



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO
CURSO DE DIREITO**

HENDRYL DE FREITAS FERREIRA

**A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR:
uma análise sobre as ações adotadas pela ANS durante a pandemia provocada pela
covid-19**

FORTALEZA

2021

HENDRYL DE FREITAS FERREIRA

A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR:
uma análise sobre as ações adotadas pela ANS durante a pandemia provocada pela covid-19

Artigo TCC apresentado ao curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Fametro - Unifametro, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da prof.^a M.^a Vanessa Gomes Leite.

FORTALEZA

2021

HENDRYL DE FREITAS FERREIRA

A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR:
uma análise sobre as ações adotadas pela ANS durante a pandemia provocada pela covid-19

Artigo TCC apresentado no dia 17 de junho de 2021 ao curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Fametro - Unifametro, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a M.^a Vanessa Gomes Leite
Orientadora – Centro Universitário Fametro – Unifametro

Prof. Me. Alisson Costa Coutinho
Membro – Centro Universitário Fametro – Unifametro

Prof. Me. Leonardo Jorge Sales Vieira
Membro – Centro Universitário Fametro – Unifametro

A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: uma análise sobre as ações adotadas pela ANS durante a pandemia provocada pela covid-19

Hendryl de Freitas Ferreira¹

Vanessa Gomes Leite²

RESUMO

O serviço de saúde suplementar consome parte sensível do orçamento de um contingente expressivo da população brasileira. Em um contexto de pandemia e de saturação do sistema de saúde como o que se está vivendo, em que as pessoas perdem não apenas vidas, mas também empregos, a manutenção dos planos de saúde torna-se imprescindível, mas muitas vezes inviável, e qualquer decisão num ou noutro sentido requer que se analisem criteriosamente os cenários e os movimentos dos atores que podem desequilibrar ainda mais o jogo. Nesse contexto, o presente trabalho busca investigar as ações adotadas pela ANS durante a pandemia provocada pela covid-19 e as consequências sobre os beneficiários de planos de saúde. Com foco nesse objetivo, desenvolveu-se um estudo qualitativo mediado pelas pesquisas doutrinária (bibliográfica), legal (documental) e jurisprudencial (documental), tendo como método o dedutivo. Identificaram-se como ações da ANS durante a pandemia a inclusão do teste de detecção da covid-19 no rol de procedimentos de cobertura obrigatória, o atendimento a distância pela telessaúde, a duplicação da garantia dos exames eletivos e a suspensão da garantia das cirurgias eletivas, a suspensão do reajuste anual e por faixa etária aplicável aos beneficiários em 2020 e a recomposição parcelada do reajuste suspenso em 2021. Evidenciou-se que todas as ações foram benéficas para os beneficiários dos planos de saúde porque, direta ou indiretamente, permitiram que cumprissem o isolamento social sem que fossem privados de atendimento médico, mantiveram-nos longe dos hospitais e possibilitaram que se organizassem financeiramente. Conclui-se que, a despeito das melhorias, ainda há muito a se fazer para que se possa dispor de uma saúde como a pensada na Constituição “Cidadã”.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Saúde Suplementar. Reajustes. ANS. Covid-19.

¹ Graduando do curso de Direito pelo Centro Universitário Fametro – Unifametro.

² Prof.^a Orientadora do curso de Direito do Centro Universitário Fametro – Unifametro.

ABSTRACT

The supplementary health service consumes a sensitive part of the budget of a significant contingent of the Brazilian population. In a context of pandemic and saturation of the health system as what is being lived, in which people lose not only lives, but also jobs, the maintenance of health plans becomes indispensable, but often unfeasible, and any decision in one or another sense requires that we carefully analyze the scenarios and movements of actors that can further unbalance the game. In this context, the present work seeks to investigate the actions adopted by the ANS during the pandemic caused by the covid-19 and the consequences on the beneficiaries of health plans. Focusing on this objective, a qualitative study mediated by doctrinal (bibliographic), legal (documentary) and jurisprudential (documentary) research was developed, using the deductive method. The ANS actions during the pandemic were identified as the inclusion of the detection test of covid-19 in the list of mandatory coverage procedures, the distance care by the “telessaúde”, the duplication of the guarantee of elective examinations and the suspension of the guarantee of elective surgeries, the suspension of the annual adjustment and by age group applicable to beneficiaries in 2020 and the split recomposition of the suspended adjustment in 2021. It was evidenced that all actions were beneficial to the beneficiaries of health plans because, directly or indirectly, they allowed them to comply with social isolation without being deprived of medical care, kept them away from hospitals and allowed them to organize themselves financially. It is concluded that, despite the improvements, there is still much to be done to have a health such as that thought in the Constitution "Citizen".

Keywords: Health Law. Supplementary Health. Readjustments. ANS. Covid-19.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, [2021]) estabeleceu como direito fundamental a saúde, trazendo para o Estado o dever de oferecer à população um serviço de saúde gratuito e integral, motivo da criação, por intermédio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), do Sistema Único de Saúde (SUS). Não obstante, garantir de forma universal e integral tal serviço em um País de extrema desigualdade e com escassos recursos orçamentários não é tarefa fácil.

Desse modo, considerando a dificuldade de consolidação do serviço prestado por intermédio do SUS, boa parte da população brasileira vem realizando a contratação de planos de assistência à saúde privados, com o intuito de obter um serviço de saúde de qualidade.

Sendo assim, considerando que a Constituição (BRASIL, [2021]) estabeleceu como livre a iniciativa privada, surgiu então um setor paralelo ao de saúde pública, qual seja, a saúde suplementar. No final dos anos 1980 e na década de 1990, surgem então as operadoras de planos de saúde, que passam a viver de forma harmoniosa com o SUS.

Ocorre que grandes problemáticas surgiram em relação à assistência prestada aos beneficiários das operadoras de planos de saúde, como a prática de reajustes muito superiores à inflação e a falência de operadoras de planos de saúde, o que ensejou diversas demandas no Judiciário, com o intuito de se criar uma regulamentação do setor.

Nesse ínterim, buscando a minimização desses conflitos, foi aprovada a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (BRASIL, 1998a), cujo objetivo foi criar normas para os contratos de planos de saúde, bem como a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, 2000a), responsável pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), encarregada de regular o mercado de saúde suplementar, para o que se utilizou de mecanismos normativos visando promover garantias assistenciais mais justas aos beneficiários desse serviço.

No final do ano de 2019, o mundo inteiro deparou com o surgimento de um novo vírus SARS-CoV-2 (covid-19). Apesar de já ser conhecido da comunidade científica, recebeu a denominação de Novo Coronavírus por apresentar mutação em sua genética, que lhe proporcionou um poder de contaminação muito elevado, haja vista tratar-se de vírus que pode ser contraído pela via respiratória, acometendo os infectados com sintomas respiratórios.

O vírus foi transportado da China, local dos primeiros casos de contaminados, espalhando-se pelo mundo, chegando ao Brasil no início de 2020. Surgiu, então, a necessidade de que fossem adotadas medidas de segurança à saúde em todo o País, haja vista a rapidez em que o vírus se espalha, exigindo suporte respiratório a uma parcela dos

infectados. A consequente saturação dos leitos de internação levou várias pessoas a óbito por insuficiência respiratória, pela indisponibilidade de leitos.

Diante de tal crise na saúde, a presente pesquisa busca responder aos seguintes questionamentos: quais os fatores que ensejaram o marco regulatório da saúde suplementar no Brasil? Quais os limites de atuação da referida agência no âmbito da regulação dos planos de saúde? Por fim, quais ações foram adotadas pela agência reguladora durante a pandemia no Brasil e quais as consequências dessas medidas para os beneficiários de planos de saúde?

Esta pesquisa tem como objetivo geral investigar as principais ações adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) durante a pandemia provocada pela covid-19.

Nessa toada, na tentativa de alcançar o objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: Apresentar a origem da saúde suplementar no Brasil e o marco regulatório que culminou na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); descrever as atribuições da Agência e verificar o alcance do seu poder regulamentar sobre os planos de saúde; identificar as consequências das ações implementadas pela ANS durante a pandemia da covid-19 sobre os beneficiários do serviço.

Partindo da premissa de que grande parte da população brasileira utiliza o serviço de saúde suplementar, e considerando a realidade vigente, em que se é obrigado a conviver com uma doença pandêmica que assolou o mundo, com saturação dos sistemas de saúde e um número absurdo de mortes, a presente pesquisa justifica-se na necessidade de verificar as medidas que a ANS, agência reguladora dos planos de saúde, adotou no combate ao novo vírus, e quais entre elas foram benéficas aos beneficiários do serviço de saúde suplementar.

Nessa senda, a presente pesquisa mostra-se importante para os estudantes de Direito, que precisam compreender o papel regulatório da ANS dentro do gigantesco mercado de saúde suplementar, assim como para os advogados dos beneficiários de planos de saúde, de modo que possam exigir das operadoras de saúde a garantia dos direitos de seus clientes.

O traçado metodológico deste estudo conjugou a pesquisa doutrinária (bibliográfica) em fontes secundárias impressas e virtuais como livros, artigos, revistas acadêmicas e monografias, com a pesquisa legal (documental) na legislação pertinente e nas resoluções normativas disponibilizadas no portal da ANS, e a análise de jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ), visando coletar o maior volume de dados possível para alcançar aprofundamento e embasamento jurídico e técnico sobre o tema. O método adotado foi o dedutivo, partindo-se das disposições gerais da doutrina, da lei e dos atos normativos da ANS.

Os dados obtidos foram organizados, interpretados e ordenados numa estrutura composta por cinco seções. Nesta seção introdutória enuncia-se o problema objeto de estudo,

o objetivo geral, bem como seu desdobramento nos objetivos específicos, a justificativa para a escolha do tema, o trajeto metodológico adotado para o alcance dos objetivos, findando-se com esta descrição do conteúdo de cada seção. Na seção seguinte, de número dois, discorre-se sobre a temática direito à saúde no âmbito da saúde suplementar, tornada possível com a promulgação da Carta Federal “Cidadã” de 1988 (BRASIL, [2021]), que permitiu a atuação de empresas privadas na prestação desse serviço. Na seção três trata-se especificamente da ANS, as atribuições de sua competência e o alcance do seu poder regulamentar sobre as operadoras de planos de saúde. Na seção quatro imerge-se no objeto próprio deste estudo, consistente na investigação e identificação das principais iniciativas adotadas pela ANS durante a pandemia da covid-19, buscando avaliar as repercussões dessas medidas nos beneficiários dos planos de saúde. Na seção cinco faz-se uma breve síntese dos achados da pesquisa, após o que, listam-se as obras de referência consultadas para a construção da teoria.

2 A ORIGEM DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E O MARCO REGULATÓRIO QUE CULMINOU NA CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A temática direito à saúde, com a promulgação da Carta de 1988 (BRASIL, [2021]), ganhou sua maior evidência na ordem jurídica brasileira, haja vista que o texto constitucional determina ao Estado sua garantia a todos os brasileiros, permitindo a atuação de empresas privadas na oferta desse serviço, assegurando o acesso à saúde de forma complementar.

2.1 Evolução do mercado de saúde suplementar no Brasil

No Brasil, o mercado de saúde suplementar tem sua origem cravada entre 40 e 50 anos atrás, de forma dual entre assistência à saúde gratuita e privada, tendo sua fase embrionária na prática livre e filantrópica ou caridosa, destacando-se as Santas Casas e as Beneficências de imigrantes (GOUVEIA, 2004).

Segundo Gouveia (2004), a assistência à saúde encontrava-se nas principais cidades, gerida pela população local, de modo que era organizada e suportada solidariamente com recursos voluntários, e o destino principal dos serviços médicos eram os pobres e os indigentes, diferentemente do que ocorria nas zonas rurais, nas quais preponderava a medicina caseira e popular, com utilização de ervas, plantas e raízes, sendo propagada de forma oral através do tempo por indivíduos denominados parteiras, rezadeiras, ervantários e raizeiros.

Conforme Noronha e Levcovitz (1994) e Médici (1992) (*apud* GOUVEIA, 2004, p. 39), a “[...] assistência médica privada antecede, assim, ao aparecimento dos hospitais públicos, que, surgidos no século XX, sob a influência pela *[sic]* ‘ideologia campanhista’, guardavam caráter de segregação e se restringiam aos casos terminais ou às enfermidades mentais”.

Ocorre que, somente com a criação da Previdência Social, mediante a Lei Eloy Chaves, nome do autor do Decreto Federal nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (BRASIL, 1923), a assistência à saúde privada ensaia seus primeiros passos, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e, nos anos 1930, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cujo custeio era realizado de forma compartilhada entre a classe trabalhadora e a patronal, surgindo então os primeiros modelos de intermediação de serviços médico-hospitalares, alicerçada na solidariedade, visando assegurar a cobertura de riscos assistenciais (GOUVEIA, 2004).

Nesse sentido, o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (Iapi), um dos últimos a ser instituído, foi pioneiro na aquisição de serviços de empresas médicas e casas de saúde para seus adeptos, modelo rapidamente copiado pelos demais (GOUVEIA, 2004).

Chegando aos anos 1940, não só as instituições privadas, mas também as públicas adotaram meios de garantia de assistência médico-hospitalar aos seus colaboradores, surgindo então nesse período a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), bem como a assistência custeada pelo empregador para os servidores do antigo Iapi, que mais tarde originou o Grupo Executivo Assistência Patronal como órgão da Administração Federal no seu início, posteriormente transformado em previdência complementar (GOUVEIA, 2004).

Gouveia (2004, p. 40) destaca que, na indústria privada, “[...] a estruturação de sistemas assistenciais autônomos coincide com a expansão industrial dos Anos JK, em especial com a implantação das indústrias automobilísticas do ABC, região metropolitana de São Paulo”, e ocorre ante a necessidade de se apresentar resposta à demanda criada pelos empregados das indústrias em decorrência de acidentes de trabalho, a qual visava prioritariamente o tratamento do trabalhador para que logo pudesse retomar as atividades laborais.

No passar dos anos, as instituições filantrópicas e religiosas passam a adentrar gradualmente na seara jurídica como empresa, perdendo sua característica original. A partir disso observa-se, nos anos 50, uma manifestação mais clara da assistência à saúde privada, destacando-se um certo lucro no setor (GOUVEIA, 2004).

Na década de 1960, o mercado de planos de saúde começa a mostrar um desenvolvimento acentuado, impulsionado prioritariamente pela parceria estabelecida entre burocracia previdenciária e setor empresarial, que resultou na transferência, para as empresas, da responsabilidade pela assistência à saúde dos empregados, suscitando o surgimento de

empresas médicas especializadas na comercialização de serviços assistenciais, que acontecia inicialmente na rede própria, depois em rede credenciada de prestadores (GOUVEIA, 2004).

A prestação dessa assistência à saúde do trabalhador acontecia primeiramente nos departamentos médicos que as empresas tiveram que inserir em seus organogramas, substituídos, mais à frente, por empresas de serviços médicos terceirizadas, com as quais os empregadores celebravam convênios (GOUVEIA, 2004, p. 41).

Os anos 1970 caracterizam-se por um importante avanço no crescimento do setor médico industrial, haja vista a expansão da cobertura do serviço de assistência médica pela Previdência Social, de modo que os prestadores mais tímidos desse serviço no mercado ganharam confiança para avançar na exploração desse espaço econômico (GOUVEIA, 2004).

Ocorre que, na década de 1980, o setor privado de serviços médicos levou à degradação do sistema público de assistência à saúde, com a queda da política de remuneração do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o que culminou no aumento da procura de planos de saúde, principalmente pela classe média da sociedade da época (GOUVEIA, 2004).

Considerando o declínio do serviço de assistência médica prestado pelo setor público, os trabalhadores passaram a pressionar os empresários por fornecimento de convênios médicos como benefício. Com efeito, em 1990, referido pleito passou a ser objeto de reivindicações em movimentos sindicais, possibilitando o fortalecimento das empresas médicas no mercado ante a demanda pelo serviço de assistência à saúde (GOUVEIA, 2004).

Por fim, chegando aos anos 2000, a saúde passou a ser considerada pela sociedade como bem de consumo essencial, ganhando força, haja vista a possibilidade de dedução dos valores pagos aos planos contratados no Imposto de Renda (IR) das pessoas físicas e jurídicas como despesas com saúde (GOUVEIA, 2004).

2.2 Sistema brasileiro de saúde após a Constituição Federal de 1988

A Constituição de 1988 (BRASIL, [2021]) consagrou, em seu art. 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante a implementação de políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, e promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua concretização, proteção e recuperação, conforme asseveram as lições de Moraes:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art. 196), sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197). (MORAES, 2016, p. 1307)

Nesse ínterim, demonstra a Carta Magna (BRASIL, [2021]) que a todos os cidadãos brasileiros é garantido o acesso às políticas públicas na área da saúde, preconizando a redução da desigualdade, não admitindo qualquer distinção aos brasileiros na garantia desse direito.

Constata-se, no art. 196 da Constituição (BRASIL, [2021]), a evidente preocupação do constituinte em criar uma união entre saúde e cidadania, tema encontrado em diversos pontos do diploma. Ademais, o art. 6º, caput, expressa claramente que saúde é um direito social, bem como o inciso XXII do art. 7º da referida Carta considera a saúde uma garantia na seara das relações de trabalho, consagrando o elo entre saúde e cidadania (GOUVEIA, 2004).

A Carta Magna (BRASIL, [2021]), nos arts. 23, II e 24, XII, fixou competência comum administrativa e concorrencial normativa entre os entes para dar execução às políticas públicas de saúde, atribuindo, no art. 30, VII, ao Município, a principal responsabilidade na garantia de atenção à saúde. Assim, as diretrizes para condução de políticas de saúde não passam apenas pela União, mas também pelos demais entes da Federação, com o Município exercendo o papel mais relevante no âmbito da garantia desse direito (GOUVEIA, 2004).

As diretrizes propostas no sistema de saúde brasileiro seguem um modelo universalista e integral, constatação verificável no próprio texto do art. 196 da Constituição (BRASIL, [2021]). Nesse sentido, Tavares (2020, p. 930) explica que:

As ações e serviços públicos de saúde subsumem-se ao princípio do atendimento integral (art. 198, II), que é diverso do já mencionado acesso universal. Este se refere ao direito que, no caso, é atribuído a qualquer pessoa. Já o atendimento integral refere-se ao próprio serviço, que, no caso, deve abranger todas as necessidades do ser humano relacionadas à saúde. Portanto, não só todos têm direito à saúde como esta deve ser prestada de maneira completa, sem exclusões de doenças ou patologias, por dificuldades técnicas ou financeiras do Poder Público. Não é permitido a este esquivar-se da prestação de saúde em todos os setores.

Não obstante, verifica-se que a Carta Magna (BRASIL, [2021]) não estabeleceu como monopólio estatal os serviços e o financiamento da atenção à saúde, haja vista o comando dos arts. 197 e 199 de que pode ser executada “[...] diretamente ou através de terceiros [...]”, bem como de que “[...] é livre à iniciativa privada”, respectivamente, de modo que coexistem o Sistema Único de Saúde (SUS) com um mercado privado de saúde.

Corroborando a ideia de universalidade na saúde no Brasil, bem como a dualidade constitucional do sistema brasileiro de saúde, assim entende Gouveia (2004, p. 20):

Com efeito, o desenho constitucional para o sistema brasileiro de saúde deixa incorporar certa dualidade, oscilando entre o financiamento público e o privado. De um lado, voltou-se para todos os cidadãos, de forma gratuita, universal e igualitária, financiado por toda a sociedade e que, por essa razão, não admite cobrança pontual pelos serviços de saúde. Mas, por outro lado, ofereceu o legislador constituinte uma saída para o mercado, ou melhor, deixou uma porta aberta para que os arranjos privados de financiamento da saúde coabitassem com o SUS, como um subsistema paralelo, dirigido àqueles que podem ou desejam contratar, individual ou coletivamente, a intermediação dos serviços de saúde pela via do empresariamento da medicina. Talvez não pudesse ser diferente, pois a arquitetura constitucional do sistema de saúde brasileiro, de um lado universalista e, de outro, meritocrática, espelha a trajetória que a medicina projetou nos últimos 50 anos, inviabilizando qualquer ruptura radical com os velhos estamentos.

Gouveia então assevera que, por mais evidente que seja o movimento reformista alcançado na Constituição de 1988 (BRASIL, [2021]), constatável na expressão “saúde é direito de todos e dever do Estado”, não foi efetivo o suficiente para mitigar o avanço histórico do setor médico empresarial, focado no lucro mediante a exploração dessa seara.

2.3 Intervenção do Estado na atividade econômica

Constata-se a interferência do Estado na liberdade dos indivíduos, quer na forma de controlá-los, quer na forma de dirigi-los, variando em intensidade de acordo com a corrente majoritária de pensamento da época. Contudo tal intervenção não pode ser confundida com organização exclusiva da sociedade, condição essencial para a proteção do interesse comum.

Essa intervenção do Estado também adentra a seara econômica, no tocante à produção de bens e serviços, estabelecendo com o mercado uma relação dialética e dinâmica, que pode variar segundo os modelos políticos, ideológicos e econômicos adotados no momento, o que pode ser confirmado pelo pensamento de Moraes (2016, p. 1290) de que “[...] o Estado não deixou em nenhum momento de se abster por completo de intervir na ordem econômica, em maior ou menor grau”.

Nesse contexto, Grau (2010, p. 33) entende que o aumento do desenvolvimento econômico em vários países europeus durante o século XVIII alterou a concepção de mercado, que deixou de designar apenas os estabelecimentos físicos de transações e ganhou o caráter de ideia, pensamento que reúne uma série de atos, fatos e objetos, expressando, portanto, um projeto político claramente liberal como princípio de organização social.

Para Nunes (1973 *apud* GRAU, 2010, p. 33), o mercado é instituição social oriunda da institucionalização e do desenvolvimento do próprio Estado, devendo ser entendido como evolução da história da humanidade, algo que não é natural, e, na maioria das vezes, serve apenas aos interesses de uma minoria.

Irti (1998 *apud* GRAU, 2010, p. 28) corrobora o pensamento de Nunes ao dizer que o mercado não é instituto espontâneo, um *locus naturalis*, tratando-se, na verdade, de instituição resultante de determinadas reformas institucionais, fundamentada e regulamentada por normas jurídicas, que lhe estabelecem limites, ou seja, um *locus artificialis*.

Para Irti (1998 *apud* GRAU, 2010, p. 28), o mercado “é uma *ordem*, no sentido de *regularidade e previsibilidade de comportamentos*, cujo funcionamento pressupõe a obediência, pelos agentes que nele atuam, de determinadas condutas” (grifos do autor), que permitem a formulação dos cálculos informadores das decisões a serem assumidas no dinamismo do mercado.

Grau (2010) acrescenta que o fato de o mercado ser oriundo da criação humana, *locus artificialis*, impede-o de ser desenvolvido por suas próprias leis, de modo que necessita de intervenção do Estado, para evitar a criação de grandes males permanentes, não só para a humanidade e o planeta, mas também para a própria produção capitalista.

Partindo das ideias dos autores citadas por Grau (2010), tem-se o entendimento de que a existência de um sistema baseado na economia de empresas pressupõe automaticamente a existência de um Estado atuante, por meio de políticas e normas econômicas que devem se tornar parâmetro para as atuações entre particulares, restando afastada a possibilidade de um sistema capitalista “puro” ou minimamente intervencionista, motivo pelo qual tal intervenção se torna pressuposto para a própria existência do mercado.

Nesse liame, na visão de Grau (2010), a expressão intervenção, em seu sentido mais vigoroso, indica atuação em área de outrem. Quer dizer, o Estado passa a atuar de forma expressiva na área de titularidade do setor privado:

[...] o Estado não pratica intervenção quando presta serviço público ou regula a prestação de serviço público. Atua, no caso, em área de sua própria titularidade, na esfera pública. Por isso mesmo dir-se-á que o vocábulo intervenção é, no contexto, mais correto do que a expressão atuação estatal: intervenção expressa atuação estatal em área de titularidade do setor privado; atuação estatal, simplesmente, expressa significado mais amplo. [...] Intervenção indica, em sentido forte (isto é, na sua conotação mais vigorosa), no caso, atuação estatal em área de titularidade do setor privado; atuação estatal, simplesmente, ação do Estado tanto na área de titularidade própria quanto em área de titularidade do setor privado. Em outros termos, teremos que intervenção conota atuação estatal no campo da atividade econômica em sentido estrito; atuação estatal, ação do Estado no campo da atividade econômica em sentido amplo. (GRAU, 2010, p. 91-92)

Considerando que a Carta Federal de 1988 (BRASIL, [2021]), nos incisos do seu art. 3º, estabeleceu como objetivos da República brasileira a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, a garantia do desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais, além da promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e discriminações outras, faz-se necessária a inserção do Estado na ordem econômica, adotando postura compatível com o pleito da própria sociedade expressado por essa Carta Magna, de modo que o modelo de Estado liberal foi superado, sendo adotado o modelo intervencionista na atualidade.

Assim sendo, sucintamente, considerando o princípio de justiça social adotado na Constituição Federal (BRASIL, [2021]), tem-se que a intervenção do Estado na seara do domínio econômico é pautada pela promoção de uma economia objetivando o bem-estar social, evidenciando, portanto, o Estado como agente promovente dos direitos fundamentais.

2.4 Marco regulatório da Saúde Suplementar

A interferência do Estado na Ordem Econômica pode ser entendida, nos termos da Constituição (BRASIL, [2021]), como direta, quando o Poder Público explora de forma independente as atividades econômicas, ou indireta, quando o Estado monitora as atividades dos particulares que geram riquezas, intervindo quando necessário mediante normatização, visando regular e corrigir falhas no mercado interno em prol da sociedade e do bem comum.

Cumprido salientar que a regra estabelecida na Constituição Federal (BRASIL, [2021]) é a intervenção indireta na Ordem Econômica, e apenas excepcionalmente na forma direta, estabelecidas de forma taxativa no texto da Carta Magna.

Nesse sentido, é permitido ao Estado, na seara econômica, atuar como agente normativo e regulador, exercendo tríplice função: fiscalizadora, incentivadora e planejadora, conforme estabelece o art. 174 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, [2021]).

Aguillar (2019) entende que a progressão na privatização dos serviços públicos e de atividades econômicas do interesse do Estado desde o início da década de 1990, fomentou o desenvolvimento das agências reguladoras das mais diversas atividades, observando o regime federativo do País, de modo que as agências podem ser de âmbito federal, estadual e municipal, contudo dependem das competências relativas às atividades da regulação.

Nesse ínterim, salienta-se que as Agências Reguladoras, apesar de integrantes da estrutura do Poder Executivo, são constituídas com autonomia em relação ao governo e às entidades privadas, conforme explica Aguillar (2019, p. 187):

Embora integrantes da estrutura do Poder Executivo, as Agências Reguladoras têm sido constituídas com vistas a serem relativamente autônomas em relação ao governo e às entidades privadas. Importantes alterações foram introduzidas na mecânica dessas autarquias, tais como a autonomia orçamentária, possibilitando a arrecadação por fontes de receita independentes, e a criação de mandatos para os Conselheiros titulares das agências, que não podem ser demitidos ad nutum pelo Chefe do Executivo.¹⁶⁷ Conselheiros devem manter-se afastados dos interesses de empresas particulares, sendo controlado criminalmente o uso de informações privilegiadas em decorrência do cargo exercido.

Ademais, salienta Aguillar (2019) que as Agências Reguladoras são dotadas de poder normativo, sendo responsáveis pela condução das políticas na seara dos serviços públicos, bem como de outras atividades relevantes, incumbidas de solucionar conflitos entre os usuários e as operadoras, exercendo, ainda, atividade fiscalizatória sobre concessionárias.

Assim sendo, adentrando no assunto do marco regulatório da saúde suplementar, Conforto (1998, p. 31 *apud* GOUVEIA, 2004, p. 118) esclareceu que a expressão marco é destinada a nominar o conjunto de “regras, orientações, medidas de controle e valoração que possibilitem o exercício de controle público das atividades de serviços públicos”, de modo que tal afirmação se estende às atividades econômicas exploradas pelos particulares. Isso significa dizer que o marco regulatório precisa ser entendido como a criação de políticas, seja em razão do advento de nova normatividade, seja por revisão do corpo de normas já vigentes, de modo a condicionar as práticas do mercado ao interesse da coletividade.

Nesse sentido, a Constituição Federal (BRASIL, [2021]), no art. 197, estabeleceu como de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, por meio de lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Essa constitui, portanto, a base constitucional para a criação do marco regulatório do sistema de saúde, tanto no setor público como no privado, incluindo, portanto, o mercado de saúde suplementar.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, [2021])

Nessa seara, tem-se que, após dois anos da promulgação da Carta de 1988 (BRASIL, [2021]), foram instituídas a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que estabeleceu a regulação do SUS. Contudo não regularam o mercado de assistência suplementar à saúde, o que ocorreu apenas 10 anos depois, com as Leis nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a), que trata dos planos e seguros privados de assistência à saúde, e nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000a), que criou a ANS.

3 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): ATRIBUIÇÕES E PODER REGULAMENTAR SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE

O Brasil regulou o setor de saúde suplementar mediante a Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a), instituindo inúmeras novidades aos beneficiários e às operadoras de planos de saúde, razão pela qual se fez necessária a criação de autarquia especial dotada de autonomia para dar seguimento na regulação do setor, e de poderes sancionatórios para garantir o cumprimento efetivo do intuito normativo.

3.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Lei Geral de Planos de Saúde (Lei Federal nº 9.656/98)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar segue o formato institucional de agência, criada sob regime de autarquia especial, com vínculo com o Ministério da Saúde, dotada de autonomia administrativa, financeira, patrimonial, o que a autoriza a gerir os próprios recursos humanos, bem como de independência em suas decisões técnicas, garantida pelo mandato fixo de seus dirigentes.

Nessa seara, destaca-se que a ANS dispõe de órgão diretivo estruturado sob a forma de Diretoria Colegiada, composta por cinco diretores, sendo um deles o Diretor Presidente, e a nomeação de todos é de prerrogativa do Presidente da República, após aprovação do Senado Federal (BRASIL, 2000a).

Os diretores possuem mandato de três anos, não renováveis, com possibilidade de uma recondução, e a exoneração *ad nutum* só pode ser realizada nos primeiros quatro meses do mandato, após o que, somente poderá ocorrer em caso de improbidade administrativa, condenação em seara penal com trânsito em julgado e descumprimento sem justificativa dos objetivos e metas do contrato de gestão firmado com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a)

Destaca-se que a estrutura da ANS foi prevista pelo Decreto nº 3.327, de 2000 (BRASIL, 2000b), que definiu as áreas de atuação dos cinco diretores, distribuídas por competências de acordo com o Regimento Interno da agência, Resolução Regimental nº 01, de 17 de março de 2017 (BRASIL, 2017).

Ainda no cerne das competências que foram atribuídas à ANS após o marco regulatório, destacam-se o poder administrativo de regulamentar o mercado, de fiscalizar o cumprimento das normas criadas pela agência e o poder de sanção, quando essas são descumpridas. Também pode conceder autorizações e revogá-las.

Assim sendo, para exercer o poder regulamentar do setor, o Regimento Interno da ANS (BRASIL, 2017) estabelece que os atos externos da Diretoria Colegiada sejam realizados mediante: (a) Resolução Normativa - RN, cujo objetivo é regulamentar e implementar políticas de saúde suplementar, bem como estabelecer como deve ser a prestação dos serviços de assistência à saúde pelas operadoras; (b) Resolução Operacional - RO, que estabelece as decisões com finalidade de implementar ações ou procedimentos operacionais; (c) Súmula Normativa, que expressa a interpretação da legislação pela agência aplicável na seara da saúde suplementar; e (d) Comunicado, que manifesta as deliberações da Diretoria Colegiada em análise sobre os casos concretos.

Dessarte, cumpre salientar que, antes da regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil, instalava-se o cenário de disparidade nos padrões de qualidade do serviço prestado pelo setor. Existiam inúmeros aspectos que impactavam no binômio eficiência e efetividade do sistema de saúde suplementar, a exemplo da fragmentação e descontinuidade do serviço de saúde que atingia as redes de atendimento de assistência básica, especializada e hospitalar, que prestavam serviços aos beneficiários de planos de saúde (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Nesse ínterim, com a promulgação da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a), conhecida como Lei Geral dos Planos de Saúde, restou firmado o marco regulatório do setor privado de planos de saúde no Brasil, resultando em diversas novidades aos beneficiários do serviço, bem como para as empresas que atuam nessa seara, conforme estabelecido no art. 1º e incisos desse diploma a seguir transcritos:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

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

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (BRASIL, 1998a)

Segundo Albuquerque *et al.* (2008, p. 1423), a regulamentação proposta ao setor de saúde suplementar mediante a Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a) “[...] trouxe mudanças importantes, a maioria restrita aos planos registrados a partir de janeiro de 1999 (conhecidos como planos novos), não garantindo os mesmos direitos aos beneficiários de planos anteriores a essa data (planos antigos)”.

Destacam-se, ainda, as seguintes mudanças obrigatórias para as operadoras de planos de saúde com o advento da Lei Geral de Planos de Saúde: ampliação da cobertura dos serviços de saúde, incluindo todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), transplantes de rim e de córnea, bem como a proibição do limite do tempo e do número de internações e procedimentos utilizados pelos beneficiários do plano, definição de regras para continuidade do benefício do plano de saúde aos demitidos e aposentados, definição do tempo máximo de carência, definição dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, e formas de rescisão do contrato de forma unilateral (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Segundo o art. 3º da Lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000a), que cria a ANS, restou evidenciado que a referida agência possui a finalidade de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto a suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”.

Assim, entre as competências da ANS estabelecidas no art. 4º da Lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000a) e seus 42 incisos, citem-se: (a) propor políticas e diretrizes gerais para a regulação do mercado; (b) definir o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituem a referência básica para as coberturas assistenciais, inclusive quanto à cobertura parcial temporária, nas hipóteses de lesão ou doença preexistente; (c) monitorar a evolução dos preços dos planos, de seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos, e autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; e (d) articular-se com os órgãos de defesa do consumidor, visando à eficácia da proteção ao consumidor de planos de saúde.

Desse modo, percebe-se que, com a promulgação da Lei Geral de Planos de Saúde, foram estabelecidos inúmeros direitos aos usuários de planos de saúde, ensejando a criação da ANS, dotada de poderes fiscalizatórios e sancionatórios com o intuito de garantir, aos beneficiários do serviço de saúde suplementar, o cumprimento do que a norma promete, bem como direcionar as operadoras de planos de saúde, por intermédio de suas resoluções, sobre o cumprimento do serviço regulamentado.

3.2 As definições dos tipos de planos de saúde e as formas de reajuste anual estabelecidas pela ANS

O art. 2º da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009 (BRASIL, 2009), estabelece três modalidades de planos privados de assistência à saúde para contratação: o plano individual ou familiar, o plano coletivo empresarial e o coletivo por adesão.

Importante tecer-se as principais diferenças para cada tipo de plano de saúde, iniciando pelo plano individual ou familiar, definido no art. 3º da RN nº 195/2009 (BRASIL, 2009), como aquele de livre contratação por pessoas naturais com ou sem vínculo familiar, celebrado diretamente com a operadora de planos de saúde.

Já o plano de saúde coletivo empresarial, definido no art. 5º da RN nº 195/2009 (BRASIL, 2009), exige uma condição do beneficiário, qual seja, que possua vínculo empregatício ou estatutário, sendo necessário, ainda, que a pessoa jurídica empregadora contrate o benefício junto à operadora de planos de saúde.

Ademais, para o plano coletivo empresarial existe a possibilidade de contratação também pelos sócios e administradores da pessoa jurídica, pelos demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, os agentes políticos, os trabalhadores temporários, os estagiários e menores aprendizes e o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, o cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos.

Por outro lado, o plano coletivo por adesão, definido no art. 9º da RN nº 195/2009 da ANS (BRASIL, 2009), é produto destinado aos que mantenham vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, previstas nos seguintes incisos:

- I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III – associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985; e
- VII – Revogado. (BRASIL, 2009)

Ademais, pode aderir ao plano por adesão, desde que previsto no instrumento

contratual, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro, desde que o beneficiário titular participe no contrato de plano de assistência à saúde.

Esclarecidos os tipos de planos de saúde definidos pela ANS, cumpre explicar que o reajuste anual é aquele que ocorre a cada 12 meses na contraprestação pecuniária dos planos de saúde, em face da variação dos custos médico-hospitalares, cujas regras de aplicação oscilam conforme o tipo de plano contratado, bem como a data de celebração do contrato.

Assim sendo, constata-se que os beneficiários de planos individuais não regulamentados pela Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a), aqueles contratados antes de 1999, classificados como não regulamentados ou não adaptados, sofrem reajuste anualmente de acordo com os índices estabelecidos no instrumento contratual, a exemplo do IGP-M, IPCA e outros. Ocorre que, caso o contrato não estabeleça um índice específico, é permitido às operadoras o firmamento de Termos de Compromisso com a ANS para a determinação dos percentuais de reajuste de tais contratos não regulamentados, ou até mesmo aplicar o índice definido para contratos novos, ou seja, os contratos regulamentados pelas normas da ANS.

Nessa seara, os reajustes anuais de mensalidades dos planos individuais regulamentados pela Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a) sofrem aplicação da correção no mês do aniversário da celebração do contrato, respeitando o teto do percentual estabelecido pela ANS, conforme previsto na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Histórico de reajuste por Variação de Custo Pessoa Física

Ano	Reajustes
2020	8,14%
2019	7,35%
2018	10%
2017	13,55%
2016	13,57%
2015	13,55%
2014	9,65%
2013	9,04%
2012	7,93%
2011	7,69%
2010	6,73%
2009	6,76%
2008	5,48%
2007	5,76%
2006	8,89%
2005	11,69%
2004	11,75%
2003	9,27%
2002	7,69%
2001	8,71%
2000	5,42%

Fonte: Brasil (2021a).

Observa-se, no histórico de reajustes aplicados nos planos individuais, certa variação oscilante ao longo dos anos, razão pela qual se faz necessário adentrar na lógica utilizada na elaboração de tais percentuais anualmente.

Cumpra esclarecer, que o inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000a) estabelece que a autorização dos reajustes e das revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais de assistência à saúde deve ser precedida de consulta ao Ministério da Economia.

Desse modo, a ANS submete anualmente à apreciação do Ministério da Economia o valor percentual máximo de reajuste fixado para os planos individuais.

Segundo a Nota Técnica SEI nº 49.150/2020/ME, de 11 de novembro de 2020 (BRASIL, 2020a), até 2018, a ANS adotava uma metodologia com medida de tendência central dos reajustes aplicados pelos planos coletivos com 30 vínculos ou mais nos 12 meses anteriores, informados à Agência pelas operadoras.

O raciocínio econômico utilizado pela ANS embasava-se no modelo *Yardstick Competition*, o qual consiste em utilizar o desempenho de firmas semelhantes a fim de estabelecer um parâmetro para que as firmas reguladas possam ser avaliadas. Desse modo, a Agência Reguladora partia do pressuposto de que os reajustes aplicados pelos planos coletivos deveriam refletir suas variações de custos médico-hospitalares observadas para planos individuais e coletivos.

Segundo entendimento da Agência, considerando que os contratantes de planos coletivos possuem maior poder de negociação, pelo número maior de beneficiários que têm a oferecer, a utilização do reajuste médio observado entre os planos coletivos para fixar o reajuste máximo autorizado para os planos individuais seria um comparador mais eficiente para implementar o modelo *Yardstick Competition*.

A Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018, estabelece uma nova metodologia para o reajuste de planos individuais/familiares, implementada após o resultado de estudos e pesquisas realizados ao longo de vários anos e de amplo debate com o setor e a sociedade, utilizando como base a variação das despesas médicas apuradas nas demonstrações contábeis das operadoras e em um índice de inflação, trazendo mais transparência e previsibilidade ao índice de reajuste (BRASIL, 2018a).

Destaca-se que o novo cálculo combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde. O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de outra natureza,

como despesas administrativas.

A fórmula estabelece ao IVDA peso de 80% e ao IPCA, de 20%, devendo ser calculado o percentual da seguinte forma: $\text{Reajuste} = (80\% * \text{IVDA}) + (20\% * \text{IPCA EXPURGADO})$. Destaca-se que o IVDA é resultado da combinação dos componentes Variação das Despesas Assistenciais (VDA), Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e Variação da Receita por Faixa Etária (VFE).

Não obstante, o reajuste anual aplicado nos contratos coletivos na modalidade empresarial ou por adesão é de livre negociação entre as partes, ou seja, entre a pessoa jurídica contratante e a operadora. Por fim, o reajuste anual dos planos exclusivamente odontológicos segue o índice definido no contrato ou, na ausência de cláusula contratual sobre o assunto, aplica-se o IPCA.

3.3 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e os prazos de garantia

Entre as competências instituídas à ANS no art. 4º da Lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000a), constata-se a responsabilidade pela elaboração do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, o qual estabelece aos beneficiários, bem como às operadoras de planos de saúde, os procedimentos indispensáveis e de cobertura obrigatória aos contratantes do serviço de saúde suplementar após 1º de janeiro de 1998.

Nesse ínterim, salienta-se que o primeiro Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS foi definido pela Resolução de Conselho de Saúde Suplementar - Consu nº 10³, de 3 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998b), sendo atualizado a cada dois anos. O ciclo de atualização do Rol ocorre após deliberação do órgão interno da ANS denominado Diretoria Colegiada (Dicol), o qual define um cronograma e fixa prazo para os interessados apresentarem proposta de atualização mediante um formulário eletrônico chamado FormRol.

Ademais, os interessados, tanto pessoas físicas quanto pessoas jurídicas, poderão encaminhar suas propostas de atualização do Rol, contando ainda com a participação do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), órgão interno da ANS, que atua de forma consultiva, sendo estabelecido um diálogo permanente com os agentes da saúde suplementar e a sociedade durante o processo de atualização do referido Rol.

³ Revogada pela RN nº 167, de 10/01/2008.

Nesse contexto, o processo de atualização do Rol é regulamentado pela Resolução Normativa nº 439, de 3 de dezembro de 2018 (BRASIL, 2018b), cujo art. 9º destaca os requisitos obrigatórios de informação para a apresentação de proposta de atualização do Rol, ressaltando-se, entre eles: a necessidade de apresentação de Parecer Técnico Científico (PTC) ou Revisão Sistemática com a descrição das evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia em saúde em proposição, de estudo de Avaliação Econômica em Saúde (AES) e Análise de Impacto Orçamentário (AIO) da proposta.

Nessa toada, na Tabela 2, apresentada a seguir, é possível observar o ciclo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituídos pela ANS.

Tabela 2 - Histórico de atualização do Rol de Eventos e Procedimentos da ANS

Normativo	Vigência
Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - Consu nº 10/1998	04/11/1998 a 11/05/2000
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 21/2000	12/05/2000 a 25/06/2002
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 41/2001	14/01/2000 a 06/05/2001
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 67/2001	07/05/2001 a 28/09/2004
Resolução Normativa - RN nº 9/2002	26/06/2002 a 05/07/2007
Resolução Normativa - RN nº 82/2004	29/09/2004 a 01/04/2008
Resolução Normativa - RN nº 154/2007	06/07/2007 a 06/06/2010
Resolução Normativa - RN nº 167/2008	02/04/2008 a 06/06/2010
Resolução Normativa - RN nº 211/2010	07/06/2010 a 31/12/2011
Resolução Normativa - RN nº 262/2011	01/01/2012 a 01/01/2014
Resolução Normativa - RN nº 338/2013	02/01/2014 a 01/01/2016
Resolução Normativa - RN nº 387/2015	02/01/2016 a 01/01/2018
Resolução Normativa - RN nº 428/2017	Desde 02/01/2018

Fonte: Brasil (2021a).

A natureza da taxatividade ou não do rol da ANS está no cerne da hiperjudicialização da saúde suplementar no Brasil, com inúmeros processos em tramitação sobre a obrigatoriedade de cobertura de tratamentos ou medicamentos não previstos no Rol. Dependendo da decisão, a negativa por parte das operadoras pode ser considerada abusiva, gerando indenizações.

Ocorre que o tema é controverso e enseja decisões divergentes no âmbito do Superior Tribunal de Justiça (STJ), haja vista que as turmas que julgam matéria de Direito Privado entendem-na de forma diversa, não havendo pacificação definitiva acerca da questão.

Nessa seara, no julgamento do Recurso Especial (REsp) nº 1.733.013/PR (BRASIL, 2019), na 4ª Turma do STJ, em dezembro de 2019, o ministro Luis Felipe Salomão ressaltou que o rol mínimo de procedimentos da ANS é garantia de que o beneficiário de plano tenha direito à saúde a preços acessíveis, destacando que, no conflito entre regras específicas e as demais do ordenamento jurídico, deve prevalecer a regra excepcional (BRASIL, 2019).

Já a 3ª Turma do STJ, no julgamento do Agravo Interno no REsp nº 1.876.786/SP, em outubro de 2020, entendeu que “[...] a falta de previsão de material solicitado por médico, ou mesmo procedimento, no rol da ANS, não representa a exclusão tácita da cobertura de contrato de plano de saúde”, destacou o relator (BRASIL, 2020b).

Ocorre que a Diretoria Colegiada da ANS aprovou, em reunião no dia 24/02/2021, a Resolução Normativa nº 465/2021 (BRASIL, 2021b), que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. De acordo com o art. 2º da referida norma:

Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde. (BRASIL, 2021b)

Desse modo, verifica-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) solucionou o impasse na definição quanto à taxatividade ou não do seu Rol pelo sistema judiciário, exercendo seu poder regulamentar, garantindo maior segurança jurídica à questão para os interessados, ou seja, as operadoras de planos de saúde e os beneficiários do serviço, que passaram a entender de modo mais claro a questão da cobertura contratada, mitigando em tese a necessidade de recorrerem ao litígio do Judiciário pela definição do que seria de cobertura obrigatória.

A Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), dispõe, em seu art. 2º, que a operadora de plano de saúde deverá garantir o acesso dos beneficiários aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Nesse ínterim, destaca-se que, durante a contratação de um plano de saúde, o beneficiário deve analisar e escolher o tipo de abrangência geográfica no qual pretenda ter assistência do serviço de saúde suplementar, podendo optar por área de abrangência geográfica municipal, com atendimento apenas em determinados municípios, ou estadual, em que terá direito a atendimento em todos os municípios dos estados que escolher, e, por fim, poderá optar por abrangência geográfica nacional, passando a ter assistência em todo o território nacional.

O art. 3º da Resolução Normativa (RN) nº 259/2011 (BRASIL, 2011) estabelece os prazos em que as operadoras devem garantir os atendimentos e procedimentos previstos no Rol:

- I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- XIV – urgência e emergência: imediato. (BRASIL, 2011)

Assim sendo, observa-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não só delimita os procedimentos que devem ser cobertos obrigatoriamente pelos planos de saúde por intermédio de seu Rol, mas também estabelece os prazos de garantia às operadoras de planos de saúde. Em caso de descumprimento, sujeita as operadoras às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor, conforme determina o art. 12 da referida norma.

4 AS PRINCIPAIS AÇÕES ADOTADAS PELA ANS DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELA COVID-19 E OS IMPACTOS SOBRE OS BENEFICIÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O ano 2020 foi assolado pela chegada do novo coronavírus no Brasil, e, com isso, foram iniciados importantes estudos com o intuito de mitigar a disseminação em massa do vírus na sociedade, o que culminaria no colapso no serviço de saúde no País e, conseqüentemente, muitas mortes.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como entidade estatal reguladora, assumiu a importante tarefa de direcionar os planos de saúde no combate à covid-19, instituindo medidas importantes aos beneficiários do serviço de saúde suplementar durante esse período de grandes dificuldades e incertezas.

4.1 Inclusão do teste para detecção da covid-19 no Rol de Procedimentos da ANS

No final de 2019, o mundo inteiro deparou com o surgimento de um novo vírus SARS-CoV-2 (covid-19), chamado de coronavírus pelo senso comum, que, apesar de já ser conhecido da comunidade científica, recebeu a qualificação de novo por apresentar mutação em sua genética, que lhe conferiu um poder de contaminação muito alto, haja vista que sua propagação ocorre pela via respiratória, acometendo os infectados com sintomas respiratórios.

Ante o cenário pandêmico mundial, e a preocupação dos diversos órgãos da saúde com a rápida disseminação da covid-19, inúmeros estudos foram iniciados com o objetivo de entender melhor a doença e elaborar planos de combate à contaminação, que, desde os primeiros casos, em novembro de 2019, provocou inúmeras mortes ao redor do mundo.

Segundo estudo levantado na Nota Técnica criada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), constatou-se, com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que cerca de 80% dos pacientes infectados pelo novo coronavírus apresentam sintomas leves, enquanto 15% evoluem com necessidade de hospitalização e oxigenoterapia, e os 5% restantes exigem cuidados em Unidade de Cuidados Intensivos (UTI) (NORONHA *et al.*, 2020). Com efeito,

[...] Assim, grande parte das internações refere-se a casos intermediários com ventilação não invasiva e podem ser acomodados em leitos gerais de menor complexidade, os quais deveriam estar disponíveis no nível microrregional. O agravamento dos casos exige uma estrutura de serviços mais complexa, com maior escala e melhor resolutividade, o que requer maior qualificação profissional ofertada no nível macrorregional. Investigar e acompanhar a capacidade geral do sistema é fundamental para o planejamento de políticas de saúde de forma a responder às necessidades decorrentes do COVID-19. (NORONHA *et al.*, 2020, p. 7)

Ademais, de acordo com a Nota Técnica desenvolvida na UFMG, a velocidade da propagação da infecção no Brasil tornou-se crucial para a elaboração de medidas de combate à doença e mitigação do colapso no sistema de saúde de forma geral, haja vista que, se a contaminação em massa da população ocorrer de forma acelerada, o sistema de saúde público e privado irá entrar em colapso, conforme demonstra a previsão do estudo:

Na região Norte, das 14 macrorregiões de saúde, três entrariam em colapso se uma taxa de 0,1% for alcançada em 1 mês, sendo localizadas no Amazonas, Roraima e Pará. Considerando uma taxa de infecção mais elevada, igual a 1%, 11 das 14 macrorregiões de saúde do Norte do país entrariam em colapso se essa taxa for alcançada em um período de 3 meses. Na macrorregião de Manaus (Central), que já enfrenta taxa relativamente mais elevada, o colapso do sistema seria observado se 1% da população for infectada em 1 mês. (NORONHA *et al.*, 2020, p. 54)

Desse modo, referido estudo apontou para a necessidade de redução da velocidade de propagação da covid-19, levando em consideração que, se a infecção alcançar a taxa de 1% da população brasileira em curto espaço de tempo, o sistema de saúde entra em colapso, portanto conter a contaminação mostrou-se fundamental, como destaca o estudo feito pela UFMG:

[...] Conter a propagação será fundamental para aliviar a pressão sobre o sistema de saúde e permitirá um tempo maior para a reorganização da oferta. Dada a heterogeneidade regional tanto em relação à oferta como em relação às taxas de infecção, **não será possível adotar uma única forma de contenção da propagação do vírus no Brasil**. Por exemplo, até 19 de abril de 2020, em torno de 76% dos municípios não possuíam registros de casos confirmados de COVID-19. (NORONHA *et al.*, 2020, p. 56, grifou-se)

Viu-se que as práticas de isolamento, distanciamento social e quarentena voluntária adotadas em algumas cidades brasileiras, contribuíram para reduzir o número de infectados pela covid-19, mas ressaltaram a necessidade de testagem em massa para identificar os infectados e evitar a propagação acelerada da doença no País, como destaca a nota técnica:

O teste em massa permite a implementação de uma estratégia mais otimizada de mitigação da propagação da doença, evitando ações mais drásticas que teriam consequências mais graves sobre o setor produtivo. Além disso, sem essas informações, é difícil dimensionar a demanda em cada localidade para adequar a oferta. Devido às dificuldades que países de dimensão continental como o Brasil enfrentam, a testagem plena não seria uma opção factível. No entanto, uma cobertura mais elevada poderia ajudar a reduzir a velocidade de propagação e reduzir as consequências econômicas para o país. Comparativamente a outros países, o total de testagem no Brasil é baixo, tanto em termos absolutos como em termos relativos. (NORONHA *et al.*, 2020, p. 56)

Nesse ínterim, de acordo com o estudo demonstrado (NORONHA *et al.*, 2020), restou evidenciada a necessidade de os órgãos de saúde do Brasil adotarem medidas correlatas às constantes nas orientações dos órgãos de saúde ao redor do mundo, incluindo medidas de incentivo ao isolamento social, distanciamento, quarentena, testagem da população em massa, com o fito de mitigar a propagação da doença no País, evitando perdas irreparáveis, como as vidas das pessoas.

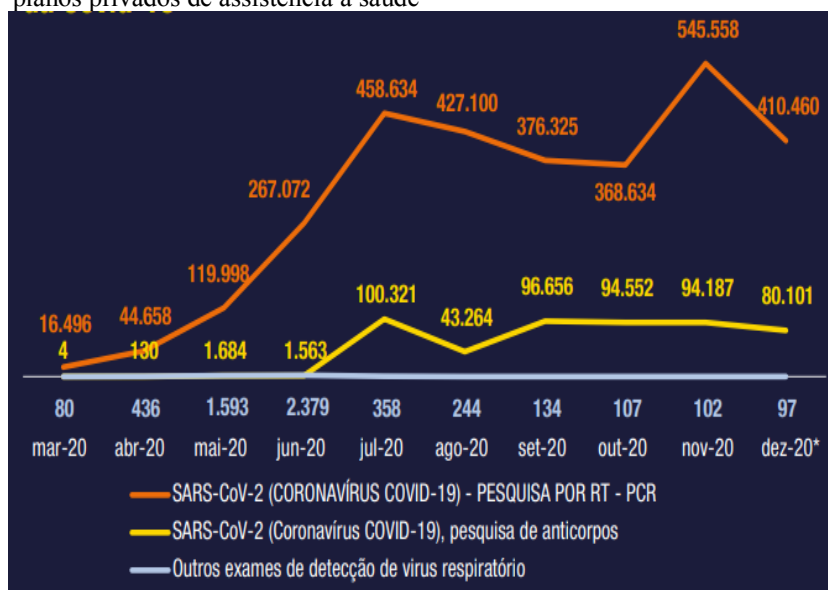
Considerando o cenário pandêmico, bem como a necessidade de realização de testes para detecção do novo coronavírus, a Diretoria Colegiada da ANS aprovou, em 12/03/2020, em reunião extraordinária, a inclusão do exame de detecção do novo coronavírus no Rol de Procedimentos obrigatórios para beneficiários de planos de saúde mediante a Resolução

Normativa nº 453 (BRASIL, 2020c)⁴, com a ressalva de que o exame é obrigatório aos planos de saúde quando o paciente se enquadrar na definição de caso suspeito ou provável de doença pelo coronavírus 2019 (covid-19) do Ministério da Saúde.

Assim sendo, constata-se que, logo no início do cenário pandêmico, a ANS incluiu em seu Rol de exames obrigatórios o teste para a covid-19, com o intuito de contribuir com a necessidade da testagem em massa da população que utiliza o serviço de saúde suplementar, seguindo a orientação dos estudos científicos que demonstraram a necessidade de identificação das pessoas contaminadas com o novo vírus de modo a isolá-las dos demais pacientes ainda não contaminados para mitigar a propagação da doença.

Ademais, verifica-se que a medida de inclusão dos exames de detecção do coronavírus em março de 2020, tão destacada como de grande importância por vários órgãos de saúde no mundo inteiro, repercutiu positivamente ao longo do período pandêmico. A última versão do Boletim Covid-19 disponibilizado pela autarquia reguladora em março de 2021, exatamente um ano depois da inclusão dos exames de detecção do novo coronavírus no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, como exames de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, revelou uma evolução significativa ao longo dos meses, com a realização de cerca de 3,5 milhões de testes desde março de 2020 até março do ano atual, conforme constata-se no Gráfico 1, a seguir, disponibilizado pela ANS.

Gráfico 1 - Número de exames para detecção da Covid-19 nos planos privados de assistência à saúde



Fonte: Brasil (2021a).

⁴ Revogada pela RN nº 465, de 2021.

O Gráfico 1 demonstra uma enorme diferença evolutiva entre os exames realizados para detecção do coronavírus e outros exames de detecção de vírus respiratório, ou seja, com a detecção do novo coronavírus em massa em relação a outros vírus, os profissionais de saúde podem adotar medidas importantes para o tratamento do paciente, bem como mitigar a propagação da doença mediante o isolamento do infectado, conforme recomendado pelos órgãos de saúde.

4.2 Prorrogação temporária de prazos máximos de atendimento, priorizando casos de covid-19

Levando em consideração a crise provocada pela pandemia do coronavírus, constatou-se a necessidade de reduzir a sobrecarga das unidades de saúde no País, bem como de evitar a exposição desnecessária da população ao risco de contaminação, razão pela qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) optou por estabelecer medidas para que as operadoras de planos de saúde pudessem priorizar a assistência aos casos graves da covid-19 de seus beneficiários, com ressalva aos beneficiários que não podem ter seus tratamentos adiados ou interrompidos.

Desse modo, a agência reguladora, em reunião extraordinária realizada no dia 25/03/2020, decidiu, em caráter excepcional, prorrogar os prazos máximos de atendimento que não sejam urgentes, definidos na Resolução Normativa nº 259/2011 (BRASIL, 2011), até 31/05/2020, sendo mantidos os prazos anteriores para os casos em que os tratamentos não podem ser interrompidos ou adiados por colocarem em risco a vida do paciente, quais sejam: a) atendimentos relacionados ao pré-natal, parto e pós-parto; b) doentes crônicos; tratamentos continuados; c) revisões pós-operatórias; diagnóstico e terapias em oncologia, psiquiatria e aqueles tratamentos cuja não realização ou interrupção coloque em risco o paciente, conforme declaração do médico assistente.

Ademais, restou definido pela ANS que as operadoras de planos de saúde devem justificar a não disponibilização da cobertura nos prazos máximos da RN nº 259/2011 (BRASIL, 2011), mediante documentos próprios ou oficiais do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais ou municipais de Saúde que apontem a necessidade de disponibilização de recursos naquela localidade, para priorizar os casos graves da infecção por coronavírus.

Nessa senda, a Tabela 3, apresentada a seguir, demonstra como eram os prazos de garantia antes de tal medida e como ficaram após a determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Tabela 3 - Atualização dos prazos de garantia após medida da ANS

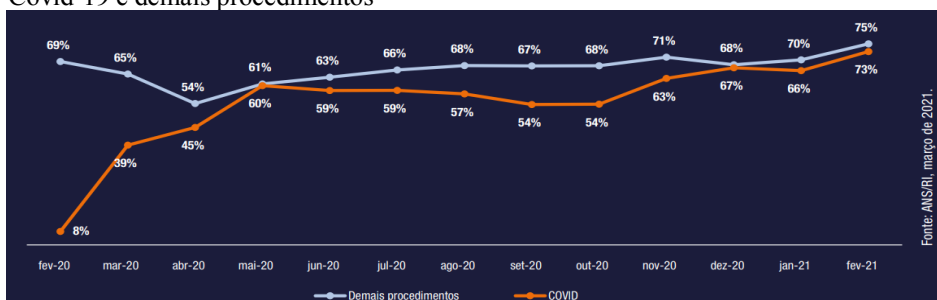
Serviços	Prazos máximos de atendimento (em dias úteis)	Prazos excepcionais em razão da Covid-19 (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria	07 (sete)	14
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)	28
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)	20
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)	14
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)	6
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)	20
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)	42
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)	Prazo suspenso
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)	Prazo suspenso
Urgência e emergência	Imediato	Prazo mantido

Fonte: Brasil (2021a).

Evidencia-se que a ANS optou por prorrogar os prazos de garantia dos atendimentos eletivos, de modo que as operadoras de planos de saúde pudessem direcionar esforços para o combate à covid-19, bem como priorizar os pacientes com quadros graves da doença.

Conforme Boletim Covid-19 disponibilizado pela ANS em março de 2021, observa-se que, em fevereiro de 2020, a ocupação geral de leitos para outros procedimentos diversos da covid-19 foi de 69%, enquanto a internação pelo novo vírus foi de apenas 8%, contudo, em março de 2020, a necessidade de internação pela covid-19 teve um aumento drástico de 39%, subindo para 45% em abril de 2020 e para 60% em maio de 2020, oscilando para baixo e para cima nos demais meses (Gráfico 2) (BRASIL, 2021a).

Gráfico 2 - Evolução da taxa mensal de ocupação de leitos (comum e UTI) para Covid-19 e demais procedimentos



Fonte: Brasil (2021a).

O Gráfico 2 demonstra que a prorrogação dos prazos dos procedimentos eletivos e a suspensão de cirurgias que demandam internação hospitalar resultaram positivamente no combate ao coronavírus na seara de saúde suplementar, principalmente em março e abril de 2020, os primeiros meses após a adoção da medida estabelecida pela ANS, em que se mostrou crescente a busca por internação em leitos comuns e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

4.3 Viabilização da implementação da telessaúde

Em 31 de março de 2021, foi avaliado pela ANS o contexto da pandemia da covid-19, seguindo orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considerou o atendimento a distância (telessaúde) uma importante ferramenta adotada para o combate do novo coronavírus, haja vista que esse regime de atendimento, ao reforçar o isolamento social de forma eficiente, tanto protege os profissionais de saúde quanto os pacientes/beneficiários do contágio.

Nesse contexto, constatou-se, por intermédio das Notas Técnicas nºs 3⁵, 4⁶ e 7⁷, da ANS, que a pandemia atual vem exigindo adaptações nos serviços de saúde, para que alcancem uma melhor resposta frente à demanda crescente na busca de atendimento médico, bem como no serviço de atenção à saúde, com priorização de isolamento social, haja vista a necessidade de mitigar as chances de contaminação em massa da população.

As referidas notas técnicas apuraram que várias medidas emergenciais foram adotadas em decorrência da pandemia, no País, pelos Conselhos Federais de Profissionais de Saúde e o Ministério da Saúde, mediante a publicação de várias disposições normativas acerca do uso da telessaúde em variados contextos e especialidades, ampliando consideravelmente a utilização desse tipo de atendimento durante o cenário pandêmico.

Nesse ínterim, a ANS considerou que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde possui diversos procedimentos que podem ser utilizados para implementação de atendimentos por meio da telessaúde, embora seja o termo considerado uma expansão do uso da telessaúde. Destacou-se, no estudo, que esse já é um tipo de procedimento utilizado na Saúde Suplementar antes da covid-19, pelos profissionais da área da psicologia.

⁵ Visa apontar os aspectos da regulação do setor de saúde suplementar realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que se relacionam com a telessaúde (BRASIL, 2020d).

⁶ Manifestação complementar à Nota Técnica nº 3/2020/DIRAD-DIDES/DIDES, disponibilizando mais informações à deliberação colegiada da ANS com o fim de contribuir com sua deliberação (BRASIL, 2020e).

⁷ Fornece subsídios técnicos para embasar decisão da Diretoria Colegiada da ANS no processo de adoção de medidas para o enfrentamento da pandemia de Coronavírus (BRASIL, 2020f).

Ademais, o estudo técnico levantado pela agência reguladora ressaltou a importância de distinguir o atendimento a distância (telessaúde) do atendimento domiciliar. Os atendimentos por meios tecnológicos de comunicação a distância são realizados por meio não presencial, não havendo deslocamento do profissional até o local do beneficiário, como ocorre no atendimento domiciliar.

De toda forma, pontua o estudo a necessidade da realização de atendimentos ou tratamentos de consulta ou sessão por meio tecnológico de comunicação a distância, bem como da obediência às normas editadas por cada conselho profissional e/ou pelo Ministério da Saúde, haja vista que tais regulamentações abrangem também os serviços prestados no âmbito da Saúde Suplementar.

Não obstante, foi destacado que, em condições normais, as operadoras de planos de saúde não são obrigadas a disponibilizar profissional que ofereça atendimento pela modalidade de comunicação a distância, contudo, na atual situação de combate à pandemia da covid-19, principalmente com a necessidade de isolamento determinada pelas autoridades sanitárias, é justificável a priorização dos atendimentos realizados de forma não presencial.

Nesse sentido, restou demonstrado nas referidas notas técnicas que as operadoras de saúde devem, junto com os profissionais e serviços de saúde, adotar esforços para garantir condições adequadas para os atendimentos remotos, resguardando os atendimentos presenciais principalmente para os casos de urgência ou emergência e para aqueles que não podem ser adiados.

Por conseguinte, a Nota Técnica nº 7/2020/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO (BRASIL, 2020f), que definiu o assunto pela ANS, encaminhou para a Diretoria Colegiada da ANS a seguinte conclusão:

Por todo o exposto, considerando que os atendimentos realizados por meio de comunicação à distância não se caracterizam como novos procedimentos, mas apenas como uma modalidade de atendimento não presencial, esta área técnica entende que não se faz necessário nem adequado atualizar o Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde no que tange à inclusão de procedimentos (anexo I) e/ou alteração de diretrizes de utilização (Anexo II), nem tampouco às regras de cobertura dispostas na RN 428/2017, devendo-se considerar que os atendimentos por meio de telessaúde já são de cobertura obrigatória, na medida em que cumprem as orientações normativas dos Conselhos Profissionais de Saúde e/ou do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2020f)

Observados tais estudos, constata-se coerência da agência reguladora com as medidas de combate ao coronavírus pelos diversos órgãos de saúde, sendo tal posicionamento de grande relevância para os beneficiários do serviço de saúde suplementar, de modo que a

telessaúde reforça as medidas de isolamento social consideradas cruciais para evitar o aumento no número de infectados e de mortos, nesse cenário de pandemia.

4.4 Suspensão dos reajustes de planos de saúde por 120 dias no ano de 2020 e a recomposição em 2021

Em 21 de agosto de 2020, após a realização da 16ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada, a ANS anunciou, por intermédio do comunicado nº 85 (BRASIL, 2020g), a suspensão, por 120 dias, da aplicação de reajustes nos contratos de planos de saúde para todos os tipos, quais sejam, individual/familiar e coletivos por adesão e empresariais.

Assim sendo, tal suspensão iniciou no mês de setembro de 2020, aplicando-se para os reajustes anuais e para os reajustes por mudança de faixa etária dos planos de assistência médico-hospitalar.

Desse modo, ficou estabelecido que, para os planos individuais/familiares, cujo reajuste de 2020 deveria ocorrer de maio/2020 a abril de 2021, não deve haver qualquer cobrança em 2020, pois a ANS não divulgou o percentual máximo para esse período.

Já no caso dos planos coletivos por adesão e empresarial, com até 29 vidas na condição de agrupamento de contatos, o período de aplicação do reajuste 2020 ocorreu de maio/2020 a abril/2021, razão pela qual as operadoras de planos de saúde puderam aplicar um único percentual para todos os contratos que tenham até 29 vidas. Assim, os contratos que sofreram reajustes entre maio e agosto de 2020, não terão os valores majorados cobrados nas parcelas dos meses de setembro a dezembro de 2020, devendo a mensalidade voltar a ter o valor cobrado pela operadora antes do reajuste 2020, e os contratos que ainda não tiverem sido reajustados em tal período, não poderão ter o percentual de reajuste aplicado em 2020.

Quanto aos contratos coletivos por adesão e empresarial com 30 vidas ou mais, não existe data-base para fins de aplicação de reajuste anual, cujo percentual é negociado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora/administradora. Para esses contratos foi determinada a suspensão do reajuste anual aplicado entre janeiro e agosto de 2020, não podendo tal cobrança reajustada ser feita nos meses de setembro a dezembro de 2020, e contratos que não tiverem sido reajustados no período não poderão sê-lo em 2020.

Nesse ínterim, a medida de suspensão adotada pela ANS trouxe uma ressalva aos contratos coletivos empresariais com 30 vidas ou mais, que tenham sido negociados até 31 de agosto de 2020: foi permitida a aplicação do reajuste caso já tenha sido negociado, não havendo, no entanto, a respectiva suspensão nos demais meses de 2020. Contudo, tal reajuste

não se aplica aos meses de setembro a dezembro de 2020.

A Diretoria Colegiada (Dicol) da ANS definiu, em 19/11/2020, a recomposição dos reajustes anual e por faixa etária não aplicados aos beneficiários de planos de saúde entre setembro e dezembro de 2020, em razão da pandemia do novo coronavírus, estabelecendo que o pagamento desses valores deve ser diluído em 12 meses, cabendo às operadoras esclarecer aos usuários os valores cobrados nos boletos de janeiro de 2021.

Assim, a Dicol definiu o reajuste máximo a ser cobrado para os planos individuais regulamentados referente a 2020, qual seja, o percentual de 8,14% conforme Comunicado nº 85 da ANS (BRASIL, 2020g). Dessa forma, os beneficiários que tiveram suspensão apenas do reajuste anual em 2020, sofrerão a recomposição dos meses sem reajustes em janeiro de 2021, diluída em 12 meses, como destaca o exemplo na Tabela 4, a seguir:

Tabela 4 - Exemplo de recomposição de reajuste anual não aplicado em 2020

Exemplo 1

Reajuste de plano de saúde individual/familiar regulamentado com aniversário em maio de 2020 (8 meses de suspensão) e sem previsão de reajuste por faixa etária no ano

Valor da mensalidade: R\$ 100,00

Reajuste anual autorizado: 8,14%

Mensalidade sem reajuste	Percentual de reajuste anual definido pela ANS	Valor devido referente aos meses de suspensão do reajuste anual	Mensalidade atualizada e com a parcela de recomposição a ser paga de janeiro a dezembro de 2021*
R\$ 100,00	8,14%	$R\$ 8,14$ (valor do reajuste anual) \times 8 (meses de suspensão) $=$ $12 \times R\$ 5,43$	$R\$ 108,14$ $+$ $R\$ 5,43$ $=$ $R\$ 113,57$ (mensalidade com reajuste e retroativo)

Fonte: Brasil (2021a).

Destaca-se, ainda, que tal recomposição aplica-se também aos beneficiários que tiveram suspensão dos reajustes por ano e por faixa etária em 2020, que sofrerão a recomposição dos dois reajustes a partir de janeiro de 2021, também diluída em 12 meses, como se verifica na Tabela 5, apresentada na sequência:

Tabela 5 - Exemplo de recomposição de reajuste anual e faixa etária não aplicado em 2020

Exemplo 2

Reajuste de plano de saúde individual/familiar regulamentado com aniversário em maio de 2020 (8 meses de suspensão) e mudança de faixa etária em setembro de 2020 (4 meses de suspensão)

Valor da mensalidade: R\$ 100,00

Reajuste anual autorizado: 8,14%

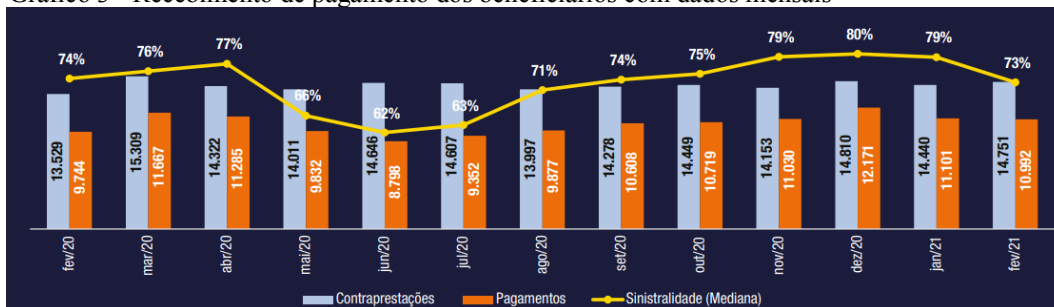
Reajuste faixa etária considerado: 20%

Mensalidade sem reajuste	Percentual de reajuste anual definido pela ANS	Valor devido referente aos meses de suspensão do reajuste anual	Percentual de reajuste considerado para a faixa etária	Valor devido referente aos meses de suspensão do reajuste faixa etária	Mensalidade atualizada e com a parcela de faixa etária recomposição a ser paga de janeiro a dezembro de 2021*
R\$ 100,00	8,14%	$R\$ 100,00$ (valor inicial da mensalidade) \times $8,14\%$ (% reajuste anual) $=$ $R\$ 8,14$ (valor do reajuste anual) \times 8 (meses de suspensão) $=$ $12 \times R\$ 5,43$	20%	$R\$ 108,14$ (mensalidade pós reajuste anual) \times 20% (% reajuste faixa etária) $=$ $R\$ 21,63$ (valor do reajuste faixa etária) \times 4 (meses de suspensão) $=$ $12 \times R\$ 7,21$	$R\$ 129,77$ (mensalidade atualizada) $+$ $R\$ 12,64$ (parcela da recomposição) $=$ $R\$ 142,41$

Fonte: Brasil (2021a).

No Boletim Covid-19 divulgado pela ANS em março de 2021, constata-se o Gráfico 3, demonstrando o levantamento, de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021, da inadimplência dos beneficiários de planos de saúde.

Gráfico 3 - Recebimento de pagamento dos beneficiários com dados mensais



Fonte: Brasil (2021a).

Na referida edição, foram analisados dados de 97 operadoras que responderam às Requisições de Informação para o estudo de fluxo de caixa e 92 operadoras para o estudo de inadimplência, bem como foram utilizados dados enviados pelo Documento de Informações Periódicas (Diops).

De acordo com o Gráfico 3, é possível verificar que os percentuais de inadimplência continuam próximos dos níveis históricos, destacando-se os meses de janeiro de 2021 e fevereiro de 2021, bem como outubro de 2020 com os maiores índices de inadimplência, contudo, não impactando na mesma proporção os valores de receitas com contraprestações apresentadas para o mesmo período.

Assim sendo, tem-se que a medida de suspensão do reajuste de 2020 revela-se favorável aos beneficiários do serviço de saúde suplementar, haja vista a não majoração do plano em ano de pandemia, que culminou em dificuldades financeiras na maioria da população brasileira.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado brasileiro instituiu a Lei Geral dos Planos de Saúde, de nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a), e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visando regulamentar a saúde suplementar que o Poder Público deixou de fiscalizar durante várias décadas, período em que o setor ditou suas próprias regras de mercado, as quais colocavam os beneficiários de planos privados de saúde em certa desvantagem frente às operadoras desses planos, dotadas de maior poder econômico, tendo que se submeter a regras como as que limitavam os dias em que

poderia permanecer internado, com a consequente suspensão da internação por excedência da quantidade de dias estipulada em contrato, estabeleciam prazos de carências muito longos, permitiam rescisões unilaterais de contratos, impediam a participação e praticavam a seleção de risco, entre diversas outras situações.

O Poder Público, durante muito tempo não direcionou atenção ao setor de saúde no Brasil, o que resultou em um sistema de saúde pública ineficiente e de baixa qualidade, que só merecia o descrédito da sociedade, e um sistema de saúde suplementar explorador de tal deficiência, preocupado apenas com o lucro e minimamente com o bem-estar dos usuários.

Com o marco regulatório, o setor de saúde suplementar passou a ser regulamentado pelo Estado, por meio da ANS, respaldada na Lei Geral dos Planos de Saúde e no poder legal de edição de normas e resoluções que norteia esse segmento, como o de fiscalização, com o qual controla e pune as operadoras que descumprem a legislação de planos de saúde, retirando dessas o poder de ditar suas regras perante os beneficiários.

O processo regulatório da saúde suplementar foi fundamental para impedir a continuidade das condutas abusivas praticadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, garantindo aos beneficiários do serviço maior segurança e qualidade na assistência prestada e conferindo-lhes o poder de denunciar qualquer prática eventualmente em desconformidade com a Lei Geral dos Planos de Saúde.

Chegado o período pandêmico no Brasil, provocado pela covid-19, a ANS, detentora do poder regulador dos planos de saúde, exerceu importante tarefa no combate à pandemia, instituindo medidas alinhadas às orientações dos órgãos de saúde, a exemplo da inclusão do teste para detecção da doença pandêmica logo no início de 2020, medida de grande relevância para os profissionais de saúde na ocasião.

A criação do Programa Telessaúde foi outra medida importante da ANS em 2020, ferramenta utilizada pelos profissionais de saúde para incentivar os beneficiários do serviço de saúde a adotar o isolamento social, garantindo a distância o atendimento dos pacientes, com possibilidade de prescrição de medicamentos, exames e tratamentos sem exposição e mitigando a possibilidade de contágio pela covid-19.

Do mesmo modo, a prorrogação dos prazos de garantia dos procedimentos eletivos e a orientação de suspensão temporária das cirurgias eletivas durante o pico da pandemia no Brasil, além de manter as pessoas saudáveis livres da exposição ao ambiente hospitalar infectado com o vírus, liberou vários leitos de internação e UTI para os pacientes com casos grave do coronavírus, reduzindo a saturação do sistema e o número de mortes por covid-19 por falta de atendimento.

Na seara financeira, a suspensão dos reajustes de 2020 pela ANS para os beneficiários de plano de saúde, foi valiosa e oportuna na manutenção do serviço de saúde suplementar, haja vista que o novo coronavírus não só impactou o serviço de saúde pública, mas também impactou a vida financeira da sociedade.

Ademais, a recomposição do reajuste suspenso em 2020 diluído em 12 parcelas em 2021, com o intuito de restabelecer o equilíbrio econômico do setor, mostrou-se razoável frente à situação financeira dos usuários do serviço e aos planos de saúde, que permanecerem fornecendo o serviço contratado.

Assim, a ANS assumiu o papel de defensora da legislação dos planos de saúde, definindo critérios de atuação no combate à covid-19, mostrando-se um canal de intermediação entre as operadoras de planos privados de saúde e os beneficiários em um momento muito delicado enfrentado pelo mundo inteiro.

REFERÊNCIAS

AGUILLAR, Fernando Herren. **Direito econômico**: do direito nacional ao direito supranacional. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

ALBUQUERQUE, Ceres *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 13, p. 1421-1430, jan. 2008.

BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro, RJ: Consolidação das Leis Brasileiras, 1923. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682-1923.htm. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - Consu nº 10, de 3 de novembro de 1998**. Dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial. Brasília, DF: ANS, 1998b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzAz>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000**. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 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. Brasília, DF: ANS, 2009. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011**. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Brasília, DF: ANS, 2011. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **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. Brasília, DF: ANS, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzM5MA==>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa 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. Brasília, DF: ANS, 2018a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2Mg==#:~:text=Estabelece%20crit%C3%A9rios%20para%20c%C3%A1lculo%20do,3%20de%20junho%20de%20201998>. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa 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. Brasília, DF: ANS, 2018b. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1Nw==>. Acesso em: 1º maio 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). **Recurso Especial nº 1.733.013/PR**. Planos e seguros de saúde. Recurso especial. Rol de procedimentos e eventos em saúde elaborado pela ANS. Atribuição da autarquia, por expressa disposição legal e necessidade de harmonização dos interesses das partes da relação contratual. Caracterização como relação exemplificativa. Impossibilidade. Mudança do entendimento do colegiado (*overruling*). CDC. Aplicação, sempre visando harmonizar os interesses das partes da relação contratual. Equilíbrio econômico-financeiro e atuarial e segurança jurídica. Preservação. Necessidade. Recusa de cobertura de procedimento não abrangido no rol editado pela autarquia ou por disposição contratual. Oferecimento de procedimento adequado, constante da relação estabelecida pela agência. Exercício regular de direito. Reparação de danos morais. Inviabilidade. Recorrente: Victoria Teixeira Bianconi. Recorrido: Unimed de Londrina Cooperativa de Trabalho Médico. Relator: Min. Luis Felipe Salomão, 10 de dezembro de 2019. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?composante=ATC&sequencial=105962404&num_registro=201800740615&data=20200220&tipo=5&formato=PDF. Acesso em: 5 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. **Nota Técnica SEI nº 49.150, de 11 de novembro de 2020**. Apresenta considerações acerca do reajuste de planos de saúde para o biênio 2020-2021. Brasília, DF: ME, 2020a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/reajuste/nota_do_ministerio_da_economia_2020.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). **Agravo Interno no Recurso Especial nº 1.876.786/SP**. Processual civil. Agravo interno no recurso especial. Recurso manejado sob a égide do NCPC. Ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais. Plano de saúde. Menor acometido de déficit de atenção, hiperatividade e dificuldade de aprendizado. Necessidade de avaliação neuropsicológica com teste *wisc*. Procedimento não previsto no rol da ANS. Rol exemplificativo. Cobertura mínima. Interpretação mais favorável ao consumidor. Decisão mantida. Agravo interno não provido. Agravante: S L S S. Agravado: Y A Q (Menor). Relator: Min. Moura Ribeiro, 19 de outubro de 2020b. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=116979529®istro_numero=202001256900&peticao_numero=202000471455&publicacao_data=20201022&formato=PDF. Acesso em 5 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 453, de 12 de março de 2020**. Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo Coronavírus. Brasília, DF: ANS, 2020c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2MQ==>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota Técnica nº 3/2020/DIRAD-DIDES/DIDES, de 30 de março de 2020**. Visa apontar os aspectos da regulação do setor de saúde suplementar realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que se relacionam com a telessaúde. Brasília, DF: ANS, 2020d. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_T%C3%A9cnica_3.pdf. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota Técnica nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES, de 31 de março de 2020**. Manifestação complementar à Nota Técnica nº 3/2020/DIRAD-DIDES/DIDES, disponibilizando mais informações à deliberação colegiada da ANS com o fim de contribuir com sua deliberação. Brasília, DF: ANS, 2020e. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_T%C3%A9cnica_4.pdf. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota Técnica nº 7/2020/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO, de 31 de março de 2020**. Fornece subsídios técnicos para embasar decisão da Diretoria Colegiada da ANS no processo de adoção de medidas para o enfrentamento da pandemia de Coronavírus. Brasília, DF: ANS, 2020f. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/NOTA_T%C3%89CNICA_7_DIPRO.pdf. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Comunicado nº 85, de 31 de agosto de 2020**. COMUNICA a suspensão da aplicação dos reajustes de planos de saúde por variação de custos (anual) e por mudança de faixa etária, no período de setembro a dezembro de 2020. Brasília, DF: ANS, 2020g. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzk2MQ==>. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Boletim Covid-19 – Março 2021**. Apresenta dados até fevereiro de 2021 relativos ao monitoramento que a ANS vem fazendo sobre o comportamento do setor de planos de saúde durante a pandemia de coronavírus. Brasília, DF: ANS, 2021a. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Boletim_Covid_Mar%C3%A7o.pdf. Acesso em: 21 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde: Brasília, DF: ANS, 2021b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw>. Acesso em: 10 maio 2021.

GOUVEIA, Maria Thereza Carolina de Souza. **O modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar**. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – Rio de Janeiro, 2004.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição de 1988 (interpretação e crítica)**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2010.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 32. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

NORONHA, Kenya *et al.* **Nota Técnica: Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias**

territoriais (atualizada em 23 de abril de 2020). Belo Horizonte, MG: UFMG; Cedeplar, 2020. Disponível em: <https://www.cedeplar.ufmg.br/component/phocadownload/category/18-noticias?download=1298:nt-demanda-e-oferta-leitos-covid19>. Acesso em: 29 abr. 2021.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde Suplementar no Brasil: O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p. 767-783, jan. 2008.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 18. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.