



X Encontro Brasileiro de Administração Pública.  
ISSN: 2594-5688  
secretaria@sbap.org.br  
Sociedade Brasileira de Administração Pública

**Análise de Impacto Legislativo: PARECER N. 001/2022**

**Ana Helena De Oliveira Pessoa, Luiz Eduardo Sá Roriz, Márcia Cristina De Vasconcellos  
Araújo, Melina Rocha Maracajá Vaz**

**[RELATO TÉCNICO] GT 2 Análise de Políticas Públicas**

## **Análise de Impacto Legislativo: PARECER N. 001/2022**

### **Resumo:**

O objeto do presente trabalho é analisar a inovação legislativa implementada pela Lei nº 14.454, de 21 de setembro 2022, que alterou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Palavras-chave:** Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS. Inovação legislativa; Lei nº14.454

### **Introdução**

Segundo art. 2º da Lei nº 9.656, de 1998, os planos privados de assistência à saúde destinam-se ao fornecimento ou prestação de serviços 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.

Assim, como em muitas áreas da sociedade, a saúde suplementar experimenta ciclos de avanços, em que encontra caminhos a desenvolver-se, e períodos de ameaças ao seu crescimento. Na atualidade, há a dicotomia entre: o recrudescimento no número de beneficiários e; a mudança logística do sistema, ocasionando sucessivas tentativas de mudança normativa, a fim de promover uma política pública mais eficiente a esta questão, na medida em que a saúde é um bem público, que pode ser objeto de prestação por particulares. Não há monopólio do Estado.

Outrossim, diante da mora legislativa na regulamentação da Lei nº 9.656, de 1998 foram propostas inúmeras ações na Justiça, questionando as negativas de cobertura de procedimentos que não se encontravam previstos no rol da ANS.

Há inúmeras discussões sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Após o Superior Tribunal de Justiça (STJ) ter afirmado sua taxatividade, ocorreram diversas iniciativas nas esferas judiciária e legislativa, questionando-a.

Entrementes, exsurge a Lei nº 14.454, de 2022, que ao contrário do decisum pela Corte Infraconstitucional, estabelece que o rol de procedimentos daquela agência é de caráter

exemplificativo, mas com algumas restrições. Isto, conforme será demonstrado ao longo desta manifestação, coloca em xeque a previsibilidade e sustentabilidade do sistema privado de saúde.

### **Da análise jurídica**

Para melhor contextualização, impõe tecer algumas considerações a respeito do julgamento do STJ.

Pois bem. Em 16 de setembro de 2021, a Corte Infraconstitucional deu início ao julgamento do EREsp 1886929/SP e do EREsp 1889704/SP, de Relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão, cujo escopo era uniformizar entendimentos daquela Corte sobre o assunto - suposto dissídio jurisprudencial na leitura dos artigos 10, § 4º, e 35-F da Lei nº 9.656, de 1998 dentro da Segunda Sessão, e propõe que a divergência seja resolvida nos termos do acórdão, de 20/2/2020, no recurso especial 1.733.013.

Em 08 de junho de 2022, o STJ, por maioria (vencidos os Ministros Nancy Andrichi, Paulo de Tarso Sanseverino e Moura Ribeiro, que votaram pelo rol exemplificativo), concluiu o julgamento dos recursos, consolidando a tese de que o rol da ANS era taxativo com exceções (acréscimos trazidos em voto-vista pelo Ministro Villas Bôas Cuevas), superando o dissídio anteriormente instaurado em suas turmas:

A tese firmada foi a seguinte:

1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo;
2. A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol;
3. É possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra rol;
4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que  
(i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

Isto é, as operadoras de saúde ficaram obrigadas a fornecer, em regra, apenas os procedimentos constantes do rol da ANS .

Na tentativa de pacificar o impacto acusado à coletividade usuária dos planos de saúde

privada, o projeto de Lei nº 2033, de 2022, propôs a alteração da Lei nº 9.656, de de 1998.

Contudo, não foi realizada uma análise de impacto legislativo (AIL) “ex ante”, sobre os impactos econômicos e sociais que poderiam ocorrer em decorrência da inovação proposta, contrariando ao menos em tese, o disposto no Decreto nº 9.191, de 1º de novembro de 2017.

Decerto, o objetivo da alteração (enunciação do objetivo da proposição) é encerrar as dúvidas quanto à obrigatoriedade dos planos privados em custear todos os procedimentos indicados pelos profissionais de saúde, independentemente de constarem ou não no rol de procedimentos médicos e terapêuticos constantes no rol da Agência Nacional de Saúde.

Assim, o rol da ANS seria referencial, constando coberturas mínimas e obrigatórias para os planos de saúde privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

A ideia proposta tinha como fundamento de validade a Constituição Federal de 1988, que assim preconiza:

Art. 196. 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 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Por sua vez, o art. 199 da Magna Carta estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderá atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), segundo suas diretrizes, reforçando a premissa de que a saúde é um bem semi- público.

Ademais, vigora no ordenamento jurídico brasileiro, o princípio da dignidade da pessoa humana (Art. 226, § 7º). Para atendimento de tais ditames, há diversos órgãos, entidades e setor privado atuantes de maneira coordenada.

Observe-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é uma autarquia em regime especial (agência reguladora), vinculada ao Ministério da Saúde, a qual visa a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (art. 3º da Lei nº 9.961, de 2000).

De acordo com sítio da ANS, o Rol de Procedimentos e Evento em Saúde:

Estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde para os chamados “planos novos” (planos privados de assistência à saúde comercializados a partir de 02/01/1999), e “planos antigos” adaptados” (planos adquiridos antes de 02/01/1999, mas que foram ajustados aos regramentos

legais, conforme o art. 35, da Lei nº 9.656, de 1998), respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

Registre-se que, o âmbito de alcance dos planos e seguros privados de assistência à saúde está disposto no art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, confira-se:

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 e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

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.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico- assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Ainda, a Resolução Normativa da ANS nº 465/2021, que dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, trata da cobertura obrigatória para os planos privado no anexo I, *in verbis*:

#### Requisitos

1. Exista comprovação da eficácia do tratamento, baseada em evidências científicas ou em planos terapêuticos;
2. Quando houver recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de novas Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC/SUS);
3. Quando houver recomendação de pelo menos 1 órgão de avaliação de tecnologias em saúde com renome internacional e aprovadas em seus países de origem.

De acordo com Henrique Alencar Fiorentino, em artigo intitulado “Da insegurança jurídica dada pela Lei 14.454/22”<sup>1</sup>:

Assim, regulada pelo Estado a partir da Lei 9.656/98 e, salvaguardada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Lei 9.961/00), a saúde suplementar se destaca em três momentos contratuais: não regulamentados, adaptados e regulamentados. Isso porque, o legislativo atrasou-se em sua regulamentação.

Dessa forma, temos que os contratos anteriores e não adaptados à Lei não se vertem pelas regulações ali objetivadas, mas pelas cláusulas que os dispõem, observados os preceitos cíveis, de direito do consumidor e princípios gerais de direito.

Com a edição daquela Lei Regulamentadora, ficou estabelecido que, em contratos comercializados a partir de 1º de janeiro de 1999, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – instituiria um rol de procedimentos à saúde, cuja cobertura seria obrigatória pelo ente privado. A partir daí, muito se discutiu no judiciário acerca dos procedimentos não previstos naquele rol.

Como dito alhures, o STJ decidiu que as operadoras de saúde ficaram obrigadas de fornecer, em regra, apenas os procedimentos constantes do rol da ANS. Neste contexto, a reação do legislador, diante do impacto e pressão social, veio para apaziguar o impacto social e promover a segurança jurídica.

Em que pese a opção do legislador em conferir proteção aos usuários dos planos privados de saúde e ao médio prazo proteger o Sistema Único de Saúde, o *trade off* impactará os contratos firmados entre as partes, pela assimetria de informações e imprevisibilidade, colocando em risco o *pacta sunt servanda*, princípio norteador dos contratos e gerando prejuízo atuarial e insegurança jurídica.

---

<sup>1</sup> Disponível em <https://www.conjur.com.br/2022-out-03/alencar-fiorentino-inseguranca-juridica-dada-lei-14454>. Acessado em 22 de dezembro de 2022.

Se os Planos de Saúde não possuem clareza na cobertura dos riscos que estará sujeito, não existe possibilidade de precificar o serviço que tem o dever de entregar, contexto de total incerteza para ambas as partes (MAGALDI, 2022).

Cabe frisar que lista não tem só os procedimentos, terapias e eventos a serem cobertos, mas também em quais situações devem ter cobertura. Por exemplo, existem previsão e regras de cobertura de laparoscopia ou de cirurgia robótica para determinados procedimentos, bem como uso de medicamentos experimentais de alto custos e não previstos pela Agência de Vigilância Sanitária.

Se não existe clareza nas regras impostas e estudos empíricos que comprovem a eficácia, a saúde passa a ser banalizada. O próprio usuário passa a ficar exposto por achismos de profissionais de saúde, que nem sempre optam por escolhas com comprovada eficácia. Tal cenário, além de abalar o custo do serviço, pode ocasionar, em alguns casos, riscos aos usuários, em razão de sua insuficiência e vulnerabilidade perante o sistema.

Entende-se que, para melhor compreensão do tema, as normas devem ser interpretadas de forma sistemática, a fim de analisar todo arcabouço jurídico que envolve o tema, a exemplo da: i) Constituição Federal de 1988, art. 196, 199, 200 e 226, § 7º; ii) Lei nº 9.656, de 30 de junho de 1998; iii) Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; iv) Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, e ) Resolução Normativa nº 465 de 2021.

Noutro vértice, observa-se que a ANS, enquanto agência reguladora, atua como harmonizadora do interesse público (Estado), do interesse privado (operadoras) e interesse coletivo (consumidores/ usuários).

Logo, observa-se que, **dentre as opções para atingir o objetivo**, poder-se-ia pensar em um papel mais atuante, pró ativo, isto é a ANS deveria acompanhar no sentido de promover maior eficiência, efetividade e eficácia, quando da apreciação das tecnologias submetidas para inclusão no rol.

Também, seria válida a alternativa de coparticipação, de forma que os usuários de serviços custeassem parte dos tratamentos, ensejando o uso racional dos serviços de saúde.

Isto porque, **os impactos econômicos e sociais** da Lei nº 14.451, de 21 de setembro de 2022, serão observados no âmbito financeiro (orçamento) das operadoras de planos de saúde privados, bem como nos contratos de adesão firmados entre esta e os usuários, evitando-se eventual desequilíbrio econômico-financeiro que, decerto, seria repassado a todos os usuários, haja vista o impacto atuarial que sofreria os pactos. Ademais, a imprevisibilidade gera *seleção adversa*, pois, ao invés de abarcar um maior contingente de usuários, privilegiaria um menor número de pessoas e excluiria uma maioria, que diante do aumento dos custos para manter-se

no plano, recorrerá ao SUS, provocando sua sobrecarga.

No que toca às **alternativas aventadas**, salienta-se que os contratos de plano de saúde possuem atributos *sui generis*, devido ao fato de que objeto da prestação é o direito fundamental à saúde e à proteção à dignidade da pessoa humana, direitos indisponíveis e irrenunciáveis.

Portanto, deve-se ter cautela nas proposições a esse respeito, uma vez que o enfraquecimento do sistema privado por desequilíbrio econômico-financeiro, é factível, diante que o “prejuízo” das operadoras será repassado a todos os usuários, em razão do caráter atuarial dos contratos.

Quanto à **análise do custo-benefício da proposição**, a Lei nº 14.454, de 1998, estabelece hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Desta forma, além do rol, o médico pode transcrever um tratamento seguro da doença, desde que comprovada a cientificamente sua eficácia.

Ocorre que, as operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços de saúde, profissionais da saúde pública e privada e os usuários não necessariamente possuem interesses convergentes.

O mercado da saúde é lucrativo e ávido por conflito de interesses, uma vez que, segundo Arthur Cecil Pigou (1962), se os consumidores e os fornecedores não levarem em consideração os custos externos das suas ações, o equilíbrio de mercado não é eficiente (*apud* AYDOS, 2010.)

Apesar de ser uma resposta legislativa à interpretação judicial, falta à lei mecanismos claros de conjugação dos sistemas público e privado, de forma que assegure o equilíbrio econômico-atuarial e segurança jurídica inerentes aos contratos privados (externalidades, custos sociais derivados da modificação legislativa).

Os Planos de saúde se lastreiam no princípio do mutualismo. Ou seja, não é possível entregar tudo a todos. Isso é impossível, financeiramente, enquanto coletividade. Necessariamente existirão escolhas sobre o que vai ser coberto. E essas escolhas passam por três critérios essenciais: eficácia, segurança e custo-efetividade.

Assim, tem-se as seguintes observações:

- i. Não é razoável que se imponha ao sistema como todo o custeio de um tratamento que não se tenha a eficácia aprovada, o que significa que a escolha não deve incidir apenas em um profissional. Razão pela qual, mostra-se prudente a consulta aos órgão como CONITEC, NAJJUS, etc.
- ii. Se o tratamento é seguro para os fins que se destina, não colocando em risco à

saúde do usuário; e

- iii. Deve ser analisado o custo-benefício de se incorporar algo ao rol. Se o custo é muito maior do que o benefício que ele entrega, não deveria se incorporar, uma vez que os recursos são escassos, devendo ser estabelecidas prioridades.

Ademais os dois últimos anos foram muito difíceis. O setor teve um 2020 com resultados financeiros positivos, isso é verdade. Com queda de sinistro e com aumento do número de beneficiários.

Na sequência, 2021 permaneceu complexo. Por duas razões: primeiro que, por causa de 2020, no ano passado os planos individuais, pela primeira vez na história, tiveram uma redução de preço pago pelas pessoas. Isso é inédito em qualquer setor regulado. E mesmo para os planos coletivos, em que o preço não é regulado, o reajuste médio foi de 5% (cinco por cento) e para algumas empresas foi próximo de zero.

Por outro lado, em 2021, as despesas dispararam, primeiro por causa da Covid, que teve a pior onda no primeiro trimestre do ano. Nada se sabia sobre o assunto, tratamentos experimentais eram usualmente deferidos, dentro do contexto que a saúde era prioritária.

Não se pode olvidar, ainda, que em razão da pandemia, muitas demandas ficaram contingenciadas e mesmo reprimidas, em razão da prioridade sanitária eleita à época. Com o fim da pandemia e o consequente, fim do estado de calamidade pública, houve retomada dos procedimentos e as doenças que se encontravam em *stand by* retomaram seu tratamento a todo vigor. Tudo isso penalizou, de forma indistinta, pequenas, médias e grandes operadoras.

## **Recomendações**

Consoante restou demonstrado ao longo deste ensaio, rol exemplificativo é de difícil estimativa de impacto e contribui para um colapso do sistema em curto prazo, em razão da impossibilidade de precisão das despesas médicas, tratamentos experimentais, de alto custos.

Apesar de o direito à saúde ter status de direito fundamental, deve ser considerado o custo todo do sistema, com alternativas que não desequilibrem e provoquem reajustes desproporcionais ou mesmo a falência das operadoras privadas de saúde, visto que estas alternativas denotam-se inviáveis à sociedade, uma vez que desequilibrando o sistema privado, a conta retornará à sociedade, através do Sistema Único de Saúde (SUS), que absorverá indistintamente todos os casos.

Uma possível pressão social pelo controle artificial dos preços, levaria à redução de oferta de planos e à quebra da sustentabilidade dos planos já existentes. Como a escala do setor

é muito grande, um prejuízo pequeno em termos percentuais é, em valores absolutos, muito grande. Este fenômeno acarreta prejuízos em todo o setor de forma sistêmica. Mesmo com as reservas (financeiras), as operadoras não conseguiriam conviver com déficits recorrentes, por causa da escala. Ou seja, um índice negativo representa um colapso.

Ainda, a instabilidade das regras são uma das principais causas da redução considerável do número de empresas na saúde suplementar. Toda a discussão de inserção de novas terapias, indiscutivelmente está ligada ao princípio da previsibilidade e com forte contorno econômico e de consequências sociais.

### **Referências**

AYDOS, Elena L. P. **Tributação Ambiental no Brasil**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Direito, Programa de Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito à obtenção do título de Mestre em Direito, Estado e Sociedade. Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://1library.org/document/qvpx78dq-tributacao-ambiental-no-brasil-fundamentos-e-perspectivas.html>. Acesso em: 25 de outubro de 2022.

**BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

**BRASIL. Lei Federal Nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656compilado.htm). Acesso em: 06 de outubro de 2022. Acesso em: 07 de outubro de 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.454-de-21-de-setembro-de-2022-431275000>. Acesso em: 07 de outubro de 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm). Acesso em: 07 de outubro de 2022.

\_\_\_\_\_. **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 contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde. Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDAzMw==>. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

FIorentino, Henrique Alencar. **Da insegurança jurídica da pela Lei 14.454/22**. Opinião, 03 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-out-03/alencar-fiorentino-inseguranca-juridica-dada-lei-14454>. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

MAGALDI, Gustavo. **Ter ou não ter um rol, eis a questão**. Revista Visão Saúde. Jul/Ag/set. de 2022. Ano 7 nº 24. ISSN 2448-0630. Disponível em: <https://visaosaude.com.br/revista/visao-saude-v24.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2022.