

A PROTEÇÃO JURÍDICA OUTORGADA PELAS RESOLUÇÕES NORMATIVAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) NA TUTELA DOS BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Me. Rafael Baggio Berbicz

(Palavras-chave: Agência Nacional de Saúde, Rol de Procedimentos, Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, Beneficiários)

RESUMO

Com a promulgação da Constituição Federal em vigor, o Estado brasileiro assumiu o compromisso de garantir, para o cidadão, todo um conjunto de prestações sociais para viabilizar uma vida em sociedade em consonância com a ideia de dignidade da pessoa humana. Analisando esse conjunto de prestações sociais imprescindíveis à dignidade da pessoa humana, verifica-se a expressa previsão da saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser disponibilizada aos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país indistintamente, em respeito ao princípio constitucional da igualdade entabulado no artigo 5º da Carta Política, quando tratou o legislador constituinte dos direitos e garantias fundamentais do indivíduo. A determinação do conteúdo do direito à saúde deve levar em conta, portanto, os dispositivos asseguradores dos direitos sociais constitucionais, tendo como corolário o "bem-estar" dos cidadãos, individualmente ou coletivamente considerados. Assim, a partir do momento em que o Estado outorga à iniciativa privada o direito de explorar os serviços de saúde, deve garantir que este seja prestado de modo a atingir os fins colimados pelo legislador constituinte, o que justifica a criação de um rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e sua constante atualização.

ABSTRACT

The promulgation of the Federal Constitution in force, the Brazilian State assumed the commitment to guarantee, for the citizen, a whole set of social benefits to enable a life in society in harmony with the idea of human dignity. Analyzing this set of social benefits essential to the dignity of the human person, there is the express provision of health as a right of everyone and the duty of the State, and should be made available to Brazilian citizens and foreigners residing in the country indistinctly, in compliance with the constitutional principle of equality enshrined in article 5 of the Political Charter, when it dealt with the constituent legislator of the fundamental rights and guarantees of the individual. The determination of the content of the right to health must therefore take into account the mechanisms that ensure constitutional social rights, having as a corollary the "well-being" of citizens, individually or collectively. Once the State has granted the private initiative the right to operate health services, it must ensure that it is provided in order to achieve the ends agreed upon by the constituent legislator, which justifies the creation of a set of coverage procedures mandatory minimum for the operators of private healthcare plans, and its constant updating.

INTRODUÇÃO

O trabalho das agências reguladoras na tutela dos direitos e garantias fundamentais do indivíduo, em especial a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é sentido nas mais variadas portarias, resoluções e normativas editadas e publicadas periodicamente, que discorrem acerca dos mais variados aspectos jurídicos envolvendo os contratos celebrados entre os consumidores e as operadoras de serviços privados de assistência a saúde.

Fruto da flexibilização das regras econômicas iniciadas na década de 90, o Estado Regulador, através das agências reguladoras, delega à iniciativa privada a execução de serviços que antes eram exclusivamente de sua competência, limitando-se, através da regulação, em fiscalizar as atividades desenvolvidas pelos entes privados, a exemplo do que ocorre com o sistema privado de assistência a saúde.

Antes da entrada em vigor da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, a relação jurídica estabelecida entre as operadoras e os beneficiários dos planos e seguros privados de assistência a saúde não possuía qualquer regulamentação, ficando a critério das empresas a delimitação do alcance das cláusulas contratuais que iriam reger o negócio jurídico, sem qualquer participação do Estado como mediador das práticas comerciais implementadas na exploração deste tipo de serviço pela iniciativa privada.

Os contratos, ditos de adesão, não permitiam o livre debate das partes acerca do seu conteúdo e alcance, restando aos beneficiários apenas aceitar tacitamente as cláusulas e condições previamente estabelecidas pelas operadoras, o que, além de mitigar a sua liberdade de contratar à aceitação ou recusa da proposta, findava por privilegiar os interesses das empresas em detrimento da parte mais fraca da relação, mediante o uso de inúmeras cláusulas restritivas de direitos.

Ressalte-se, contudo, que inobstante a inexistência de regulamentação específica por parte do Estado, os beneficiários dos planos e seguros privados de assistência à saúde não ficavam completamente desamparados quanto aos direitos adquiridos por força da relação jurídica instituída com as operadoras, uma vez que a Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, que instituiu o Código de Defesa do Consumidor, detinha poder para tutelar a relação havida entre os contraentes,

assegurando os direitos básicos dos consumidores e harmonizando os interesses dos partícipes do negócio jurídico, o fazendo nos seguintes termos (art. 4º, III):

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:

III – harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170 da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;

Entretanto, e considerando as especificidades que envolvem esse tipo de negócio jurídico no seio social, o Código de Defesa do Consumidor apresentava-se (e ainda se apresenta), como um instrumento de proteção dos direitos e interesses dos consumidores de caráter “genérico”, uma vez que fiscaliza (de maneira indireta) e disciplina o relacionamento do consumidor perante a atividade econômica em geral.

Com o advento da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 - regulamentando o setor privado de assistência à saúde, e posteriormente da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000 – criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, fica o Estado incumbido da função de fiscalização e regulação dos serviços concedidos, atendendo assim, aos preceitos constitucionais vigentes (art. 174 da CF/88):

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

Dentre a gama de assuntos regulados pela ANS na relação jurídica instituída entre operadoras e consumidores dos planos e seguros privados de assistência à saúde, a regulamentação abarca um leque de situações, a exemplo da determinação de critérios para reajuste das contraprestações pecuniárias; proibição da exigência de cheque caução pelas entidades hospitalares; imposição de limites de variação de

preço em razão da faixa etária do consumidor; criação de programa de incentivo à adaptação dos contratos aos moldes formatados pela legislação; fixação da cobertura mínima de procedimentos médicos, entre outras.

Ressalte-se, porém, que em razão do princípio da irretroatividade das leis, os pactos negociais celebrados pelos beneficiários antes da entrada em vigor da Lei n.º 9.656/98 continuam se valendo da proteção outorgada pelo Código de Defesa do Consumidor, cujas regras visam garantir a harmonia dos interesses dos contraentes, nivelando-os a luz do princípio da igualdade.

DA GARANTIA DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerando o universo de garantias asseguradas pela fiscalização e regulamentação do setor privado de assistência à saúde por parte do Estado, todos de extrema importância para a harmonização dos interesses das operadoras e beneficiários do sistema, um dos aspectos a merecer destaque refere-se à criação, pela ANS, de um rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, cujo desiderato é assegurar aos beneficiários o efetivo acesso a serviços médico-hospitalares fundamentais para a manutenção e restabelecimento da saúde.

Atendendo a determinação do legislador ordinário através do art. 4º, III da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000¹, a ANS edita e publica periodicamente resoluções normativas destinadas a estabelecer quais são os procedimentos que deverão compor a lista de serviços de cobertura mínima obrigatória por parte das operadoras, o que, além permitir o integral acesso a serviços de saúde, garante aos beneficiários a atualização e adequação do pacto ao que há de mais moderno na medicina, permitindo-lhes usufruir de novas tecnologias e tratamentos até então inexistentes para a cura de suas moléstias.

Recentemente, a ANS editou e publicou a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 01 de janeiro de 1999, e fixa

¹ Art. 4º Compete à ANS: III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

as diretrizes de atenção à saúde, revogando as disposições legais que lhe antecederam.

Contudo, esta referência básica de cobertura mínima a ser garantida mediante um rol de procedimentos não é novidade implementada pela Resolução Normativa – RN n.º 428 para os pactos negociais celebrados entre as operadoras e os consumidores a partir de janeiro de 1999.

A iniciativa do legislador ordinário se deu, neste sentido, através da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU n.º 10, de 3 de novembro de 1998, que dispôs sobre a “elaboração” do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituiriam referência básica para os planos privados de assistência a saúde, até então inexistente.

A fixação de um rol mínimo de procedimentos que deva ser garantido pelas operadoras de planos e seguros de saúde, assegura à coletividade de beneficiários a certeza de atendimento e cumprimento das cláusulas contratuais nos moldes pactuados, bem como limitação na imposição de cláusulas restritivas de direitos nos referidos instrumentos, favorecendo a parte hipossuficiente da relação através do aumento da segurança jurídica ao contratar.

Há, portanto, mais clareza e certeza acerca dos direitos decorrentes do pacto e dos limites da avença, possibilitando à parte aderente, ou seja, aquela que não pode discutir o conteúdo do instrumento, a garantia de que o negócio jurídico atingirá os fins colimados pelo legislador constituinte (que é a prestação de serviços de saúde), e de que o contrato não será interpretado para desfavorecê-lo, ou impedir que o seu objeto seja alcançado.

Evidente que esta função poderia ser bem desempenhada com a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, como ainda ocorre em relação aos pactos negociais celebrados antes da entrada em vigor da Lei n.º 9.656/98. Porém, a criação de um rol de procedimentos dirimiu diversas controvérsias acerca do assunto, muito comuns ante a especificidade dos objetos desses instrumentos contratuais.

Tido como o primeiro esforço do legislador em sua iniciativa de tutelar os direitos e garantias adquiridos pelos contratantes de planos privados de assistência a saúde, a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU n.º 10 logo foi

modificada pela Resolução CONSU n.º 15, de 29 de março de 1999, que mantendo o rol de procedimentos, limitou a cobertura para os contratos de planos coletivos no tocante aos procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, que prescindiriam de cláusula específica para a cobertura desses casos. Os contratos individuais, contudo, nenhuma restrição desta estirpe sofreram, mantendo-se intactos.

Sucedeu assim, a edição e publicação da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 41, de 14 de dezembro de 2000, que alterou o rol de procedimentos médicos instituído pela Resolução CONSU n.º 10, tendo em vista a necessidade de atualizar alguns procedimentos e identificar os cirúrgicos e de alta complexidade que passariam a ser excluídos na adoção da cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes noticiadas pelo contratante em formulário específico quando da contratação do plano de saúde, ou seja, no ato da celebração do negócio jurídico.

Veja-se que, não obstante a limitação da cobertura para os casos de doenças e lesões preexistentes através da adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária², o novo rol atualizou a lista de procedimentos que passariam a ser garantidos pelas operadoras, em atenção aos avanços tecnológicos alcançados pela medicina.

Após a alteração do rol de procedimentos pela RDC n.º 41, a Agência Nacional de Saúde, vislumbrando a necessidade de atualizá-lo, editou e publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 67, de 07 de maio de 2001, através da qual se oportunizou aos beneficiários a garantia de atendimento médico envolvendo um número maior de procedimentos.

² “Temporária” justamente porque tem duração de no máximo 24 (vinte e quatro) meses da data da contratação do plano, em atenção ao disposto no art. 11 da Lei n.º 9.656/98, que diz: Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário,

Em agosto de 2001, sobreveio a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 81, que classifica os procedimentos médicos constantes do rol estabelecido pela RDC n.º 67, de 7 de maio de 2001 de acordo com as segmentações autorizadas pelo art. 12 da Lei 9.656/98, ou seja, atendimento ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico e atendimento odontológico.

Essa classificação possibilitou mais facilmente delimitar o alcance das cláusulas pactuadas entre operadoras e beneficiários quanto a cobertura contratual, sobrelevando-se, contudo, a segmentação abarcada pelo contrato celebrado.

Desta forma, um contrato que previsse cobertura a procedimentos obstétricos (art. 12, inciso III, alíneas “a” e “b” da Lei n.º 9.656/98), deveria garantir, além da cobertura mínima exigida pelo referido art. 12³, a cobertura de todos os procedimentos taxativamente elencados no anexo I da RDC n.º 81, como por exemplo a *ultrassonografia*, *cauterização*, *exérese de cisto vaginal*, entre outros não especificamente citados no art. 12 da Lei.

Em 29 de setembro de 2004, houve a edição e publicação da Resolução Normativa – RN n.º 82, por intermédio da qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar estabeleceu um novo rol de procedimentos que constituiria a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde.

Objeto de estudos mais aprofundados acerca da elaboração do rol de procedimentos que obrigatoriamente seriam garantidos pelos planos e seguros de saúde contratados a partir de janeiro de 1999, a RN n.º 82 adequou e aprimorou a nomenclatura e formatação dos procedimentos empregados no rol de procedimentos instituído pela RDC n.º 67, instituindo o rol de procedimentos de alta complexidade até então inexistente, e que passariam a ser cobertos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

³ Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (...) III - quando incluir atendimento obstétrico: a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

As Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC n.º 67, RDC n.º 68 e RDC n.º 81 foram, então, expressamente revogadas.

Diferentemente do ocorrido com as Resoluções anteriormente citadas, a Resolução Normativa – RN n.º 82 representa um marco na tutela dos direitos e garantias dos beneficiários dos planos privados de assistência a saúde, uma vez que, além de atualizar o rol de procedimentos que constituiria a referência básica, assegurou aos beneficiários dos planos e seguros privados de assistência a saúde a cobertura de procedimentos de alta complexidade, até então não contemplados pela legislação, e para os quais os beneficiários não tinham cobertura, uma vez que os pactos negociais celebrados após a entrada em vigor da Lei n.º 9.656/98 estão diretamente vinculados ao disposto no rol de procedimentos editado pela ANS.

Ao estabelecer o rol de procedimentos médicos que devem ser obrigatoriamente cobertos pelos planos de saúde comercializados pelas operadoras, atualizando e revogando as resoluções anteriormente editadas, a Resolução Normativa – RN n.º 82 minimizou significativamente as discussões acerca das obrigações decorrentes dos pactos negociais, bem como atualizou a lista de procedimentos em consonância com os avanços tecnológicos alcançados pela medicina, garantindo aos beneficiários tratamentos modernos e condizentes com a prestação continuada dos serviços contratados no decorrer do tempo.

A proteção e os benefícios alcançados com a edição da Resolução Normativa – RN n.º 82, e que não foram conseguidos com as outras resoluções, são conquistas relevantes para a tutela dos direitos dos beneficiários com contratos de saúde celebrados com as operadoras privadas de assistência a saúde na vigência da Lei n.º 9.656/98, pois passou a contemplar hipóteses anteriormente sequer ventiladas pelo legislador, e com a utilização de nomenclatura médica específica, o que evitou a ocorrência de dúvidas que eram tão comuns em razão da generalidade e superficialidade do tratamento dado a questão pelas resoluções anteriores.

A enumeração taxativa dos procedimentos que obrigatoriamente deveriam ser cobertos pelos planos de saúde, afastou dos beneficiários com planos contratados após janeiro de 1999 a insegurança quanto ao cometimento de eventuais arbitrariedades por parte das operadoras de planos de saúde, uma vez que as cláusulas que passariam a reger os contratos deveriam, no mínimo, abarcar os

procedimentos elencados no rol, não podendo impor limites ou excluir quaisquer daqueles expressamente contemplados.

Assim, as cláusulas contratuais estipulando o alcance da cobertura contratual, outrora estabelecidas obedecendo apenas a vontade da contratada na execução do serviço, agora precisariam estar em conformidade com as determinações legais emanadas pela ANS através da referida resolução, numa quase relativização dessa modalidade de contrato de adesão.

E a evolução e adequação dos avanços tecnológicos da medicina com os pactos celebrados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde continuou se perpetuando no tempo, pois a Resolução Normativa RN nº 82 foi igualmente revogada pela RN nº 167, de 09 de janeiro de 2008, que além de atualizar o rol de procedimentos anteriormente vigente, passou a contemplar novos profissionais, exames preventivos, métodos contraceptivos e o estímulo ao parto humanizado, o que sequer havia sido aventado anteriormente.

Com as alterações implementadas, o rol de procedimentos instituído pela RN nº 167 passou a listar 2.973 itens e, assim, ficou alinhado às evidências científicas de sua época.

Dentre os procedimentos que passaram a ser garantidos, vale destacar o Yag Laser (para cirurgia de catarata), procedimentos para anticoncepção (como DIU⁴, vasectomia e ligadura tubária), e cobertura ambulatorial para o atendimento de terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição e psicoterapia.

Em 07 de junho de 2010, entrou em vigor a Resolução Normativa – RN nº 211/2010, que além de ampliar a cobertura obrigatória para os beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde, buscou uma maior integração entre procedimentos e sua forma de utilização, aumentando a segurança para os pacientes através do aprimoramento da melhor prática em saúde.

Para tanto, ampliou-se o número de Diretrizes de Utilização originariamente criadas a partir da Resolução Normativa nº 167/2008, assim entendidos os critérios que devem ser preenchidos para que a cobertura do procedimento seja obrigatória e

⁴ DIU – Dispositivo Intra-uterino.

fornecida pelo plano de saúde, que igualmente passaram a contar com as Diretrizes Clínicas, ou seja, guias de orientação da prática clínica baseadas nas melhores pesquisas científicas disponíveis, produzidas pela Associação Médica Brasileira (AMB).

Do referido rol de procedimentos, merecem destaque as cirurgias por vídeo no tórax, a cobertura do transplante autólogo de medula óssea, o exame de PET-SCAN oncológico e a oxigenoterapia hiperbárica, que já vinham sendo objeto de diversas discussões judiciais, notadamente diante da sua relevância no tratamento de graves moléstias, como o câncer.

Os avanços na defesa dos interesses dos beneficiários dos planos e seguros privados de assistência à saúde continuaram, e o rol de procedimentos da Resolução Normativa RN nº 211/2010 foi novamente revisto e atualizado nos anos de 2011, 2013 e 2015, quando entrou em vigor a Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, que além de incluir mais 21 procedimentos de cobertura obrigatória, abarcou mais um medicamento oral na lista daqueles destinados ao tratamento domiciliar de câncer.

Assim, verifica-se que a revisão periódica do rol de procedimentos e eventos em saúde permite compatibilizar o que há de mais moderno na medicina com as necessidades da sociedade, que impescinde de serviços de saúde de qualidade para o tratamento e a prevenção de doenças.

Em janeiro de 2018, entrará em vigor o novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima obrigatória, nos termos da Resolução Normativa RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que seguindo a mesma linha de orientação e os princípios das anteriores, incrementa o número de procedimentos que passarão a gozar de cobertura compulsória por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, e que de forma inédita incorpora um medicamento para o tratamento da esclerose múltipla, até então não previsto.

Com isto, percebe-se a preocupação do legislador em garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, sempre obedecendo a critérios científicos comprovados de segurança, eficiência e efetividade.

A atualização do rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória ocorre a cada 2 anos, tratando-se de um importante instrumento na tutela dos direitos e garantias fundamentais do indivíduo, pois além de assegurar aos beneficiários o que há de mais moderno e eficaz para o tratamento das doenças mais comuns da população, igualmente se preocupa com a sustentabilidade do setor e a suficiência e disponibilidade de recursos.

A revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde faz parte de um processo contínuo e periódico realizado pela ANS, sendo incorporados os procedimentos nos quais os ganhos coletivos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, motivo pelo qual cada atualização é precedida de uma avaliação criteriosa das novas tecnologias, alinhada com a política nacional de saúde, contemplando evidências científicas e a necessidade social, sem esquecer o aspecto financeiro do sistema.

A existência de rede prestadora, a facilidade de utilização, manuseio, obtenção e disponibilização da tecnologia, insumos e matérias-primas são aspectos relevantes considerados quanto à incorporação de novos procedimentos, sem olvidar a carga de doenças, que fornece importantes subsídios para a tomada de decisão no processo de atualização.

É importante ressaltar ainda que o processo de revisão é elaborado após extenso debate realizado no âmbito do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), da ANS, que é formado por representantes do governo, do setor de saúde suplementar e de órgãos de defesa do consumidor, passando ainda por uma consulta pública que assegura a manifestação de toda a sociedade.

A intenção é discutir e aperfeiçoar o processo de incorporação de novos procedimentos àqueles de cobertura mínima obrigatória com vistas a torna-lo ainda mais qualificado e adequado as necessidades sociais, notadamente diante do rápido envelhecimento da população e do aumento dos custos assistenciais com a saúde.

Em resumo, pode-se afirmar que o princípio norteador dessa atividade pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é justamente o de buscar o equilíbrio contratual necessário à manutenção dos pactos negociais, evitando assim, que sejam demasiadamente onerosos para as partes contratantes, e correlacionando à

contraprestação pecuniária imposta ao consumidor, uma cobertura mínima de procedimentos do qual poderá se valer caso seja necessário.

Considerando a especificidade do objeto do contrato, a regulamentação do rol de procedimentos que deverá ser garantido pela cobertura dos contratos impede que as operadoras de planos de saúde se valham da ignorância do consumidor quanto a terminologia médica para negar a cobertura de procedimentos cobertos pelo plano, garantindo o integral cumprimento do contrato.

Conclusões

Árduo trabalho de juristas e profissionais de saúde que atuam nesse ramo, as resoluções normativas editadas e publicada pela ANS ao longo dos anos adequaram e aprimoraram a nomenclatura e formatação empregadas pela agência ao estabelecer o leque de procedimentos de cobertura mínima obrigatória, representando um passo significativo na tutela dos direitos dos beneficiários das operadoras de planos e seguros privados de assistência a saúde, na medida em que asseguram a cobertura de uma gama de procedimentos não previstos nos primeiros pactos negociais celebrados na vigência da Lei n.º 9.656/98, renovando-os com o passar do tempo.

Não se furtando aos avanços tecnológicos da medicina, a Resolução Normativa – RN n.º 428 editada pela ANS, garantirá aos beneficiários dos planos e seguros privados acesso a procedimentos modernos, com técnicas menos invasivas e recuperação mais rápida que, por sua vez, representam uma redução nos custos assistenciais a saúde do indivíduo, dada a diminuição do tempo de internação, entre outros fatores.

Dentre os benefícios assegurados com a edição da referida Resolução para os planos contratados na vigência da Lei n.º 9.956/98, vale mencionar, a título exemplificativo, a incorporação de 15 novos procedimentos e as alterações nas diretrizes de utilização já existentes, como a inclusão de medicamentos antineoplásicos orais para tratamento de seis tipos de câncer, entre outras.

Essa atualização da cobertura contratual impossibilita que o contrato fique obsoleto, contemplando apenas procedimentos que caíram no desuso e não são mais praticados pelos profissionais médicos, uma vez que as técnicas modernas apresentam-se mais eficazes.

Mais do que simplesmente garantir a cobertura de procedimentos outrora não cobertos pelas operadoras de planos privados de assistência a saúde, as resoluções normativas publicadas pela ANS e, mais recentemente, a Resolução Normativa – RN n.º 428, permitem aos consumidores terem um instrumento de defesa dos seus direitos, bem como conhecimento acerca dos procedimentos que efetivamente são cobertos pelos contratos celebrados com as empresas privadas de prestação de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

CAMARGO, Ricardo Antônio Lucas. **Agências de Regulação no Ordenamento Jurídico-Econômico Brasileiro**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris., 2000.

COIMBRA, Márcio. **O Direito Regulatório Brasileiro Histórico. Direito da Regulação. As Agências Reguladoras**. Publicada no Jornal Síntese n.º 52 – JUNHO/2001, p. 12.

NEVES, Rodrigo Santos. **O Estado Regulador: A Dignidade Humana com Princípio Informador da Regulação do Mercado 1**. Publicada no Jornal Síntese n.º 36 – JULHO/AGOSTO de 2002.

NERY JUNIOR, Nelson. **Leis civis comentadas**. 3. ed., São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

PEREIRA, Caio Mário da Silva, **Instituições de direito civil**. 19. ed., Rio de Janeiro: Forense, 2015.

SANTOS, Fausto Pereira. **Regulamentações Normativas**.

SOUTO, Marcos Juruena Villela. **Desestatização: privatização, concessões e terceirizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2000.

www.ans.gov.br/portal/site/roldeprocedimentos/roldeprocedimentos.asp.