

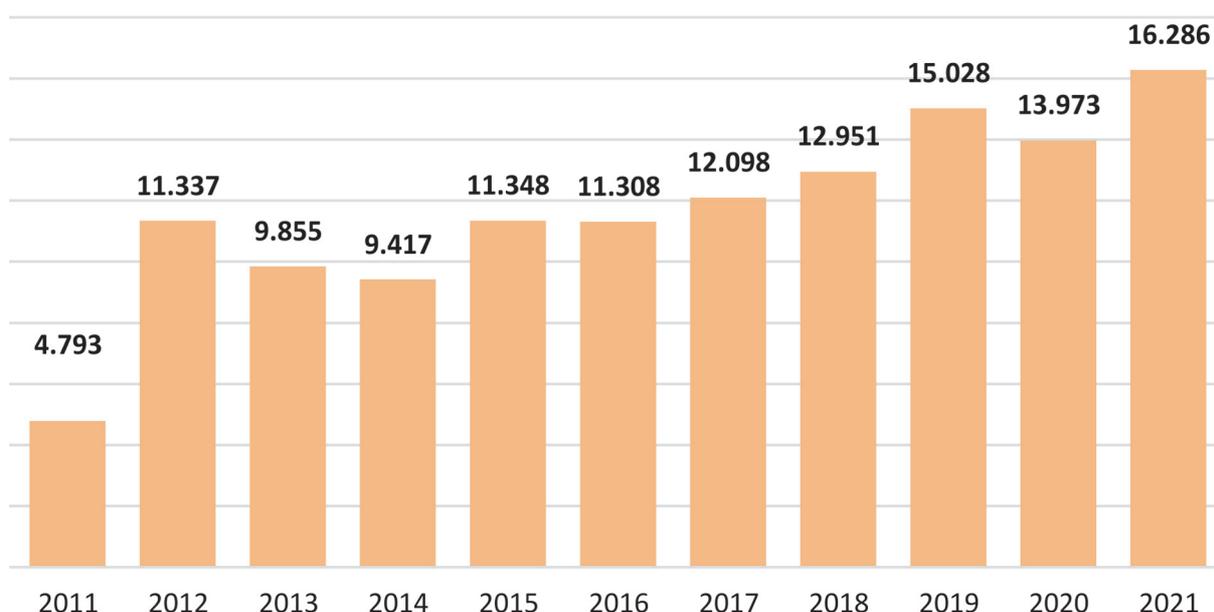
Decisões judiciais sobre planos de saúde têm recorde histórico em São Paulo

Em 2021, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) julgou, em segunda instância, 16.286 ações relacionadas a planos de saúde (Gráfico 1). É o maior número desde o início da série histórica sobre a judicialização da assistência suplementar em São Paulo, em 2011, quando foram julgadas 4.793 ações.

Os dados integram o mais recente levantamento realizado pelo Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas (GEPS), do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FMUSP).

Entre janeiro e abril de 2022, o TJSP já havia julgado 4.550 ações envolvendo planos de saúde em segunda instância. A cidade de São Paulo concentra a metade dos processos judiciais sobre planos privados em todo o estado.

GRÁFICO 1 - Decisões judiciais sobre planos de saúde proferidas em segunda instância no TJSP - 2011 a 2021



Fonte: GEPS/DMP/FMUSP e TJSP.

Judicialização cresce mais que número de usuários

Em 2021, a taxa de cobertura dos planos de saúde – percentual de beneficiários em relação à população geral – foi de 37,2% no estado de São Paulo (Quadro 1).

Desde 2016 a taxa se mantém abaixo de 40%, uma retração, entre outros motivos, devido à crise econômica e ao desemprego.

O número de usuários de planos de saúde no estado em 2021 (17,3 milhões) foi menor do que o registrado em 2011 (17,5 milhões), ainda que tenha crescido em relação a 2020 (17,1 milhões), primeiro ano da pandemia da Covid-19.

QUADRO 1 - Número de usuários de planos de assistência médico-hospitalar (em milhões), população e taxa de cobertura dos planos de saúde. Estado de São Paulo - 2011 a 2021

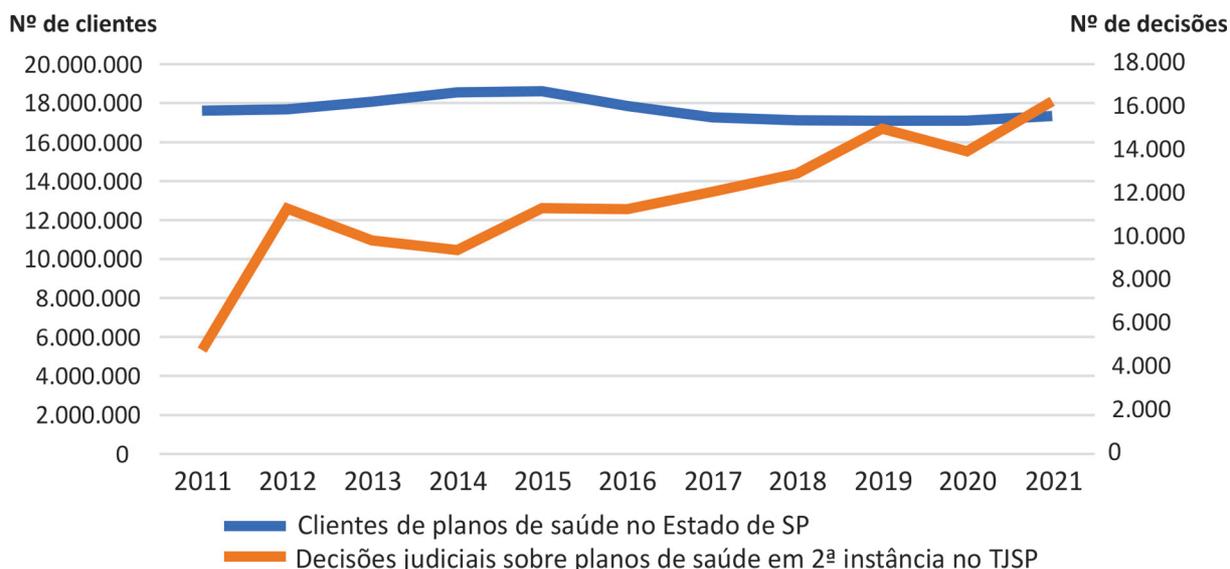
Ano	Beneficiários (milhares)	População (milhares)	Taxa de Cobertura
2011	17.544	41.587	42,2%
2012	17.678	41.901	42,2%
2013	18.084	43.664	41,4%
2014	18.555	44.035	42,1%
2015	18.613	44.396	41,9%
2016	17.856	44.750	39,9%
2017	17.275	45.095	38,3%
2018	17.114	45.539	37,6%
2019	17.098	45.919	37,2%
2020	17.103	46.289	36,9%
2021	17.336	46.649	37,2%

Fonte: ANS e IBGE. *Dados relativos ao mês de dezembro.

Taxa de Cobertura: beneficiários de planos em relação à população do Estado.

Desde 2016 a judicialização da assistência suplementar em São Paulo cresce em ritmo mais acelerado que a população coberta por planos de saúde (Gráfico 2). Nem a queda no número de usuários após 2015 alterou a tendência de crescimento das decisões judiciais.

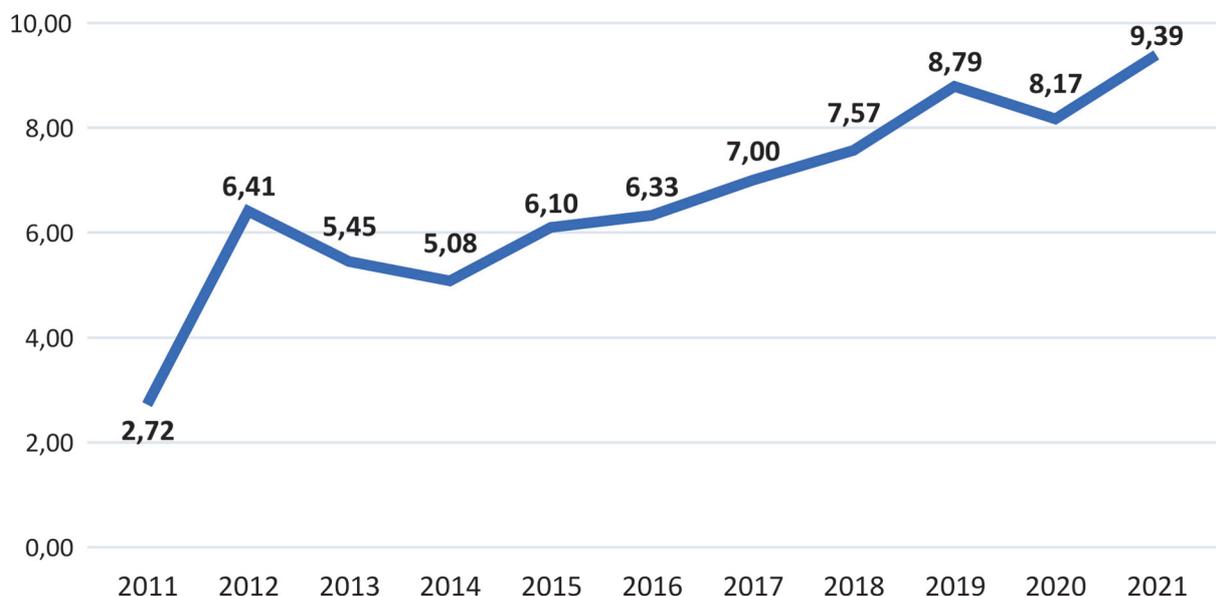
GRÁFICO 2 - Evolução do número de clientes de planos de saúde no Estado de São Paulo e das decisões judiciais sobre planos de saúde proferidas em segunda instância no TJSP - 2011 a 2021



Fonte: GEPS/DMP/FMUSP e TJSP.

A taxa de judicialização – número de decisões judiciais em segunda instância por 10 mil usuários de planos de saúde – cresceu nos últimos dez anos, com breve estagnação em 2020, possivelmente devido a efeitos da pandemia na capacidade de julgamentos pelo TJSP (Gráfico 3). Em 2021, a taxa de 9,39 foi a maior da série histórica, desde 2011, quando era de apenas 2,72. Tendo em vista o ano atípico de 2020, um possível “represamento” de casos a serem julgados pode ter ocasionado maior volume de decisões judiciais em 2021.

GRÁFICO 3 - Número de decisões judiciais em segunda instância por 10 mil usuários de planos de saúde no Estado de São Paulo - 2011 a 2021



Fonte: GEPS/DMP/FMUSP e TJSP.

Coberturas negadas e reajustes abusivos

O GEPS/FMUSP analisou detalhadamente um conjunto de 11.627 acórdãos, publicados em 2018 e 2019, que julgaram em segunda instância ações ajuizadas na Comarca de São Paulo do TJSP. A leitura das decisões revela os principais motivos que levam pacientes à justiça contra planos de saúde (Quadro 2).

A maioria das demandas judiciais foi motivada pela negativa de coberturas assistenciais (48,2%). Em seguida vêm os reajustes de mensalidade (25,9%), a continuidade do contrato para aposentados e demitidos (14,6%) e a rescisão unilateral do contrato pela operadora (7,1%).

QUADRO 2 - **Decisões judiciais contra planos de saúde, segundo motivo da ação, ajuizadas na Comarca de São Paulo e julgadas em segunda instância pelo TJSP - 2018 e 2019**

Motivo	Nº	%
Exclusão/negativa de cobertura	5.604	48,2%
Reajuste	3.008	25,9%
Manutenção do plano após aposentadoria ou demissão	1.692	14,6%
Rescisão unilateral do contrato	823	7,1%

Fonte: GEPS/DMP/FMUSP e TJSP. *Apenas assuntos mais frequentes. A mesma decisão pode conter mais de um tema.

No total, foram 5.604 ações sobre exclusões e negativas de cobertura, entre as quais 2.493 (44,5%) envolveram terapias e tratamentos diversos, incluindo cirurgias, hemodiálise, radioterapia, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia, assim como outros tratamentos ambulatoriais e hospitalares.

Entre as exclusões de coberturas, destacam-se também as internações hospitalares e em UTIs (1.364 negativas ou 24,3%) além de internações psiquiátricas e domiciliares. Já o não fornecimento de medicamentos, tanto para uso ambulatorial/hospitalar (a exemplo de quimioterapias) quanto de dispensação em farmácia, foi reclamado em 1.286 ações (22,9%). Houve, ainda, negativa de fornecimento de órteses, próteses, stents cardíacos ou materiais necessários à realização de cirurgias (585 ações ou 10,4%).

Entre as demandas negadas pelas operadoras, há procedimentos, tratamentos e cirurgias específicas, não incluídas no rol da ANS. Destacam-se, por exemplo, a terapia ABA para crianças com Transtorno do Espectro Autista (187 ações) e tratamentos quimioterápicos contra o câncer (176 ações).

Nos acórdãos analisados, a mesma ação pode conter mais de uma demanda ou procedimento negado.

Aproximadamente um quarto do total das decisões (25,9%) envolve reclamações sobre reajustes de mensalidades dos planos de saúde, seja pelo aumento anual, por sinistralidade ou em função de faixa etária.

Problemas relacionados a contratos de planos coletivos, após o fim do vínculo do beneficiário com o empregador por aposentadoria ou por demissão, motivaram 14,6% das ações entre os acórdãos analisados. São demandas relacionadas à manutenção do beneficiário no contrato, presente em 887 ou 50,7% deste conjunto, e à discussão do valor da contraprestação imposta a aposentados, presente em 805 ou 46% das decisões.

Por fim, destacam-se as demandas relacionadas à rescisão unilateral de contratos pelas operadoras, imotivada ou sob alegação de inadimplência/fraude, presentes em 7,1% das decisões analisadas.

Resultados das decisões judiciais

Nos acórdãos analisados, 81,2% das demandas tiveram resultado favorável ao usuário que moveu a ação contra o plano de saúde. Em 69,9% dos casos o pleito foi integralmente aceito e, em 11,3%, a pretensão foi acolhida parcialmente. Em apenas 18,8% dos julgados a decisão foi totalmente desfavorável ao beneficiário (Quadro 3).

QUADRO 3 - Decisões judiciais relacionadas a planos de saúde, segundo resultado, ajuizadas na Comarca de São Paulo e julgadas em segunda instância pelo TJSP - 2018 e 2019

Resultado	Total	%
FAVORÁVEL AO USUÁRIO	9.437	81,2%
<i>Totalmente</i>	8.122	69,9%
<i>Parcialmente</i>	1.315	11,3
DESFAVORÁVEL AO USUÁRIO	2.190	18,8
Total	11.627	100,0

Fonte: GEPS/DMP/FMUSP e TJSP.

Justificativa para negar coberturas

Foram também analisados, no conjunto de 11.627 acórdãos, os argumentos apresentados pelas operadoras de planos de saúde.

A alegação mais frequente das empresas para negativas de cobertura é o fato de o procedimento ou atendimento solicitado pelo paciente não estar previsto em contrato. O segundo argumento mais usado é a não inclusão do procedimento no rol da ANS.

QUADRO 4 - Principais argumentos utilizados pelas operadoras de planos de saúde, em demandas relacionadas a exclusões de coberturas, ajuizadas na Comarca de São Paulo e julgadas em segunda instância no TJSP - 2018 e 2019

Argumento da operadora	Menções	% (n=5.604)
A cobertura solicitada não está prevista em contrato	3.310	59,1%
Procedimento não consta do rol da ANS	2.349	41,9%
Lei 9.656/98 permite a negativa	1.589	28,4%
Resolução da ANS permite a negativa	1.235	22,0%
Procedimento realizado fora da rede credenciada	496	8,9%
Não cumprimento de carência/cobertura parcial temporária	357	6,4%
Medicamento sem registro na Anvisa	219	3,9%

Fonte: GEPS/DMP/FMUSP e TJSP.* Mais de um argumento pode ter sido mencionado no mesmo acórdão.

O questionamento sobre o caráter do rol da ANS é recorrente no Judiciário. Os dados do presente levantamento podem, inclusive, estar subestimados, já que os acórdãos não necessariamente mencionam todas as informações dos autos.

A lei prevê casos em que a negativa de cobertura é justificável, como a realização de procedimentos fora da rede credenciada, o não cumprimento de carências ou a ausência de registro de medicamento na Anvisa.

As operadoras, contudo, excluem comumente as coberturas de procedimentos que não constam no rol da ANS, apoiadas na interpretação do caráter “taxativo” do rol, mesmo não havendo determinações legais neste sentido.

No total das demandas contra planos, 81,2% das decisões do TJSP foram favoráveis ao usuário, total ou parcialmente. Quando se trata de negativas de cobertura, o percentual sobe para 92,8% das decisões. O resultado a favor do paciente é ainda mais frequente quando as operadoras alegam a não inclusão no rol da ANS para justificar a negativa da cobertura. Nesses casos, 97,6% das decisões são favoráveis aos pacientes.

Considerações finais

O aumento da judicialização contra planos de saúde é evidente, seja em números absolutos ou em relação à evolução da população coberta pela assistência suplementar. Em São Paulo, a taxa de judicialização aumentou quatro vezes nos últimos dez anos.

Entre os motivos que levam usuários à Justiça, destacam-se as negativas de cobertura e os reajustes de mensalidade que, juntos, representam cerca de 75% das demandas.

No caso das negativas de cobertura, é frequente os planos utilizarem a justificativa de que o procedimento reclamado não está incluído no rol da ANS.

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo afirma, na maioria dos casos, que as demandas são legítimas, razão pela qual predominam os resultados favoráveis aos pacientes.

O TJSP fundamenta suas decisões principalmente em súmulas do próprio Tribunal, na Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98) e no Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

O presente estudo contribui para o debate em torno de outros levantamentos que registraram alto volume da judicialização na assistência suplementar. Conforme divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ)¹, entre 2015 e 2021 foram registrados, por ano, em média, 400 mil novas ações judiciais envolvendo a saúde no Brasil, sendo 130 mil relacionadas a planos e seguros de saúde.

A discussão sobre o rol da ANS estava, em junho de 2022, em pauta no Superior Tribunal de Justiça (STJ). É aguardada decisão do STJ contendo seu entendimento sobre o caráter do rol, jurisprudência que pode influenciar decisões futuras dos tribunais estaduais.

Os temas da judicialização e do direito à saúde são de interesse de toda a sociedade. Por isso, devem ser objetos de constante monitoramento, análises e debates.

¹ Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Seminário Judicialização da Saúde Suplementar. 27/04/2022. <https://www.youtube.com/watch?v=L6Uar2UKFVE>



Metodologia e limitações do estudo

A fonte do levantamento foi a base pública *online* de decisões do TJSP, através do sistema de consulta de jurisprudência do e-SAJ (Sistema de Automação da Justiça). A base compila todas as decisões proferidas pelo órgão em segunda instância acessíveis publicamente. A judicialização que envolve planos de saúde está subestimada neste estudo, pois não foram consideradas as ações que deram entrada, foram distribuídas e tramitam na Justiça, ainda sem julgamento final, a exemplo das sentenças proferidas apenas por juízes em primeira instância. O estudo também é limitado ao Estado de São Paulo.

Para o total de decisões judiciais, foram levantados, em maio de 2022, todos os acórdãos proferidos entre os anos de 2011 e 2021, indexados sob os assuntos “Planos de Saúde” (6233), “Planos de Saúde” (12486), “Matéria relacionada a plano/seguro de saúde/convênio médico” (10000983) e “Plano de Saúde” (100001132).

Para o estudo dos motivos das ações judiciais foram analisados em profundidade acórdãos proferidos em ações ajuizadas na Comarca de São Paulo e julgados em 2018 e 2019. A limitação em dois anos e à Comarca da capital deveu-se à necessidade de restringir a quantidade de ações, compatível com a duração do estudo e o número de pesquisadores.

Foram selecionados apenas os casos ajuizados por pacientes contra operadoras de planos de saúde e descartados acórdãos que tratassem apenas de indenização por danos morais ou questões processuais. Os dados foram coletados a partir da análise qualitativa do inteiro teor dos acórdãos, por meio da aplicação de instrumento padronizado de pesquisa (questionário) em cada acórdão.

Há pequenas variações nos números de decisões conforme a data da consulta, principalmente de anos mais recentes, devido à dinâmica de alimentação e atualização do sistema e-SAJ *online*. Tais divergências, no entanto, não foram significativas ao longo do levantamento.

Não foram objeto do estudo as decisões liminares e/ou de tutela antecipada, concedidas em julgamento preliminar. Embora sejam numerosas, o descarte levou em conta o caráter provisório dessas decisões e a indisponibilidade desses dados para consulta pública.

A pandemia de Covid-19 pode ter impactado o funcionamento interno e a capacidade julgadora do TJSP, afetando dados para os anos de 2020 e 2021. O estudo não capta a judicialização contra planos de saúde diretamente relacionada a problemas ocorridos com usuários durante a pandemia, pois envolve, na maioria dos casos, ações iniciadas em anos anteriores a 2020.

Coordenador: Prof. Mário Scheffer (DMP-FMUSP)

Pesquisadores: Lucas Andrietta, Rafael Robba, Marina Magalhães, Juliana Kozan, Karina Grou, Caio Henrique Sampaio Fernandes e Letícia Caboatan.

Grupo de pesquisa: <https://sites.usp.br/geps/>