014.8.26.0100	balão intragástrico, para combate a hepatite C crônica	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ANS NÃO PODE LIMITAR DIREITO LEGAL
1009414-06.2016.8.26.0564	SOFOSBUVIR, associado ou não a RIBAVIRINA e ao SIMEPREVIR	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ENFERMIDADE COBERTA
1016778-55.2015.8.26.0114	cough assist machine	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO
1000331-69.2014.8.26.0132	izotomia percutânea	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1007274-81.2017.8.26.0008	eletroconvulsoterapia	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1009601-91.2016.8.26.0506	cirurgias reparadoras PÓS BARIÁTRICA	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1015182-44.2016.8.26.0003	cirurgia intrauterina corretora de mielomeningocele no feto	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1017090-16.2016.8.26.0625	endoscopia com punção por agulha – com drenagem de pseudoc	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1043073-06.2017.8.26.0100	prótese de quadril	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1119521-54.2016.8.26.0100	Imbruvica	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO
1026482-61.2015.8.26.0577	Therasuit®	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1002025-25.2017.8.26.0405	cirurgia intrauterina corretora da hérnia diafragmática congênita	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA

1010266-30.2017.8.26.0100	GASTROPLASTIA	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1009947-72.2016.8.26.0011	Granulokine, radioterapia modulada (IMRT) e exame de PET/CT	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1001852-77.2016.8.26.0100	tratamento cirúrgico para hérnia discal lombar	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1000062-96.2017.8.26.0464	mapeamento genético (Symphony)	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1001746-08.2015.8.26.0438	BOBATH E THERASUIT	SIM	COBERTURA	SUMULA 95	ROL	ENFERMIDADE COBERTA
1004475-56.2017.8.26.0011	Nivolumab e Difenidrin	SIM	COBERTURA	SÚMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1000706-16.2017.8.26.0019	TERAPIA ABA	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	DEMORA PARA ALTERAÇÃO DO ROL
1008785-92.2014.8.26.0114	Neuronavegador em cirurgia de cérebro	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1037986-06.2016.8.26.0100	Terapia Ocupacional com Estimulação Sensorial,	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1122633-31.2016.8.26.0100	MARCA-PASSO	SIM	COBERTURA	9656	ROL	OPME INERENTE AO ATO CIRURGICO
1000371-31.2017.8.26.0040	QUIMIOTERAPICO	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	DEMORA PARA ALTERAÇÃO DO ROL
1005726-12.2017.8.26.0011	QUIMIOTERAPICO	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1008868-91.2017.8.26.0506	injeção intra-vítrea de angiogênico	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1014464-47.2016.8.26.0100	Enoxaparina	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1004116-84.2014.8.26.0408	NORIPURUM	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1009274-40.2015.8.26.0003	dermolipectomia" e correção mamária	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	CARÁTER REPARADOR
1001016-73.2017.8.26.0002	TEMOZOLAMIDA	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1015000-28.2014.8.26.0068	kit para cirurgia robótica	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1023080-03.2015.8.26.0114	tamento genético para prevenção de síndrome do câncer de ma	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1006716-27.2016.8.26.0176	rizotomia percutânea por radiofrequência	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1018507-27.2016.8.26.0100	IMRT E PET-CT	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1012703-66.2016.8.26.0007	TERAPIA ABA	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO
1003450-71.2016.8.26.0066	RPG	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO
1010279-94.2016.8.26.0510	tratamento quimioterápico ocular com antiangiogênico	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1016919-82.2016.8.26.0100	descompressão medular com laser	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EVOLUÇÃO MÉDICA
1006936-47.2016.8.26.0007	rizotomia percutânea por radiofrequência	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EVOLUÇÃO MÉDICA
1029785-23.2014.8.26.0576	BARIÁTRICA	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	PROTEÇÃO DA VIDA
1000028-83.2016.8.26.0003	Lucentis	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ENFERMIDADE COBERTA
1091171-56.2016.8.26.0100	implante transcáteter de válvula aórtica	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1006630-09.2015.8.26.0009	Eylia	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ENFERMIDADE COBERTA
1120698-53.2016.8.26.0100	Prostatectomia radical vídeo-laparoscópica	sim	COBERTURA	CDC	ROL	CDC APLICA PARA AUTOGSTÕES
1001756-18.2015.8.26.0320	Lucentis	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1002170-07.2015.8.26.0323	Ranimizunabe"	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	PROTEÇÃO DA VIDA
1002739-82.2017.8.26.0114	bobath	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1024495-21.2015.8.26.0114	fonoaudiologia e terapia ocupacional, pelo método neurossensori	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	CLÁUSULAS EXCLUDENTES OBSCURAS
1038177-17.2017.8.26.0100	cirurgia cardíaca	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ABUSIVIDADE DA RESTRIÇÃO
1000297-11.2015.8.26.0116	implante transcáteter da válvula aórtica – TAVI	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1000152-22.2017.8.26.0071	exame de sequenciamento de exoma	SIM	COBERTURA	SUMULA 96	ROL	EVOLUÇÃO MÉDICA
1020266-72.2016.8.26.0602	FERTILIZAÇÃO	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	DEMORA PARA ALTERAÇÃO DO ROL
1092942-69.2016.8.26.0100	rápico consistente em aplicações intra-vítrea de medicamento a	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1025062-26.2017.8.26.0100	TERAPIA ABA	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1026550-84.2015.8.26.0100	omia com enxerto ósseo e de correção de fratura de mandíbula (i	SIM	COBERTURA	ROL	ROL	PROCEDIMENTO ODONTOLOGICO É COBERTO
1093543-46.2014.8.26.0100	TOMOGRAFIA 3D	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1012905-89.2015.8.26.0003	XTANDI	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ABUSIVIDADE DA RESTRIÇÃO
1106106-04.2016.8.26.0100	Atgam (timoglobulina de cavalo), Revolade e Eritropoietina	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
0188089-86.2009.8.26.0100	BARIÁTRICA	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ABUSIVIDADE DA RESTRIÇÃO

1003688-40.2016.8.26.0309	Feto é diagnosticado com cardiopatia grave e congênita	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ABUSIVIDADE DA RESTRIÇÃO
0005833-15.2015.8.26.0635	TRANSPLANTE DE FÍGADO	SIM	COBERTURA	CDC	ROL	FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO
1006894-73.2017.8.26.0100	PATHOS	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1010868-31.2016.8.26.0011	CAMARA HIPERBARICA	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1010868-31.2016.8.26.0011	CAMARA HIPERBARICA	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1078462-86.2016.8.26.0100	implante percutâneo de bioprótese por dupla lesão aórtica grave	SIM	COBERTURA	SUMULA 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1025289-48.2014.8.26.0576	Transplante de células tronco hematopoéticas autólogo	SIM	COBERTURA	CONTRATO	ROL	COBERTURA EXPRESSA PARA TRANSPLANTE
1003205-54.2016.8.26.0068	PET-CT	SIM	COBERTURA	SUMULA 96	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
0014869-02.2009.8.26.0309	IMRT	SIM	COBERTURA	CONTRATO	ROL	COBERTURA EXPRESSA PARA TRATAMENTO RADIOTERAPICO

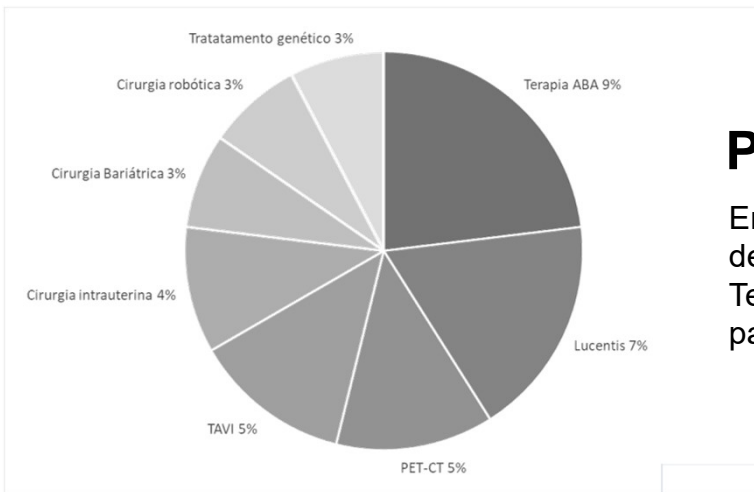
registro	tema principal	legislação aplicada	existe norma da ans?	comentário
1107452-87.2016.8.26.0100	AVASTIN	REPETITIVO TEMA 990	ROL	MEDICAMENTO REGISTRADO NA ANVISA
1096568-62.2017.8.26.0100	FERTILIZAÇÃO	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1005472-92.2018.8.26.0564	FERTILIZAÇÃO	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1065772-46.2017.8.26.0114	RIZOTOMIA	CDC	DUT	AFRONTA FINALIDADE DO CONTRATO
1004365-63.2017.8.26.0009	RIZOTOMIA	CC	DUT	FINALIDADE DO CONTRATO
1122944-85.2017.8.26.0100	QUIMIOTERAPICO	CDC	ROL	FINALIDADE DO CONTRATO
1025861-06.2015.8.26.0564	REAJUSTE FAIXA ETÁRIA	CDC	RN 93	AUMENTO DE CUSTO DO ROL JÁ PREVISTO NO REAJUSTE ANS
1007134-04.2018.8.26.0011	REPARADORA BARIÁTRICA	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1019123-95.2016.8.26.0554	REPARADORA BARIÁTRICA	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1004887-50.2018.8.26.0011	OLAPARIB (Lynparza)	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1055542-50.2018.8.26.0100	Sorafenibe	CDC	ROL	FINALIDADE DO CONTRATO
1028765-96.2016.8.26.0100	CIRURGIA FETAL	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1004754-10.2018.8.26.0269	Pediasuit	SUM 102	ROL	DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO
1007304-92.2018.8.26.0037	PET-CT	CDC	DUT	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1000988-19.2015.8.26.0506	LUCENTIS	SUM 102	DUT	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1008956-05.2017.8.26.0224	TERAPIA ABA	SUM 102	ROL	FINALIDADE DO CONTRATO
1048929-14.2018.8.26.0100	TERAPIA ABA	SUM 102	ROL	FINALIDADE DO CONTRATO
1013768-59.2017.8.26.0008	PROTESE AORTICA	CDC	ROL	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1000155-28.2018.8.26.0269	RITUXIMAB (MABTHERA)	SUM 102	ROL	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1138014-79.2016.8.26.0100	TRAMETINIB	SUM 102	ROL	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1014354-14.2017.8.26.0100	TERAPIA ABA	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1076044-10.2018.8.26.0100	SEQUENCIAMENTO	SUM 102	ROL	RECUSA ABUSIVA
1009778-17.2018.8.26.0011	REGORAFENIBE	SUM 102	DUT	ROL EXEMPLIFICATIVO
1068763-03.2018.8.26.0100	Ytrium-90	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1005927-59.2017.8.26.0704	EYLIA	SUM 102	ROL	FINALIDADE DO CONTRATO
1117537-98.2017.8.26.0100	QUIMIOTERAPICO	CDC	ROL	OPERADORA ALEGA QUE A BENEFICIÁRIA FOI EXLUÍDA
0012540-62.2016.8.26.0635	Radioterapia Estereotórxica SBRT	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
0002886-51.2015.8.26.0129	QUIMIOTERAPICO	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1065976-35.2017.8.26.0100	FERTILIZAÇÃO	SUM 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1016114-95.2017.8.26.0100	"Ipilimumabe" e "Nivolumabe"	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1016765-59.2018.8.26.0564	TERAPIA ABA	SUM 102	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1004628-89.2018.8.26.0032	PET-CT	SUM 102	DUT	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1010386-73.2017.8.26.0100	TERAPIA ABA	CDC	DUT	FINALIDADE DO CONTRATO
1006426-51.2018.8.26.0011	NÃO MENCIONA	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1007900-36.2018.8.26.0309	peritonectomia	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1036951-40.2018.8.26.0100	HARVONI	SUM 102	DUT	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1053913-41.2018.8.26.0100	REPARADORA BARIÁTRICA	SUMULA 97	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1018703-81.2018.8.26.0114	SEQUENCIAMENTO	SUM 102	DUT	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1001388-85.2017.8.26.0272	eletroconvulsoterapia	CDC	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1008802-30.2018.8.26.0554	CIRURGIA FETAL	SUM 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO

1005741-28.2018.8.26.0566	TRANSPLANTE DE MEDULA AUTOLOGO	CDC	ROL	CONTRATO COBRE A ENFERMIDADE
1029728-70.2017.8.26.0100	Sofosbuvir e Simeprevir	SUM 102	ROL	EQUIPARA A MEDICAMENTO ORAL NEOPLASICO
1119069-10.2017.8.26.0100	toxina botulínica	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
0057773-35.2012.8.26.0114	IMRT	CDC	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1008199-68.2018.8.26.0032	TAVI	SUM 102	ROL	FINALIDADE DO CONTRATO
1000313-91.2018.8.26.0428	TERAPIA ABA	SUM 102	ROL	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1006157-62.2017.8.26.0038	BLEFAROCALZE	SUM 102	ESTÉTICO	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1022175-58.2016.8.26.0309	TAVI	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1006601-38.2017.8.26.0348	enoxaparina ou clexane	SUM 102	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1004435-40.2018.8.26.0011	Sandoglobulina	CDC	EXPERIMENTAL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1018008-72.2018.8.26.0100	TERAPIA ABA	SUM 102	DUT	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1000664-21.2017.8.26.0001	ORTESE	CDC	ROL	FINALIDADE DO CONTRATO
1003299-24.2017.8.26.0114	TERAPIA ABA	SUM 102	ROL	DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO
1037665-89.2017.8.26.0114	TERAPIA ABA	SUMULA 96	ROL	DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO
1004043-30.2018.8.26.0196	Revolade	SUM 102	DOMICILIAR	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1016679-59.2017.8.26.0003	ventriculostomia	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1022380-53.2017.8.26.0309	REPARADORA BARIÁTRICA	SUMULA 97	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1097209-50.2017.8.26.0100	MAMOPLASTIA	CDC	ROL	NÃO HÁ EXPRESSA EXCLUSÃO
1015474-58.2018.8.26.0100	TERAPIA ABA	SUM 102	EXPERIMENTAL	RISCO DO NEGÓCIO
1062308-14.2017.8.26.0114	PET-CT	SUM 102	DUT	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1015375-80.2017.8.26.0114	REPARADORA BARIÁTRICA	CDC	ROL	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1031741-48.2017.8.26.0001	IMRT	SUM 102	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1069195-61.2014.8.26.0100	LUCENTIS	CDC	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1032420-14.2017.8.26.0562	Pediasuit	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1012599-71.2017.8.26.0223	NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGEMEO	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1114736-49.2016.8.26.0100	Tofacitinibe	SUM 102	DUT	FINALIDADE DO CONTRATO
1038496-28.2017.8.26.0506	REPARADORA BARIÁTRICA	SUM 102	EXPERIMENTAL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1013531-06.2018.8.26.0100	OMALIZUMABE	SUM 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1017143-83.2017.8.26.0003	TERAPIA ABA	CDC	DUT	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1087752-91.2017.8.26.0100	RECONSTRUÇÃO DE MAMA	CDC	DUT	ANS NÃO PODE LIMITAR A LEI
1042573-37.2017.8.26.0100	TERAPIA ABA	SUM 102	DUT	ROL EXEMPLIFICATIVO
1066451-88.2017.8.26.0100	osteoplastia por laser	CDC	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1010038-31.2017.8.26.0011	Vismodegib	SUM 102	EXPERIMENTAL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1012675-42.2018.8.26.0100	CIRURGIA ROBÓTICA	SUM 102	ROL	DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO
1008325-74.2018.8.26.0564	TERAPIA ABA	SUM 102	DUT	DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO
1114152-45.2017.8.26.0100	Gencitabina	SUM 102	USO ORAL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1021199-28.2017.8.26.0564	NEURONAVEGADOR	CDC	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1001529-87.2017.8.26.0698	OMALIZUMABE	CDC	ROL	DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO
1010385-54.2018.8.26.0100	Gencitabina	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1132051-90.2016.8.26.0100	REPARADORA BARIÁTRICA	SUM 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO

1138761-29.2016.8.26.0100	RECONSTRUÇÃO DE MAMA	SUM 102	ROL	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1007554-09.2018.8.26.0011	CIRURGIA FETAL	9656	ROL	FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO
1002621-05.2018.8.26.0007	TERAPIA ABA	SUM 102	DUT	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1030860-07.2013.8.26.0100	ESFINCTER ARTIFICIAL	SUM 102	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1132835-04.2015.8.26.0100	EXAMES LABORATORIAIS PARA DIABETE	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1107001-62.2016.8.26.0100	MAMOPLASTIA	SUM 102	DUT	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1083464-66.2018.8.26.0100	KIT DISCOGRAFIA LOMBAR	SUM 102	ROL	ABUSIVIDADE NA EXCLUSÃO
1004168-58.2018.8.26.0564	TERAPIA ABA	SUM 102	ROL	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1004198-60.2017.8.26.0554	LUCENTIS	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1002415-43.2017.8.26.0292	Vismodegib	SUM 102	ROL	FINALIDADE DO CONTRATO
1092228-75.2017.8.26.0100	FERTILIZAÇÃO	9656	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1004106-48.2018.8.26.0554	TERAPIA ABA	SUM 102	DUT	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1011056-10.2017.8.26.0554	TERAPIA ABA	9656	DUT	COBERTURA SEM JUSTIFICATIVA MÉDICA NÃO É DEVIDA
1055910-85.2016.8.26.0114	REPARADORA BARIÁTRICA	SUM 97	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO
1005570-87.2018.8.26.0011	IMRT	SUM 102	DUT	OPERADORA NÃO PODE LIMITAR TRATAMENTOS
1004607-87.2015.8.26.0010	COBRANÇA	CPC	ROL	SENTENÇA TRÂNSITA DETERMINANDO COBERTURA
1020391-51.2017.8.26.0005	IMRT	SUM 102	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1002267-60.2015.8.26.0564	RECONSTRUÇÃO DE MAMA	CDC	ROL	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1100618-34.2017.8.26.0100	MAMOPLASTIA	SUM 102	JUNTA	EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA
1006619-90.2017.8.26.0176	CROSSLINKING	CDC	ROL	ROL EXEMPLIFICATIVO

Cobertura - RN n° 428

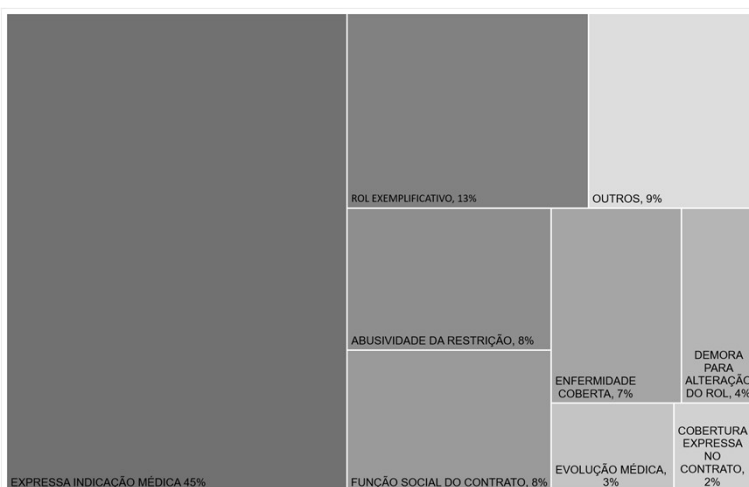
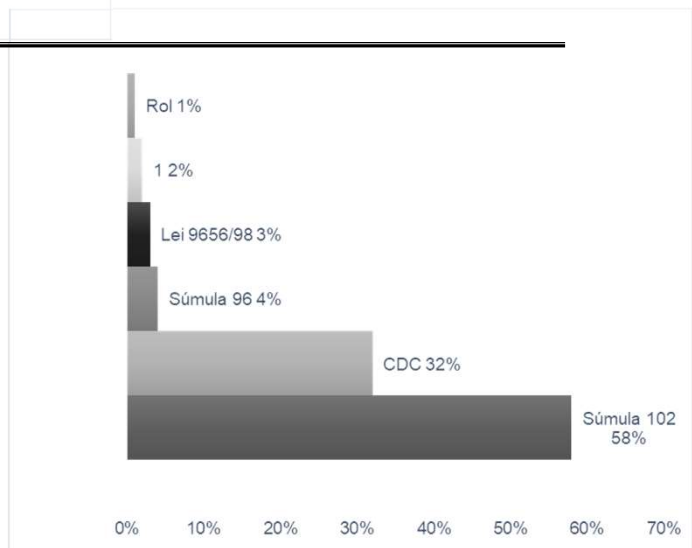
Cenário **Antes** da Vigência da Norma



Pluralidade de Temas

Entre os temas abordados nas decisões sobre cobertura, 9% são Terapia ABA e 7% são sobre cobertura para Lucentis (outros: 61%)

62% das decisões optaram por aplicar Súmulas do TJSP



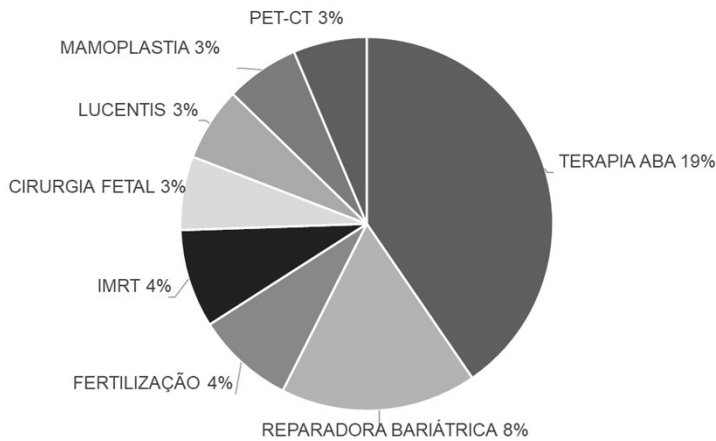
Decisão Médica

A indicação médica é a maior causa para afastamento da norma da ANS que seria aplicável ao caso, sugerindo que nas demandas individuais há menor consideração sobre os efeitos coletivos

- A segunda causa é a posição sobre o rol ser **EXEMPLIFICATIVO**, sugerindo baixa deferência à ANS

Cobertura - RN n° 428

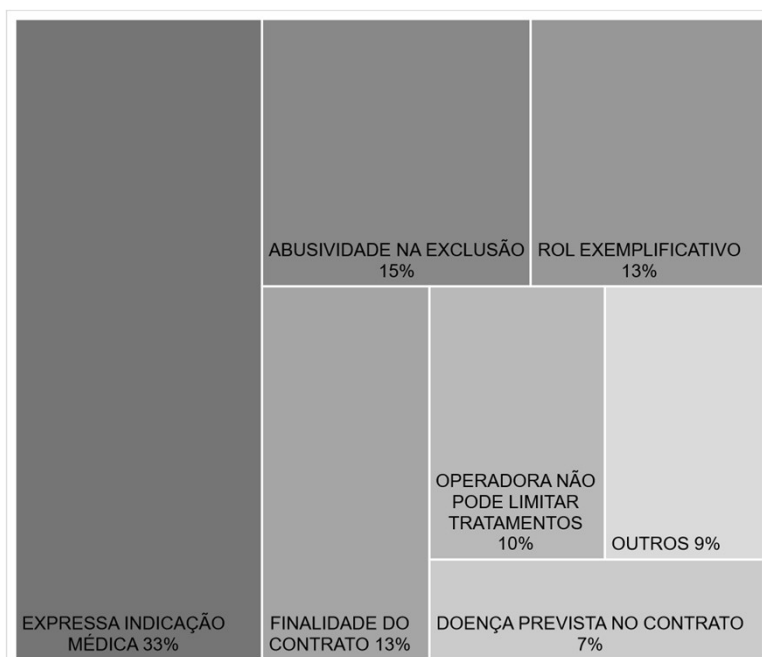
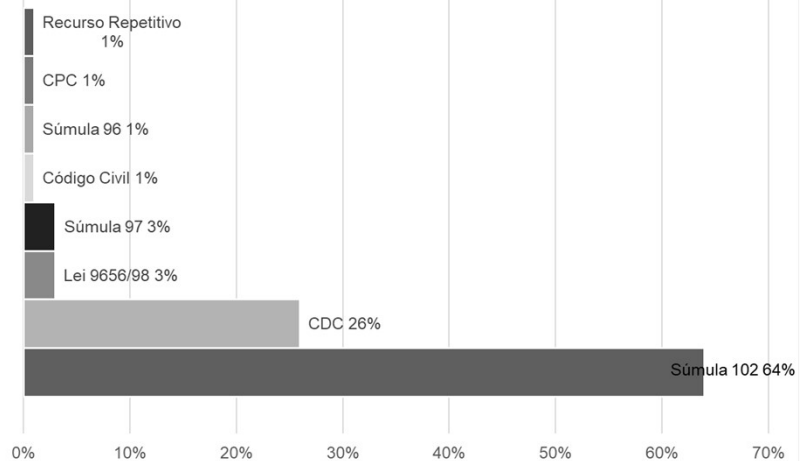
Cenário Após Vigência da Norma



Sem alteração do tema

Entre os temas abordados nas decisões sobre cobertura, 19% são Terapia ABA e cirurgias reparadoras após bariátricas ficaram em segundo lugar, com 8% (outros: 52%)

68% das decisões optaram por aplicar Súmulas do TJSP

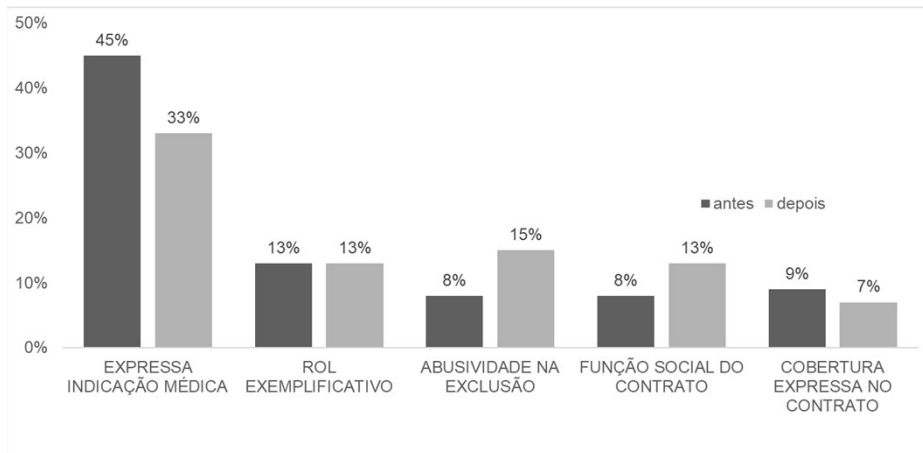


Abusividade

A indicação médica fica mantida como maior causa para afastamento da norma da ANS, mas surge a abusividade como segundo fator, diante da maior aplicação do CDC nesse período

Cobertura - RN n° 428

Comparativo

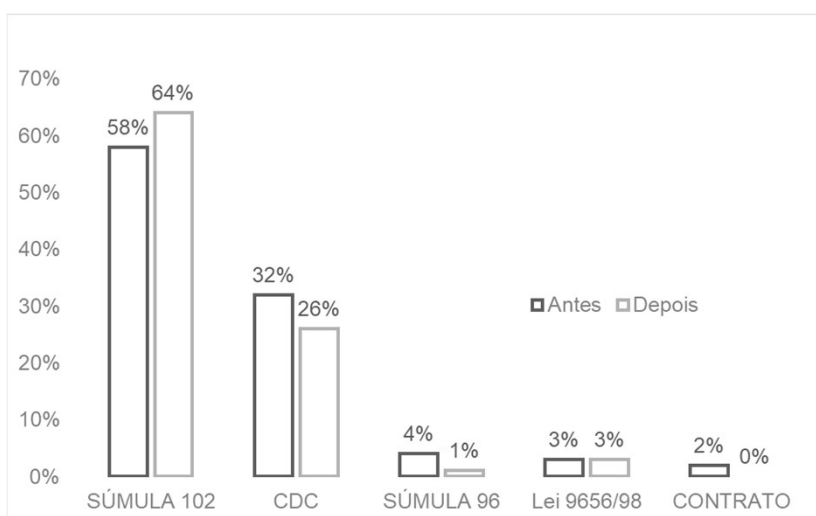
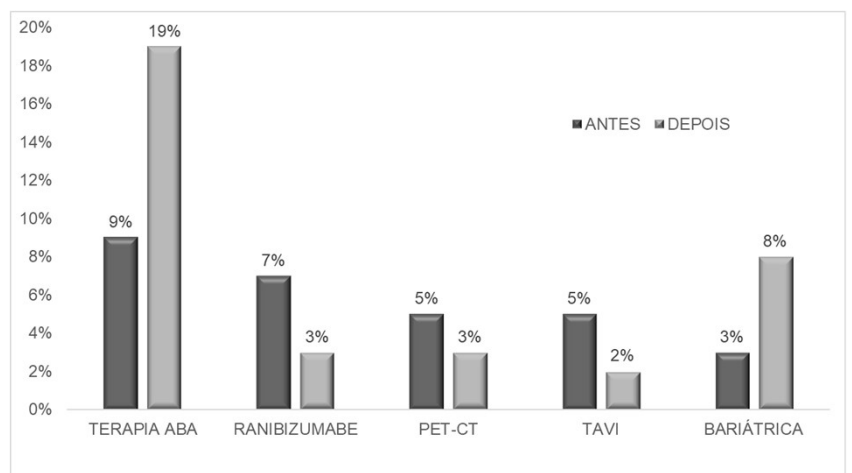


Justificativas

As justificativas para afastamento da norma da ANS não sofreram relevante alteração, sugerindo tendência a

Mesmos Temas

Não foi identificada alteração significativa nos temas debatidos antes e depois da vigência da norma.

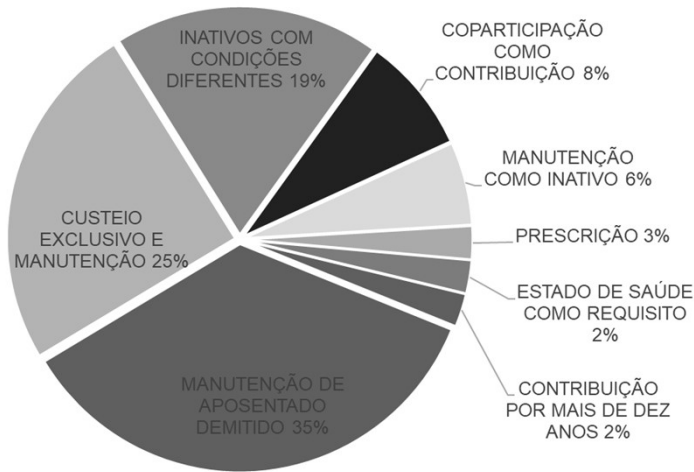


Súmulas e CDC

Há um tendência nos julgados analisados em aplicar as Súmulas do TJSP e o CDC, sem que a nova norma tenha representado qualquer alteração nesse cenário

Aposentados e Demitidos - RN nº 279

Cenário **Antes** da Vigência da Norma



Temas Previstos na Lei

Os temas mais debatidos nos julgados antes da norma já eram, ainda que indiretamente, tratados na lei de planos de saúde e tinham tratamento diferenciado pela norma da ANS que tratava do tema.

90%

Das decisões analisadas aplicaram a lei de planos de saúde

- Um único caso menciona a norma da ANS vigente à época, mas para afastá-la



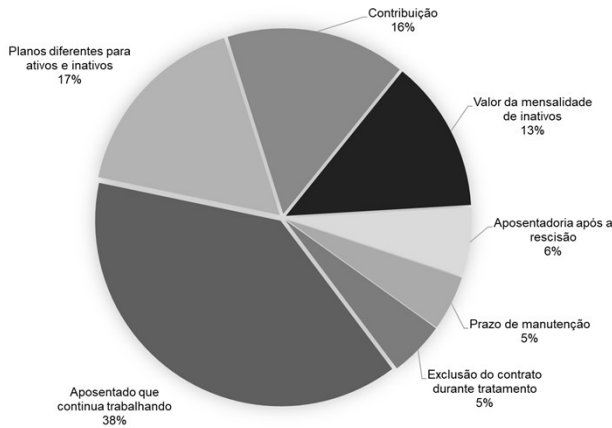
Assuntos em Aberto

Dentro do tema “Manutenção do Aposentado Demitido”, as justificativas apresentadas são temas que não teriam sido esclarecidos pela norma da ANS vigência à época (outros = 40%)



Aposentados e Demitidos - RN nº 279

Cenário Após Vigência da Norma



Sem alteração do tema

Entre os temas abordados nas decisões sobre cobertura, 19% são Terapia ABA e cirurgias reparadoras após bariátricas ficaram em segundo lugar, com 8% (outros: 17%)

92% das decisões aplicaram a previsão legal para solucionar as demandas analisadas



valor para inativos é a média dos últimos 12 meses 8%	plano de saúde como salário indireto, garantido direito à manutenção como inativo 7%	lei garante manutenção e não imutabilidade de valores 4%
mensalidade é o valor adicionado a parcela da empresa 7%	contribuição indireta dá direito a manutenção 5%	pagamento é a soma da parcela da empregadora 4%
		demora no pedido implica em renúncia ao benefício 3%

Lacunas da Lei

Os assuntos abordados dentro de cada demanda além do tema principal demonstram as lacunas da lei que os julgadores reconhecem, ou seja, tópicos que mereceriam regulamentação infralegal

Aposentados e Demitidos - RN nº 279

Comparativo

Antes	contribuição como requisito para manut.	16%
	coparticipação não é contribuição	12%
	critérios para ativos e inativos deve ser	10%
	manutenção por requisitos legais	5%

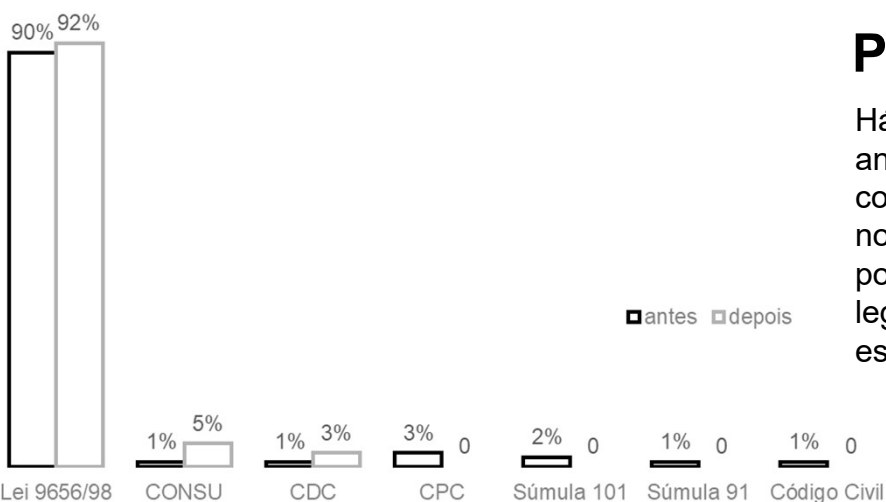
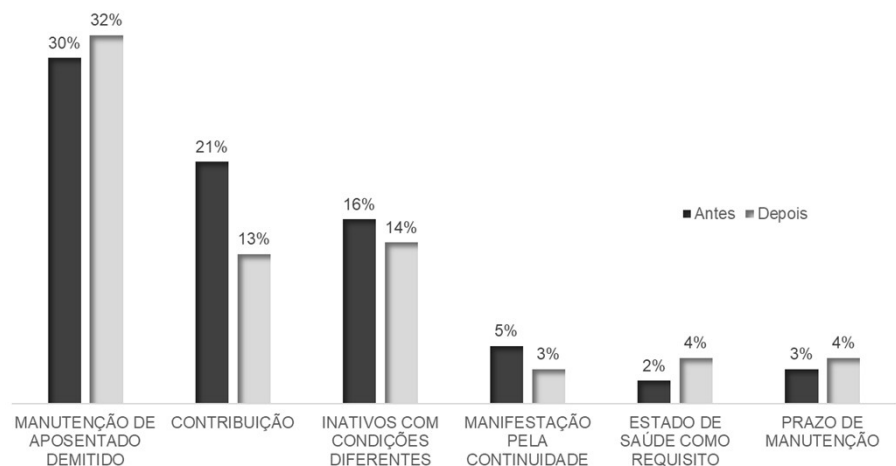
Após	salário indireto	12%
	inativo assume pagamento integral	11%
	mensalidade para inativos	8%
	possibilidade de mudança dos valores	4%

Multiplicidade de subtemas

Os subtemas identificados para cada período mostram que há diversas lacunas apontadas pelo Judiciário sobre Aposentados e Demitidos

Identidade de temas

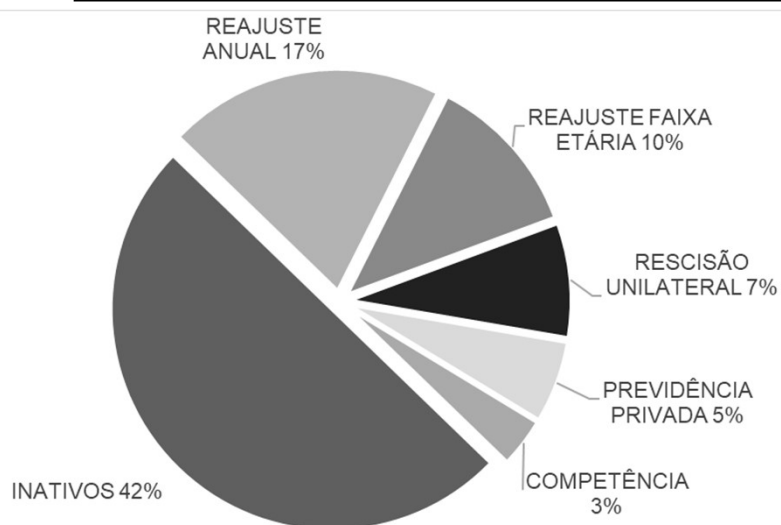
Os temas mais debatidos nos julgados analisados não sofreram alteração com a vigência da norma



Previsão Legal

Há um tendência nos julgados analisados em aplicar o texto legal, com menção específica que a norma proposta pela ANS não poderia alterar o entendimento legal quando não há espaço para esclarecimentos

Reajustes – RN nº 195 Cenário **Antes** da Vigência da Norma

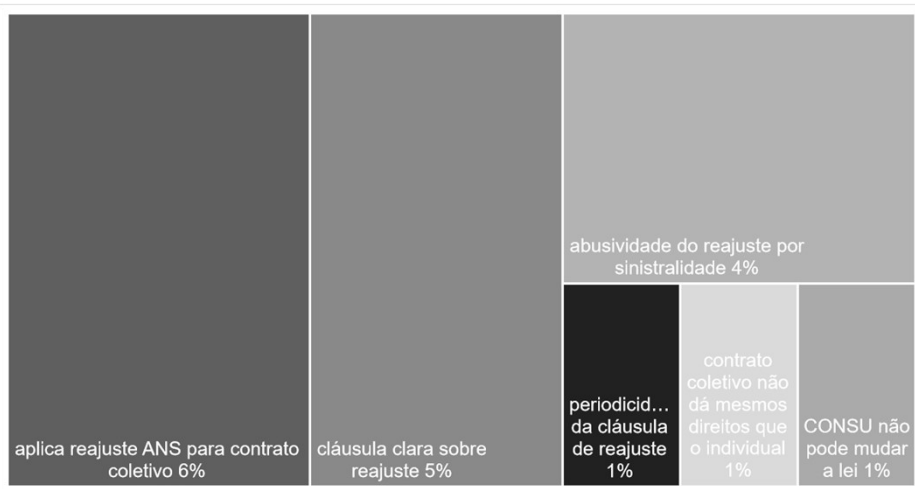
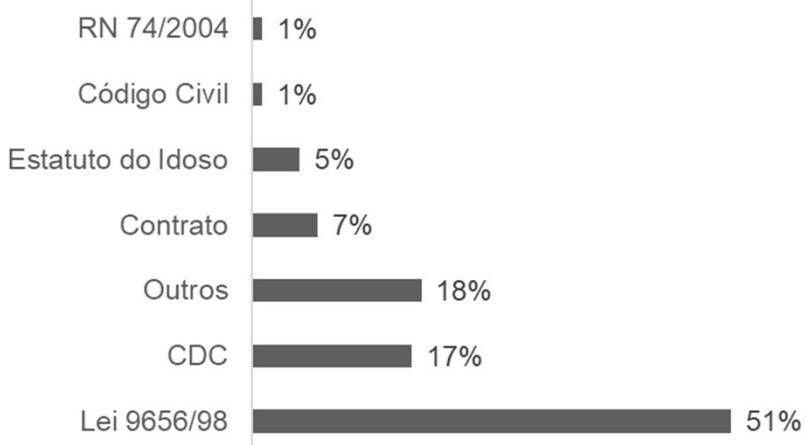


Inativos e Reajustes

Destaque para a maioria de assuntos relacionados a reajustes aplicados à planos de inativos (demitidos e aposentados), mostrando que esse tipo de contrato é muito judicializado no TJSP.

51% Das decisões analisadas aplicaram a Lei de planos de saúde

- Um único caso mencionou a resolução da ANS em decisão judicial

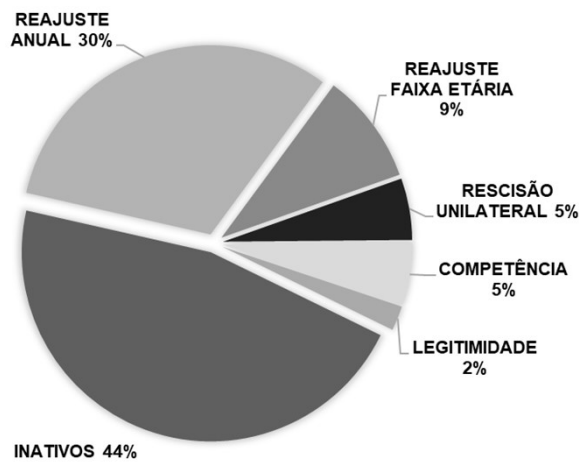


Reajuste fixado pela ANS

Dentro do tema “Reajuste Anual”, destaque para a consideração da política da ANS aplicada a contratos individuais como válida para contratos coletivos, reconhecendo que a fixação de percentual de reajuste pela agência seria uma forma positiva de intervenção.

Reajustes – RN nº 195

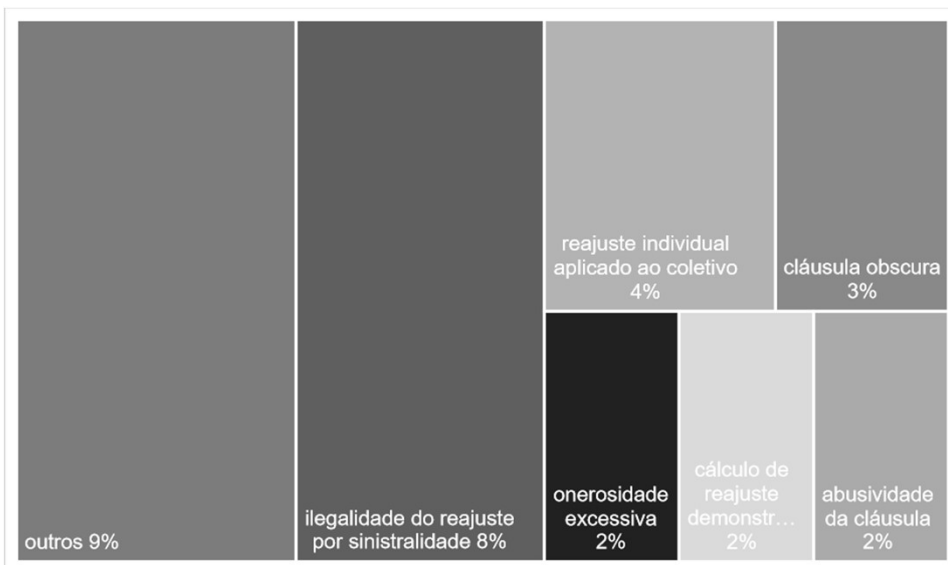
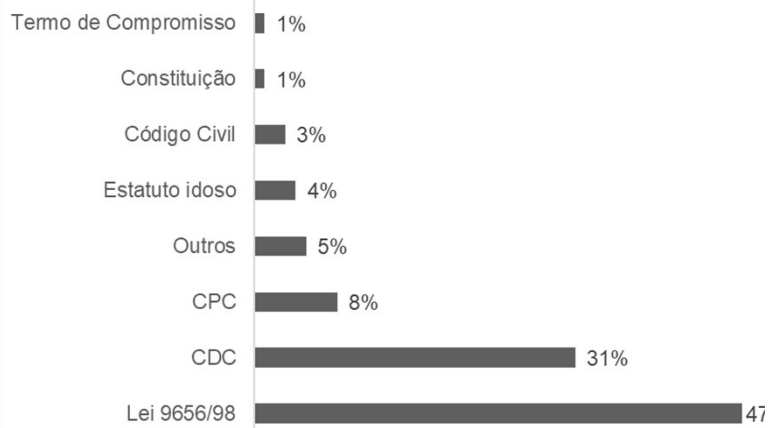
Cenário Após Vigência da Norma



Sem alteração do tema

Inativos, reajustes anual e faixa etária continuaram como os temas mais debatidos, independente da vigência da nova norma.

81% das decisões aplicaram uma lei federal para solucionar as demandas apresentadas



Lacunas da Lei

Dentro do tema reajuste anual foi verificada uma diversidade de assuntos que poderiam ser solucionados pela atividade fiscalizatória da ANS, ao invés da construção de nova norma.

Reajustes – RN n° 195 Comparativo

antes	aplica reajuste ANS para contrato coletivo	6%
	abusividade do reajuste por sinistralidade	4%
	cláusula clara sobre reajuste	5%
	periodicidade da cláusula de reajuste	1%

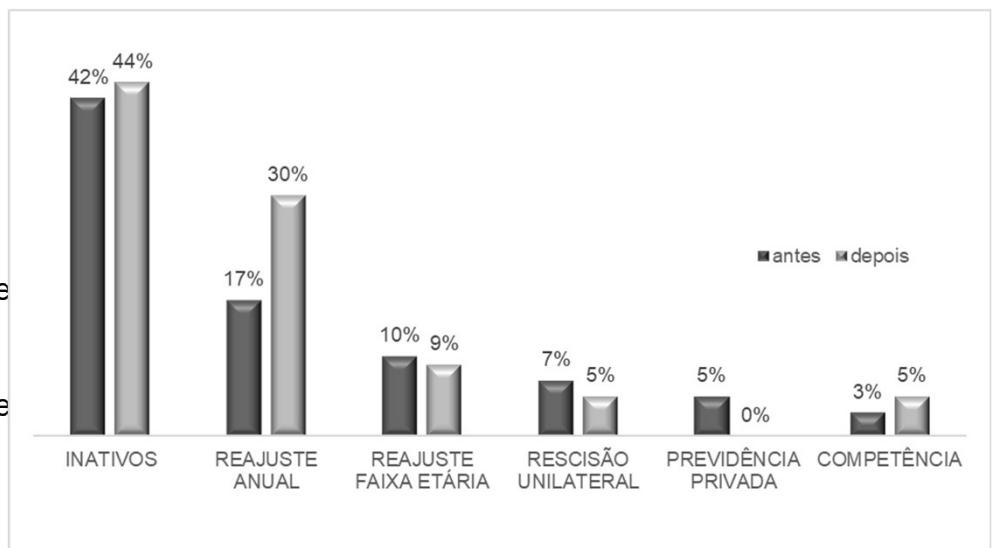
depois	ilegalidade do reajuste por sinistralidade	8%
	reajuste individual aplicado ao coletivo	4%
	cláusula obscura	3%
	onerosidade excessiva	2%

Multiplicidade de subtemas

Não há identidade antes e depois da vigência da norma, mas se verifica que os temas de antes da vigência não foram abordados pela nova norma

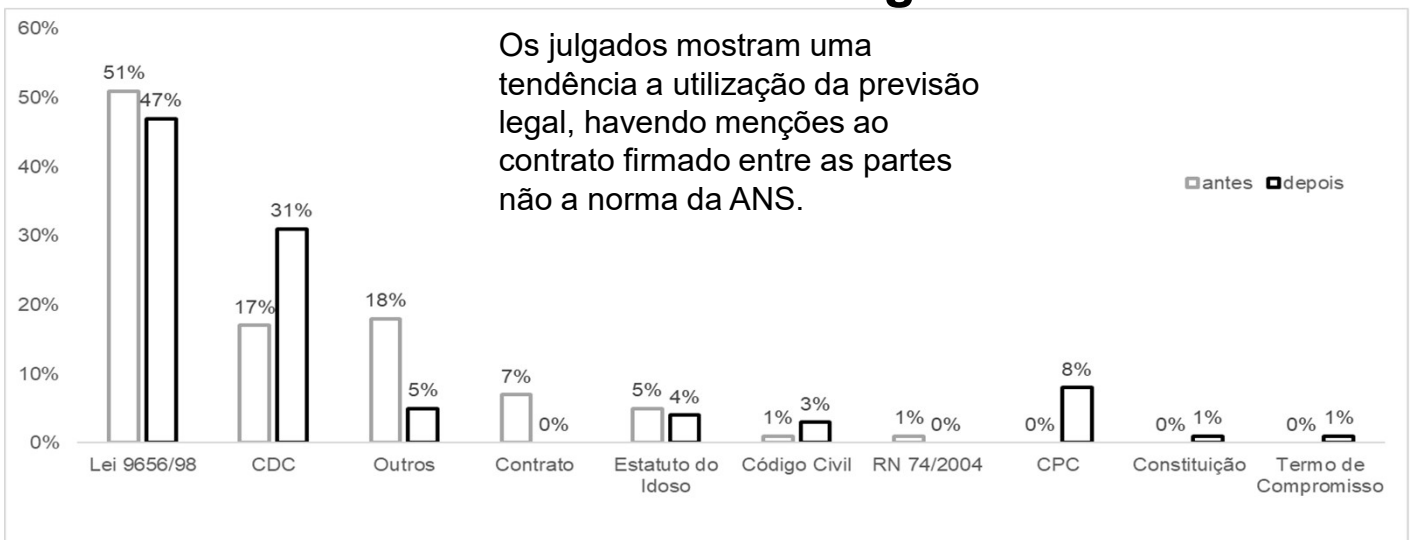
Identidade de temas

Os assuntos gerais mais debatidos permanecem os mesmos, mostrando que o tema de inativos é relevante para o mercado. Nota-se ainda que, mesmo com a nova norma, o debate sobre reajuste anual cresceu.



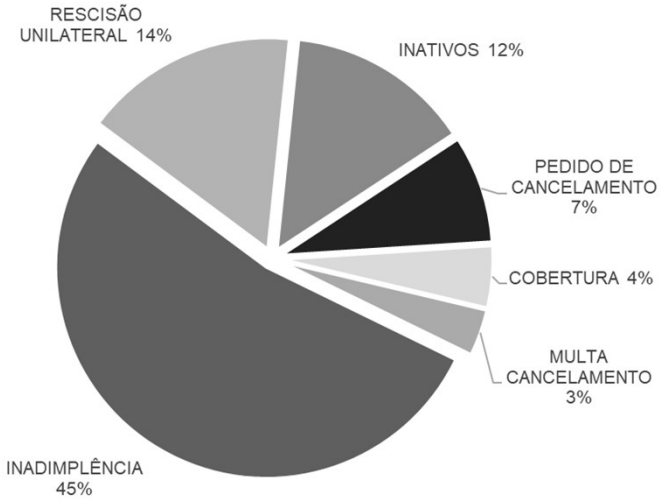
Previsão Legal

Os julgados mostram uma tendência a utilização da previsão legal, havendo menções ao contrato firmado entre as partes não a norma da ANS.



Cancelamento – RN nº 412

Cenário **Antes** da Vigência da Norma

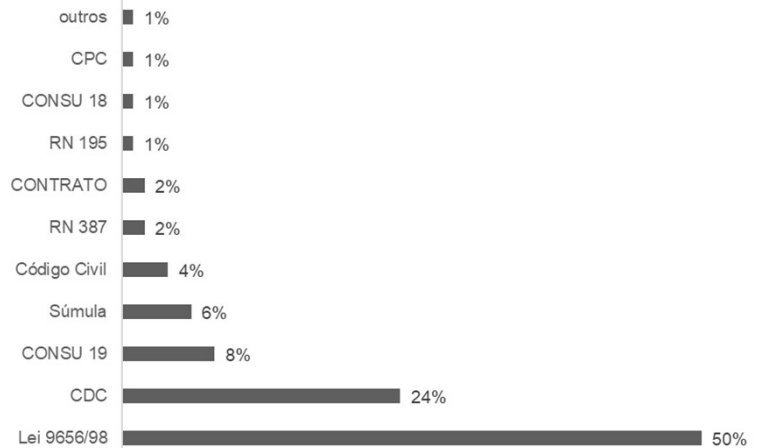


Temas Previstos na Lei

Ainda que se trata de cancelamento a pedido do beneficiário, o tema mais verificado continua sendo o cancelamento por inadimplência. O tema em análise aparece somente em quarto lugar.

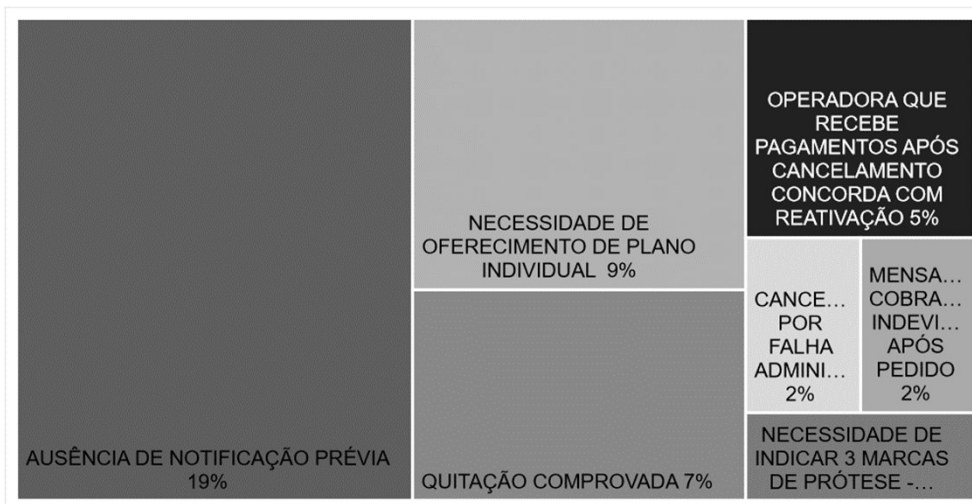
50% Das decisões analisadas aplicaram a lei de planos de saúde

- Nota-se para o caso maior número de atos normativos indicados pelos julgados



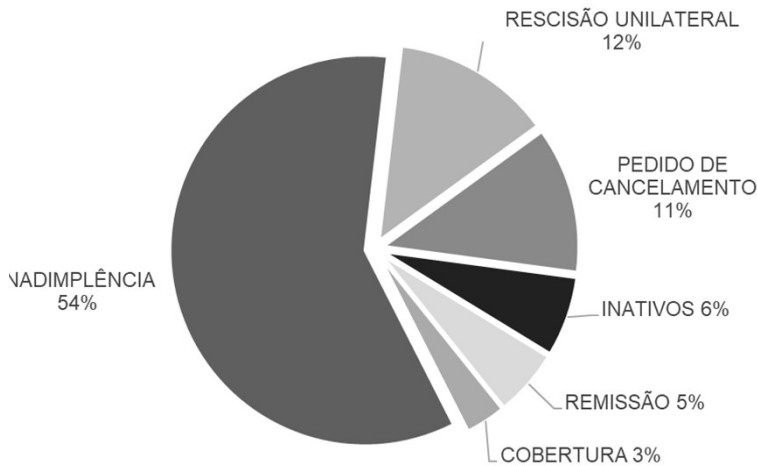
Notificação Prévia

Os três subtemas mais abordados também se relacionam com cancelamento por inadimplência, mostrando que o tema ainda era o maior destaque nas demandas apresentadas ao TJSP.



Cancelamento – RN nº 412

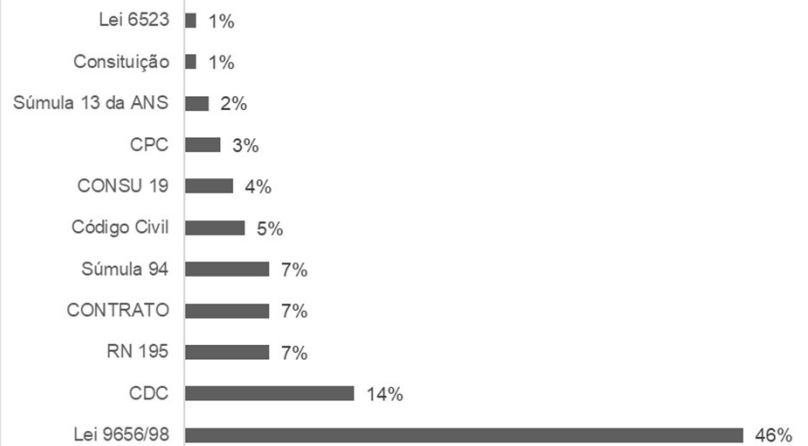
Cenário Após Vigência da Norma



Sem alteração do tema

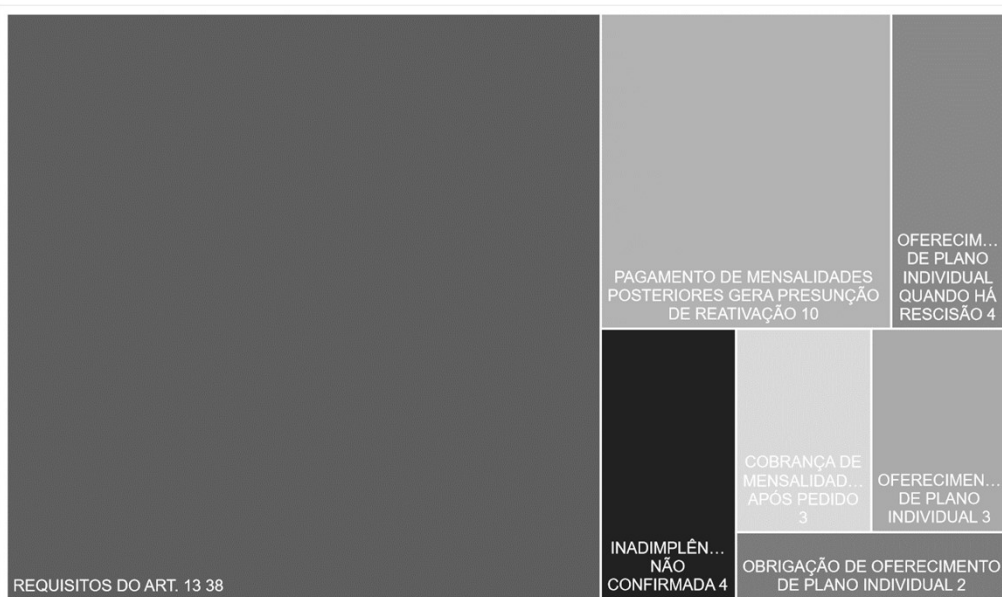
O cancelamento por inadimplência ainda tem destaque, mas o pedido por cancelamento tem um lugar importante dentro dos temas das demandas (outros: 9%).

11 Atos normativos diferentes foram aplicados nos julgados analisados, inclusive normas da ANS



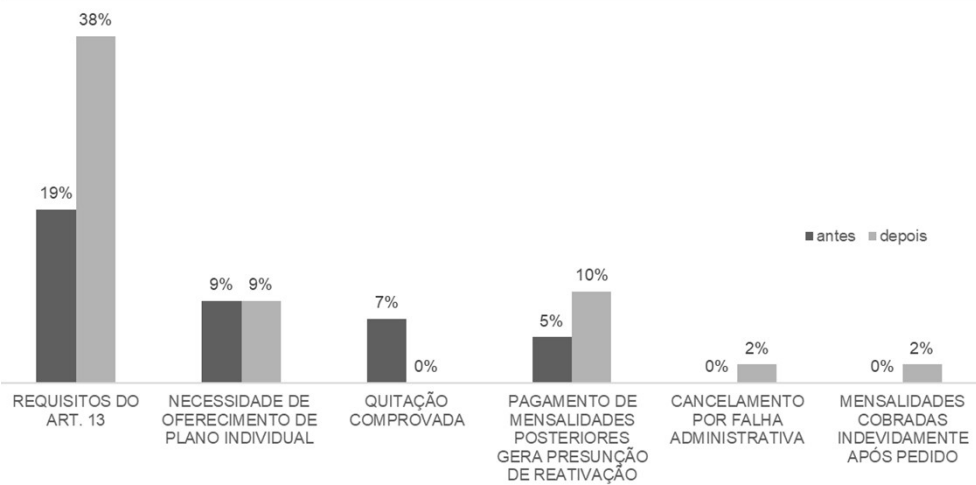
Temática

Mesmo após a vigência, o subtema que envolve a nova norma da ANS em análise não aparece nos julgados. Cancelamento ainda é destaque (Outros: 36%).



Cancelamento – RN n° 412

Comparativo

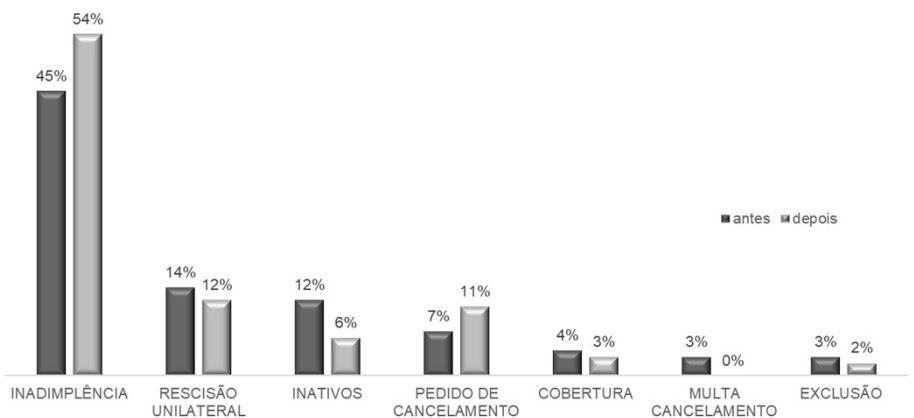


Subtemas ligados à Lei

Os subtemas identificados indicam lacunas na lei que poderiam ser abordadas pela ANS mas não se relacionam com o tema da nova norma.

Temas mais relevantes

Ainda que a análise seja voltada para cancelamento a pedido, o cancelamento por inadimplência e a rescisão unilateral são outros temas muito levados ao TJSP.



Múltiplas normas

Diferente das outras análises, há uma grande número de normas aplicadas nos julgados, inclusive normas da ANS, indicando tendência de deferência à Agência.

