

São Paulo, 7 de dezembro de 2021.

A/C Exmo. Sr. Dr. Ministros

Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça

Ref.: Rol da ANS e o julgamento dos ERESP nº 1886929/SP

Prezados Ministros,

A **Associação Médica Brasileira – AMB**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/ME sob nº 61.413.605/0001-07, com sede na Rua São Carlos do Pinhal, 324, Bela Vista, São Paulo, SP, CEP 01333-903, neste ato representada por seu Presidente, Dr. César Eduardo Fernandes, e pelo seu Diretor de Defesa Profissional, Dr. José Fernando Macedo, vem, através do presente, manifestar seu posicionamento em relação ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), assunto debatido no recurso em referência.

A **AMB** é uma associação civil de âmbito nacional, com personalidade jurídica e forma federativa, sem finalidade lucrativa e de interesse social, fundada há 70 anos, que congrega médicos em todo o território nacional. Dentre seus objetivos institucionais, destacam-se a atualização científica, a contribuição para a elaboração das políticas de saúde e o aperfeiçoamento do sistema médico assistencial público e privado do país. Seus pilares de atuação preceituam uma assistência médica digna, respeitosa e resolutiva à cada paciente na sua singularidade e à população de um modo geral, sempre aliada ao exercício qualificado e digno do trabalho médico.

Como é sabido, a Constituição Federal de 1988, além de instituir o Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema público de saúde, também permitiu que a iniciativa privada prestasse serviços de assistência à saúde¹.

E o Código de Defesa do Consumidor (CDC), instituído pela Lei nº 8.078/90, é norma principiológica que deve ser obedecida por toda a legislação específica do setor de planos e seguros de saúde. O CDC determina que é vedado exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva² e que são nulas as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade³.

¹ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

² Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: (...) V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva; (...).

³ Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: (...) IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; (...) §

1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que: I - ofende os princípios fundamentais do

Os planos e seguros de saúde privados, regulados pela Lei nº 9.656/98, são definidos como uma prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir a assistência à saúde⁴. A norma do artigo 10⁵, da Lei nº 9.656/98 garante a obrigatoriedade de prestação de serviços para o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (atualmente a CID-10). E os incisos desse dispositivo legal preveem expressamente as exceções de cobertura admitidas aos planos e seguros de saúde: tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou antiéticos; e casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

A ANS, no exercício de sua competência legal, passou a editar normas que especificam as regras de cobertura estabelecidas em lei e editar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que consiste em uma lista de procedimentos, exames e tratamentos de cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde. É o que determina a Lei nº 9.961/2000, ao prever que compete à ANS elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656/98⁶.

Para que toda a legislação aplicável ao setor seja observada, o Rol da ANS não pode ser entendido como uma lista taxativa, sendo sim meramente exemplificativa. Trata-se da referência básica para cobertura assistencial mínima pelos planos de saúde, que não inclui a restrição de direitos dos

sistema jurídico a que pertence; II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual; III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

⁴ Art. 1º (...) I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pé 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; (...).

⁵ Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei (...).

⁶ 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; (...).

beneficiários. Ou seja, o fato de um procedimento não estar previsto nesse Rol não justificaria, por si só, a recusa de sua cobertura.

Vale lembrar que **a edição da Lei nº 9.656/98 ocorreu em um contexto de intensa mobilização social pela regulação da garantia das coberturas de planos de saúde**, visto que era comum que planos e seguros de saúde excluíssem a cobertura de tratamentos para diversas doenças, como câncer e AIDS⁷. E recente iniciativa de alteração da lei pela Medida Provisória nº 1.067/2021⁸ na busca de justificar a restrição de coberturas não passou despercebida pela AMB, que prontamente encaminhou proposta de alteração⁹ para deixar claro o papel da ANS na regulação da cobertura no âmbito da saúde suplementar. O texto da MP pode ainda ser alterado ou mesmo perder seus efeitos, caso não seja votado dentro do prazo legal. De qualquer forma, qualquer tentativa de alçar o rol de procedimentos à taxatividade, impondo restrições à cobertura necessária para preservar a saúde do paciente, será inconstitucional.

Diante desse contexto, a **AMB**, conjuntamente com o IDEC, a Fundação Procon, a OAB-SP e a Promotoria da Saúde de São Paulo, além de diversas associações médicas estaduais e sociedades de especialidades médicas, assinaram o Manifesto em defesa da cobertura estabelecida em lei aos usuários de planos de saúde, anexo ao presente ofício, alertando para o risco de grave retrocesso na rede de saúde suplementar, caso o STJ altere o entendimento histórico sobre a natureza exemplificativa do rol de procedimentos de cobertura obrigatória da ANS. Destaca-se também que o retrocesso mencionado atingirá fortemente o sistema público de saúde – o SUS, uma vez que mais estas negativas de cobertura, em razão do procedimento não constar no rol da Agência, cairão sob suas expensas.

Estamos falando dos cuidados de saúde de cerca de 48 milhões de pessoas que, durante décadas, foi garantido pelo Poder Judiciário brasileiro, protetor dos usuários e da autonomia dos médicos.

⁷ Comissão parlamentar de inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde. Relatório Final. Brasília, novembro de 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/52-legislatura/cpisaude/relatoriofinal.pdf>.

⁸ A MP nº 1.067/2021 alterou a redação do §4º do art. 10 da Lei nº 9.656/98, para fazer valer a seguinte redação: " A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes, de procedimentos de alta complexidade e das dispostas nas alíneas "c" do inciso I e "g" do inciso II do caput do art. 12, será estabelecida em norma editada pela ANS".

⁹ Emenda Modificativa nº 19, apresentada pelo Deputado Mauro Nassif, que aguarda análise pelo Congresso Nacional. Disponível em <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9013317&disposition=inline> .

O médico deve continuar tendo autonomia para indicar o tratamento mais adequado ao problema de saúde do paciente. Com todo o respeito, os médicos são as únicas autoridades sanitárias capazes de determinar a pertinência de um tratamento ou procedimento. E os pacientes têm todo o direito de receberem um atendimento de qualidade e eficiência, objetivo primordial do contrato de plano de saúde.

Listas de procedimentos e diferenças de nomenclaturas que geram exclusões indevidas

A taxatividade nos trará prejuízos imensos. E não estamos falando apenas da discussão acerca da incorporação de novas tecnologias no rol, que sempre acompanha este tema. Certamente, o acesso às novas tecnologias é importante, mas conferir ao rol o *status* de taxativo vai propiciar exclusões de cobertura pura e simplesmente em razão de divergências na nomenclatura dos procedimentos ou simples omissão da Agência em incorporar procedimentos amplamente consagrados. Se o pedido médico não indicar exatamente a nomenclatura que consta no rol da ANS, terá a cobertura negada, como já acontece, e o usuário sequer poderá recorrer à Justiça.

Desde 2013, a Agência reguladora utiliza como parâmetro para a atualização do rol de cobertura dos planos de saúde a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. A CBHPM foi criada em 2003 pela AMB¹⁰ justamente como uma referência de procedimentos médicos para fazer frente às práticas abusivas das operadoras, que à época determinavam os mais diversos tipos de exclusões, inviabilizando o atendimento do paciente. Contudo, há procedimentos que constam na CBHPM, mas não constam do rol da ANS.

Além da CBHPM e do rol de procedimentos da ANS, existe também a TUSS, uma tabela criada para padronizar os códigos e as nomenclaturas dos procedimentos médicos para a troca de informações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários. Há procedimentos que constam na TUSS e não constam do rol da ANS, e há procedimentos que constam na CBHPM e não constam na TUSS e no rol, bem como há divergência na nomenclatura dos procedimentos do Rol e da TUSS.

Além disso, a ANS retirou desta Associação a competência para a atualização da TUSS, permitindo também a ingerência das operadoras. Conforme Instrução Normativa DIDES ANS nº 34¹¹, a TUSS foi criada com base na CBHPM (código e descrição de

¹⁰ Trata-se de uma lista estruturada na lógica da hierarquização e codificação de procedimentos médicos, em trabalho coordenado pela FIPE-USP, que vem sendo atualizado desde então, mediante discussão entre todas as sociedades de especialidade médicas.

¹¹ INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 34, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2009

procedimentos), porém incluiu códigos solicitados por operadoras, mantendo, por exemplo, procedimentos das antigas tabelas AMB 1990 e 1992, extintos na CBHPM por serem obsoletos¹².

Atualmente, conforme a RN nº 305¹³, que revogou a citada acima, cabe à própria Agência a atualização da TUSS, o que contribuiu para as disparidades entre a CBHPM, a TUSS e as descrições dos procedimentos que integram o rol de cobertura, criando-se a necessidade de interpretação técnica para cada procedimento solicitado pelo médico assistente do paciente, e piorando as exclusões indevidas.

Ou seja, não há uniformidade nos parâmetros e termos utilizados pelo setor de assistência à saúde suplementar, indicando as incongruências e inadequações que o atual sistema já possui e geram por si só negativas indevidas de cobertura, o que vai piorar se a taxatividade for atribuída ao rol.

Apenas para citar alguns exemplos:

1. DIU – Dispositivo Intrauterino

O DIU - Dispositivo Intrauterino (hormonal e não hormonal) é um método anticoncepcional reversível, de longa duração e de alta eficácia, cuja comprovação de evidência científica é consagrada.

A inserção e a remoção do DIU são atos médicos individualizados e diferentes, devendo ser ambos cobertos pelos planos de saúde.

A remoção do DIU está relacionada, de forma geral, ao vencimento do prazo de utilização, ao descolamento posicional, ao desejo individual da paciente e, em situações menos frequentes, a má adaptação ao método.

Art. 1º As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS para codificação de procedimentos médicos.

§ 1º A Associação Médica Brasileira - AMB é a entidade responsável por definir a codificação e terminologia dos itens da TUSS para procedimentos médicos, assim como dar manutenção e publicidade à mesma, após aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar - COPISS.

¹² Exemplo: renograma.

¹³ RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 305, DE 9 DE OUTUBRO DE 2012

Art. 12. Compete à ANS estabelecer a TUSS e suas posteriores atualizações.

§ 1º A ANS poderá contar com o auxílio de entidades de referência, para elaborar e atualizar a TUSS.

§ 2º A inclusão de novos termos será objeto de análise do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS e da área de padronização e interoperabilidade da ANS.

Contudo, como o Rol da ANS contempla apenas a redação "implante de DIU", as operadoras cobrem a inserção do dispositivo, mas constantemente recusam a cobertura da retirada do dispositivo, bem como o pagamento dos honorários médicos para esse procedimento.

CBHPM		TUSS		ROL
Código	Descrição do procedimento	Código	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento
3.13.03.26-9	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal – inserção	31303269	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal	IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NÃO HORMONAL - INCLUI O DISPOSITIVO
3.13.03.29-3	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal – inserção	31303293	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal	IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL PARA CONTRACEPÇÃO - INCLUI O DISPOSITIVO
3.13.03.37-4	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal – remoção			
3.13.03.38-2	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal – remoção			

Não faz sentido a cobertura apenas do implante e não da retirada do DIU, mas, atualmente, a retirada do dispositivo não consta expressamente no rol. Sendo taxativo o rol, só estará coberto o que lá estiver exatamente nominado e os pacientes sequer poderão questionar inadequações como essa.

2. Cirurgias por via laparoscópica

A Laparoscopia é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva, na qual são feitas pequenas incisões (2 ou 3) para introdução do laparoscópio –equipamento com microcâmera integrada – e dos outros instrumentos cirúrgicos, como pinças, tesouras e grampeadores, visando a manipulação do órgão.

Entretanto, existem diversos tratamentos e cirurgias realizados por via laparoscópica há bastante tempo e que são amplamente consagradas mas, por descuido da ANS, ainda não constam do seu Rol, como é o caso da biópsia renal por laparoscopia¹⁴, a

¹⁴ Biópsia renal por laparoscopia: A avaliação histológica do tecido renal é necessária para a investigação e tratamento de doenças que acometem o rim, pois fornece informações importantes para a determinação do prognóstico e orientação da terapia a ser instituída. Dentre as indicações gerais para realização de biópsia renal destacam-se a insuficiência renal de etiologia desconhecida, a síndrome nefrótica, a

culdoplastia¹⁵ laparoscópica, a epiploplastia¹⁶ por via laparoscópica, entre tantas outras.

CBHPM		TUSS		ROL
Código	Descrição do procedimento	Código	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento
3.11.01.07-0	Biópsia renal cirúrgica unilateral	31101070	Biópsia renal cirúrgica unilateral	BIÓPSIA RENAL CIRÚRGICA
3.11.01.50-0	Biópsia renal laparoscópica unilateral	31101500	Biópsia renal laparoscópica unilateral	
3.13.07.03-5	Culdoplastia (Mac Call, Moschowicz, etc.)	31307035	Culdoplastia (Mac Call, Moschowicz, etc.)	CULDOPLASTIA
3.13.07.17-5	Culdoplastia laparoscópica (Mac Call, Moschowicz, etc.)	31307175	Culdoplastia laparoscópica (Mac Call, Moschowicz, etc.)	
3.13.07.05-1	Epiploplastia ou aplicação de membranas antiaderentes	31307051	Epiploplastia ou aplicação de membranas antiaderentes	EPIPLOPLASTIA
3.13.07.19-1	Epiploplastia ou aplicação de membranas antiaderentes por via laparoscópica	31307191	Epiploplastia ou aplicação de membranas antiaderentes via laparoscópica	

3. Diálise Peritoneal Automática (DPA)

A diálise peritoneal é um tratamento indicado para pacientes que apresentam quadros de insuficiência renal aguda ou crônica. O processo ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural como substituto da função renal. Esse filtro é denominado peritônio, uma membrana que reveste os principais órgãos abdominais. O espaço entre esses órgãos é a cavidade peritoneal, onde um líquido de diálise é colocado na cavidade e drenado, através de um cateter.

Existem duas modalidades de diálise peritoneal¹⁷:

proteinúria e as doenças sistêmicas com suspeita de comprometimento renal, como o lúpus eritematoso sistêmico. A biópsia renal laparoscópica é uma das formas de se obter amostras do tecido renal.

¹⁵ Culdoplastia: cirurgia realizada através de suturas internas para evitar a formação de enterocele (quando o intestino delgado incha através da parte superior da vagina após uma histerectomia), realizada durante a histerectomia, ou após esta, no tratamento do prolapso apical (prolapso uterino e da cúpula vaginal), e utiliza como suporte os ligamentos uterossacros.

¹⁶ Epiploplastia: cirurgia através da qual utiliza-se o epíploo (uma prega constituída por duas camadas de peritônio e que liga os órgãos da cavidade abdominal) para formar uma espécie de septo isolador da cavidade peritoneal.

¹⁷ <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/dialise-peritoneal/>

- i. **Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):** realizada diariamente e de forma manual pelo paciente e/ou familiar, geralmente com 4 trocas ao dia, sendo que o tempo de troca leva aproximadamente 30 minutos.
- ii. **Diálise Peritoneal Automatizada (DPA):** realizada todos os dias, normalmente à noite, em casa, utilizando uma pequena máquina cicladora, que injeta e drena o líquido. O paciente se conecta à máquina, que faz as trocas automaticamente de acordo com a prescrição médica. Como as trocas são feitas à noite e automaticamente, a qualidade de vida do paciente pode ser melhor.

Contudo, o rol da ANS traz a descrição deste procedimento como “diálise peritoneal”. E, não raro, o tratamento pela diálise peritoneal automatizada tem sua cobertura indevidamente recusada pelas operadoras.¹⁸

CBHPM		TUSS		ROL
Código	Descrição do procedimento	Código	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento
3.10.08.04-6	Diálise peritoneal automática (APD) – tratamento 9 dia – treinamento (agudo ou crônico)	31008046	Diálise peritoneal automática (APD) - tratamento (agudo ou crônico)	DIÁLISE PERITONEAL
3.10.08.11-9	Diálise peritoneal automática por mês (agudo ou crônico)	31008119	Diálise peritoneal automática por mês (agudo ou crônico)	

A tabela de correlação entre a TUSS e o rol, abaixo, aponta “NÃO” quando em foco a presença da diálise peritoneal automática nestas duas listas de procedimentos, o que pode ser usado para embasar as negativas de coberturas mencionadas.

Código	Terminologia de Procedimentos e Eventos em Saúde (Tab. 22)	Correlação (Sim/Não)	ROL ANS Resolução Normativa nº 465/2021 alterada pela RN nº 473/2021
31008011	Diálise peritoneal intermitente - agudo ou crônico (por sessão)	SIM	DIÁLISE PERITONEAL
31008020	Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) 9 dias - treinamento	SIM	DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD) - TREINAMENTO
31008038	Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) por mês/paciente	SIM	DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD)
31008046	Diálise peritoneal automática (APD) - tratamento (agudo ou crônico)	NÃO	---
31008119	Diálise peritoneal automática por mês (agudo ou crônico)	NÃO	---

¹⁸ Por exemplo, nos casos discutidos nos autos dos processos nº 1070272-95.2020.8.26.0100 e nº 1090674-47.2013.8.26.0100, que tramitaram perante o Tribunal de Justiça de São Paulo.

Vale esclarecer que a diálise peritoneal automática é um tratamento amplamente consagrado, coberto pelo SUS, e não consta especificamente como cobertura obrigatória pelos planos de saúde, gerando negativas, que podem vir a ser agravadas se o STJ decidir pela taxatividade do rol.

4. Radioterapia ou radiocirurgia estereotóxica corpórea

A radiocirurgia é uma forma de tratamento através da qual é aplicada uma alta dose de radiação na área a ser tratada, como tumores malignos e benignos, malformações arteriovenosas e distúrbios funcionais. Apesar de não se tratar de um procedimento cirúrgico invasivo propriamente dito, convencionou-se denominá-lo de radiocirurgia.

Apesar de a radiocirurgia ser comumente utilizada na área da cabeça, já é reconhecida há anos para uso em outras áreas do corpo, como coluna espinhal, fígado e pulmão, quando a prática médica lhe denomina de radioterapia ou **radiocirurgia estereotóxica corpórea**.

A radiocirurgia está prevista no rol da ANS desde a Resolução CONSU nº 10, publicada em 1998 e jamais foi restrita a determinado seguimento corporal ou patologia/tipo histológico de tumor.

CBHPM		TUSS		ROL
Código	Descrição do procedimento	Código	Descrição do procedimento	Descrição do procedimento
4.12.03.02-0	Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento	41203020	Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento	RADIOCIRURGIA (POR ESTEREOTAXIA OU GAMA-KNIFE)
4.12.03.03-8	Radiocirurgia (RTC) - nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento	41203038	Radiocirurgia (RTC) - nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento	
4.12.03.04-6	Radiocirurgia (RTC) - nível 3, três lesões e/ou de mais de quatro isocentros - por tratamento	41203046	Radiocirurgia (RTC) - nível 3, três lesões e/ou de mais de quatro isocentros - por tratamento	

Contudo, a radiocirurgia estereotóxica corpórea já foi recusada por operadoras¹⁹, com base em interpretação equivocada de que o rol prevê apenas radiocirurgia craniana. A negativa costuma se dar pelo fato de o procedimento **radiocirurgia estereotóxica corpórea** não está previsto nesses exatos termos no rol da ANS.

¹⁹ Por exemplo, nos casos discutidos nos autos dos processos nº 1016426-85.2019.8.26.0008 e nº 1120036-84.2019.8.26.0100, que tramitaram perante o Tribunal de Justiça de São Paulo.

Como se vê, num cenário onde negativas de coberturas se baseiam na literalidade da nomenclatura constante em uma lista de procedimentos e diante das inconsistências injustificáveis desta lista, não podemos aceitar que lhe seja atribuída a taxatividade.

Esta lógica restritiva e prejudicial ao atendimento médico, que na maioria das vezes apenas é revista pelo Judiciário, vai piorar. O STJ não pode deixar que isto aconteça.

Aspectos econômicos e financeiros

Por fim, os aspectos econômicos e financeiros envolvidos ainda carecem de transparência e não podem ser utilizados como argumento para justificar a taxatividade do rol. Com todo o respeito, não faz sentido, diante de todo o arcabouço legislativo aplicável a esta discussão, que a turva busca pelo equilíbrio econômico e financeiro do contrato seja trazida para a fundamentação deste C. Tribunal Cidadão.

Isto porque não há transparência suficiente! Se a lógica do atendimento necessário à saúde do paciente está legislada e devidamente garantida por nosso Poder Judiciário, os aspectos econômicos e financeiros das operadoras de planos de saúde ainda são caixa preta.

O que se sabe é que, a mensalidade do plano de saúde é reajustada anualmente por índices indicados pela ANS, no caso de contratos individuais (apenas 18,32% do mercado atualmente), ou calculados pelas próprias operadoras segundo critérios estabelecidos deliberadamente por cada uma delas, no caso de contratos coletivos. Para se ter uma ideia, no ano de 2020, a variação do IPCA foi de 2,39%, e a ANS autorizou o reajuste para os planos individuais e familiares de 8,14%²⁰, que ficou suspenso por alguns meses em razão da pandemia e depois foi aplicado retroativamente aos consumidores²¹. Os contratos coletivos tiveram reajustes muito maiores²².

Ao reajuste anual, se somam o reajuste por faixa etária e ainda o reajuste por sinistralidade.

²⁰ https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/reajustes-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares/metodologia-de-calculo/tabela_reajustes_individuais.xlsx

²¹ <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-define-que-recomposicao-do-reajuste-suspenso-em-2020-sera-parcelada-em-12-meses>

²² Embora os planos individuais sejam regulados, a oferta desse serviço tem diminuído anualmente e os valores das mensalidades costumam ser bem maiores que o de outras modalidades. A alternativa para os usuários tem sido a contratação de planos coletivos, que são mais baratos na hora da contratação, mas sofrem reajustes muito elevados ao longo dos anos, impedindo o consumidor de permanecer no plano.

Além do mais, são as operadoras que fixam os preços de seus produtos a serem oferecidos no mercado. E, quando da precificação dos planos de saúde, as operadoras já contam com a incidência estatística dos problemas de saúde na população em geral, o que não deixa de ser espécie de sinistralidade presumida, pois considera-se o número de eventos para cada problema de saúde considerando os dados epidemiológicos pertinentes e o tratamento mais comumente utilizado²³. Entretanto, as Notas Técnicas de Registro de Produtos não são documentos disponibilizados.

Ainda assim, posteriormente, as empresas aplicam com frequência reajustes de sinistralidade aos contratos de planos de saúde, sendo-lhes permitido aplicar novo reajuste desta espécie a cada ano de contrato.

Acrescente-se que, em relação aos contratos coletivos, grande maioria dos planos de saúde (mais de 80% do mercado), os reajustes por sinistralidade são aplicados em relação a cada produto individualizado, de modo que o mutualismo fica restrito aos beneficiários da carteira ligada especificamente a determinado plano de saúde comercializado pela operadora²⁴, que muitas vezes possuem menos de 100 pessoas. Acreditamos que o mutualismo, para suportar adequadamente a variação da sinistralidade - número de eventos cobertos durante o período de um ano - deveria ser analisado frente ao total de beneficiários vinculados a cada operadora de plano de saúde e não separadamente por cada plano, impondo a número restrito de pessoas a absorção de sinistralidade em seu grupo.

Vale observar que os reajustes dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários são regulamentados diferenciadamente, conforme § 1º do art. 3º da RN nº 309/2012. Para estes casos, as operadoras devem reunir em um grupo único todos os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual de reajuste. Essa medida, chamada de "Agrupamento de Contratos", tem como objetivo a diluição do risco desses contratos para aplicação do reajuste ao

²³ RDC 28, ANS - Art. 6º As operadoras devem manter um monitoramento periódico dos custos de operação dos seus planos, podendo atualizar a Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP, sempre que ocorrerem alterações nas premissas epidemiológicas, atuariais ou de custos, bem como quaisquer outras que modifiquem o Valor Comercial da Mensalidade (coluna "T" do Anexo II-B da [Instrução Normativa - IN nº 8 da DIPRO](#), de 27 de dezembro de 2002). ([Redação dada pela RN nº 183, de 2008](#)) **[1] [2]**

Art. 7º A ANS poderá determinar a suspensão da comercialização de planos e produtos quando a análise da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto apontar a utilização de parâmetros atuariais e epidemiológicos inconsistentes na fixação dos valores das contraprestações pecuniárias.

²⁴ Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, Tema XII – Reajuste - G) Os contratos de planos coletivos devem ainda prever as seguintes regras para aplicação de reajuste, considerado como qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato (artigo 19, § 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009): 3. na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato;

consumidor, conferindo maior equilíbrio no índice calculado em razão do maior número de beneficiários considerados.

Contudo, ainda assim, nem mesmos esses contratos mais vulneráveis estão protegidos de eventuais abusos.

A planilha para o ano 2019-2020, disponibilizada no site da ANS²⁵, demonstra que o "Agrupamento de Contratos" não impediu reajustes acima, e por vezes o dobro, daquele autorizado para os planos individuais, que no ano 2019-2020 foi de 7,35%²⁶. Observe-se que alguns agrupamentos somaram mais de 500 mil beneficiários, como o Bradesco e Sul América, com reajustes de 13,18% e 14,86% respectivamente.

Registro ANS	Razão Social da Operadora	Agrupamento único ou por tipo de produto	Reajuste (%)	Contratos incluídos no agrupamento	Beneficiários incluídos no agrupamento
27	Salutar Saúde Seguradora S.A.	Único	9,97	1280	5248
477	Sompo Saúde Seguros S.A.	Único	12,80	611	4105
515	Allianz Saúde S/A	Único	14,85	1187	13670
582	Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	Único	12,85	2307	62844
701	Unimed Seguros Saúde S/A	Único	11,29	3186	24878
5711	Bradesco Saúde S.A.	Único	13,18	174801	890193
6246	Sul America Companhia De Seguro Saúde	Único	14,86	139273	589247

Os lucros das empresas sobem, os preços aumentam e a qualidade cai. Isto não faz sentido e não pode ser permitido pelo E. STJ. Em 2020, durante a pandemia do Coronavírus, os lucros das operadoras tiveram de alta de 50% e foram manchetes dos mais variados veículos de imprensa²⁷.

Não se tem notícia de qualquer redução das mensalidades dos consumidores – de planos coletivos – ou ajustes nos honorários médicos. Igualmente, não se tem notícia destes lucros terem sido direcionados a reservas financeiras que pudessem aplacar futuros reajustes de sinistralidade.

²⁵<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>

²⁶<https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5080-ans-limita-em-o-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-ou-familiares>

²⁷ [Lucro das operadoras de planos de saúde tem alta de 49,5% em 2020 | Empresas | Valor Investe \(globo.com\)](https://globo.com);

[Lucro líquido per capita de planos de saúde mais que dobrou em quatro anos \(ipea.gov.br\)](https://ipea.gov.br);

[Em meio à pandemia, operadoras de planos de saúde têm lucros recordes \(correio.brazilense.com.br\)](https://correio.brazilense.com.br)

O rol de procedimentos é benéfico e necessário, mas não pode ser mal – e ilegalmente – interpretado, sob pena de colocar em risco a assistência adequada à saúde dos pacientes, que pressupõe autonomia dos médicos.

Por todo o exposto, a AMB confia que a 2ª Seção de Direito Privado do Superior Tribunal de Justiça, em continuação ao julgamento dos Embargos de Divergência no Recurso Especial nº 1886929/SP, não abrirá brecha para restrições à assistência em saúde e à autonomia médica. O Tribunal Cidadão tem de se manter firme na garantia dos direitos dos pacientes e na autonomia de médicos.

Com votos de elevada estima e consideração,

Atenciosamente,



Dr. César Eduardo Fernandes
Presidente



Karina Grou (7 de December de 2021 17:13 GMT-3)

Karina Grou
OAB/SP 164.466



JOSE FERNANDO MACEDO (15 de December de 2021 15:12 GMT-3)

Dr. José Fernando Macedo
Diretor de Defesa Profissional



Juliana Kozan
OAB/SP 234.476