

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>3</b>
<b>PREFÁCIO</b> .....	<b>7</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>1 TEMAS DE PROCESSO CIVIL APLICÁVEIS A AÇÕES QUE ENVOLVEM OPERADORAS DE SAÚDE</b> .....	<b>29</b>
1.1 Legitimidade, interesse de agir, momento de verificação das condições da ação e o princípio da causalidade.....	29
1.2 Representação processual do falecido em juízo: a inconstitucionalidade da exigência de que todos os herdeiros ou sucessores ocupem o polo ativo .....	32
1.3 Litisconsórcio passivo facultativo e responsabilidade processual em contratos coletivos por adesão com administradora de benefícios...	34
1.4 Diferença entre tutela provisória e liminar .....	36
1.5 Natureza jurídica da tutela provisória fundada na urgência (antecipada ou cautelar) .....	38
1.6 Momento da prestação da tutela de urgência: antecedente ou incidental.....	40
1.7 Motivo de sua antecipação: tutela de urgência ou evidência do direito.....	43
1.8 Tutela provisória no âmbito recursal.....	45
1.9 Audiência de justificação prévia como forma de viabilizar o pedido de liminar .....	46
1.10 A exigência de caução pelo CPC e a reversibilidade da tutela provisória.....	48
1.11 Agravo de instrumento ante a ausência da análise da tutela de urgência. Hipótese de indeferimento tácito.....	49
1.12 Responsabilidade pela fruição da tutela provisória e posterior reversão da medida .....	52

1.12.1 Duplo grau de conformação e boa-fé objetiva nos casos de revogação da tutela provisória por circunstância alheia à vontade da parte .....	55
1.12.2 Análise crítica da decisão do STJ.....	59
1.13 O eventual cômputo dos juros de mora na revogação da tutela de urgência .....	60
1.14 Conversão da obrigação de fazer em perdas e danos em caso de não obtenção da tutela provisória ou descumprimento de ordem judicial .....	61
1.15 Descumprimento de ordem judicial, astreinte, ato atentatório à dignidade da Justiça e meios atípicos de coerção .....	64
1.16 A Súmula 410 do STJ na execução das astreintes .....	70
1.17 Produção antecipada de prova no Direito da Saúde .....	72
1.18 Prova pericial, prova técnica simplificada, NAT-Jus e a tomada de decisão no Direito da Saúde.....	75
1.18.1 Impugnação de pareceres técnicos .....	77
1.19 Prescrição em ação contra operadora de saúde: considerações iniciais .....	79
1.19.1 Prescrição em casos de ação revisional de reajuste em plano de saúde.....	80
1.19.2 Prescrição em casos decorrentes da recusa de cobertura ou outros direitos em face de plano de saúde.....	85
1.20 Inaplicabilidade do CDC a planos de saúde autogestão .....	87
1.21 Competência da Justiça do Trabalho x Justiça Comum para julgar ações acerca de operadora autogestão .....	88
1.22 Cuidados na utilização do Juizado Especial Cível para ações contra operadoras de saúde.....	91
1.23 Competência para julgar ações que envolvam crianças e adolescentes: Justiça Comum e Vara da Infância e Juventude.....	93
1.24 Planos novos e antigos: A irretroatividade da lei nos contratos renováveis por trato sucessivo e seus efeitos no caso concreto.....	95
1.25 Cobrança de despesas médicas e denúncia à lide nos processos movidos por hospitais e prestadores de serviços contra beneficiários de planos de saúde .....	97
1.26 Valor da causa nas ações judiciais e sua correlação com a pretensão econômica .....	99
1.27 A integração dos gastos com a obrigação de fazer nos honorários de sucumbência quando arbitrados sobre o valor da condenação ..	103

## **2 CLASSIFICAÇÃO JURÍDICA DAS OPERADORAS E MODALIDADES DE CONTRATOS DE OPERADORAS DE SAÚDE ... 105**

2.1 Classificação quanto às modalidades de contratação .....	106
2.2 Quanto à segmentação dos contratos das operadoras de saúde	111
2.3 Quanto ao tempo da contratação do plano de saúde.....	114]

## **3 O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS ..... 119**

3.1 O Debate sobre a taxatividade mitigada ou natureza exemplificativa, sua Diretriz de Utilização (Dut) e a Lei 14.454/2022.....	119
3.2 A atualização do rol de procedimentos da ANS e sua contribuição para o debate da possível taxatividade .....	131
3.3 O rol de procedimentos expandido: a incorporação automática e obrigatória, em 60 dias do que for aprovado pela CONITEC .....	133
3.4 A Lei 14.454/2022: o estabelecimento de um rol exemplificativo, mas condicionado .....	137
3.5 Da irrelevância prática sobre a natureza do rol de procedimentos: um olhar sobre o que verdadeiramente importa .....	139
3.6 O STJ entre o estabelecimento de um rol taxativo e a interpretação da Lei 14.454/2022 .....	146
3.6.1 O julgamento do rol taxativo foi um overruling?.....	146
3.6.2 Eficaz, efetivo e seguro .....	148
3.6.3 O indeferimento expresso na incorporação de procedimentos pela ANS.....	149
3.6.4 Interpretação da Lei 14.454/2022: medicina baseada em evidências, CONITEC e órgão de renome internacional.....	151
3.6.4.1 Comprovação da eficácia à luz das ciências da saúde	151
3.6.4.2 Níveis de evidência científica.....	152
3.6.4.3 Fases de um estudo clínico .....	154
3.6.4.4 A CONITEC, o rol de procedimentos expandido e órgão de renome internacional .....	156
3.6.5 A aplicação das Leis 14.307/2022 e 14.454/2022: retroatividade mínima na visão do STJ .....	160

## **4 A AMPLITUDE DAS COBERTURAS E POSSÍVEIS EXCLUSÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR..... 163**

4.1 Competência para indicação de eventos em saúde por profissionais médicos e não médicos .....	163
--	-----

4.2 Coberturas e exclusões gerais previstas na Lei 9656/98.....	165
4.3 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental e medicamento off label.....	168
4.4 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmofim, além de tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética....	177
4.5 O planejamento familiar, a cobertura de inseminação artificial, fertilização in vitro e congelamento de óvulos pelo plano de saúde	182
4.6 Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.....	189
4.7 Conceito de medicamento para uso domiciliar, ambulatorial, hospitalar, a interpretação do art. 10, VI, da lei 9656/98 e a possibilidade de exclusão de cobertura.....	197
4.8 Tecnologias recomendadas positivamente pela CONITEC e incorporadas no SUS.....	209
4.9 Quimioterapia, terapias avançadas (Car-T Cell) e medicamentos antineoplásicos e adjuvantes para o controle de efeitos colaterais .	212
4.10 Fornecimento de próteses, órteses e materiais cirúrgicos .....	217
4.11 Complicações de procedimentos originalmente não cobertos	223
4.12 Transplantes em geral .....	224
4.13 A cobertura de exames imprescindíveis ao controle da doença e elucidação diagnóstica .....	227
4.14 Procedimentos decorrentes da medicina preventiva.....	231
4.15 Cirurgias robóticas e procedimentos minimamente invasivos .	232
4.16 Divergências acerca de coberturas, próteses, órteses, materiais cirúrgicos, auditoria e a formação de Junta Médica ou Odontológica	234
4.17 Custeio de despesas do acompanhante para crianças, idosos e pessoas com deficiência.....	241
4.18 <i>Home Care</i> – Internação em regime domiciliar e assistência...	243
4.19 Cobertura de hospital de transição ou retaguarda .....	248
4.20 Procedimento cirúrgico de redesignação sexual em pessoas transgênero .....	251
4.21 Terapia e cobertura de tratamentos no autismo .....	254
4.21.1 – A polêmica sobre a cobertura de tratamentos em ambiente natural, acompanhante terapêutico, musicoterapia, equoterapia e hidroterapia .....	260
4.21.2 Autismo deve ser informado na Declaração de Saúde? .....	265

4.22 Limitação de quantidade de consultas, tempo de internação e limitação de gastos por valores.....	266
4.23 Coparticipação e franquia em procedimentos de saúde em geral e limitação de percentuais.....	270
4.23.1 – Estabelecimento de limites na coparticipação e a revogada RN 433/2018.....	276
4.24 Limitação ao tempo de internação psiquiátrica e coparticipação .....	279
4.25 Do fornecimento de estrutura hospitalar a procedimentos odontológicos .....	281
4.26 Da cobertura de procedimentos listados no rol da ANS para fins odontológicos .....	282
4.27 Da cobertura de procedimento cirúrgico buco-maxilo-facial ....	283
<b>5 ATENDIMENTO EM REDE CREDENCIADA, ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO CONTRATO, REGIÃO DE SAÚDE E REEMBOLSO DE DESPESAS .....</b>	<b>285</b>
5.1 O conceito de região de saúde .....	288
5.2 Reembolso contratual: regras e diferença entre plano de saúde e seguro saúde para fins de aplicação das regras .....	289
5.3 Correção do reembolso no tempo: clareza da regra e a atualização do valor.....	291
5.4 Reembolso legal e reembolso de despesas em caso de eleição do profissional não credenciado, por livre escolha do beneficiário .	292
5.5 Eleição do credenciado e livre escolha dos profissionais pelo beneficiário.....	295
5.6 Indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado na rede da operadora de saúde e situações de reembolso integral .....	296
5.7 Distância entre o prestador e a residência do beneficiário.....	300
5.8 Solicitação de exames, indicações terapêuticas e procedimentos por profissionais não credenciados .....	301
5.9 Obrigação de custeio do anestesiologista em cirurgia com médico não credenciado .....	304
5.10 Responsabilidade civil do plano de saúde por erro médico e falhas da rede credenciada.....	305
<b>6 PRAZOS DE CARÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS JURÍDICAS .....</b>	<b>311</b>
6.1 Conceito de carência e prazos nos contratos de planos de saúde .....	311
Início da contagem dos prazos para carência .....	313

6.2 Da situação de urgência ou emergência e a limitação do CONSU 13/98 aos casos de internação e complicação do processo gestacional.....	314
6.2.1 A CONSU 13 nos contratos de plano de saúde com segmentação hospitalar .....	315
6.2.2 A CONSU 13 nos casos de contratos com segmentação exclusivamente ambulatorial.....	317
6.2.3 A CONSU 13 nos casos de complicação do processo gestacional .....	318
6.3 Carência na inclusão do recém-nascido ou filho natural ou adotivo do consumidor e em casos de guarda .....	320
6.4 Inclusão temporária de beneficiária cedente temporária do útero (gestação em substituição) no plano de saúde .....	323
6.5 Agravo e Cobertura Parcial Temporária em plano de saúde.....	324
6.5.1 Considerações sobre agravo e conceito jurídico .....	324
6.5.2 A Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelas operadoras de saúde .....	326
6.6 Doença ou lesão preexistente (DLP): conceito, aplicação prática e temporal .....	327
6.7 Doença e lesão preexistente em situações de urgência e emergência .....	332
6.8 Doença curada pode ser considerada doença preexistente?.....	340
6.9 Ônus da prova e consequências jurídicas na alegação de doença preexistente.....	341
6.10 Da consequência jurídica da exclusão do beneficiário do contrato por fraude no preenchimento da Declaração de Saúde.....	343
6.11 Carência para realização do parto, parto a termo e suas implicações .....	345
6.12 Carência em caso de troca de contrato de plano de saúde dentro da mesma operadora .....	346
6.13 Portabilidade de carências, regras e exceções .....	348
6.14 Seleção de risco, serviço essencial e impedimento de contratação de plano de saúde pelo consumidor .....	355

<b>7</b>	<b>DESCRENCIAMENTO E REDIMENSIONAMENTO DA REDE CREDENCIADA DA OPERADORA DE SAÚDE.....</b>	<b>359</b>
7.1	Aquisição e fusão entre operadoras – necessidade de manutenção da rede credenciada .....	363
7.2	Surgimento da RN 585/2023 e critérios para equivalência e descredenciamento .....	364
7.3	Descredenciamento de serviços a pacientes em tratamento no local .....	368
<b>8</b>	<b>O DIREITO À MANUTENÇÃO DO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL AOS DEMITIDOS E APOSENTADOS.....</b>	<b>369</b>
8.1	Do sentido da palavra “contribuição” .....	370
8.2	Dos efeitos do aviso prévio e início de fruição do art. 30 da Lei 9656/98 .....	372
8.3	Do tempo de permanência no contrato com o plano de saúde .....	372
8.4	Das formas de dispensa que geram o benefício do art. 30 da Lei 9656/98 .....	373
8.5	Da inscrição e manutenção dos dependentes do demitido ou do aposentado .....	374
8.6	Da continuidade do contrato para aposentados .....	375
8.7	Da data da aposentadoria para fins do art. 31 da Lei 9656/98... ..	375
8.8	Formas de rescisão do contrato de trabalho que levam à manutenção do benefício do art. 31 da Lei 9656/98 ao aposentado ....	376
8.9	Do período de contribuição para manutenção do plano de saúde do ex-empregado aposentado .....	380
8.10	Do falecimento do titular do plano de saúde e suas implicações aos dependentes .....	381
8.11	Da perda ao direito de manutenção do contrato em caso de novo “emprego” .....	381
8.12	Do prazo para requerer a manutenção no contrato de assistência médica coletivo empresarial.....	383
8.13	Da alteração de preço e da diferenciação entre empregados ativos e inativos.....	384
8.14	Aposentadoria por invalidez, afastamento do trabalho e a manutenção no contrato de assistência médica empresarial.....	387
8.15	Inadimplência do empregador e o adimplemento pelo demitido ou aposentado .....	390

<b>9 HIPÓTESES DE RESCISÃO DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE E CONSEQUÊNCIAS JURÍDICAS .....</b>	<b>391</b>
9.1 Rescisão unilateral dos contratos pela operadora de saúde .....	391
9.2 Rescisão do contrato por fraude do consumidor .....	393
9.3 Rescisão do contrato por inadimplemento em prazo superior a 60 dias por ano .....	396
9.4 Rescisão do contrato de pessoa internada, seja o titular ou dependente.....	400
9.5 Rescisão de contrato da pessoa em tratamento médico ou grávida e o tema 1082 do STJ .....	402
9.6 Da rescisão imotivada do falso plano coletivo empresarial .....	409
9.7 Da rescisão do contrato coletivo empresarial e do contrato coletivo por adesão .....	411
9.7.1 O valor da mensalidade e a interpretação do CONSU 19.....	420
9.8 Rescisão do contrato por falecimento do titular no caso de contratos coletivos e prazo de permanência.....	424
9.9 Encerramento do contrato após período de remissão.....	429
9.10 Da saída voluntária do titular do plano de saúde familiar e da possibilidade de permanência dos dependentes .....	431
9.11 Rescisão do contrato de plano de saúde da pessoa jurídica constituída por empresário individual e da rescisão do contrato da pessoa jurídica inativa.....	432
9.12 Cláusula de fidelidade, multa por rescisão antecipada na contratação empresarial e necessidade de aviso prévio para encerramento do contrato .....	434
9.13 Do direito adquirido à realização de cirurgia ou exame após o encerramento do contrato .....	438
9.14 Upgrade e downgrade em plano de saúde .....	439
9.15 Desmembramento de plano de saúde familiar .....	443
9.16 Da perda de condição de dependente nos contratos coletivos em razão do divórcio .....	445
<b>10 REAJUSTE EM PLANO DE SAÚDE .....</b>	<b>447</b>
10.1 Reajustes possíveis em contrato plano de saúde.....	447

10.2 Da apuração dos percentuais de reajuste anual em plano de saúde.....	449
10.3 Da revisão do reajuste anual dos planos de saúde coletivos....	451
10.4 Regulamentação pela ANS acerca dos reajustes anuais em planos coletivos.....	456
10.5 Das particularidades acerca da possibilidade de revisão dos reajustes anuais em contratos coletivos por adesão .....	460
10.6 Da possibilidade de aplicação dos reajustes do plano individual e familiar aos falsos contratos coletivos empresariais .....	465
10.7 Da possibilidade de aplicação de revisão dos reajustes verdadeiramente empresariais .....	469
10.8 Reajuste por revisão técnica a requerimento da operadora de saúde.....	470
10.9 Dos reajustes por mudança de faixa etária .....	471
10.10 Reajuste por faixa etária aos 60 anos de idade ou mais.....	475
10.11 Reajuste por faixa etária aos 59 anos de idade .....	479
10.11.1 Os entendimentos surgidos quanto à forma de revisão do reajuste de 59 anos .....	480
10.11.2 A forma técnica de calcular o reajuste de 59 anos em acordo com a RN 563/2022.....	484
10.11.3 O cálculo em acordo com o inciso I da RN 563/2022 .....	486
10.11.4 O cálculo em acordo com o inciso II da RN 563/2022 .....	486
10.11.5 Painel de Precificação da ANS – a média do setor e sua aferição pela agência reguladora.....	488
10.11.6 Cream Skimming e seleção de riscos preferenciais: a observância formal da RN 563/2022 é insuficiente para validar o percentual .....	489
10.11.6.1 Origem e desenvolvimento do Cream Skimming e sua menção no STJ.....	489
10.11.6.2 A substituição do percentual abusivo no reajuste por faixa etária por outro índice.....	492
10.12 Revisão do reajuste 59 anos: saídas acerca da antecipação de risco futuro .....	496
10.13 Da possibilidade de nulidade dos reajustes por mudança de faixa etária, qualquer que seja a idade.....	497
10.14 Prazo de prescrição para nulidade do reajuste e ressarcimento de valores pagos.....	503

10.15 Ônus da prova, LGPD, momento da apresentação dos documentos, auditoria e perícia técnica em processos de reajuste abusivo.....	508
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>515</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>517</b>
<b>REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES .....</b>	<b>523</b>

## INTRODUÇÃO

Não trataremos aqui do Código de Hamurabi, mas é essencial compreender o contexto para o surgimento da Lei 9656/98, a fim de que possamos entender o complexo setor da saúde suplementar no Brasil.

A partir dos anos 1960, com o aumento da urbanização e a intensificação da industrialização, os empregadores começaram a oferecer benefícios como assistência médica aos trabalhadores. Junto com as mudanças demográficas, isso levou a um crescimento significativo do setor privado de saúde no Brasil. Esse crescimento foi impulsionado em parte pela insuficiência dos serviços públicos de saúde em atender à crescente demanda populacional urbana. Os planos de saúde começaram a se proliferar, oferecendo alternativas ao sistema público, mas sem regulamentação clara do poder público, o que resultou no estabelecimento de cláusulas limitativas severas em tempo de internação, cobertura de doenças e condições de reajuste.

A Lei 9.656/98, conhecida como a Lei dos Planos de Saúde, foi criada em um contexto de regulamentação da atividade privada de saúde no Brasil, amplamente discutida durante a década de 1990. Sancionada em 3 de junho de 1998, ela representa um marco na regulamentação da saúde suplementar no país. Embora não se atribua tal problema à criação da lei, o fato é que, historicamente, mesmo após seu surgimento, o país nunca conseguiu aumentar, percentualmente, o número de beneficiários no sistema de saúde suplementar, oscilando quase sempre em torno de 25% da população.

Aprovada na Câmara dos Deputados ainda em 1997, o projeto original sofreu alterações significativas no Senado que fortaleceram o papel do Ministério da Saúde e a regulação do setor assistencial, transformando o Plano Referência em um plano obrigatório para comercialização, proibindo a venda de planos de saúde com coberturas reduzidas. Contudo, a fim de evitar atrasos, o projeto foi inicialmente aprovado pelo Senado tal como veio da Câmara e, por acordo, foi editada pelo governo a Medida Provisória (MP 1.665), conforme havia sido negociado. A Medida Provisória foi reeditada diversas vezes até 2001, tornando-se a

MP 2.177-44, que, junto à Lei 9.656/98, forma o marco legal da regulação do setor de saúde suplementar.

A norma estabeleceu garantias mínimas aos consumidores, que, embora indiretamente presentes em legislações como o Código de Defesa do Consumidor (como a impossibilidade de restrição de coberturas de próteses e órteses ligadas a cirurgias contratualmente cobertas ou a limitação no prazo de internação em UTI, antes comum), foram mais precisamente codificadas, proporcionando maior segurança jurídica a todos.

Foi a Lei dos Planos de Saúde que estabeleceu claramente o direito de todos os profissionais, credenciados ou não, de prescrever e executar exames ou procedimentos, o dever de cobertura de doenças preexistentes e sua amplitude, o prazo máximo legal para carência a procedimentos, o reembolso obrigatório em todos os contratos no caso de urgência e emergência quando não fosse possível utilizar a rede credenciada, a impossibilidade de estabelecer limites financeiros ou de impedir que idosos, doentes e deficientes contratassem planos de saúde, e, no rol das mais importantes garantias trazidas com a lei, a cobertura obrigatória de todas as doenças listadas no Código CID pelos planos de saúde.

Pode parecer que são garantias comuns e universais, mas não são. Acostumados com esses direitos, parece ser lugar comum que sempre existiram e que são garantias presentes em todo o mundo. No entanto, por exemplo, a determinação de cobertura de doenças preexistentes foi contestada nos Estados Unidos pelo Partido Republicano durante a reforma do sistema de saúde na lei *Patient Protection and Affordable Care Act*, comumente chamada de *Affordable Care Act* ou, simplesmente, “*Obamacare*”.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ocorreu apenas em 2000, o que gerou críticas de que a criatura (a Lei 9656/98) surgiu antes do criador, tornando mais difícil a regulação do setor. Embora posterior à Lei dos Planos de Saúde, a criação da ANS foi um passo subsequente importante para centralizar e fortalecer a regulação e fiscalização dos planos de saúde. A ANS foi estabelecida para promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil. A agência foi projetada para ter autonomia administrativa e financeira, com decisões tomadas por uma diretoria colegiada.

Apesar das justas críticas à atuação da ANS, a agência reguladora desempenhou um papel importante ao definir regras para a cobertura assistencial, condições de acesso e reajuste de preços em planos individuais e familiares, além de fiscalizar o cumprimento dessas normas. Não podemos esquecer que, embora o mercado seja explorado por empresários com justo direito ao lucro, este envolve saúde e vida, tornando a análise dos direitos especialmente sensível.

É notório o crescimento do que se convencionou chamar de Direito da Saúde, abrangendo um grande espectro com áreas do direito público e do direito privado, como o Direito Médico e Hospitalar. Este livro, contudo, foi concebido como uma tentativa de sistematizar especificamente o estudo do Direito à Saúde Suplementar e, assim, demonstrar aos profissionais que o campo de atuação nesta seara vai muito além da análise acerca do rol de procedimentos da ANS.

Ao elaborar o livro, notamos que não era mais possível tratar de temas de direito material sem chamar atenção a temas do direito processual, que são essenciais para as demandas na área do Direito à Saúde. A obra tenta debater temas do cotidiano profissional, explicando os diferentes tipos de tutela provisória, as implicações de eventual improcedência da ação, a competência para processar ações que envolvem menores ou simplesmente qual deve ser o valor da causa dentro do processo. Há a necessidade de sermos cada vez mais técnicos na atuação profissional, o que passa necessariamente por compreender que historicamente a marcha processual escolhida é fundamental para a obtenção de direitos.

Diversos temas do campo da saúde suplementar foram afetados pelos tribunais brasileiros nos últimos anos e também mereceram análise ao longo do livro, evitando-se, assim, simplificações das manchetes de jornais ou portais jurídicos cujo título quase nunca revela a complexidade da decisão e as nuances do que pode ser decisivo para que o caso concreto mereça uma distinção em relação ao que foi decidido. Como mostramos nos capítulos, afirmar simplesmente que o rol da ANS é exemplificativo, como se tudo coubesse na cobertura, é um equívoco, assim como soa tolo o argumento de que “é o médico quem decide o tratamento”, pois, afinal, somente o médico exerce a medicina. O debate não é sobre quem define o tratamento, mas sobre a amplitude da cobertura.

Nem de longe isso significa que o rol da ANS deve ser visto como taxativo ou que seja possível defender essa ideia. Primeiro, porque tal

debate está evidentemente superado pelas Leis 14.307 e 14.454, ambas de 2022. Contudo, a era da abusividade in abstracto deu lugar à era da abusividade concreta, e urge que toda a condução do processo seja cada vez mais técnica.

O futuro das ações que envolvem o Direito da Saúde reservará a necessidade de que cada vez mais as premissas técnicas ganhem contorno, balizando o julgamento. A distribuição dinâmica do ônus da prova ou mesmo a inversão do ônus probatório ganharão maior debate num cenário onde o rol de procedimentos é exemplificativo condicionado. É a operadora de saúde quem possui melhores condições de comprovar, por exemplo, que existe tratamento similar dentro do rol de procedimentos da ANS que seja seguro e eficaz ao caso. No entanto, os problemas e as doenças não esperarão o amadurecimento do debate e continuarão surgindo, exigindo de cada profissional (do direito e da medicina) maior habilidade técnica para lidar com questões que, por muitos anos, a solução se contentou em atribuir ao médico do paciente a prerrogativa de determinar o que a operadora de saúde deveria custear. Isso definitivamente ficou para trás, mas nem por isso significa que o consumidor poderá ser lesado com um tratamento menos eficaz e seguro ante a indisponibilidade de tratamento adequado no rol da ANS.

Também aqui debelamos as simplificações grosseiras de que, simplesmente, o STJ vedou o fornecimento de medicamento importado sem registro sanitário na ANVISA ou que os reajustes por faixa etária foram validados pelo STJ. Se tais anúncios foram feitos para caber em manchetes, são temas que precisam de luz e de ser mais bem escrutinados, especialmente com a análise dos julgados.

Não é possível ser um bom médico sem acreditar na ciência, nem ser um bom advogado sem acreditar e lutar pela preservação do Estado Democrático de Direito. Da mesma forma, não é possível exercer de forma madura o ofício de qualquer profissão correlata à saúde suplementar com um olhar maniqueísta, como se as operadoras de planos de saúde fossem apenas vilãs, ou como se toda demanda ajuizada pelos beneficiários fosse sempre a busca por um dirigismo judiciário pernicioso ao futuro e ao lucro das operadoras.

O dia a dia como advogado do setor revela que a maioria das ações busca, em geral, a manutenção de contratos, a cobertura de quimioterápicos e outras necessidades legítimas. Há, evidentemente, abusos e ações perniciosas que nem sempre visam atender ao melhor interesse do beneficiário. Por isso, é necessário um olhar sobre as

diferentes necessidades: desde a garantia de atendimento de qualidade ao usuário até o justo lucro das empresas, evitando desperdícios. Tudo deve ser considerado para a higidez do sistema.

Desde o surgimento da Lei 9656/98, não faltaram tentativas de retroceder em suas garantias, inclusive com apoio dos governos de ocasião. Ao proibir o fracionamento de doenças e estabelecer que todas possuem cobertura obrigatória pelas operadoras de saúde, a Lei dos Planos de Saúde criou um importante marco que pode não perdurar para sempre, o que seria trágico para os consumidores e para o sistema público de saúde. Este último ficaria com a incumbência de tratar as condições mais dispendiosas, pois, obviamente, as empresas excluiriam as doenças mais caras, oferecendo cobertura reduzida apenas para aquelas menos onerosas. A sustentabilidade do setor, respeitando a cobertura de todas as doenças listadas no Código CID, é de suma importância para toda a sociedade que não deseja um retrocesso social.

Ao avançar sobre esses debates, a esperança é que a obra ajude na formação dos profissionais e no reconhecimento de que o Direito da Saúde, embora tenha inegável intersecção com outras áreas, como o direito do consumidor, o direito civil, o direito constitucional, entre outros, merece ser tratado como um campo autônomo pelas suas especificidades e seus relevantes contornos sociais, jurídicos e econômicos.