

Fundação Faculdade de Medicina

Projeto: Planos e Seguros de Saúde no Brasil: judicialização, regulamentação, incorporação de tecnologias e interfaces entre o Público e o Privado

Relatório Técnico

Coordenador: Prof. Dr. Mário César Scheffer

Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo

SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

STJ - Superior Tribunal de Justiça

SUS - Sistema Único de Saúde

TJSP - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

GEPS/USP – Grupo de Estudos Sobre Planos de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Critérios de busca aplicados ao campo indexado de assuntos no e-SAJ para realização da pesquisa de acórdãos	8
--	---

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resultados da busca de acórdãos no e-SAJ/TJSP a partir dos critérios eleitos para realização da pesquisa..... 8

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por resultado do julgamento	16
Tabela 2 – Ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por ano e resultado do julgamento	18
Tabela 3 – Ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por ano de ajuizamento	19
Tabela 4 – Tempo entre distribuição do processo e julgamento em 2ª instância de ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019.....	21
Tabela 5 – Espécies recursais em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019	22
Tabela 6 – Autoria de ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019	24
Tabela 7 – Temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por autoria da ação	25
Tabela 8 – Posição recursal das operadoras de planos de saúde em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por autoria da ação	28
Tabela 9 – Operadoras de planos de saúde demandadas em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas	31
Tabela 10 – Temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas.....	33
Tabela 11 – Agrupamentos dos temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas	34
Tabela 12 – Tratamentos e serviços demandados em ações sobre exclusão/negativa de cobertura ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas e resultado do julgamento	39

Tabela 13 – Dez medicamentos mais demandados em ações demandando a cobertura de fármacos ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas	41
Tabela 14 – Demandas relacionadas à rescisão unilateral de contratos coletivos por operadoras de saúde em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por autoria e resultado do julgamento	54
Tabela 15 – Tipos de planos que foram objeto de ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por autoria e resultado do julgamento	59
Tabela 16 – Argumentos de operadoras de planos de saúde mencionados em acórdãos proferidos em julgamento de ações contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019	61
Tabela 17 – Argumentos de operadoras de planos de saúde mencionados em acórdãos proferidos em julgamento de ações contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por tema material demandado na ação	62
Tabela 18 – Participação de idosos e/ou aposentados enquanto demandantes em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019.....	65
Tabela 19 – Temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde por idosos e/ou aposentados, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019.....	66
Tabela 20 – Argumentos utilizados na fundamentação do voto vencedor em acórdãos proferidos em julgamento de ações contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por resultado do julgamento	68
Tabela 21 – Fundamentação do voto vencedor em acórdãos proferidos em julgamento de ações contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por menção a recursos repetitivos do STJ* e resultado do julgamento	69

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA	6
RESULTADOS	16
Resultado das demandas	16
Ano de julgamento	18
Ano de propositura	19
Espécies recursais.....	22
Autor da ação	23
Posição da operadora de plano de saúde	28
Operadoras demandadas	29
Operadoras mais demandadas (2018-2019)	31
Administradora de benefícios demandada.....	32
Tema material da demanda	32
Exclusão de cobertura	34
Reajustes de mensalidade.....	41
Problemas relacionados à manutenção do plano de saúde após o fim do vínculo com a pessoa jurídica contratante.....	48
Resilição/cancelamento unilateral do contrato coletivo pela operadora	54
Liquidação extrajudicial, quebra, falência, regime especial de direção técnica ou fiscal ou alienação de carteira nas operadoras demandadas	56
Tipo de plano	57
Argumentos das operadoras.....	60
Idoso e aposentado nas demandas.....	64
Fundamentação da decisão.....	67
PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA E DIVULGAÇÃO	72
Produção científica	72
Produção técnica	75
Divulgação na mídia	81
Seminário de divulgação de resultados do estudo	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
RECOMENDAÇÕES	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ANEXO I.....	97
ANEXO II (QUESTIONÁRIO).....	100
ANEXO III (BANCO DE DADOS)	109
ANEXO IV (REVISÃO BIBLIOGRÁFICA)	110

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde consiste no movimento crescente de cidadãos que buscam o direito à saúde através dos órgãos da Justiça, e se insere em um fenômeno jurídico, político e sociológico mais amplo de judicialização de políticas públicas, em especial das relacionadas à efetivação de direitos sociais (Vianna, Carvalho e Melo et. al, 2014).

Ainda que não se trate de um fenômeno recente, o crescimento das ações judiciais relacionadas ao direito à saúde no Brasil se intensificou muito nos últimos anos: apenas entre 2010 e 2017, estima-se que ações sobre o tema ajuizadas em primeira instância tenham mais do que triplicado a nível nacional (Azevedo e Aith et. al, 2019). Trata-se, nesse sentido, de um fenômeno de interesse atual, sobre o qual existe ativa e contínua produção científica.

Há evidências dos efeitos negativos das ações judiciais na gestão das políticas públicas e privadas de saúde, capazes de trazer distorções, incorporar de maneira acrítica tecnologias e procedimentos ao sistema, gerar iniquidades no acesso à saúde, expressar privilégios de determinados grupos e indivíduos em detrimento da coletividade e atender a lobbies e interesses particulares (Vieira e Zucchi, 2007; Marques e Dallari, 2007; Chieffi e Barata, 2009).

De outro lado, o acesso à justiça também pode ser utilizado de forma favorável à efetivação do direito à saúde, especialmente ao assegurar a participação e a representação de atores e grupos tradicionalmente excluídos ou negligenciados nas instâncias decisórias (Nobre, 2011; Salazar e Grou, 2009; Pepe, Figueiredo e Simas et. al, 2010). Estes são exemplos a ilustrarem o argumento de que a judicialização nem sempre representa distorções no processo de *policymaking*, podendo ser, em verdade, mobilizada como ferramenta de inclusão ou de recomposição de equilíbrios.

A maior parte da produção sobre a judicialização da saúde foca no objeto do Sistema Único de Saúde (SUS) e, particularmente, na análise de ações demandando do setor público o fornecimento de medicamentos, insumos ou

procedimentos (Marques e Dallari, 2007; Vieira e Zucchi, 2007; Andrade, 2008; Pepe, Figueiredo e Simas et. al, 2008; Chieffi e Barata, 2009; Menicucci e Machado, 2010; Macedo, Lopes e Barberato-Filho, 2011; Leitão, 2014; Cantanheide, Lisboa e Souza, 2016). Apesar do alto volume de judicialização também no âmbito da saúde privada e, inclusive, da sua preponderância sobre a judicialização contra o SUS em alguns tribunais (Trettel, 2010; Trettel, Kozan e Scheffer, 2018; Azevedo e Aith et. al, 2019), este aspecto do fenômeno é muito menos estudado.

O número de beneficiários vinculados ao setor de saúde suplementar cresce de maneira consistente desde a sua regulamentação. De 31 milhões usuários de planos de assistência médica em dezembro de 2000¹, o número passou para cerca de 49 milhões em dezembro de 2021² (equivalente, naquela data, a 23% da população³). Somados os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, o número chega a aproximadamente 78 milhões de indivíduos no Brasil (37% da população).

Este crescimento constante no número de beneficiários de planos de saúde está diretamente relacionado à expansão da presença de planos coletivos⁴ no

¹ Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2015.

² SIB/ANS/MS - 01/2022.

³ Considerando a população total de 213.317.639 - IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

⁴ O setor de planos de saúde adota uma série de classificações peculiares, que lhe são próprias. Tais denominações expressam as diferentes formas e datas de contratação. A depender do tipo de contrato, as consequências jurídicas podem ser diversas:

Contrato individual ou familiar: plano de saúde contratado diretamente pela pessoa física com a operadora de plano de saúde, sem a presença de intermediários, para si (contrato individual) ou para si e seus dependentes (contrato familiar).

Contrato coletivo: plano de saúde assinado no qual existe a intermediação na contratação de uma pessoa jurídica. Essa pessoa jurídica é a que figura formalmente como contratante da operadora de plano de saúde, representando os usuários. Podem ser contratos coletivos empresariais – pessoa jurídica intermediária é o empregador, que contrata plano de saúde para seus empregados – ou contratos coletivos por adesão – pessoa jurídica intermediária é sindicato ou associação, que realiza a contratação do plano de saúde em benefício de seus afiliados.

Contrato antigo: contrato assinado até 1º de janeiro de 1999, antes da entrada em vigor de dispositivos da Lei nº 9.656/98, responsável pela regulação do setor de planos de saúde, que estabeleceram critérios mínimos de contratação, como a obrigatoriedade de cobertura de todas as doenças listadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), prazos máximos de carências e regulação de reajustes de contratos individuais pela ANS.

Contrato adaptado: contrato que, embora assinado antes de 1º de janeiro de 1999, foi adaptado às regras básicas de contratação estabelecidas na Lei nº 9.656/98. Tal contrato é tratado, portanto, segundo as mesmas regras aplicadas aos contratos novos.

Contrato novo: contrato assinado a partir de 2 de janeiro de 1999. Obedece as regras mínimas estabelecidas pela Lei nº 9.656/98 referentes a carência, coberturas, reajustes etc.

mercado. De 2000 a 2021, a quantidade de beneficiários desta modalidade de contratação aumentou de 11 milhões para 40 milhões. No mesmo período, o número de beneficiários de contratos individuais saltou de 5,6 milhões para 8,9 milhões (2014)⁵. Significa que, atualmente, praticamente 82% dos beneficiários de planos de saúde encontram-se em contratos coletivos⁶, que contam com menor regulamentação legal e setorial, especialmente em relação à aplicação de reajustes e ao cancelamento unilateral dos contratos.

Os valores movimentados pelo setor são astronômicos: em 2021, a receita de contraprestações de operadoras médico-hospitalares ultrapassou R\$178 bilhões⁷, representando mais de 140% do orçamento do Ministério da Saúde originalmente aprovado para aquele ano (Lei 14.144/2021)⁸. O gasto com planos de saúde no Brasil - que, rememore-se, atendem a apenas 23% da população - representava, em 2018, 29,3% do gasto total em saúde no país, contra 42% de participação de gastos públicos (Andrietta, Monte-Cardoso e Sestelo et. al, 2021). Mesmo no contexto das graves crises econômica e, mais recentemente, sanitária, as receitas e lucros do setor da saúde suplementar têm crescido no país de forma constante e em ritmo muito superior ao de aumento do número de beneficiários (ibid.). Por todas estas perspectivas, os planos de saúde representam uma grande força assistencial e financeira no país, cuja atuação impacta diretamente nos serviços de saúde (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2014).

A conjunção da relevante taxa de cobertura de planos na população, da progressiva coletivização dos contratos, do vertiginoso crescimento econômico do setor e, em decorrência dele, das disputas políticas em torno da flexibilização da sua regulamentação (Bahia, Scheffer e Dal Poz et. al, 2016; Marinho, 2017; GEPS e GPDES, 2021), cria um contexto de disputas multifacetadas em que o Poder Judiciário é frequentemente chamado a intervir. Casos como a recente discussão sobre a taxatividade do rol no STJ são a manifestação máxima desse fenômeno, mas essas disputas também se dão em nível individual, na figura das

⁵ SIB/ANS/MS - 01/2022.

⁶ Total de beneficiários em dez/2021: 48.932.711 - SIB/ANS/MS - 01/2022.

⁷ DIOPS/ANS/MS - 29/11/2021 e FIP - 12/2006.

⁸ Desconsideradas as despesas previdenciárias, encargos especiais, reserva de contingência e os recursos extraordinários relacionados ao enfrentamento da pandemia de COVID-19.

milhares de ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde nos tribunais estaduais todos os anos.

Os estudos que tratam da judicialização contra planos de saúde descrevem a manifestação destas disputas individuais de diversas perspectivas: alguns focam no detalhamento da motivação das demandas (Scheffer, 2014; Oliveira, 2010; Pires et al, 2008); outros, no comportamento do Judiciário (Trettel, 2010; Souza, Vianna e Scheffer et. al, 2007), e; ainda, alguns abordam os efeitos econômicos da judicialização nas relações contratuais entre clientes e planos de saúde (Gonçalves e Machado, 2011; Cunha, Maluf e Jacob et. al, 2013). Contudo, os trabalhos geralmente tratam de amostras pequenas e, conseqüentemente, não são capazes de construir uma visão panorâmica sobre o fenômeno da judicialização e as suas múltiplas manifestações.

Diante das lacunas identificadas na literatura, foi desenvolvida a presente pesquisa, intitulada “Planos e Seguros de Saúde no Brasil: judicialização, regulamentação, incorporação de tecnologias e interfaces entre o Público e o Privado”. O trabalho busca, principalmente, prover uma compreensão sistêmica do fenômeno da judicialização na saúde suplementar através de levantamentos quantitativos e qualitativos na base de dados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP).

A pesquisa traz contribuições e inovações relevantes para o campo. Trata-se do maior levantamento qualitativo atualmente disponível sobre a judicialização na saúde suplementar, tanto em termos do tamanho da amostra (mais de 11 mil acórdãos) quanto em relação às informações levantadas. Os resultados qualitativos, cotejados com o levantamento quantitativo continuado, permitem que se trace um panorama detalhado a respeito da evolução do fenômeno, para além da sua descrição estática. Além das contribuições teóricas, o trabalho também consolida uma robusta metodologia para levantamentos massivos de informações a partir de acórdãos judiciais, aprimorando métodos correntes na literatura.

Este relatório compila os resultados das pesquisas quanti e qualitativa, bem como as produções técnicas e científicas delas derivadas. Além das informações

compiladas neste relatório, foram produzidos, a partir dos resultados dos levantamentos, quatro artigos científicos, um seminário de divulgação e diversos boletins e relatórios técnicos de disseminação.

Este projeto foi realizado junto ao Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), sob coordenação geral do Prof. Dr. Mário César Scheffer e coordenação de campo do Dr. Rafael Robba, em convênio com o Ministério da Saúde (SINCOV nº 865721), no período de maio de 2019 a agosto de 2022.

METODOLOGIA

O presente estudo possui como objetivo geral “Analisar a judicialização na saúde suplementar”, contendo, como um de seus produtos, “um banco de dados sobre ações judiciais envolvendo planos e seguros de saúde no Estado de São Paulo”.

Optou-se pelo recorte temporal para os anos de 2018 e 2019, para que a pesquisa espelhasse os conflitos atuais entre os consumidores e as operadoras de planos de saúde, além de permitir a avaliação de eventuais reflexos das Resoluções Normativas expedidas pela ANS sobre as decisões judiciais.

Para o desenvolvimento do presente estudo, utilizou-se a base pública *online* de decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Trata-se, no entanto, de um estudo que, além das informações quantitativas contidas da base pública, pretende elaborar e alimentar base própria de dados, extraídos da análise individualizada (leitura detalhada mediante instrumento padronizado de coleta de dados) de mais de 14.000 decisões judiciais.

A pesquisa das decisões judiciais considerou a Comarca de São Paulo, pois trata-se da Capital do Estado que concentra a maior taxa de cobertura de saúde suplementar: 40,8% da população do Estado estão vinculados a planos e seguros de saúde e 50,4% da população da Capital possuem cobertura assistencial da saúde suplementar⁹.

Foram levantadas as decisões de mérito proferidas em segunda instância, no TJSP. As decisões liminares e/ou de tutela antecipada, concedidas em julgamento preliminar, não foram objeto do estudo, tendo em vista seu caráter provisório. Os acórdãos, redigidos, datados e assinados pelos juízes, contém o resumo da ação e, após lavrados, suas conclusões são publicadas na Internet, no site oficial do TJSP.

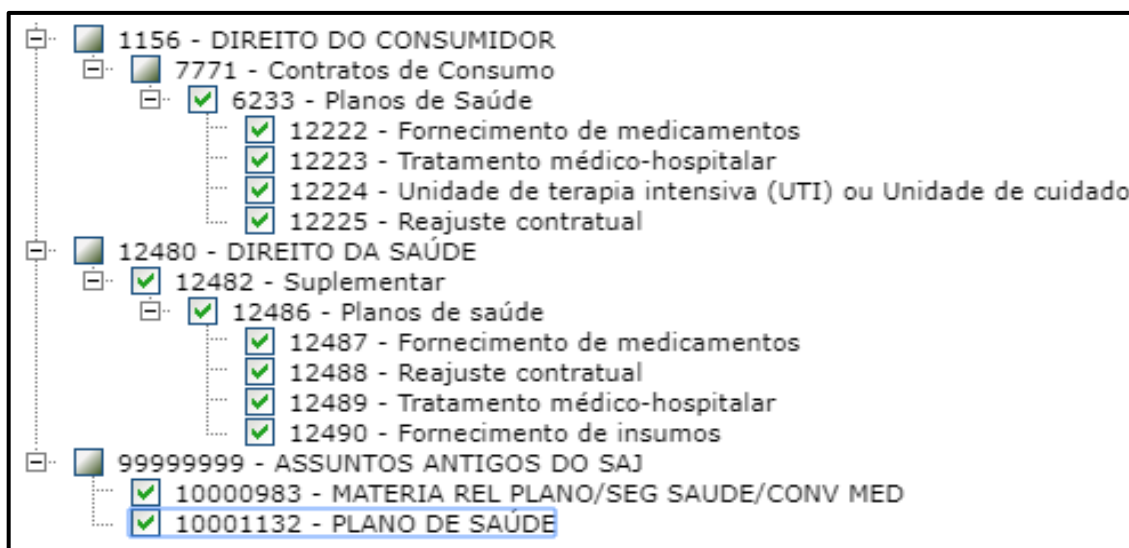
⁹ Dados relativos a dezembro de 2019, extraídos do Sistema Tabnet da ANS. Disponível em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def.

Para alcançar tais resultados, primeiramente inseriram-se, considerando a própria indexação do site, os filtros relacionados à classe e ao assunto. O primeiro possibilita a escolha dos recursos pesquisados e o segundo os temas específicos de pesquisa. Além disso, filtrou-se para a pesquisa a origem das decisões pesquisadas (2º grau) e o tipo de decisão (acórdãos).

Quanto ao filtro referente à classe, no tocante aos recursos pesquisados, optou-se pela seleção dos recursos de apelação e de embargos infringentes. Ambos se referem a decisões finais de mérito relacionados ao tema da ação judicial, ou seja, espelham a manifestação dos desembargadores acerca do tema principal da demanda, e não sobre discussões incidentais, não necessariamente permanentes, ocorridas no decorrer do processo – temas como, por exemplo, a concessão de antecipação de tutela em caráter liminar ou discussões de ordem processual.

No que se refere ao filtro relacionado ao assunto, o sistema de armazenamento de jurisprudência do TJSP tem sua própria indexação, chamado e-SAJ (Sistema de Automação da Justiça). Atualmente, os conflitos entre usuários de planos de saúde e operadoras são indexados em “planos de saúde”, dentro dos tópicos “Direito do Consumidor” e “Direito da saúde”. No e-SAJ anterior o tema era armazenado nos assuntos “materia rel plano/seg saude/conv med” e “plano de saúde”. Todos esses assuntos foram considerados **(Figura 1)**:

Figura 1 – Critérios de busca aplicados ao campo indexado de assuntos no e-SAJ para realização da pesquisa de acórdãos



Fonte: TJSP.

A pesquisa localizou, então, 14.215 decisões judiciais para serem analisadas **(Quadro 1)**:

Quadro 1 – Resultados da busca de acórdãos no e-SAJ/TJSP a partir dos critérios eleitos para realização da pesquisa

Ano	Pesquisa com filtros classe e assunto + Comarca de São Paulo ¹⁰
2018	6.863
2019	7.352
Total de decisões a analisar	14.215

Fonte: Elaboração própria.

Realizou-se, então, a triagem no site do Tribunal de Justiça de São Paulo (<https://esaj.tjsp.jus.br>) e o arquivamento do total de 14.215 decisões, todos os acórdãos sobre conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde julgados em definitivo pelo Tribunal de Justiça de São Paulo referentes à Comarca da Capital.

Foi elaborado um questionário estruturado para sistematizar a análise e a coleta de dados decorrentes da análise dos acórdãos selecionados. Após

¹⁰ Filtro classe: apelação + embargos infringentes.

Filtro assunto: plano de saúde + assuntos do antigo SAJ (cobrança de seguro saúde + material rel plano/seg saúde/conv saúde + plano de saúde + seguro saúde).

apresentação do questionário à equipe de pesquisa, foi realizado um pré-teste, com aplicação do instrumento em amostra de 63 acórdãos selecionados aleatoriamente.

Após avaliação das possibilidades de realização do campo da pesquisa, foi definida e testada plataforma eletrônica integrada para preenchimento dos questionários online. Optou-se pelo uso do sistema eletrônico do Google para preenchimento da pesquisa, em detrimento do uso do formulário em papel, em razão de sua eficiência e da otimização do tempo para a análise das decisões, coleta de dados e formação do banco de dados.

O grupo de pesquisa, considerando o pré-teste, reformulou o instrumento de pesquisa, chegando à sua versão final (ANEXO II). Efetuou-se, então, a leitura de todos os acórdãos encontrados a partir dos parâmetros de busca descritos. Contudo, no decorrer das leituras, foi possível verificar que, em alguns casos, os acórdãos encontrados não correspondiam ao escopo da pesquisa, seja por: ambiguidade nos critérios de busca; decisões tratarem de questões meramente processuais ou de danos morais, ou; erros no sistema de busca do Tribunal de Justiça. Em todas estas hipóteses, os acórdãos eram descartados.

Feitos os descartes, dos 14.215 acórdãos originalmente encontrados, o questionário foi aplicado a 11.823 deles. A partir do preenchimento dos questionários, foi gerado um banco de dados no Microsoft Excel (ANEXO III), formado pelas seguintes informações:

- **Nº de registro:** número sob o qual a decisão foi registrada junto ao TJSP.
- **Nº do recurso:** número conferido ao recurso pelo TJSP.
- **Espécie recursal:** tipo de recurso que deu origem ao acórdão analisado. No caso da pesquisa, foram analisados apenas recursos que decidem o mérito do processo em 2º grau – apelação ou embargos infringentes.
- **Autor da ação:** autoria da ação conforme definida no relatório do acórdão. Divisão nas categorias: pessoa física (individualmente ou em grupo), PJ contratante, ente legitimado (ACP/ação coletiva) ou outros (campo de livre preenchimento). Não entraram no escopo da pesquisa ações ajuizadas por operadoras de planos de saúde ou por prestadores de serviços de saúde.
- **Posição da operadora no recurso:** posição da operadora com relação ao recurso interposto. Divisão nas categorias: recorrente (operadora interpôs o recurso),

recorrida (recurso interposto em face da operadora) ou recorrente e recorrida (operadora e polo ativo interpuseram recursos).

- **Operadora(s) demandada(s):** razão social da(s) operadora(s) demandada(s) na ação, conforme registrado no acórdão, padronizada segundo a lista de registros da ANS.
- **Administradora de benefícios demandada:** razão social da administradora de benefício demandada na ação, caso houvesse, padronizada segundo a lista de registros da ANS.
- **Ano de julgamento do recurso:** ano em que o recurso foi julgado. A pesquisa abarcou apenas recursos julgados em 2018 e 2019.
- **Tema material da demanda:** tema(s) material(is) que compunha(m) o(s) pedido(s) principal(is) da ação, divididos em categorias arbitrárias, desenvolvidas indutivamente a partir da lógica da regulação setorial dos planos de saúde: exclusão/negativa de cobertura; reembolso de despesas (discussão sobre valor); demora no atendimento; reajuste por mudança de faixa etária; reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade); reajuste anual de plano individual; rescisão/cancelamento unilateral (sem motivo) do contrato coletivo pela operadora; rescisão do contrato coletivo pela empresa contratante; rescisão do contrato por inadimplemento ou fraude; manutenção do aposentado no contrato coletivo (art. 31, Lei 9.656/98); contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade; manutenção do demitido sem justa causa no contrato coletivo (art. 30, Lei 9.656/98); manutenção de dependentes no plano após falecimento do titular; cobrança de mensalidades após rescisão contratual; migração do contrato coletivo para individual; descredenciamento de prestador; inclusão/exclusão de beneficiários no plano coletivo (titular/dependente); mudança de categoria de plano de saúde na mesma operadora; portabilidade de carências; portabilidade para contrato individual após demissão ou aposentadoria, e/ou; outros (campo de livre preenchimento).

Não foram incluídos na pesquisa processos que pediam apenas reembolso por danos morais, por entender-se que, ainda que tangenciem o tema da regulação setorial, os acórdãos relacionados a tais demandas não tratam centralmente das falhas regulatórias que se pretendeu estudar. Não foram incluídos, pelo mesmo motivo, acórdãos que tratassem apenas de discussões de natureza formal ou processual.

Na fase de tratamento do banco, as categorias originalmente coletadas foram reclassificadas, a fim de padronizar os campos de livre preenchimento e diminuir o número de variáveis no banco e facilitar seu manuseio.

- **Menção a liquidação extrajudicial, quebra, falência, regime especial de direção técnica ou fiscal ou alienação de carteira na decisão:** coleta de informação, caso

mencionada no acórdão, sobre a situação fiscal e/ou financeira da operadora demandada. Divisão nas categorias sim e não.

- **Identifique o tipo de plano:** tipo de plano, segundo a modalidade de contratação registrada no acórdão: individual/familiar; coletivo por adesão; coletivo empresarial, a partir de 30 vidas; coletivo empresarial, até 29 vidas; coletivo empresarial (nº de vidas não especificado); coletivo não especificado; autogestão; não especificado, ou; outros (campo de livre preenchimento). Na fase de tratamento do banco, as categorias originalmente coletadas foram reclassificadas, de modo a padronizar os campos de livre preenchimento.
- **Demanda de usuário idoso e/ou aposentado:** informação a respeito da idade ou *status* empregatício do autor da ação. Divisão nas categorias: sim, não e não especificado.
- **Argumentos das operadoras:** coleta dos argumentos jurídicos da(s) operadora(s) demandada(s), conforme descritos ao longo do acórdão, a partir de categorias arbitrárias, desenvolvidas indutivamente: Lei 9.656/98 permite a prática; resolução da ANS permite a prática; saúde integral é dever apenas do Estado; não se aplica o Estatuto do Idoso; não se aplica o Código de Defesa do Consumidor; procedimento não consta do rol de coberturas obrigatórias da ANS; a prática encontra-se de acordo com previsão contratual; medicamento sem registro na ANVISA; pleito de medicamento para uso off label; ausência de contribuição do aposentado/demitido; não cumprimento de carência/cobertura parcial temporária; manter equilíbrio econômico-financeiro contratual; contrato antigo não adaptado à Lei 9.656/98; procedimento realizado fora da rede credenciada; não especificado, e/ou; outros (categoria de livre preenchimento). Na fase de tratamento do banco, as categorias originalmente coletadas foram reclassificadas, a fim de padronizar os campos de livre preenchimento e diminuir o número de variáveis no banco e facilitar seu manuseio.
- **Resultado da demanda:** resultado do julgamento, considerando-se apenas os pedidos materiais considerados na análise (pedidos relativos a dano moral ou pedidos formais/processuais foram desconsiderados na determinação do resultado). Divisão nas categorias: decisão favorável ao beneficiário, decisão parcialmente favorável ao beneficiário ou decisão desfavorável ao beneficiário.
- **Especificação de resultados parcialmente favoráveis:** definição, para acórdãos em que o julgamento foi parcialmente favorável ao beneficiário, sobre quais foram os temas materiais julgados favoravelmente, desfavoravelmente, ou parcialmente favoravelmente. Divisão em categorias bidimensionais, por tema material (classificações especificadas acima) e por resultado (favorável, desfavorável ou parcialmente favorável).

- **Outras observações sobre demandas parcialmente favoráveis:** item de livre preenchimento, não padronizado, destinado ao registro de detalhes ou observações sobre julgamentos parcialmente favoráveis.
- **O beneficiário pleiteou indenização por dano moral?:** registro a respeito de existência, em sede recursal, de pedido de indenização por dano moral (que, rememore-se, não foi considerado como tema material por conta do escopo diferencial da pesquisa). Pedidos pregressos de indenização por dano moral, apresentados apenas à 1ª instância e não retomados em 2ª instância, não foram considerados. Dividido nas categorias: sim, e a indenização foi concedida; sim, e a indenização não foi concedida; não há menção a pleito de indenização por dano moral, ou; outros (campo de livre preenchimento).
- **Em caso de ter sido concedida a indenização por danos morais, indique o valor:** indicação do valor, em R\$, concedido em 2ª instância a título de indenização por danos morais. Valores de pedidos concedidos apenas em 1ª instância, não revisitados na 2ª instância, não foram considerados.
- **Fundamentação do acórdão:** coleta dos argumentos jurídicos utilizados pelo relator do acórdão para fundamentar sua decisão quanto aos pedidos materiais do acórdão (argumentos relacionados a pedidos de danos morais ou pedidos formais/processuais foram desconsiderados), conforme descritos ao longo do acórdão, a partir de categorias arbitrárias: Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90); Constituição Federal; Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98); Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003); Código Civil; Resoluções Normativas da ANS; Súmulas TJSP; Súmulas STJ; Jurisprudência STJ; Jurisprudência TJSP; uso de argumentação principiológica, sem menção textual à(s) legislação/normas/jurisprudência; legislação/normas/jurisprudência não especificadas no acórdão, e/ou; outros (campo de livre preenchimento). Na fase de tratamento do banco, as categorias originalmente coletadas foram reclassificadas, a fim de padronizar os campos de livre preenchimento e diminuir o número de variáveis no banco e facilitar seu manuseio.
- **A decisão se fundamentou em tese fixada pela sistemática de recurso repetitivo do STJ?:** informação sobre se houve menção, na fundamentação do acórdão, aos recursos repetitivos relacionados à regulação da saúde suplementar: Temas 952 (REsp nº 1.568.244), 989 (REsp nº 1.680.318) ou 990 (REsps nº 1.712.163 e 1.726.563). Classificação binária, a partir das categorias sim ou não.
- **Informações ou trechos relevantes da decisão:** campo de livre preenchimento, destinado ao uso discricionário do pesquisador, para registro de informações ou situações atípicas no acórdão, trechos ilustrativos de falhas regulatórias ou de outras informações pertinentes ao objeto da pesquisa, esclarecimentos a respeito de demandas complexas, dentre outros. As respostas a este campo não foram

padronizadas para a análise final; as informações foram usadas apenas anedoticamente ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Além da coleta das informações gerais, o questionário continha, também, seções para coleta de informações específicas, aplicáveis apenas às demandas cujo(s) pedido(s) material(is) tratasse(m) de reajustes de quaisquer tipos e/ou de exclusão/negativa de cobertura.

Para demandas relacionadas a reajustes, foram coletadas, especificamente, as seguintes informações:

- **Valor da mensalidade antes do reajuste questionado:** campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão mencionava o valor (em R\$) da mensalidade antes da incidência do reajuste judicializado.
- **Valor da mensalidade após o reajuste questionado:** campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão mencionava o valor (em R\$) da mensalidade depois da incidência do reajuste judicializado.
- **Valor da mensalidade arbitrado pelo acórdão:** campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão, após arbitrar o percentual de reajuste devido, mencionava o valor (em R\$) da mensalidade a partir da sua incidência.
- **Período total em que foram aplicados os reajustes questionados:** campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão mencionava o intervalo, em anos, durante o qual os reajustes questionados foram aplicados.
- **Percentual total de reajuste no período:** campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão mencionava o percentual total de reajuste incidente no período.
- **Houve revisão de reajuste?:** informações sobre o resultado do julgamento com relação ao pedido de revisão do reajuste judicializado, dividido nas categorias: sim, e o percentual foi arbitrado; sim, percentual a definir em liquidação de sentença; não, o reajuste foi mantido, ou; não especificado no acórdão.
- **Pedidos de nulidade de cláusula de reajuste:** informações relativas à menção, no acórdão, sobre se, além de pedido de revisão de reajuste, havia também pedido de declaração de nulidade da cláusula contratual que o previa, e sobre o julgamento destes pedidos, caso houvessem. Dividido nas categorias: sim, e todos os pedidos de nulidade foram concedidos; sim, mas nem todos os pedidos de nulidade foram concedidos (para casos em que mais de um tipo de reajuste foi questionado); sim, e os pedidos de nulidade não foram concedidos, ou; não menciona pedidos de nulidade de cláusula de reajuste.

- **Percentual total de reajuste arbitrado pelo acórdão:** campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão especifica, em %, o percentual total de reajuste arbitrado para incidir sobre o contrato judicializado.
- **Faixa etária sobre a qual recaiu o reajuste questionado:** categoria aplicável apenas a casos de reajuste por faixa etária. Informações sobre quais foram as faixas etárias sobre as quais recaíram os reajustes questionados. Divisão nas seguintes categorias, definidas a partir da regulação setorial: 0 a 18 anos (RN 63/03 da ANS); 19 a 23 anos (RN 63/03 da ANS); 24 a 28 anos (RN 63/03 da ANS); 29 a 33 anos (RN 63/03 da ANS); 34 a 38 anos (RN 63/03 da ANS); 39 a 43 anos (RN 63/03 da ANS); 44 a 48 anos (RN 63/03 da ANS); 49 a 53 anos (RN 63/03 da ANS); 54 a 58 anos (RN 63/03 da ANS); 59 anos ou mais (RN 63/03 da ANS); 0 a 17 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS); 18 a 29 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS); 30 a 39 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS); 40 a 49 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS); 50 a 59 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS); 70 anos ou mais (CONSU nº 6/1998 da ANS); 60 a 69 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS); Não especificada, e/ou; outros (campo de livre preenchimento).
- **Percentuais questionados para cada faixa etária:** categoria aplicável apenas a casos de reajuste por faixa etária. Campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão mencionava, separadamente, o percentual de reajuste questionado para cada faixa etária.
- **Percentuais arbitrados pelo acórdão para cada faixa etária:** categoria aplicável apenas a casos de reajuste por faixa etária. Campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão mencionava, separadamente, o percentual de reajuste arbitrado, após o devido julgamento, para incidir sobre cada faixa etária.
- **Anos em que foram aplicados os reajustes questionados:** categoria aplicável apenas a casos de reajuste anual. Campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão mencionava, separadamente, os anos em que incidiram os reajustes judicializados.
- **Percentuais de reajuste questionados, por ano:** categoria aplicável apenas a casos de reajuste anual. Campo de livre preenchimento, para casos em que o acórdão mencionava, separadamente, os reajustes judicializados segundo o ano em que foram aplicados.
- **Percentuais arbitrados pelo acórdão, por ano:** categoria aplicável apenas a casos de reajuste anual. Informações sobre o percentual de reajuste arbitrado pelo acórdão para substituir cada um dos reajustes anuais questionados. Divisão em categorias baseadas nos reajustes máximos aplicáveis a planos anuais, conforme definidos pela ANS: 7,35% (2019); 10% (2018); 13,55% (2017); 13,57% (2016); 13,55% (2015); 9,65% (2014); 9,04% (2013); 7,93% (2012); 7,69% (2011); 6,73% (2010); 6,76% (2009); 8,89% (2008); 5,76% (2007); 8,89% (2006); 11,69% (2005);

11,75% (2004); 9,27% (2003); 7,69% (2002); 8,71% (2001); 5,42% (2000), ou; outros (campo de livre preenchimento).

Para demandas relacionadas a exclusão/negativa de cobertura, foram coletadas, especificamente, as seguintes informações:

- **Tipo de atendimento, serviço ou tratamento negado pela operadora:** item(ns) de assistência médica e/ou atenção à saúde que tenha(m) sido o(s) objeto(s) da exclusão ou negativa de cobertura judicializada. Dividido nas categorias arbitrárias, elaboradas indutivamente: exame; cirurgia; parto; internação domiciliar/home care; internação hospitalar; internação em UTI; internação psiquiátrica; consulta médica; medicamento; tratamento; órtese/prótese; quimioterapia; radioterapia; tratamento para câncer não especificado; materiais necessários à cirurgia; fisioterapia; fonoaudiologia; psicoterapia; terapia ocupacional; terapia ABA; diálise/hemodiálise; transferência em ambulância ou aéreo; pronto atendimento/pronto socorro; reprodução assistida; não especificado, e/ou; outros (campo de livre preenchimento). Na fase de tratamento do banco, as categorias originalmente coletadas foram reclassificadas, a fim de padronizar os campos de livre preenchimento e diminuir o número de variáveis no banco e facilitar seu manuseio.
- **Atendimento, serviço ou tratamento negado pela operadora:** campo de livre preenchimento, para coleta de informação, quando mencionada no acórdão, sobre os nomes e/ou tipos específicos do atendimento, serviço ou tratamento negado pela operadora. Na fase de tratamento do banco, foram padronizadas apenas as respostas que detalhassem os medicamentos demandados, quando aplicável.
- **Doença/lesão/problema de saúde do usuário:** campo de livre preenchimento, para coleta de informação, quando mencionada no acórdão, sobre a condição de saúde para a qual o beneficiário buscava a atenção ou o atendimento negados.

A partir do banco original, que contava com 11.823 registros, foi realizada dupla checagem e limpeza para eliminação de registros em duplicidade, que contivessem inconsistências e/ou que estivessem fora do escopo material do projeto. A partir desta limpeza, o número de registros contidos no banco passou para 11.627, que representa o universo de respostas a questionários a partir do qual o presente relatório foi elaborado.

RESULTADOS

Resultado das demandas

A Tabela 1 traz o panorama geral dos resultados dos acórdãos lidos, segundo temas materiais demandados.

Tabela 1 – Temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por resultado do julgamento

Tema material discutido	Favorável	%	Desfavorável	%	Parcialmente favorável	%	Total	%
Total	8.122	69,9%	2.190	18,8%	1.315	11,3%	11.627	100,0%
Exclusão/negativa de cobertura	4.866	86,8%	403	7,2%	335	6,0%	5.604	48,2%
Reajuste por mudança de faixa etária	878	50,1%	396	22,6%	478	27,3%	1.752	15,1%
Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)	613	51,5%	208	17,5%	369	31,0%	1.190	10,2%
Contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade	177	22,0%	500	62,1%	128	15,9%	805	6,9%
Manutenção do aposentado no contrato coletivo (art. 31 Lei 9.656/98)	198	31,6%	357	56,9%	72	11,5%	627	5,4%
Resilição/cancelamento unilateral (sem motivo) do contrato coletivo pela operadora	342	72,6%	49	10,4%	80	17,0%	471	4,1%
Rescisão do contrato por inadimplemento ou fraude	299	84,9%	36	10,2%	17	4,8%	352	3,0%
Manutenção do demitido sem justa causa no contrato coletivo (art. 30 Lei 9.656/98)	119	45,8%	118	45,4%	23	8,8%	260	2,2%
Reembolso de despesas (discussão sobre valor)	138	58,0%	48	20,2%	52	21,8%	238	2,0%
Manutenção de dependentes no plano após falecimento do titular	172	89,1%	10	5,2%	11	5,7%	193	1,7%
Cobranças "indevidas" / Inserção em cadastro de inadimplentes	87	50,3%	68	39,3%	18	10,4%	173	1,5%
Portabilidade de carências	117	84,2%	16	11,5%	6	4,3%	139	1,2%
Descredenciamento de prestador	97	84,3%	11	9,6%	7	6,1%	115	1,0%
Outros temas não classificados	50	59,5%	26	31,0%	8	9,5%	84	0,7%
Mudança de categoria de plano na mesma operadora	60	78,9%	6	7,9%	10	13,2%	76	0,7%
Inclusão/exclusão de beneficiário no plano de saúde (titular/dependente)	57	82,6%	8	11,6%	4	5,8%	69	0,6%
Migração do contrato coletivo para individual	54	79,4%	4	5,9%	10	14,7%	68	0,6%
Rescisão de contrato coletivo pela empresa contratante	37	58,7%	8	12,7%	18	28,6%	63	0,5%
Problemas relacionados à quebra de operadoras/alienação de carteira	34	54,8%	19	30,6%	9	14,5%	62	0,5%

Outros problemas relacionados à manutenção do plano de saúde após o fim do vínculo com a pessoa jurídica contratante	25	43,9%	25	43,9%	7	12,3%	57	0,5%
Reajuste anual de plano individual	25	49,0%	11	21,6%	15	29,4%	51	0,4%
Outros problemas relacionados à rescisão e/ou resilição do contrato	20	42,6%	12	25,5%	15	31,9%	47	0,4%
Coparticipação	6	31,6%	9	47,4%	4	21,1%	19	0,2%
Demora no atendimento	13	81,3%	2	12,5%	1	6,3%	16	0,1%
Reajuste não classificado	11	73,3%	0	0,0%	4	26,7%	15	0,1%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Com relação aos temas materiais demandados, mantendo-se em mente o fato de que uma mesma ação pode demandar mais de um tema, é interessante notar, inicialmente, que são dois os principais assuntos propulsionando a judicialização contra operadoras de planos de saúde: a exclusão ou negativa de cobertura, demandada em 48,2% dos acórdãos analisados, e os reajustes de mensalidade, que, nas modalidades anual e por faixa etária, foram demandados em, respectivamente, 15,1% e 10,1% das demandas. Eliminadas as duplicidades, correspondentes a acórdãos que julgam mais de um tipo de demanda material, esses temas respondem por 71,5% de todos os acórdãos lidos. Esses dados reafirmam as evidências, produzidas com relação a períodos anteriores, que já apontavam a concentração da judicialização contra planos de saúde no Estado de São Paulo em torno destes mesmos temas (Scheffer, Trettel e Kozan, 2015).

Quanto ao resultado dos julgamentos, o levantamento revela uma grande predominância de decisões favoráveis, representando quase 70% do universo analisado, contra 18,8% desfavoráveis e 11,3% parcialmente favoráveis – números que, a despeito de majoritariamente positivos para beneficiários, revelam, ainda assim, uma tendência de aumento de julgamentos desfavoráveis em relação a períodos anteriores, quando o índice de julgamentos favoráveis a beneficiários chegava a 88% (ibid.).

Quando segmentadas por tema, as informações sobre resultado do julgamento também revelam nuances significativas. Mesmo considerando apenas os temas mais demandados, há expressivas variações entre os resultados: enquanto a taxa de julgamentos favoráveis em demandas

relacionadas à exclusão ou negativa de cobertura está acima da média do universo analisado, chegando a 87,3%, as demandas por reajustes são julgadas muito menos favoravelmente – 52,5% nas demandas relacionadas a reajustes por faixa etária e 59,4% nas de reajustes anuais em planos coletivos. No mesmo sentido, há significativa variação entre os resultados em demandas por outros temas, com destaque para o fato de que, entre demandas necessariamente relacionadas a planos coletivos, a regra geral é de haver menos julgamentos favoráveis ao beneficiário em relação à média do universo analisado.

Ano de julgamento

Foram analisadas apenas ações julgadas em 2ª instância no TJSP no decorrer de 2018 e 2019.

Tabela 2 – Ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por ano e resultado do julgamento

Resultado	Julgadas em 2018	%	Julgadas em 2019	%	Total	%
Favorável	4.136	72,8%	3.986	67,0%	8.122	69,9%
Desfavorável	968	17,0%	1.222	20,6%	2.190	18,8%
Parcialmente favorável	577	10,2%	738	12,4%	1.315	11,3%
Total	5.681	100,0%	5.946	100,0%	11.627	100,0%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

O número de ações julgadas em 2018 foi de 5.681 (48,9% do total), e, em 2019, de 5.964 (51,1% do total). Apesar da pequena variação no número total de ações julgadas em cada ano, percebe-se uma leve mudança no resultado dos julgamentos. Em 2019, as ações julgadas favoravelmente representam 67% do total de ações julgadas naquele ano, contra 72,8% em 2018. A variação negativa de 5,8% nas ações julgadas favoravelmente em 2019 foi compensada com um aumento em 3,6% nas ações julgadas desfavoravelmente (de 17% para 20,6%) e em 2,2% nas ações julgadas parcialmente favoravelmente (de 10,2% para 12,4%).

A mudança no perfil dos julgamentos, ainda que incipiente, pode estar relacionada a uma tendência, discutida em maior detalhe na seção 3.14, do TJSP de aderir progressivamente a entendimentos vinculantes do STJ que validam algumas das práticas de operadoras de saúde frequentemente questionadas judicialmente. Pode ser reflexo, de outro lado, de consolidação de uma possível tendência do TJSP de julgar menos favoravelmente demandas contra planos de saúde, hipótese sugerida pelo fato de que, no período analisado, os resultados favoráveis, ainda que majoritários, sofreram queda significativa com relação a períodos anteriores estudados em outras circunstâncias (Scheffer, Trettel e Kozan, 2015). Seja como for, o recorte temporal muito restrito do estudo não fornece evidências robustas o suficientes para afirmar quaisquer das duas hipóteses.

Ano de propositura

A informação sobre a data exata de propositura das demandas não vem registrada no acórdão, mas há identificação, no registro da ação, sobre o ano em que ela foi inicialmente distribuída no Tribunal. A partir desses registros, determinou-se quando foram ajuizadas as ações nas quais foram interpostos os recursos que deram origem aos acórdãos analisados.

Tabela 3 – Ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por ano de ajuizamento

Ano de distribuição	Julgadas em 2018	Julgadas em 2019	Total	%
1999	0	1	1	0,0%
2000	1	0	1	0,0%
2003	1	0	1	0,0%
2005	2	0	2	0,0%
2007	4	2	6	0,1%
2008	3	1	4	0,0%
2009	12	6	18	0,2%
2010	17	15	32	0,3%

2011	26	20	46	0,4%
2012	65	37	102	0,9%
2013	135	88	223	1,9%
2014	311	214	525	4,5%
2015	748	472	1.220	10,5%
2016	1.699	972	2.671	23,0%
2017	2.257	1.629	3.886	33,4%
2018	400	2.072	2.472	21,3%
2019	0	417	417	3,6%
Total	5.681	5.946	11.627	100%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Os acórdãos analisados julgavam recursos impetrados em ações ajuizadas entre os anos de 1999 e 2019. Apesar de o período total cobrir 20 anos, o intervalo de 2015 a 2018 concentra 88,2% do ajuizamento das ações compreendidas no universo da pesquisa. Esse dado reflete, em algum grau, o conhecido crescimento das ações relacionadas a demandas de saúde durante a década de 2010 em todo o Brasil, notável particularmente a partir de 2014 (Azevedo e Aith et. al, 2019). Contudo, em razão de o objeto da pesquisa ser não a judicialização da saúde como um todo, mas, especificamente, os casos de judicialização contra planos de saúde que chegaram de fato à 2ª instância, não é possível precisar o limite da influência desse crescimento geral sobre o fenômeno especificamente estudado.

O recorte da pesquisa, incidente sobre as decisões judiciais de 2º grau, permite que se avenge duas hipóteses diferentes da (e potencialmente complementares à) hipótese do crescimento de judicialização para explicar o padrão de ano de propositura encontrado. A primeira delas é a de que o perfil de judicialização contra operadoras pode ter mudado ao longo do tempo, passando a apresentar, progressivamente, características que incentivam operadoras ou beneficiários a recorrerem mais de decisões de 1º grau – resultando, portanto, em um crescimento no número de recursos apresentados ao longo do tempo. Exemplos dessas características poderiam ser o aumento da média do valor da causa ou a mudança nos padrões de julgamento em 1º grau.

A segunda hipótese é a de que processos ajuizados entre 2015 e 2018 foram maioria no universo da pesquisa pois refletem o tempo médio entre distribuição e julgamento em 2º grau na Comarca de São Paulo do TJSP. Por essa lógica, processos ajuizados há mais tempo já teriam sido julgados em 2ª instância anteriormente a 2018, e processos ajuizados mais recentemente serão julgados em maior volume futuramente. Esta hipótese é parcialmente confirmada pela queda na representação de ações ajuizadas a partir de 2018, com particular destaque para ações ajuizadas em 2019, que representam apenas 3,6% das ações julgadas em 2ª instância no período abarcado pela pesquisa.

Tabela 4 – Tempo entre distribuição do processo e julgamento em 2ª instância de ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019

Tempo entre distribuição e julgamento na 2ª instância	n	%
Entre 20 e 21 anos	1	0,0%
Entre 18 e 19 anos	1	0,0%
Entre 15 e 16 anos	1	0,0%
Entre 13 e 14 anos	3	0,0%
Entre 12 e 13 anos	2	0,0%
Entre 11 e 12 anos	5	0,0%
Entre 10 e 11 anos	9	0,1%
Entre 9 e 10 anos	27	0,2%
Entre 8 e 9 anos	37	0,3%
Entre 7 e 8 anos	63	0,5%
Entre 6 e 7 anos	153	1,3%
Entre 5 e 6 anos	349	3,0%
Entre 4 e 5 anos	783	6,7%
Entre 3 e 4 anos	1.720	14,8%
Entre 2 e 3 anos	3.328	28,6%
Entre 1 e 2 anos	4.329	37,2%
Entre 0 e 1 ano	817	7,0%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

A análise específica do tempo entre distribuição e julgamento dos processos permite a confirmação de que o universo da pesquisa abarcou muito mais acórdãos relativos a ações ajuizadas entre 1 e 4 anos do julgamento em 2ª instância (concentrando 80,65% dos acórdãos analisados) do que a ações ajuizadas com maior (12,3% dos acórdãos) ou menor (7,05% dos acórdãos) intervalo de tempo entre as duas etapas. Esse intervalo está dentro da média de tempo de tramitação de ações, do ajuizamento até o julgamento em 2º grau, de demandas no TJSP em 2018, que foi de 3 anos e 6 meses (Conselho Nacional de Justiça, 2019), mas representa um número significativamente abaixo da média para o ano de 2019, que saltou para 4 anos e 11 meses (Conselho Nacional de Justiça, 2020).

Conclusivamente, por mais que o padrão de ano de ajuizamento das demandas compreendidas no universo da pesquisa possa refletir tanto o crescimento de ajuizamento contra operadoras quanto potencial mudança no perfil dessa judicialização, este dado reflete, principalmente, a celeridade com a qual processos ajuizados contra operadoras de saúde tramitam na Comarca de São Paulo do TJSP.

Espécies recursais

Do total de 11.627 acórdãos que compõem o banco, 11.619 ou 99,9% deles derivaram de recursos de apelação. Apenas 8 acórdãos foram emitidos com relação a embargos infringentes.

Tabela 5 – Espécies recursais em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019

Tipo de recurso	n	%
Apelação	11.619	99,9%
Embargos infringentes	8	0,1%
Total	11.627	100,0%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

A explicação para o baixo número de embargos infringentes no universo analisado é complementar à explicação sobre ano de ajuizamento das ações julgadas em 2º grau no intervalo 2018-2019. Os embargos infringentes eram uma espécie recursal prevista no antigo Código de Processo Civil (Lei nº 5.869/1973), aplicável a situações em que fosse proferido acórdão não unânime que reformasse a sentença de mérito em grau de apelação, para reapreciação por julgadores adicionais (art. 530). Tratava-se, pois, de uma espécie recursal cabível apenas após julgamento do recurso de apelação – este previsto tanto no antigo quanto no atual (Lei nº 13.105/2015) Código de Processo Civil. Com a publicação do novo Código, o instrumento dos embargos infringentes foi substituído no próprio rito da apelação: em caso de acórdão não unânime, o julgamento deve necessariamente ser submetido à apreciação de novos julgadores, na mesma sessão de julgamento ou em sessão futura (art. 942). Com a substituição, a apelação passou a ser o único recurso disponível para reapreciação, em 2º grau, de decisão de mérito proferida em 1º grau.

Com isso, todos os processos ajuizados após a vigência do novo Código de Processo Civil (a partir de março de 2016) abarcados no universo da pesquisa necessariamente chegaram ao 2º grau por via de recurso de apelação. Esse recorte temporal corresponde a aproximadamente 80% do universo de acórdãos analisados na pesquisa. De outro lado, os embargos infringentes são poucos, mesmo entre os outros 20% de acórdãos emitidos em ações ajuizadas antes da vigência do novo Código, possivelmente pela sua natureza residual.

Autor da ação

Na pesquisa, foram abarcadas apenas as ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde. O recorte se justifica pelo objetivo central da pesquisa de, a partir da análise dos acórdãos, identificar os principais motivos regulatórios e/ou legislativos que determinam a judicialização estudada. Por conta destas escolhas, a autoria dos processos aparece muito concentrada em poucas categorias de representação.

Tabela 6 – Autoria de ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019

Autoria	n	%
Pessoa física	11.083	95,3%
Pessoa jurídica contratante	533	4,6%
Ente legitimado	3	0,0%
Outros	8	0,1%
Total	11.627	100,0%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

A maior parte dos demandantes, em 11.083 dos acórdãos ou 95,3% do universo analisado, era composta por pessoas físicas, representadas individualmente ou em grupo. As pessoas jurídicas contratantes, por sua vez, representavam apenas 4,6% dos demandantes. Por último, em 3 dos acórdãos a representação era de entes legitimados para a propositura de Ação Civil Pública (Ministério Público, Defensoria Pública, representantes do Poder Executivo, entidades da administração pública indireta e/ou associações que cumpram os requisitos da Lei nº 7.347/1985), e, em 8 deles, a representação se deu por outros entes (e.g. combinação de pessoas física e pessoas jurídicas, representação do Ministério Público em ação individual, etc.).

A prevalência absoluta de ações propostas por pessoas físicas demonstra que os problemas que acabam judicializados contra operadoras de planos de saúde afetam primordialmente os beneficiários ou consumidores finais do contrato, e não as empresas ou pessoas jurídicas por intermédio das quais os planos são contratados. Este apontamento é relevante pois, em dezembro de 2019, apenas 19,6% dos beneficiários de planos de saúde no Estado de São Paulo contratavam planos individuais e/ou familiares, contra 80,27% de beneficiários vinculados a contratos coletivos empresariais ou por adesão.

Tabela 7 – Temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por autoria da ação

Tema demandado	Pessoa física		Pessoa jurídica contratante		Ente legitimado		Outros		Total
		%		%		%		%	
Cobranças "indevidas" / Inserção em cadastro de inadimplentes	79	45,7%	92	53,2%	1	0,6%	1	0,6%	173
Contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade	804	99,9%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	805
Coparticipação	19	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	19
Demora no atendimento	16	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	16
Descredenciamento de prestador	110	95,7%	5	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	115
Exclusão/negativa de cobertura	5.589	99,7%	10	0,2%	1	0,0%	4	0,1%	5.604
Inclusão/exclusão de beneficiário no plano de saúde (titular/dependente)	65	94,2%	4	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	69
Manutenção de dependentes no plano após falecimento do titular	191	99,0%	2	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	193
Manutenção do aposentado no contrato coletivo (art. 31 Lei 9.656/98)	626	99,8%	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	627
Manutenção do demitido sem justa causa no contrato coletivo (art. 30 Lei 9.656/98)	259	99,6%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	260
Migração do contrato coletivo para individual	65	95,6%	3	4,4%	0	0,0%	0	0,0%	68
Mudança de categoria de plano na mesma operadora	67	88,2%	9	11,8%	0	0,0%	0	0,0%	76
Outros problemas relacionados à manutenção do plano de saúde após o fim do vínculo com a pessoa jurídica contratante	57	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	57
Outros problemas relacionados à rescisão e/ou resilição do contrato	20	42,6%	27	57,4%	0	0,0%	0	0,0%	47
Outros temas não classificados	69	82,1%	14	16,7%	0	0,0%	1	1,2%	84
Portabilidade de carências	134	96,4%	5	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	139
Problemas relacionados à quebra de operadoras/alienação de carteira	60	96,8%	2	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	62

Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)	993	83,4%	197	16,6%	0	0,0%	0	0,0%	1.190
Reajuste anual de plano individual	51	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	51
Reajuste não classificado	14	93,3%	1	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	15
Reajuste por mudança de faixa etária	1.718	98,1%	32	1,8%	0	0,0%	2	0,1%	1.752
Reembolso de despesas (discussão sobre valor)	236	99,2%	2	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	238
Rescisão de contrato coletivo pela empresa contratante	40	63,5%	23	36,5%	0	0,0%	0	0,0%	63
Rescisão do contrato por inadimplemento ou fraude	329	93,5%	23	6,5%	0	0,0%	0	0,0%	352
Resilição/cancelamento unilateral (sem motivo) do contrato coletivo pela operadora	300	63,7%	171	36,3%	0	0,0%	0	0,0%	471

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Para todos os temas materiais identificados no universo da pesquisa, a prevalência foi de autoria de pessoas físicas contratantes, à exceção dos temas de cobranças indevidas ou de inserção em cadastro de inadimplentes e de temas residuais relacionados à rescisão contratual. Em razão da grande variedade de temas e concentração de demandas em apenas alguns temas específicos, a relação entre temas materiais e autoria será esmiuçada para os temas demandados em 10% ou mais das ações analisadas. São eles os temas da exclusão/negativa de cobertura (presente em 48,2% das demandas), reajustes por faixa etária (presente em 15,1% das demandas) e reajustes anuais aplicados a planos coletivos (presente em 10,2% das demandas).

A exclusão/negativa de cobertura é um tema que, por natureza, está necessariamente ligado ao interesse natural de pessoas físicas. Por este motivo, em todo o universo de 5.604 demandas relativas a este tema (99,7%), apenas 15 (0,3%) foram ajuizadas por outros tipos de demandante.

O reajuste por faixa etária, por sua vez, recai tanto sobre contratos individuais quanto sobre contratos coletivos, nos termos do art. 15 da Lei nº 9.656/98. Interessaria, deste ponto de vista, tanto a empresas quanto a pessoas físicas contratantes. Contudo, o que se verifica é, na prática, um cenário em que 98,1% das demandas relativas a este tema foram, também, ajuizadas por pessoas

físicas, com apenas 1,8% delas ajuizadas por pessoas jurídicas contratantes. A prevalência de pessoas físicas neste tipo de demanda sugere que, independentemente da natureza do contrato, o peso financeiro do reajustamento por faixa etária tende a recair sobre o consumidor final.

A conclusão de que reajustes por faixa etária pesam mais para o consumidor final do que para o contratante ou entidade mediadora da contratação se estende aos reajustes anuais em planos coletivos. Também neste tema, há grande predominância de pessoas físicas no polo demandante: 83,4% das demandas deste tipo foram ajuizadas por pessoas físicas, contra 16,6% por pessoas jurídicas contratantes. Contudo, neste caso, diferenças relevantes na regulação setorial relativa aos reajustes anuais permitem conclusões adicionais. Quando comparado às demandas relacionadas a reajustes por faixa etária, há um considerável aumento de demandas por pessoas jurídicas contratantes no tema dos reajustes anuais.

Há, portanto, indicativo de que reajustes anuais em contratos coletivos afetam também os contratantes, e não apenas os beneficiários finais. Mesmo assim, a significativa maioria dos demandantes neste tema são pessoas físicas. Este dado revela que, a despeito de a ANS não impor tetos ao reajustamento anual de contratos coletivos, sob o pretexto de conferir maior liberdade negocial entre contratada e contratantes, como forma de garantir o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, os reajustes anuais em contratos coletivos acabam afetando desproporcionalmente os consumidores finais, não considerados nesta equação sobre capacidade negocial na relação contratual.

Surge, desta constatação, uma hipótese robusta de que as negociações realizadas entre operadoras e pessoas jurídicas contratantes não são suficientes para garantir reajustes equitativos. Esse cenário aponta dois indícios de insuficiências ou falhas regulatórias no setor: a (i) falta de mecanismos de devida representação de beneficiários na intermediação de sua relação com operadoras de planos de saúde através dos diferentes tipos de contratos coletivo, e; (ii) a insuficiência de instrumentos que garantam a simetria de informações, poder econômico e, conseqüentemente, de capacidades de negociação entre contratantes e operadoras.

Por fim, é ainda relevante destacar que os dados de autoria coletados na pesquisa revelam que, ao menos no universo estudado, o padrão de judicialização na saúde suplementar tem por principal base as relações consumeristas individuais. Praticamente não foram encontrados registros relativos a ACPs ou outros tipos de representação processual que sugiram a presença de uma abordagem de direitos coletivos nos processos.

Posição da operadora de plano de saúde

A posição das operadoras de planos de saúde nos recursos que deram origem aos acórdãos analisados na pesquisa revela informações sobre dois aspectos cruciais da judicialização na saúde suplementar: o comportamento ou as estratégias judiciais das operadoras e o padrão de resultado das demandas em 1ª instância. Por este motivo, foram coletados dados sobre a posição recursal das operadoras nos acórdãos, apresentados com segmentação por autoria na Tabela 8.

Tabela 8 – Posição recursal das operadoras de planos de saúde em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por autoria da ação

Posição da operadora	Autoria de PF		Autoria de PJ contratante		Autoria de ente legitimado		Outras autorias		Total	
		%		%		%		%		%
Recorrente	7.149	64,5%	263	49,3%	1	33,3%	5	62,5%	7.418	63,8%
Recorrida	2.294	20,7%	180	33,8%	2	66,7%	3	37,5%	2.479	21,3%
Recorrente e recorrida	1.640	14,8%	90	16,9%	0	0,0%	0	0,0%	1.730	14,9%
Total	11.083	100,0%	533	100,0%	3	100,0%	8	100,0%	11.627	100,0%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

No universo total da análise, a participação das operadoras como recorrentes é muito significativa: em 78,7% dos acórdãos as operadoras apareciam neste polo. Este panorama revela uma alta taxa de sucesso de demandas ajuizadas contra operadoras de saúde em 1ª instância no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. A segmentação por tipo de autoria, contudo, indica que este cenário muda

de acordo com a natureza da demanda. Enquanto as operadoras aparecem como recorrentes em 79,3% dos acórdãos que julgavam ações ajuizadas por pessoas físicas, entre as demandas ajuizadas pelas PJ contratantes dos planos, tem-se um cenário em que a porcentagem de acórdãos em que operadoras são recorrentes cai para 66,2% - ainda assim, um número significativo.

A diferença entre as taxas de operadoras recorrentes a depender do tipo de autoria da ação permite suscitar algumas hipóteses. É possível, em primeiro lugar, que o conjunto da legislação ofereça maiores condições para que prosperem demandas de pessoas físicas – como, por exemplo, na ampla possibilidade de invocação do Código de Defesa do Consumidor, amplamente evocado na fundamentação de acórdãos favoráveis às demandas (ver seção 3.14). Por outro lado, é possível considerar, também, que os temas materiais mais frequentemente ajuizados por pessoas físicas tenham maior respaldo na legislação do que aqueles ajuizados por pessoas jurídicas contratantes.

Ainda, é importante considerar que o universo da pesquisa envolveu apenas demandas que chegaram ao 2º grau – ou seja, demandas em que foi interposto algum tipo de recurso. Não é possível dizer, apenas a partir das informações coletadas na pesquisa, se o perfil dessas demandas reflete o perfil geral da judicialização na saúde suplementar. Surge, daí, uma contra-hipótese explicativa para a sobrerrepresentação de operadoras na posição de recorrentes: é possível que a interposição de recursos não recaia igualmente sobre todo o universo de ações ajuizadas contra operadoras, seja porque os autores recorrem menos do que as operadoras em caso de derrota em 1º grau, seja porque operadoras recorrem apenas de decisões desfavoráveis em demandas específicas (e.g., demandas de maior valor). A confirmação de alguma dessas hipóteses afastaria as demais hipóteses sobre relação direta entre o grau de sucesso das demandas e a predominância de operadoras no polo recorrente.

Operadoras demandadas

A Lei nº 9.658/1998 define como operadora de plano de saúde a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou

entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de 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.

Segundo dados do setor, fornecidos pela ANS, em dezembro de 2018 eram 749 operadoras de planos de assistência médico hospitalar atuando no Brasil. Em dezembro de 2019 esse número diminuiu, com 727 operadoras registradas.

As operadoras de planos de assistência médico-hospitalar, excluindo-se os planos exclusivamente odontológicos, elas se categorizam em: administradora de benefícios, cooperativa médica, medicina de grupo, autogestão, filantropia e seguradoras especializadas em saúde. A lista abaixo apresenta uma síntese normativa para cada uma das modalidades:

- A administradora de benefícios, conforme a Resolução Normativa ANS – RN nº 196/2009, é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo atividades previstas na regulamentação (art. 2º).
- A cooperativa médica, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da ANS – RDC nº 39/2000, é a sociedade sem fins lucrativos que opera planos de saúde, coordenada por médicos e que ofereça serviços médicos. Esta modalidade se constitui conforme as disposições da Lei das Cooperativas (Lei n.º 5.764/1971).
- A medicina de grupo, por sua vez, possui caráter residual, categorizando-se como empresa ou entidade que opera planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas outras modalidades definidas pela ANS, conforme o art. 15, da RDC nº 39/2000.
- Operadoras na modalidade de autogestão são aquelas que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas que, obrigatoriamente, devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo empregatício com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde. Sua regulação encontra-se nas Resoluções Normativas da ANS – RN nº 137/2006 e RN nº 148/2007.
- A modalidade de filantropia, descrita no art. 17, da RDC nº 39/2000, refere-se à entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde e que tenha o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

- As seguradoras especializadas em saúde, regulamentadas pela Lei nº 10.185/2001, são sociedades com fins lucrativos que comercializam seguros de saúde e que oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares. Elas possuem objeto social exclusivo para a atuação no setor de Saúde Suplementar, com a obrigatoriedade de definição no contrato das condições e limites de reembolso, cobertura e abrangência geográfica.

Operadoras mais demandadas (2018-2019)

A tabela abaixo apresenta as 15 operadoras mais demandadas no universo de decisões analisadas.

Tabela 9 – Operadoras de planos de saúde demandadas em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas

Operadora	n	%
SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	3.249	27,9%
BRDESCO SAÚDE S.A.	1.942	16,7%
AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	1.805	15,5%
FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ	599	5,2%
NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	592	5,1%
UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUA	487	4,2%
CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENT	385	3,3%
Outras UNIMEDs	267	2,3%
UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE	220	1,9%
OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.	182	1,6%
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO B	177	1,5%
SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	145	1,2%
CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO	125	1,1%
UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	119	1,0%
GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	115	1,0%
Outras	1.478	12,7%
Total	11.627	100%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Administradora de benefícios demandada

Além das operadoras, existem determinadas demandas que incluem no polo passivo a administradora de benefícios, isso ocorre nos planos de saúde coletivos por adesão, pois a Resolução Normativa 195/09, em seu artigo 23, prevê a possibilidade da contratação entre a pessoa jurídica de caráter profissional e a operadora de plano de saúde ser realizada com a participação de uma empresa “administradora de benefícios”, seja na condição de intermediadora da contratação, ou mesmo na condição de estipulante do contrato¹¹.

Dessa forma, na condição de estipulante da contratação, as administradoras de benefícios assumem atribuições nesse contrato, que vão desde a negociação de reajustes junto à operadora de plano de saúde até a efetivação da cobrança da mensalidade diretamente ao consumidor, uma vez que a própria Resolução Normativa 195/09, em seu artigo 14¹², proíbe que as operadoras de planos de saúde efetuem a cobrança das mensalidades de forma direta aos beneficiários nesse tipo de contratação.

Assim, em determinadas demandas nesse tipo de contratação também são ajuizadas contra as administradoras de benefícios, que possuem legitimidade para figurar no polo passivo, vez que trata-se de litisconsórcio necessário.

Tema material da demanda

¹¹ “Art. 23 As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

(...)

II – com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da RN nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas;

III – com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administração assumo o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.”

¹² Art. 14 A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários.

Um dos principais objetivos da presente pesquisa é avaliar os temas materiais referentes aos planos de saúde tratados nas demandas nas quais as decisões analisadas foram proferidas.

No formulário de análise das decisões já foi possível pré-determinar alguns temas que são sabidamente controversos e, em posterior análise detalhada do campo aberto (“outros”), outros temas relevantes surgiram.

A tabela a seguir traz uma lista dos temas materiais discutidos nas decisões analisadas, classificados a partir do mais recorrente:

Tabela 10 – Temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas

Temas materiais	n	%
Exclusão/negativa de cobertura	5.604	48,2%
Reajuste por mudança de faixa etária	1.752	15,1%
Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)	1.190	10,2%
Contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade	805	6,9%
Manutenção do aposentado no contrato coletivo (art. 31 Lei 9.656/98)	627	5,4%
Resilição/cancelamento unilateral (sem motivo) do contrato coletivo pela operadora	471	4,1%
Rescisão do contrato por inadimplemento ou fraude	352	3,0%
Manutenção do demitido sem justa causa no contrato coletivo (art. 30 Lei 9.656/98)	260	2,2%
Reembolso de despesas (discussão sobre valor)	238	2,0%
Manutenção de dependentes no plano após falecimento do titular	193	1,7%
Cobranças "indevidas" / Inserção em cadastro de inadimplentes	173	1,5%
Portabilidade de carências	139	1,2%
Descrédenciamento de prestador	115	1,0%
Outros temas não classificados	84	0,7%
Mudança de categoria de plano na mesma operadora	76	0,7%
Inclusão/exclusão de beneficiário no plano de saúde (titular/dependente)	69	0,6%
Migração do contrato coletivo para individual	68	0,6%
Rescisão de contrato coletivo pela empresa contratante	63	0,5%
Problemas relacionados à quebra de operadoras/alienação de carteira	62	0,5%
Outros problemas relacionados à manutenção do plano de saúde após o fim do vínculo com a pessoa jurídica contratante	57	0,5%
Reajuste anual de plano individual	51	0,4%
Outros problemas relacionados à rescisão e/ou resilição do contrato	47	0,4%
Coparticipação	19	0,2%
Demora no atendimento	16	0,1%
Reajuste não classificado	15	0,1%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

É possível agrupar alguns dos temas materiais que constam da tabela anterior em temas mais abrangentes, de forma a deixar mais claro quais as principais questões que levam os beneficiários de planos de saúde a buscar o Judiciário, conforme consta da tabela a seguir.

Tabela 11 – Agrupamentos dos temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas

Temas materiais	n	%
Exclusão/negativa de cobertura	5.604	48,2%
Reajuste	3.008	25,9%
Problemas relacionados à manutenção do plano de saúde após o fim do vínculo com a pessoa jurídica contratante	1817	15,6%
Rescisão do contrato	933	8,0%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

A seguir trataremos mais detalhadamente os dados referentes a cada um dos temas mais demandados.

Exclusão de cobertura

O tema mais recorrente nas demandas, que foi discutido em cerca de 48,20% das decisões analisadas (5.604 decisões tratam do tema), é a exclusão de cobertura, ou seja, quando o usuário solicita um procedimento ou um atendimento e a operadora se recusa a cobrir.

A Constituição Federal de 1988, além de instituir o SUS como o sistema público de saúde, também permitiu que a iniciativa privada prestasse serviços de assistência à saúde (Art. 199).

Os planos e seguros de saúde privados são regulados pela Lei nº 9.656/98, definidos como uma prestação continuada de serviços ou cobertura de custos

assistenciais, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir a assistência à saúde¹³.

A norma do artigo 10¹⁴, da Lei nº 9.656/98, traça a principal diretriz para a cobertura que deve ser fornecida aos consumidores contratantes de planos de saúde, determinando 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.

Os incisos do artigo 10 dessa Lei preveem a possibilidade de excetuar a cobertura de tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado os tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; fornecimento 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.

E o parágrafo 4¹⁵ do artigo 10 da Lei nº 9.656/98 delega à ANS a competência para definir a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade.

¹³ Art. 1º (...) 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; (...).

¹⁴ “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 (...)”.

¹⁵ A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

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, que atualmente é revisado a cada dois anos.

O primeiro rol de procedimentos estabelecido pela ANS foi definido pela Resolução Consu nº 10/1998, atualizado em 2001 pela Resolução de Diretoria Colegiada da ANS – RDC 67/2001 –, e novamente revisto nos anos de 2004, 2008, 2010, 2011, 2013, 2015 e 2017 pelas Resoluções Normativas da ANS nº 82, 167, 211, 262, 338, 387 e 428, respectivamente.

Em 2021 foi aprovada a Resolução Normativa nº 465, que trouxe novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, assim como as novas Diretrizes de Utilização – DUT –, Diretrizes Clínicas – DC – e Protocolo de Utilização – PROUT – para alguns procedimentos, que passaram a valer em janeiro de 2018.

Ou seja, o rol da ANS traz uma lista de procedimentos que devem obrigatoriamente ser cobertos. No entanto, segundo interpretação (até pouco tempo pacífica) do Poder Judiciário, não consiste em uma lista taxativa, e sim meramente exemplificativa. O fato de um procedimento não estar previsto nesse rol não justificaria, assim, a recusa de sua cobertura.

A cobertura prestada pelos planos de saúde pode ainda ser segmentada de acordo com o tipo de segmentação contratada, que pode ser hospitalar, ambulatorial e obstétrica, sendo possível às operadoras comercializar planos com as mais diferentes combinações de segmentação (apenas ambulatorial; apenas hospitalar; hospitalar com obstetrícia; ambulatorial e hospitalar; e ambulatorial e hospitalar com obstetrícia), desde que cumpram a obrigação de comercializar o plano denominado referência, que abrange assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, sendo sua acomodação em enfermaria.

A segmentação ambulatorial garante a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, enquanto que a hospitalar cobre a prestação de serviços em regime de internação hospitalar e a obstétrica, a atenção ao parto e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

Outra questão que impacta na cobertura dos planos de saúde é a forma pela qual a assistência é contratada no plano de saúde, que, como já exposto, pode ser através do acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos (livre escolha, mediante reembolso), integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada (exclusivamente por rede credenciada), ou ainda uma mescla dessas duas alternativas (livre escolha + rede credenciada).

Isso implica em dizer que, se o plano de saúde estabelecer a prestação de serviços através exclusivamente de uma rede de prestadores credenciados, o beneficiário apenas poderá acessar os serviços dentre os integrantes dessa rede, salvo o caso de inexistência de prestador para uma determinada especialidade.

Já se o contrato de plano de saúde estabelecer a prestação mediante a livre escolha de prestadores no mercado, cujo custo é pago diretamente pelo consumidor e depois reembolsado pela operadora, a cobertura ficará limitada aos valores estabelecidos contratualmente para cada procedimento.

Embora rechaçado pelas operadoras, os planos de saúde são regulados também pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) – Lei nº 8.078/90, por se tratar de atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração¹⁶.

E, de acordo com o CDC¹⁷, são nulas as cláusulas contratuais que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, como as que restringem direitos ou

¹⁶ Art. 3º, § 2º, Lei nº 8.078/90.

¹⁷ 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

obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual.

É possível concluir que negar a cobertura de exames e procedimentos ao beneficiário de planos de saúde seria o mesmo que recusar o acesso do consumidor ao diagnóstico e tratamento de sua doença, recusando a prestação de um serviço inerente à natureza do contrato de plano de saúde e colocando o consumidor em desvantagem excessiva, sendo, portanto, abusiva e nula de pleno direito.

Além disso, outras regras previstas nesse diploma legal influenciam a cobertura. O CDC determina a imprescindibilidade da informação adequada e clara sobre os serviços e a especificação correta de suas características¹⁸, a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor¹⁹ e a obrigação de redação com destaque das cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor que permita sua imediata e fácil compreensão, em se tratando de contrato de adesão²⁰.

O Tribunal de Justiça de São Paulo já possui entendimento pacífico e sumulado²¹ no sentido de que devem ser cobertos pelo plano de saúde todos os exames necessários para o tratamento de doenças cobertas e indicados pelo médico, independente de previsão no rol da ANS.

a boa-fé ou a equidade; (...) § 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que: (...) 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 o conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso”.

¹⁸ Art. 6º São direitos básicos do consumidor: (...) III – a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; (...).

¹⁹ Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

²⁰ Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo. (...) § 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

²¹ Súmula 96: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento; Súmula 102: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.

Recentemente o STJ manifestou seu entendimento em sentido diverso, pela taxatividade “mitigada” do rol, ou seja, que o rol é taxativo, mas há possibilidade de cobertura de procedimentos nele não previstos. A Segunda Seção do STJ, no julgamento dos Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1886929 / SP) definiu as seguintes teses:

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.

Feitas essas considerações, importante apontar que os dados obtidos na pesquisa apontam que das 5.604 decisões que tratam da exclusão de cobertura, 5.201 (92,8%) tiveram desfecho favorável aos beneficiários (4.866 totalmente favoráveis e 335 parcialmente favoráveis).

Buscou-se, ainda identificar quais os tratamentos negados cuja cobertura foi discutida nos processos nos quais as decisões analisadas foram proferidas, conforme consta da Tabela 12.

Tabela 12 – Tratamentos e serviços demandados em ações sobre exclusão/negativa de cobertura ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas e resultado do julgamento

Categoria de exclusão de cobertura	% do total de n demandas de exclusão		Pedidos julgados favoravelmente ao demandante		Pedidos julgados parcialmente favoravelmente ao demandante		Pedidos julgados desfavoravelmente ao demandante	
	n	%	n	% (n)	n	% (n)	n	% (n)
Tratamentos/terapias não medicamentosos	2.493	44,5%	2.175	87,2%	189	7,6%	203	8,1%
Internações	1.364	24,3%	1.129	82,8%	134	9,8%	101	7,4%
Tratamentos medicamentosos/Fármacos	1.286	22,9%	1.175	91,4%	49	3,8%	62	4,8%
Outros serviços	645	11,5%	554	85,9%	281	43,6%	296	45,9%
Órtese/prótese/materiais	585	10,4%	542	92,6%	19	3,2%	24	4,1%

Procedimentos diagnósticos	383	6,8%	331	86,4%	35	9,1%	17	4,4%
Não especificado	76	1,4%	54	71,1%	9	11,8%	13	17,1%
Consultas	25	0,4%	13	52,0%	9	36,0%	3	12,0%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Na tabela acima, as categorias originais contidas no formulário foram agrupadas em categorias mais abrangentes para facilitar a análise proposta. Cada uma delas engloba, respectivamente:

- Tratamentos/terapias não medicamentosos: cirurgia, parto, tratamento não especificado (nos casos que não envolvessem fármacos), radioterapia, tratamento para câncer não especificado (nos casos que não envolvessem fármacos), fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional, terapia ABA, diálise/hemodiálise e reprodução assistida.
- Internações: internação domiciliar/home care, internação hospitalar e internação em UTI.
- Tratamentos medicamentosos/fármacos: medicamentos, tratamento (em casos em que fosse pedido algum fármaco específico), quimioterapia e tratamento para câncer não especificado (em casos em que fosse pedido algum fármaco específico) e pedidos preenchidos livremente no questionário, fora das categorias pré-determinadas, em que fosse especificado algum fármaco.
- Outros serviços: transferência em ambulância ou aéreo, pronto atendimento/pronto socorro e serviços que tenham sido preenchidos livremente, fora das categorias predeterminadas no questionário (exceto aqueles em que fosse pedido algum fármaco específico).
- Órteses/próteses/materiais: órteses, próteses e materiais necessários a cirurgias.
- Procedimentos diagnósticos: exames e pedidos que tenham sido preenchidos livremente, fora das categorias predeterminadas no questionário, que especificassem serviços diagnósticos.
- Não especificado: acórdãos em que fosse possível identificar que alguma modalidade de serviço de saúde estava sendo demandada, mas sem a especificação do objeto da demanda.
- Consultas: consultas médicas, de qualquer especialidade.

Observa-se que as decisões que discutem negativa de cobertura analisadas tratam majoritariamente de tratamentos/terapias não medicamentosos (44,5%), seguidas de demandas por internações (24,3%). As demandas por tratamentos medicamentosos/fármacos representam 22,9% das decisões analisadas sobre exclusão de cobertura. Esse dado aponta para a possibilidade de conclusão de que, no período analisado, novos e caros medicamentos não são a principal demanda de beneficiários de planos de saúde na Justiça, ao contrário, representam apenas cerca de 23% das demandas.

Por fim, buscou-se identificar os medicamentos mais demandados nas ações nas quais as decisões analisadas foram proferidas. Dentre as 1.286 demandas

que envolviam pedido de fornecimento de ao menos um fármaco, foram localizadas 253 substâncias distintas, o que demonstra a pulverização da judicialização por medicamentos na saúde suplementar. De toda forma, a Tabela 13 aponta os 10 medicamentos/fármacos mais pleiteados, dentre os identificamos que 2 (dois) são medicamentos contra hepatite C (Sofosbuvir e Sofosbuvir+Ledipasvir), 6 (seis) são antineoplásicos (Bevacizumabe, Pembrolizumabe, Nivolumabe, Lenalidomida, Rituximabe e Palbociclibe) e os outros 2 (Toxina botulínica e Ranibizumabe), apesar de terem funções distintas, são medicamentos de aplicação necessariamente ambulatorial.

Tabela 13 – Dez medicamentos mais demandados em ações demandando a cobertura de fármacos ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por número de demandas

Fármaco	Número de vezes demandado	% (n=1.286)
Sofosbuvir	70	5,4%
Toxina botulínica	59	4,6%
Bevacizumabe	56	4,4%
Pembrolizumabe	56	4,4%
Nivolumabe	54	4,2%
Sofosbuvir+Ledipasvir	53	4,1%
Lenalidomida	51	4,0%
Rituximabe	49	3,8%
Ranibizumabe	46	3,6%
Palbociclibe	44	3,4%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Reajustes de mensalidade

O contrato de plano de saúde configura-se como de trato sucessivo por prazo indeterminado, com transferência onerosa de riscos e catividade do consumidor, sendo suas mensalidades reajustadas anualmente ou por mudança de faixa etária. O reajuste de mensalidades de planos e seguros de saúde é regulado pela ANS.

Questões relacionadas a reajustes de planos de saúde foram o segundo tema mais tratado entre os acórdãos lidos, presentes em aproximadamente 23% das

decisões analisadas²², o que denota a sua grande relevância para a sociedade. O levantamento realizado coletou informações das demandas relativas a todos os tipos de reajustes de mensalidades. O objetivo inicial foi mapear o conjunto mais abrangente possível de informações, incluindo os valores pagos pelos clientes antes e depois do reajuste questionado e eventuais percentuais utilizados como referência para a demanda inicial ou arbitrado pelo acórdão. Contudo, o resultado desta metodologia mostrou-se insatisfatório devido à fragmentação e insuficiência dos dados presentes no texto dos acórdãos.

Ademais, a discussão sobre o mérito de demandas desse tipo é, em muitos casos, imprecisa e confusa. Não é incomum que a decisão mencione normas e resoluções relativas a tipos de reajuste ou planos em casos diferentes ou que não se aplicam ao caso julgado. O resultado das decisões, qual seja, o valor da mensalidade ou o percentual de reajuste definido pelo acórdão é, frequentemente, definido com base em parâmetros arbitrários ou tem seu cálculo postergado para as etapas seguintes do processo.

Por todas essas razões, o banco de dados gerado pela pesquisa contém informações heterogêneas e incompletas, que impossibilitaram a o cálculo de estatísticas relevantes para o conjunto dos acórdãos analisados. De toda forma, a constatação destas dificuldades, bem como a percepção dos pesquisadores acerca da leitura deste tema específico, podem ser considerados achados da pesquisa, servindo como evidência que subsidiou a produção técnica e científica gerada pelo projeto.

Em razão disso, a seguir, estão dispostas apenas breves revisões da regulação setorial aplicáveis a cada tipo de reajuste, cotejadas com os números totais de ações encontradas sobre cada tipo de reajuste e, em alguns casos, com exemplos qualitativos sobre como essa regulação se manifesta em problemas para os beneficiários.

²² Somando-se os percentuais de frequência em que questões relacionadas a reajustes foram tratadas nos acórdãos analisados, chega-se ao percentual de 25,9%, mas este número sobrestima a quantidade de acórdãos em que o tema é discutido, já que, em alguns casos, uma mesma decisão trata de mais de uma demanda.

Reajuste anual dos planos individuais e familiares

A ANS define anualmente qual é o percentual máximo que poderá ser aplicado nas mensalidades. Para os planos de saúde individuais ou familiares com aniversário no período de maio de 2019 a abril de 2020 o índice definido foi de 7,35%. Isso corresponde praticamente ao dobro da inflação medida pelo IBGE, que fechou 2018 em 3,75%. Este tipo de reajuste afeta aproximadamente 9 milhões de pessoas.

A metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais só foi definida pela ANS na Resolução Normativa nº 441/2018, passando a ser utilizada para defini-lo a partir de 2019, e “combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde.” Na fórmula, o IVDA tem peso de 80% e o IPCA de 20%.

Do total de 47.188.528 clientes de planos de saúde em 2018, menos de 20% (9.039.738 de pessoas) estavam nos contratos individuais/familiares. Para fugir do teto anual de reajuste, as operadoras deixaram de vender planos individuais, substituídos no mercado pelos planos falsos coletivos e pelos planos de adesão, que têm reajustes anuais mais elevados, visto que não se submetem ao teto definido pela ANS (GEPS, 2019; 2021). Além dos reajustes anuais definidos pela ANS, os clientes de planos individuais e familiares também sofrem reajustes por mudança de faixa etária.

Os reajustes individuais foram objeto de apenas 0,4% dos acórdãos lidos, sugerindo maior segurança jurídica como decorrência da imposição de limitações aos reajustes aplicáveis.

Reajuste anual dos planos coletivos

A Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) não regulamentou os reajustes dos planos coletivos, apenas determinou que o valor da mensalidade do plano de

saúde e os critérios para seu reajuste devem estar previstos no contrato. Por isso, além dos reajustes por mudança de faixa etária, quem está vinculado a um plano de saúde por meio de contratos coletivos sofre, anualmente, um outro aumento que é composto pelo reajuste financeiro (em função da alegada inflação médica) e pelo reajuste por sinistralidade (em função da maior utilização).

O reajuste financeiro consiste na variação do custo médico-hospitalar apurado pela própria operadora. Já o chamado reajuste por sinistralidade, geralmente previsto no contrato, é o aumento aplicado sempre que a despesa anual que a empresa de plano de saúde teve com aquele grupo (devido à maior necessidade de saúde e maior utilização – de exames, tratamentos internações etc – de um ou mais integrantes do plano coletivo) ultrapasse determinado percentual da receita da operadora no mesmo período.

Assim, as operadoras podem reajustar livremente os planos coletivos em percentual ilimitado, com a justificativa de que precisam garantir o equilíbrio das despesas desses contratos, mantendo suas altas margens de lucro e eliminando riscos que deveriam ser inerentes à atividade. A composição do grupo de beneficiários e a forma de apuração do reajuste pode variar conforme o tipo de plano coletivo e segundo outros fatores descritos a seguir.

Diante do cenário de aplicação de altos reajustes por sinistralidade aos contratos coletivos com um pequeno número de beneficiários, a ANS editou a Resolução Normativa nº 309/2012, que determina que as operadoras de planos de saúde devem agrupar seus contratos coletivos com menos de 30 vidas num grupo único para aplicação do reajuste.

Não há qualquer controle pela ANS dos percentuais de reajuste praticados nos planos empresariais. Embora os percentuais impostos pelos planos de saúde devam ser informados à ANS por cada operadora a cada trimestre (Art. 2º da IN nº 13/2006), a agência não torna pública essas informações.

Em função dos altos reajustes, muitas empresas têm deixado de oferecer planos para seus empregados ou passaram a contratar planos de menor preço, pior qualidade e menor cobertura.

O plano coletivo por adesão, em tese, exige vínculo da pessoa com uma associação profissional, entidade de classe ou sindicato. A cobrança da mensalidade é feita diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou por uma Administradora de Benefícios, a exemplo da Qualicorp. Esses planos têm seus reajustes liberados, baseados nos contratos e na livre negociação entre as partes. Apesar de não exercer controle ou fiscalização sobre os reajustes dos planos coletivos por adesão, a ANS constatou que o poder de negociação dos sindicatos e entidades de classe é relativo, ao afirmar, em Nota Técnica, que:

“(…) Para o mercado de planos coletivos por adesão se verifica, em média, a ocorrência de reajustes maiores para contratos com maior número de beneficiários, revelando a ineficácia da regra de agrupamento de contratos (Pool de Risco) para essa modalidade” “(…) A maior concentração de beneficiários e o maior percentual de reajuste médio em planos coletivos por adesão acontece na faixa de contratos com mais de 10.000 vidas, contrariando a ideia de que as pessoas jurídicas contratantes possuem maior poder de barganha em contratos com grande número de vidas”. (Nota Técnica nº 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO)

Assim como nos coletivos empresariais, as operadoras devem comunicar os reajustes dos planos coletivos por adesão à ANS em até 30 dias após a aplicação do reajuste. Mas esses valores também não são tornados públicos pela ANS. Além disso, uma parte desses planos (o quantitativo é desconhecido) são de “adesão dissimulada”, em que o próprio corretor apresenta ao indivíduo a sugestão de afiliação em associações ou sindicatos. Da mesma forma que os “falsos coletivos”, trata-se de uma artimanha do mercado que deixou de ofertar planos individuais.

A pulverização da regulação aplicável aos reajustes incidentes sobre planos coletivos e a consequente aplicação de percentuais muito elevados e, frequentemente, calculados de forma unilateral e pouco transparente pelas operadoras, pode explicar os resultados encontrados na pesquisa: 10,2% dos acórdãos lidos lidavam com demandas relacionadas a reajustes anuais de planos coletivos, baseados na sinistralidade.

Reajustes para aposentados e demitidos

O aposentado ou o ex-empregado, exonerado ou demitido sem justa causa, beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, tem o direito de manter-se no mesmo plano de saúde. Para isso, quando na ativa, deve ter contribuído mensalmente com parte do pagamento do plano de saúde. Não há direito ao plano de saúde se o empregador pagava integralmente o plano ou se o plano funcionava no regime de coparticipação ou franquia.

No entanto, a ANS segregou esse grupo, permitindo que as empresas, para manter ex-funcionários e aposentados, contratem um plano diferente daquele contratado para os empregados na ativa, o que gerou distorções. Como a negociação do aumento passou a ser baseada em todos os planos de ex-empregados da mesma operadora, o cálculo tornou praticamente inviável o pagamento de mensalidades por aposentados e demitidos, o que levou a grande judicialização desses reajustes. Os percentuais de reajustes de planos de aposentados e demitidos não são divulgados pela ANS.

Sobreposição de reajustes: reajuste anual + reajuste por idade

Além dos reajustes no aniversário do contrato, que variam conforme o tipo de plano, a lei permite que os planos de saúde também aumentem a mensalidade para cada mudança de faixa etária. O reajuste por idade ocorre em todo tipo de plano: nos individuais/familiares, nos coletivos de empresas, nos coletivos de adesão e nos “falsos coletivos”.

As faixas etárias para fins de reajuste variam conforme a data de contratação do plano. Pelas regras atuais existem dez faixas etárias. O valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). Além disso, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. Mesmo assim, as operadoras reservam os maiores reajustes para as últimas faixas etárias, sendo comum maiores (e “expulsivos”) percentuais de reajuste a partir das faixas de 49 a 53 anos; 54 a 58 anos e 59 anos ou mais. Como esses aumentos se sobrepõem ao aumento anual, o pagamento do plano

de saúde torna-se impraticável para grande número de pessoas, mesmo antes dos 60 anos.

Dentre todas as modalidades de reajuste, os reajustes por faixa etária motivaram o maior número de demandas, aparecendo em 15,1% dos acórdãos analisados. Em 3% dos acórdãos, as demandas relacionadas a reajustes por faixa etária foram acumuladas com reivindicações relacionadas a outros tipos de reajuste.

Um exemplo de como se manifesta esse tipo de sobreposição pode ser extraído do julgamento do processo de número 1010176-14.2016.8.26.0405. Neste caso, a beneficiária ajuizou a ação com o intuito de discutir o reajuste por faixa etária de 89% aplicado aos 59 anos, subsidiariamente, pleiteou-se a revisão judicial, seja pela média dos reajustes previstos para as demais faixas etárias ou em atenção à regra contida na RN 63/03 da ANS.

Sobre essa questão, necessário se faz esclarecer que os requisitos estabelecidos pelo art. 3.º da RN 63/03 da ANS não têm sido suficientes para impedir abusos por parte das operadoras.

Com efeito, a multiplicação dos processos discutindo reajustes por faixa etária aos 59 anos se deve justamente à forma como algumas operadoras manejaram dolosamente os critérios da referida resolução normativa para impingir um reajuste completamente desproporcional para o consumidor que completa 59 anos.

Diante dessa controvérsia, foram afetados alguns processos para julgamento em sede de Recurso Repetitivo (tema 1016), referente a validade da cláusula de reajuste por faixa etária em contrato de plano de saúde coletivo.

No presente caso, a turma julgadora considerou o julgamento do repetitivo que prevê a possibilidade de reajuste desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.

Assim, concluiu no reconhecimento da abusividade do reajuste por faixa etária, no entanto, no que tange ao percentual do índice a ser aplicado, determinou que fosse apurado na fase de liquidação de sentença, por meio de cálculo atuarial, consoante determinado pela Egrégia Corte Superior.

Problemas relacionados à manutenção do plano de saúde após o fim do vínculo com a pessoa jurídica contratante

Manutenção do aposentado e demitido

A Lei nº 9.656/98, em seus artigos 30 e 31²³, garantem ao demitido e ao aposentado, beneficiários de um plano de saúde contratado coletivamente, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de se manterem no contrato coletivo nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que arque com o pagamento integral do plano.

O tempo pelo qual o aposentado poderá se manter como beneficiário do contrato coletivo varia, conforme previsto neste mesmo dispositivo legal. Caso o

²³ Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

Art. 30. (...)

§ 2º-A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

aposentado, enquanto empregado ativo, tenha contribuído para o plano de saúde por 10 anos ou mais, poderá manter o benefício por tempo vitalício. Por outro lado, caso tenha contribuído por menos de 10 anos, o direito de manutenção do plano como beneficiário é equivalente ao tempo de contribuição.

O direito do aposentado se manter como beneficiário do contrato coletivo de plano de saúde se extingue se houver sua admissão em novo emprego. E esse direito é extensivo a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, mesmo em caso de morte do titular.

No caso do funcionário demitido sem justa causa, também é garantido o direito de se manter como beneficiário do contrato, desde que arque com o pagamento integral do plano, mas o período de permanência do demitido é limitado a um terço do período que ele contribuiu para o plano enquanto funcionário ativo, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses²⁴.

Da mesma forma como ocorre com o aposentado, a manutenção do plano é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, mesmo em caso de morte do titular, e o benefício se extingue se houver a admissão do demitido em novo emprego.

Tanto no caso dos demitidos como dos aposentados, a Lei 9.656/98 determina que o direito de manutenção do plano de saúde não se aplica aos beneficiários

²⁴ Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no *caput* deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

que tiveram sua mensalidade custeada integralmente pela empregadora, durante o vínculo empregatício, ainda que o beneficiário tenha pago alguma quantia para utilização de serviços de assistência médica ou hospitalar a título de coparticipação²⁵.

Dentre as decisões judiciais analisadas na presente pesquisa, o tema relacionado à manutenção do demitido e do aposentado no plano de saúde do empregador foi identificado em 887 casos, sendo 260 casos relacionados à manutenção de beneficiários demitidos e 627 casos onde aposentados pediam a sua permanência no plano de saúde.

Dos 887 casos relacionados à manutenção do demitido ou aposentado no plano de saúde do empregador, 475 ações foram desfavoráveis aos beneficiários, o que representa 53,5% do total.

Na maioria dos casos desfavoráveis (349 casos), o principal fundamento utilizado pelo TJSP foi o entendimento fixado pelo STJ – Superior Tribunal de Justiça, no Tema 989, o qual estabelece que

“Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto”.

Esse entendimento do STJ foi fixado pela sistemática dos Recursos Especiais Repetitivos, o que torna sua observância obrigatória pelos tribunais estaduais.

O Recurso Especial Repetitivo é um instrumento jurídico criado na reforma do Código de Processo Civil, em 2015, o qual permite ao STJ selecionar dois ou mais processos que tratem de um determinado tema, cujo conflito seja reiteradamente levado ao Judiciário. Feito isso, o STJ deve julgar esses

²⁵ Nos planos em que há coparticipação, além da mensalidade, a operadora cobra parte do valor de alguns procedimentos, quando o beneficiário os utilizar.

processos e, o que for decidido nesses casos, deverá valer para todos os outros processos no país cuja controvérsia seja idêntica.

Estudos anteriores, no entanto, demonstram que antes da definição do Tema 989 pelo STJ, o Tribunal de Justiça de São Paulo possuía o entendimento no sentido de conceder a manutenção do plano para os demitidos e aposentados, mesmo que os beneficiários não tivessem contribuído para o plano de saúde durante o vínculo trabalhista (Trettel, Kozan e Scheffer, 2018).

Contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade

O valor da mensalidade a ser paga pelos demitidos e aposentados, após o desligamento da empresa, também foi um tema identificado na presente pesquisa. Esse assunto foi observado em 805 acórdãos analisados, sendo que 305 casos foram favoráveis ou parcialmente favoráveis aos consumidores, enquanto outras 500 decisões foram desfavoráveis.

Com o objetivo de regulamentar o direito previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a ANS editou a Resolução Normativa nº 279/2011. Malgrado esta Resolução tenha solucionado algumas omissões da Lei, ela possibilitou a criação de carteiras exclusivas para ex-empregados, com valores e reajustes diferenciados:

Art. 19. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

Com isso, o empregador pode contratar um plano exclusivo para manter seus ex-empregados, demitidos sem justa causa ou aposentados, separado do plano dos empregados ativos. Este contrato poderá ter valores e reajustes diferentes daqueles previstos para os funcionários ativos.

Tanto o Artigo 30 como o Artigo 31 da Lei nº 9.656/98, dispõem apenas que o ex-empregado (demitido ou aposentado) deve assumir o pagamento integral da

mensalidade. Já a Resolução Normativa 279/2011 estabelece duas situações: 1) se o ex-empregado for mantido no mesmo contrato coletivo, o valor da contraprestação pecuniária a ser paga por ele deverá corresponder ao valor integral estabelecido de seu custo por faixa etária, custo este que deverá ser apresentado aos beneficiários pela operadora no ato da contratação do plano de saúde e deve constar do contrato²⁶; 2) se o ex-empregado for transferido para a carteira exclusiva de ex-empregados, será feito um novo contrato que poderá prever condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas das previstas no contrato coletivo que abrange os empregados ativos²⁷. Essa normativa foi recentemente revogada e substituída pela Resolução Normativa nº 488/2022, que segue estabelecendo que o valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária.

Na presente pesquisa, foi possível constatar que o Tribunal de Justiça entende que a criação de uma carteira exclusiva para ex-empregados representa violação ao direito garantido pela Lei 9.656/98, já que, neste caso, não seria garantido ao demitido ou aposentado a manutenção de sua condição de

²⁶ Art. 15. No ato da contratação do plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá apresentar aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, mesmo que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador.

§ 1º Deverá estar disposto no contrato o critério para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

§ 2º No momento da inclusão do empregado no plano privado de assistência à saúde, além da tabela disposta no caput, deverá ser apresentada ainda a tabela de preços por faixa etária que será adotada, com as devidas atualizações, na manutenção da condição de beneficiário de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.

§ 3º As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações deverão estar disponíveis a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

§ 4º Excepcionalmente quando o plano dos empregados ativos possuir formação de preço pós-estabelecida, a operadora estará dispensada da apresentação da tabela de que trata o caput.

Art. 16. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

§ 1º O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária de que trata o caput do artigo 15 desta Resolução, com as devidas atualizações.

§ 2º É permitido ao empregador subsidiar o plano de que trata o caput ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

²⁷ Art. 19. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

beneficiário nas mesmas condições de quando era empregado, deixando-o sujeito a preços e reajustes onerosos:

Nem se fale que a Resolução Normativa nº 279 da ANS permite a diferenciação dos planos de ativos e inativos, uma vez que a resolução serve apenas para complementar a legislação referente aos planos de saúde, não podendo afastar disposição nesta contida (TJSP. Apelação nº 1000830-44.2018.8.26.0704, julgada em 05.12.2018).

Observou-se, com isso, que as decisões do TJSP tendem a não permitir cobranças diferenciadas entre ativos e inativos:

O que é abusivo, em verdade, é a previsão, como na espécie, de critérios obviamente distintos para funcionários ativos e inativos. Veja-se que a própria Telefônica concede que, se, por um lado, os prêmios dos funcionários inativos variam de acordo com dez faixas etárias, aqueles cobrados dos funcionários ativos, por outro lado, são fixados, in verbis, “segundo a tabela da faixa etária, mas a cobrança do valor é fixa, segundo a categoria escolhida (TJSP. Apelação nº 1039959-93.2016.8.26.0100, julgada em 13.12.2018).”

Com relação aos casos desfavoráveis aos consumidores, observou-se que, em grande parte, a mudança na forma de cobrança ocorreu de maneira uniforme para os funcionários ativos e para os aposentados e demitidos.

Nestes casos, a tendência do TJSP foi de admitir a mudança no valor pago pelos aposentados e demitidos, utilizando como base o mesmo valor pago pelos funcionários da ativa:

Vale dizer, o custeio do plano com base na faixa etária não se apresenta abusivo, desde que seja também aplicado aos funcionários em atividade, pois como visto, é vedada a imposição de critérios diferenciados para as duas categorias de segurados (TJSP. Apelação nº 1124784-67.2016.8.26.0100, julgado em 05.12.2018).

Se, de um lado, não é permitido à operadora a discriminação de plano para ativos e inativos, devendo o ex-funcionário ser mantido na mesma apólice vigente para os funcionários ativos, apenas com incremento na mensalidade correspondente ao valor subsidiado pela empregadora, de outro, não se reconhece ao exfuncionário o direito adquirido à manutenção dos mesmos valores pagos, devendo, ao revés, acompanhar os custos relacionados à apólice única atualmente fornecida, não sendo razoável, sob pena de se impor a ruína do plano, o congelamento de prêmios em relação a ex-funcionários (TJSP. Apelação nº 1032601-09.2018.8.26.0100, julgado em 05.12.2018).

Resilição/cancelamento unilateral do contrato coletivo pela operadora

Tabela 14 – Demandas relacionadas à resilição unilateral de contratos coletivos por operadoras de saúde em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por autoria e resultado do julgamento

Autoria	Favorável %	Desfavorável %	Parcialmente favorável %	Total %
Pessoa física	224 74,7%	25 8,3%	51 17,0%	300 63,7%
PJ contratante	118 69,0%	24 14,0%	29 17,0%	171 36,3%
Total	342 72,6%	49 10,4%	80 17,0%	471 100%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

A resilição unilateral de contratos coletivos foi o 6º tema mais demandado dentre os acórdãos analisados, aparecendo em 471 (ou 4,1%) acórdãos. Assim como no caso dos demais temas, as demandas foram, em sua maior parte, julgadas favoravelmente: no total, 72,6% dos pedidos foram julgados favoravelmente, contra 10,4% integralmente desfavoráveis e 17% parcialmente desfavoráveis.

Este tema foi tratado separadamente de outras modalidades de rescisão pois, diferentemente dos contratos individuais, com relação aos quais a rescisão unilateral é expressamente proibida pelo art. 13, p. ú., II da Lei nº 9.656/1998 (exceto em casos de inadimplência ou fraude), há omissão legal quanto à possibilidade de resilição unilateral em contratos coletivos.

Em sede regulatória, a ANS adotou, em sua Resolução Normativa nº 195/2009, o entendimento de que a Lei de Planos de Saúde não proíbe a rescisão unilateral dos contratos coletivos pela operadora. A RN determina apenas que sejam cumpridos determinados requisitos para garantir a validade do ato: a) as condições de rescisão devem estar previstas no contrato (art. 17); b) a rescisão só pode ser dar, por qualquer das partes, após 12 meses (art. 17, p. ú.); e c) deve ser feita notificação prévia à outra parte com antecedência mínima de 60 dias (ibid.).

Contudo, os requisitos do prazo mínimo e da necessidade de notificação prévia para rescisão foram anulados em 2015 por decisão do Tribunal Regional Federal da 2ª Região, em acórdão de julgamento da Ação Civil Pública nº 0126265-

83.2013.4.02.5101, ajuizada pelo Procon do Estado do Rio de Janeiro, que decidiu pela anulação do parágrafo único do art. 17 da RN nº 195/2009. A partir de então, o único requisito condicionante da rescisão unilateral passou a ser, formalmente, a previsão dos seus termos no contrato.

A omissão legislativa e a regulação vaga podem ser apontadas conjuntamente como condicionantes da judicialização sobre a rescisão unilateral de contratos coletivos, na medida em que, dentre todas as demandas sobre este tema, os argumentos, por parte de operadoras, de que a prática era permitida em contrato, pela Lei nº 9.656/1998 ou por alguma Resolução da ANS estavam presentes em, respectivamente, 53,3%, 31,2% e 35,5% dos acórdãos.

Este cenário evoca a constatação, já mencionada com relação a outros temas especificamente aplicáveis a contratos coletivos, de que regulação incidente sobre contratos coletivos, muito mais flexível (ou omissa) do que a que recai sobre contratos individuais, abre margem para práticas, por parte de operadoras, que oneram particularmente os consumidores finais do contrato – e, no caso da rescisão unilateral, também as empresas contratantes. Há neste tema, com relação ao universo total considerado, significativa sobrerrepresentação de empresas contratantes que figuram como autoras das ações que deram origem aos acórdãos analisados: tratam-se de 36,3% dos autores de demandas relacionadas ao tema, contra 4,6% de representação dentro do universo total. Trata-se de um forte indicativo de que a omissão da regulação, neste caso, tem efeitos negativos não só sobre o consumidor final, mas também sobre o contratante – que, supostamente, deveria ter maior capacidade negocial para afastar a possibilidade de rescisão unilateral do contrato.

A capacidade aparentemente irrestrita de operadoras para rescindir contratos coletivos sem quaisquer justificativas legítimas e a grande judicialização relativa ao tema retratam, conjuntamente, o que pode ser uma tática para expurgar de planos de saúde conjuntos de beneficiários que representem maiores gastos para as operadoras. Os acórdãos não trazem informações suficientes para que se averiguem, para todos os casos, as características dos contratos que sofreram este tipo de rescisão ou dos beneficiários que foram por elas afetados, impedindo a confirmação desta hipótese, mas, dentre os acórdãos analisados,

uma parcela faz menção explícita ao interrompimento do contrato em contextos em que ao menos algum de seus beneficiários estava sob regime de tratamento contínuo. Nestes contextos, a judicialização representa não apenas um recurso que busca recompor o equilíbrio contratual diante da falta de regulação, mas um remédio específico para tentativas de interrupção abrupta de tratamentos de saúde em curso.

Liquidação extrajudicial, quebra, falência, regime especial de direção técnica ou fiscal ou alienação de carteira nas operadoras demandadas

A pesquisa buscou observar se havia referência, nos acórdãos, de que a demanda tratava de problemas enfrentados pelos beneficiários de operadoras que enfrentaram desequilíbrio que tenha justificado a intervenção da ANS através de liquidação extrajudicial, quebra, falência, regime especial de direção técnica ou fiscal ou alienação de carteira.

Na Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) há a previsão de medidas que a ANS deverá tomar para tentar garantir a continuidade e a qualidade do atendimento à saúde, se constatado desequilíbrio econômico, financeiro ou administrativo das operadoras, quais sejam: a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, ou a liquidação extrajudicial.

A ANS foi criada pela Lei nº 9.961/2000, com o objetivo de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, que estabelece especificamente sua competência para: (i) fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; (ii) exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; (iii) instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras; (iv) proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (v) determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras.

Assim, cabe à ANS não só monitorar o setor de saúde suplementar como também agir em prol do saneamento econômico e financeiro das operadoras, garantindo os direitos dos consumidores que contrataram a prestação de serviços médicos e hospitalares.

Para tanto, a ANS tem o poder-dever de, quando se mostrar necessário, lançar mão de algumas medidas, que possuem suas próprias regulamentações:

- determinar que a operadora apresente planos de recuperação (assistencial – RN 485/2022; econômico-financeira – RN 523/2022)
- instaurar o regime de direção fiscal (RN 522/2022)
- instaurar o regime de direção técnica (RN 485/2022)
- determinar a alienação da carteira de clientes (RN 112/2005)
- determinar a liquidação extrajudicial da empresa (RN 522/2022)

Apesar de os desequilíbrios sofridos pelas operadoras apresentarem um relevante potencial de impacto na qualidade do serviço prestado aos beneficiários, das 11.627 decisões analisadas, em apenas 251 delas (2,16%) há referência expressa de que a operadora demandada passou por liquidação extrajudicial, quebra, falência, regime especial de direção técnica ou fiscal ou alienação de carteira.

Tipo de plano

Em relação ao tipo de contratação dos planos de saúde, tanto a Lei nº 9.656/98, quanto a Resolução Normativa RN nº 195 da ANS (que regulamenta e classifica os tipos de planos privados de assistência à saúde), estipulam três modalidades de contratação: individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

Sinteticamente, os planos individuais ou familiares são aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar. Eles possuem reajustes regulados e limitados pela ANS, bem como tem a rescisão regulamentada pela autarquia, impedindo-se a rescisão unilateral pela operadora do plano.

Os planos coletivos são aqueles contratados por uma pessoa jurídica em benefício de pessoas físicas a ela vinculadas na condição de empregados, associados ou sindicalizados e se dividem entre empresarial e por adesão. No plano empresarial os beneficiários estão vinculados à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária. Os de adesão, por sua vez, se caracterizam por serem intermediados por um sindicato ou associação profissional.

Existem, ainda, os planos de saúde vinculados à modalidade de autogestão, regulamentada pela Resolução Normativa da ANS, RN nº 137, de 2006. Neste tipo de contratação, operam-se planos privados de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora, sem a existência de fins lucrativos.

Ainda, os contratos de plano de saúde se diferenciam também em relação à data de contratação. São chamados de contratos novos aqueles firmados a partir de janeiro de 1999, data em que entrou em vigor a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656) e, portanto, regulamentados pela ANS. Os contratos antigos são os que foram contratados antes da vigência da referida lei, ou seja, até dezembro de 1998. E os planos adaptados, aqueles contratados antes da Lei, mas que foram adaptados a ela e gozam de regulamentação.

No formulário estruturado elaborado por esta pesquisa, no que tange à modalidade de contratação do plano de saúde, constou campos de preenchimento conforme o tipo de contratação registrado no acórdão. Os tipos de plano foram elencados em: individual/familiar; coletivo por adesão; coletivo empresarial, a partir de 30 vidas; coletivo empresarial, até 29 vidas; coletivo empresarial (nº de vidas não especificado); coletivo não especificado; autogestão; não especificado, ou; outros (campo de livre preenchimento).

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que, em dezembro de 2018 o número de beneficiários de planos de saúde era de aproximadamente 47,10 milhões de brasileiros. Em dezembro de 2019, esse

número pouco se alterou, com aproximadamente 47,04 milhões de pessoas vinculadas a planos de assistência médica.

Dos números apresentados pela ANS sobre os tipos de plano contratados no Brasil, vemos que a preponderância é dos planos coletivos, representando, no biênio 2018-2019, aproximadamente 80,51% dos planos contratados. Os coletivos empresariais encabeçam esse índice, com aproximadamente 67,45% dos beneficiários.

A análise feita por essa pesquisa se debruçou sobre 11.627 acórdãos que tratavam sobre planos de saúde, referentes aos anos de 2018 e 2019 e que constavam da base eletrônica do TJSP. Destes, 5.744 não especificavam o tipo de plano demandado no processo judicial (Tabela 15).

Tabela 15 – Tipos de planos que foram objeto de ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por autoria e resultado do julgamento

Tipo de plano	n	%
Individual/familiar	1.353	11,6%
Coletivo empresarial (nº de vidas não especificado)	1.639	14,1%
Coletivo empresarial, a partir de 30 vidas	120	1,0%
Coletivo empresarial, até 29 vidas	145	1,2%
Coletivo não especificado	1.077	9,3%
Coletivo por adesão	952	8,2%
Autogestão	563	4,8%
Não especificado	5.744	49,4%
Outros	34	0,3%
Total	11.627	100%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Inicialmente, observa-se que os acórdãos em que o tipo de plano não foi especificado representam 49,40% das entradas no banco de dados desta pesquisa. O alto índice de ausência dessa informação nos acórdãos analisados

já aponta para uma necessidade de maior especificação deste dado nas decisões do Tribunal, de modo a se compreender melhor o fenômeno da judicialização da saúde suplementar no Brasil.

Desta forma, a avaliação sobre os tipos de planos judicializados em 2018-2019 se restringirá aos 50,60% dos acórdãos em que é possível obter essa informação.

Os planos individuais/familiares foram objeto de judicialização em 1.353 acórdãos, número que representa 11,64% das decisões. Estes planos possuem maior regulamentação pela ANS, destacadamente sobre o valor dos reajustes, de modo a assegurar maior equilíbrio na relação contratual com as operadoras de planos de saúde.

Os planos coletivos, grupo que engloba os planos por adesão (952 acórdãos); coletivo empresarial, a partir de 30 vidas (120 acórdãos); coletivo empresarial, até 29 vidas (145 acórdãos); coletivo empresarial, com número de vidas não especificado (1.639 acórdãos) e coletivo não especificado (1.077 acórdãos), compõem 33,83% do total das decisões. Considerando-se apenas os acórdãos em que a informação constou (50,60%), verifica-se que eles representam a maioria significativa das judicializações, no período analisado.

Importante observar que os planos coletivos com até 29 vidas, também chamados de “falsos coletivos” (Andrietta, 2022), não possuem reajustes regulados pela ANS e são cada vez mais contratados por uma única pessoa (Micro Empresa Individual – MEI) ou a partir de duas pessoas mediante apresentação de um CNPJ. Desta forma, os falsos coletivos assumem feições do plano individual em oferta de mercado, inclusive com valores iniciais mais baixos, sem que os seus contratantes gozem das mesmas proteções regulatórias dos planos individuais.

Argumentos das operadoras

Foram coletados, sempre que mencionados no acórdão, os argumentos apresentados pela operadora para justificar a ação ou posicionamento que deu

origem à demanda judicial. Esta informação, quando considerada conjuntamente com outros pontos avaliados na pesquisa, como os temas demandados nas ações julgadas pelos acórdãos analisados, permite precisar os pontos de desequilíbrio regulatório entre operadoras e beneficiários que dão origem à judicialização, bem como qual é a postura do Poder Judiciário diante desses desequilíbrios.

Tabela 16 – Argumentos de operadoras de planos de saúde mencionados em acórdãos proferidos em julgamento de ações contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019

Argumento da operadora	n	% (n = 11.627)
A prática encontra-se de acordo com previsão contratual	5.849	50,3%
Lei 9.656/98 permite a prática	3.167	27,2%
Resolução da ANS permite a prática	3.003	25,8%
Outros	2.521	21,7%
Procedimento não consta do rol de coberturas obrigatórias da ANS	2.369	20,4%
Não especificado	1.802	15,5%
Manter equilíbrio econômico-financeiro contratual	1.011	8,7%
Procedimento realizado fora da rede credenciada	540	4,6%
Contrato antigo não adaptado à Lei 9.656/98	501	4,3%
Ausência de contribuição do aposentado/demitido	425	3,7%
Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor	381	3,3%
Não cumprimento de carência/cobertura parcial temporária	367	3,2%
Pleito de medicamento para uso off label	293	2,5%
Jurisprudência do STJ	288	2,5%
Medicamento sem registro na ANVISA	220	1,9%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Conforme demonstra a Tabela 16, os principais argumentos apresentados pelas operadoras nas demandas avaliadas estão relacionados ou aos contratos, ou à legislação setorial que os rege: em 50,3% de todos os acórdãos lidos, o argumento contratual foi mencionado; em 27,2% deles, a Lei 9.656/98 foi

mencionada; em 25,8%, foram mencionadas resoluções da ANS, e; em 20,4%, o rol da ANS foi especificamente mencionado como argumento das operadoras.

Ainda que este panorama geral não possa ser interpretado como um fato objetivo – já que, inevitavelmente, a forma como cada polo da demanda interpreta e evoca as normas é determinada pelos seus interesses –, trata-se de um indicativo de que a regulação setorial permite – ou é assim interpretada pelas operadoras – condutas que geram grandes desequilíbrios entre expectativas dos beneficiários e a prestação de serviços pelos planos de saúde, propulsionando a judicialização.

Para melhor explorar esse indicativo, a Tabela 17 abaixo detalha os argumentos mais frequentemente trazidos por operadoras (mencionado em mais de 10% de ao menos um dos tipos de demanda) em acórdãos que tratassem dos temas mais comumente encontrados em todo o universo analisado (exclusão/negativa de cobertura, reajuste anual de plano coletivo e reajuste por mudança de faixa etária).

Tabela 17 – Argumentos de operadoras de planos de saúde mencionados em acórdãos proferidos em julgamento de ações contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por tema material demandado na ação

Argumento	Exclusão/negativa de cobertura		Reajuste anual de plano coletivo		Reajuste por mudança de faixa etária	
		% (n = 5.604)		% (n = 1.190)		% (n = 1.752)
A prática encontra-se de acordo com previsão contratual	3.310	59,1%	614	51,6%	966	55,1%
Lei 9.656/98 permite a prática	1.589	28,4%	279	23,4%	402	22,9%
Resolução da ANS permite a prática	1.235	22,0%	395	33,2%	607	34,6%
Procedimento não consta do rol de coberturas obrigatórias da ANS	2.349	41,9%	1	0,1%	3	0,2%
Procedimento realizado fora da rede credenciada	495	8,8%	0	0,0%	1	0,1%
Não cumprimento de carência/cobertura parcial temporária	357	6,4%	1	0,1%	0	0,0%
Pleito de medicamento para uso off label	293	5,2%	0	0,0%	0	0,0%

Manter equilíbrio econômico-financeiro contratual	274	4,9%	413	34,7%	356	20,3%
Contrato antigo não adaptado à Lei 9.656/98	233	4,2%	7	0,6%	230	13,1%
Medicamento sem registro na ANVISA	219	3,9%	0	0,0%	1	0,1%
Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor	217	3,9%	36	3,0%	33	1,9%
Saúde integral é dever apenas do Estado	143	2,6%	1	0,1%	7	0,4%
Jurisprudência do STJ	18	0,3%	29	2,4%	208	11,9%
Não se aplica o Estatuto do Idoso	5	0,1%	7	0,6%	92	5,3%
Ausência de contribuição do aposentado/demitido	1	0,0%	0	0,0%	2	0,1%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Assim como no conjunto de todos os acórdãos considerados, destacam-se, entre os acórdãos que tratam dos temas mais comumente demandados, argumentos relacionados ao contrato e à regulação setorial, com números relativamente similares àqueles do quadro geral. Reforça-se, com isso, a ideia de que a regulação setorial gera desequilíbrios na relação contratual entre beneficiários e operadoras. No caso das demandas relacionadas a exclusão ou negativa de cobertura, destaca-se, adicionalmente, a justificativa de negativa baseada no rol da ANS. No caso de demandas relacionadas a ambos os tipos de reajustes, mas com particular relevância quanto a reajustes anuais de planos coletivos, destaca-se, adicionalmente, a justificativa baseada na manutenção do equilíbrio econômico-financeiro contratual. Ainda que não seja possível precisar os elementos regulatórios especificamente responsáveis pelo grande volume de judicialização quanto a cada um desses temas, estes cruzamentos revelam alguns possíveis gargalos.

Com relação às demandas por tecnologias, por exemplo, a frequente menção ao rol da ANS pode indicar insuficiências ou restrições do processo de incorporação de tecnologias pela Agência. Citem-se, neste aspecto: (i) a rigidez do processo de atualização do rol, que, pela Resolução Normativa nº 439/2018 (regra vigente à época de realização da pesquisa), acontecia apenas a cada dois anos e colocava diversas barreiras à participação ativa de beneficiários no processo (a exemplo das complexas exigências técnicas impostas a quem apresente pedido

de incorporação à Agência, como apresentação de análises de impacto orçamentário no setor e elaboração de pareceres técnico-científicos sobre a tecnologia), e; (ii) a imposição de restrições rígidas nas Diretrizes de Utilização aplicáveis às tecnologias efetivamente incorporadas, dificultando ou impedindo o acesso à tecnologia pelos beneficiários. A judicialização, dessa perspectiva, seria uma via utilizada pelos beneficiários para tentar alcançar o equilíbrio diante dessas restrições – podendo, contudo, criar desequilíbrios de outras naturezas, ao se sobrepor à racionalidade econômica que fundamenta o processo de ATS.

Quanto às demandas relacionadas a reajustes anuais sobre planos, por sua vez, a frequente menção a resoluções da ANS – mais numerosas do que as menções à Lei nº 9656/98 – e ao conceito abstrato de equilíbrio econômico-financeiro contratual traduzem as lacunas da regulação incidente sobre o tema, particularmente quando se trata de planos de saúde coletivos. Um exemplo é a ausência de limitação prévia dos reajustes incidentes sobre planos coletivos, justificada na presunção de que haveria maior liberdade para negociação entre contratante e contratado sob esta modalidade contratual. Para além do fato, demonstrado anteriormente, de esses reajustes afetarem notadamente o beneficiário final, a frequente alusão ao conceito abstrato de “manutenção do equilíbrio econômico-financeiro contratual”, sem a apresentação de provas que demonstrem o alegado equilíbrio, limita intrinsecamente a liberdade negocial por parte dos beneficiários – que, na prática, não têm acesso aos dados de sinistralidade e não podem, portanto, questionar os reajustes aplicados.

Finalmente, ainda no ponto dos reajustes, importa também mencionar que, frequentemente, as demandas que deram origem aos acórdãos analisados questionavam, simultaneamente, reajustes anuais e por faixa etária, revelando um problema relacionado não apenas à regulação de cada tipo de reajuste, mas, também, à complexidade regulatória resultante da sua sobreposição.

Idoso e aposentado nas demandas

Buscou-se também apurar se as decisões analisadas se referem a demandas de usuários idosos e/ou aposentados.

De acordo com dados da ANS, em dezembro de 2021 os contratantes de planos de saúde com cobertura médica eram 48.932.711 pessoas²⁸. Destes, 6.964.923²⁹ são idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais, que representam do total de 14,23% dos beneficiários de planos de assistência médica no Brasil.

Os dados da ANS também mostram um aumento da taxa de cobertura de idosos pelos planos de saúde de assistência médica no Brasil. Em dezembro de 2021 a taxa para a faixa etária de 60 anos ou mais correspondia a 32,5% do total da população coberta por planos³⁰. Em dezembro de 2000, a taxa de cobertura por planos de saúde para idosos era de 21,9 %³¹.

Ainda com base em dados da ANS, 4.378.793 idosos usuários de planos de saúde figuram como beneficiários de contratos coletivos, que representa 62,87% do total.

De acordo com os dados colhidos na presente pesquisa, nos termos da tabela a seguir, 21,9% das demandas analisadas certamente dizem respeito a usuários idosos e/ou aposentados.

Tabela 18 – Participação de idosos e/ou aposentados enquanto demandantes em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019

Demandante é idoso ou aposentado?	n	%
Não ou não especificado	9.086	78,1%
Sim	2.541	21,9%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Cabe esclarecer que é possível que este percentual seja, de fato, maior, já que em boa parte das decisões analisadas não há informação a respeito da idade e/ou situação de aposentadoria do beneficiário e, portanto, foram catalogadas como “não informado”.

²⁸ SIB/ANS/MS - 01/2022.

²⁹ SIB/ANS/MS - 01/2022.

³⁰ SIB/ANS/MS - 01/2022 e População - DATASUS/MS - 2012.

³¹ SIB/ANS/MS - 01/2022 e População - DATASUS/MS - 2012.

Nestas demandas, foi possível identificar os temas materiais mais recorrentes, quais sejam questões relacionadas à reajuste por mudança de faixa etária, manutenção e valor da mensalidade de aposentados em contratos coletivos, e exclusão de cobertura, nos termos da tabela a seguir:

Tabela 19 – Temas materiais demandados em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde por idosos e/ou aposentados, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019

Tema material demandado	n	% (n = 2.541)
Reajuste por mudança de faixa etária	935	36,8%
Contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade	682	26,8%
Manutenção do aposentado no contrato coletivo (art. 31 Lei 9.656/98)	544	21,4%
Exclusão/negativa de cobertura	291	11,5%
Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)	160	6,3%
Manutenção de dependentes no plano após falecimento do titular	46	1,8%
Resilição/cancelamento unilateral (sem motivo) do contrato coletivo pela operadora	32	1,3%
Reajuste anual de plano individual	26	1,0%
Outros problemas relacionados à manutenção do plano de saúde após o fim do vínculo com a pessoa jurídica contratante	23	0,9%
Rescisão do contrato por inadimplemento ou fraude	23	0,9%
Manutenção do demitido sem justa causa no contrato coletivo (art. 30 Lei 9.656/98)	20	0,8%
Mudança de categoria de plano na mesma operadora	15	0,6%
Outros temas não classificados	11	0,4%
Rescisão de contrato coletivo pela empresa contratante	11	0,4%
Problemas relacionados à quebra de operadoras/alienação de carteira	10	0,4%
Descredenciamento de prestador	8	0,3%
Portabilidade de carências	6	0,2%
Reajuste não classificado	6	0,2%
Reembolso de despesas (discussão sobre valor)	6	0,2%
Cobranças "indevidas" / Inserção em cadastro de inadimplentes	4	0,2%
Inclusão/exclusão de beneficiário no plano de saúde (titular/dependente)	3	0,1%
Migração do contrato coletivo para individual	3	0,1%
Demora no atendimento	2	0,1%
Outros problemas relacionados à rescisão e/ou resilição do contrato	1	0,0%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

A maior recorrência de questões relacionadas à manutenção e ao valor da mensalidade de aposentados em contratos coletivos justifica-se tendo em vista que cerca de 62,87% dos idosos usuários de planos de saúde são beneficiários de contratos coletivos.

Merece destaque o reajuste por mudança de faixa etária como uma das questões mais recorrentes nas demandas de idosos. Isso porque se esperava que a edição do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e da Resolução Normativa nº 63/2003 publicada pela ANS resolvesse os abusos dos reajustes aplicados a essa população, o que de fato não ocorreu.

Além disso, considerando a diminuição da oferta e o alto custo dos planos de saúde individuais, principalmente para os idosos, bem como a aposentadoria como fator de diminuição da renda, evidente a extrema dificuldade de contratação de planos de saúde pelos idosos, apresentando-se a manutenção em um contrato coletivo como a alternativa mais viável de conseguir manter um plano de saúde.

Fundamentação da decisão

As últimas informações coletadas a partir do questionário da pesquisa foram a frequência de menção a determinados argumentos na fundamentação das decisões. Ainda que o Judiciário em si não seja parte do objeto da pesquisa, a resolução dada às demandas encontradas é relevante para que se identifique de que forma os desequilíbrios regulatórios, que levam aos conflitos entre beneficiários e operadoras, são resolvidos a partir da judicialização.

Além disso, com a progressiva aproximação entre o Judiciário e a administração do setor saúde no Brasil (evidenciada por iniciativas, geralmente comandadas pelo Conselho Nacional de Justiça, como os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário e as Jornadas de Direto da Saúde (Azevedo e Aith et. al, 2019, p. 135-141 e Wang, 2015), vê-se uma nascente mudança nos padrões de julgamento, o que pode afetar, futuramente, o padrão de judicialização de demandas contra o setor de saúde suplementar como um todo.

Tabela 20 – Argumentos utilizados na fundamentação do voto vencedor em acórdãos proferidos em julgamento de ações contra operadoras de planos de saúde, julgadas em 2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por resultado do julgamento

Fundamentação	Favorável	% (n = 8.122)	Parcialmente favorável	% (n = 1.315)	Desfavorável	% (n = 2.190)	Total	% (n = 11.627)
Jurisprudência TJSP	4.748	58,5%	766	58,3%	961	43,9%	6.475	55,7%
Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90)	5.102	62,8%	642	48,8%	315	14,4%	6.059	52,1%
Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98)	3.929	48,4%	623	47,4%	1.237	56,5%	5.789	49,8%
Resoluções Normativas da ANS	2.274	28,0%	503	38,3%	875	40,0%	3.652	31,4%
Súmulas TJSP	3.738	46,0%	253	19,2%	104	4,7%	4.095	35,2%
Jurisprudência STJ	2.477	30,5%	642	48,8%	979	44,7%	4.098	35,2%
Súmulas STJ	1.309	16,1%	215	16,3%	101	4,6%	1.625	14,0%
Código Civil	1.315	16,2%	177	13,5%	85	3,9%	1.577	13,6%
Outros	979	12,1%	233	17,7%	329	15,0%	1.541	13,3%
Constituição Federal	340	4,2%	24	1,8%	39	1,8%	403	3,5%
Não especificou a legislação/normas/jurisprudência	206	2,5%	50	3,8%	149	6,8%	405	3,5%
Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003)	199	2,5%	89	6,8%	54	2,5%	342	2,9%
Não indicou textualmente a legislação	141	1,7%	24	1,8%	83	3,8%	248	2,1%

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Os resultados da Tabela 20 revelam duas principais categorias de argumentos mais utilizados nos acórdãos: argumentos relacionados à legislação – com a subcategoria de legislação especificamente relacionada ao setor da saúde suplementar, na figura da Lei nº 9.656/98 e das Resoluções da ANS – e argumentos relacionados à jurisprudência.

Com relação à categoria de legislação, as normas mais citadas foram, respectivamente, o Código de Defesa do Consumidor (52,1% do total de acórdãos), a Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) (49,8% dos acórdãos) e as Resoluções da ANS (31,4% dos acórdãos). Há, entre elas, importante variação no volume de citações a cada uma, a depender do resultado do julgamento: enquanto as citações ao CDC caem de 62,8% em acórdãos

favoráveis para 14,4% em acórdãos desfavoráveis, as citações às normas setoriais aumentam em volume, indo de 48,4% para 56,5% e 28% para 40% nos casos, respectivamente, da Lei nº 9.656/98 e das Resoluções Normativas da ANS.

Essa variação reforça a percepção, discutida na seção anterior, de que a legislação setorial aplicável à saúde suplementar cria desequilíbrios nas relações entre beneficiários e as operadoras. Ainda que a menção à legislação setorial seja frequente mesmo entre acórdãos favoráveis, os resultados sugerem que o Judiciário favorece, nos casos de conflito de interpretação entre essas normas e a legislação consumerista, a aplicação desta última, o que, por sua vez, resulta em maior proporção de acórdãos favoráveis aos beneficiários.

Com relação à categoria de fundamentação a partir da jurisprudência, o ponto de destaque é o fato de que o TJSP julga as ações principalmente segundo seus próprios entendimentos: 55,7% de todos os acórdãos lidos faziam citação à jurisprudência do próprio Tribunal, e 35,2% citaram súmulas próprias para justificar as decisões exaradas. Em comparação, 35,2% citaram jurisprudência do STJ e apenas 14% citaram suas súmulas. Parte desta posição pode ser explicada pelo fato de que o TJSP publicou, entre 2012 e 2013, uma série de súmulas especificamente aplicáveis a temas diversos relacionados à saúde suplementar (súmulas nº 90 a 97 e 99 a 105). Neste cenário, a frequente menção à jurisprudência pregressa pode ser interpretada tanto como uma forma de garantir a segurança jurídica quanto de facilitar e padronizar os julgamentos do Tribunal.

De outro lado, no período analisado, observa-se uma ligeira mudança no padrão de julgamento do TJSP, possivelmente motivado pela jurisprudência recente do STJ, conforme demonstra a Tabela 21 a seguir, que traz informações sobre menções, na fundamentação dos acórdãos analisados, a julgamentos repetitivos do STJ que digam respeito a planos de saúde (Temas 952 - REsp 1568244; 989 - REsp 1680318 e REsp 1708104, e; 990 - REsp 1712163 e REsp 1726563).

Tabela 21 – Fundamentação do voto vencedor em acórdãos proferidos em julgamento de ações contra operadoras de planos de saúde, julgadas em

2ª instância na Comarca de São Paulo do TJSP entre 2018 e 2019, por menção a recursos repetitivos do STJ* e resultado do julgamento

	Favorável	%	Parcialmente favorável	%	Desfavorável	%	Total	%
2018								
Decisão fundamentada em repetitivo do STJ	351	8,5%	178	30,8%	268	27,7%	797	14,0%
Decisão não fundamentada em repetitivo do STJ	3.785	91,5%	399	69,2%	700	72,3%	4.884	86,0%
2019								
Decisão fundamentada em repetitivo do STJ	486	12,2%	270	36,6%	498	40,8%	1.254	21,1%
Decisão não fundamentada em repetitivo do STJ	3.500	87,8%	468	63,4%	724	59,2%	4.692	78,9%
Total	8.122	69,9%	1.315	11,3%	2.190	18,8%	11.627	100%

* Foram considerados apenas menções aos recursos repetitivos relacionados ao setor de saúde suplementar (Temas 952 - REsp 1568244; 989 - REsp 1680318 e REsp 1708104, e; 990 - REsp 1712163 e REsp 1726563).

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Todos os repetitivos selecionados são favoráveis a práticas de operadoras de planos de saúde, com relação a temas distintos:

- Tema 952: O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.
- Tema 989: Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto.
- Tema 990: As operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela ANVISA.

Ainda que as menções a esses temas não possam ser diretamente relacionadas à publicação de maior número de decisões desfavoráveis, é possível associar o maior número de menções aos repetitivos em julgamentos desfavoráveis ao fato de que estes entendimentos serão, mais comumente, evocados em desfavor de beneficiários. Uma hipótese explicativa para o aumento dessas menções a partir de 2019 é a de que dois dos três temas avaliados foram decididos apenas no

segundo semestre de 2018 (Temas 989 e 990), passando a ser mais amplamente aplicados a partir de então. Por outro lado (ou mesmo complementarmente), o aumento de menções aos repetitivos entre 2018 e 2019 pode estar relacionado ao aumento dos julgamentos desfavoráveis.

Caso haja, de fato, uma tendência de crescente adesão do TJSP aos julgamentos do STJ, os dados aqui discutidos podem apontar para um futuro de menor êxito na judicialização contra planos de saúde no Tribunal. No entanto, o curto recorte temporal da pesquisa e a ainda baixa taxa de menção aos repetitivos no cenário geral impedem uma especulação definitiva neste sentido.

PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA E DIVULGAÇÃO

Produção científica

Os resultados da pesquisa subsidiaram a produção de quatro artigos científicos, listados a seguir, três deles previstos também como produtos do Convênio nº 867521. Os artigos, concebidos conjuntamente ao longo dos trabalhos da equipe e de autoria de seus integrantes, foram publicados em número temático sobre saúde suplementar da Revista de Direito Sanitário (v. 22, n. 1 (2022): Edição especial “Saúde Suplementar no Brasil”), organizado em conjunto pelos editor-chefe da publicação (Prof. Fernando M. A. Aith) e coordenadores da pesquisa (Prof. Dr. Mário C. Scheffer e Rafael Robba). O número temático foi lançado em 26 de agosto de 2022, conjuntamente com a realização do seminário de divulgação de resultados da pesquisa, e inclui também artigos não relacionados ao presente estudo, maximizando o alcance dos resultados obtidos e as possibilidades de diálogo, a partir deles, com a comunidade científica.

- Relações entre a judicialização de cobertura e a incorporação de tecnologia na saúde suplementar: o caso dos quimioterápicos (Kozan e Magalhães, 2022):

Resumo: A negativa de cobertura de tratamentos é a principal causa que leva beneficiários de planos de saúde a buscar a Justiça, e o principal motivo alegado pelas empresas do setor para essa recusa é o fato de o tratamento pleiteado não estar contemplado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este artigo analisou a incorporação de tecnologias em saúde no Brasil, especialmente no setor de saúde suplementar e a regulação da cobertura de tratamento para câncer pelos planos de saúde, identificando possíveis influências, bem como o sentido da atuação do Poder Judiciário na incorporação de quimioterápicos na saúde suplementar. Para tanto, utilizaram-se dois bancos de dados que, somados, contêm informações sobre todos os acórdãos (no total, 1.368), proferidos em segunda instância, entre 2015 e 2019, pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em ações judiciais ajuizadas na Comarca da Capital que demandaram tratamentos quimioterápicos contra operadoras de planos de saúde. Foram explorados em maior detalhe os

casos dos dez quimioterápicos mais demandados no universo considerado. Os resultados do estudo mostraram que, apesar de a regulação setorial da saúde suplementar determinar a cobertura de sete dos dez quimioterápicos mais demandados, isso não impediu que sua cobertura fosse, ainda assim, negada aos beneficiários. Há, portanto, indicativos de que a atuação do Poder Judiciário, que julgou favoravelmente 96,3% das demandas analisadas, cumpre uma função de *enforcement* da regulação setorial da incorporação de tecnologias, em contraposição à hipótese de que seria uma via ilegítima para o acesso a tecnologias não cobertas. Trata-se, dessa perspectiva, de uma importante instância de garantia do direito à saúde dos beneficiários de planos privados de saúde.

Palavras-Chave: Avaliação da Tecnologia Biomédica; Judicialização da Saúde; Jurisprudência; Plano de Saúde; Saúde Suplementar.

- Judicialização da assistência hospitalar negada por planos de saúde no Estado de São Paulo (Cruz e Lima, 2022):

Resumo: Este artigo sistematizou a legislação e as alterações da regulamentação das coberturas dos planos de saúde entre 1998 e 2020 e analisou 2.845 acórdãos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo no ano de 2018, relacionados a negativas de coberturas reclamadas por consumidores de planos de saúde. As coberturas hospitalares, dentre as quais destacam-se as cirurgias e internações, foram o principal objeto das demandas, compondo 41% do total estudado. A maioria das coberturas hospitalares excluídas ou negadas não constavam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A regulamentação dessa agência, com destaque para o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde relaciona-se com a exclusão de coberturas hospitalares por planos de saúde, sendo utilizada como argumento para a defesa judicial da negativa de cobertura pelas operadoras de planos de saúde, em conjunto com as previsões contratuais. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, na maioria das vezes (80% dos casos estudados), garantiu a cobertura hospitalar demandada, fundamentando as decisões prioritariamente no Código de Defesa do Consumidor, na

Jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, nas súmulas do tribunal e na Lei n. 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde). Conclui-se que o Poder Judiciário, quando provocado, tende a reconhecer o direito dos consumidores ao acesso às coberturas assistenciais, muitas vezes em contraposição à regulação setorial pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Palavras-Chave: Cobertura de Plano de Saúde; Judicialização da Saúde; Planos de Saúde; Regulação.

- *Decisão do Superior Tribunal de Justiça altera o entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo a respeito da regulação de seguros e planos de saúde (Robba e Fernandes, 2022):*

RESUMO: O Superior Tribunal de Justiça tem utilizado, cada vez mais, o procedimento dos recursos repetitivos para construir precedentes sobre a regulação de seguros e planos de saúde. O objetivo deste artigo foi analisar como os precedentes do Superior Tribunal de Justiça, em sede de recurso repetitivo, afetam as decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em casos individuais. Assim, foi escolhido um caso específico decidido pelo Superior Tribunal de Justiça (Tema 989), que uniformizou a interpretação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998. O método utilizado foi o de comparar as decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo sobre a interpretação desses artigos dois anos antes e dois anos depois da decisão do Superior Tribunal de Justiça sobre o assunto. A conclusão foi de que, antes do Tema 989, o tribunal paulista decidia a favor dos ex-empregados e dos aposentados, à luz do valor constitucional da proteção do idoso e do valor contratual da boa-fé, e que depois o entendimento da corte mudou profundamente.

Palavras-Chave: Decisões Judiciais; Poder Judiciário; Saúde Suplementar; Seguro Saúde; Sistema de Saúde.

- *Falsa coletivização de planos de saúde: expansão, reajustes e judicialização (2014-2019) (Andrietta, 2022):*

RESUMO: A falsa coletivização é um fenômeno crescente no mercado brasileiro de planos e seguros de saúde. Ela decorre diretamente de decisões regulatórias que afetam o setor, especialmente as diferenças entre regras aplicáveis a

contratos individuais e coletivos. O objetivo deste trabalho foi analisar a evolução recente do fenômeno sob três aspectos: (i) a expansão desse tipo de contrato, simultânea à redução de planos individuais; (ii) o diferencial acumulado de reajustes para os falsos coletivos; (iii) a sua judicialização e o tratamento dado ao tema pelo Poder Judiciário. Foram utilizados dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, desagregados por empresa, entre 2014 e 2019; do banco de dados de Notas Técnicas de Registro de Produto da agência, entre 2015 e 2019; e dados primários produzidos pela análise de acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferidos em 2018 e 2019. Os resultados evidenciaram o crescimento do fenômeno dos “falsos coletivos”, associado à gradual redução dos planos individuais. Demonstraram, também, o sistemático reajuste das mensalidades acima do teto definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para planos individuais. A análise de acórdãos mostrou que o entendimento da questão pelo Poder Judiciário não é uniforme, nem em termos do resultado do julgamento, nem de sua fundamentação jurídica. Os resultados apoiam a interpretação de que esses contratos permitem às operadoras burlar aspectos relevantes da regulação do setor, impor reajustes superiores e, quando reclamadas judicialmente, escamotear a legislação consumerista.

Palavras-Chave: Falsa Coletivização; Judicialização; Plano de Saúde; Reajuste de Mensalidade; Saúde Suplementar.

Produção técnica

Além dos produtos divulgados a partir dos resultados consolidados da pesquisa, os resultados parciais foram publicados em uma série de produções técnicas ao longo dos trabalhos, sob autoria do Grupo de Estudos Sobre Planos de Saúde da Universidade de São Paulo (GEPS/USP), do qual participam os integrantes da presente pesquisa. As publicações, divulgadas no formato de nota técnica ou de boletins, tratam da evolução da judicialização no TJSP durante a realização da pesquisa e, em alguns casos, mobilizam os resultados parciais para subsidiar o debate público sobre temas em voga, como mudanças regulatórias eminentes ou a atuação da ANS.

O GEPS/USP está sediado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (DMP/FMUSP) e é coordenado pelo Prof. Dr. Mário Scheffer. O grupo se dedica ao acompanhamento e à pesquisa sobre temas relacionados à atuação das empresas de planos e seguros de saúde dentro do sistema de saúde brasileiro, bem como de outras formas de interação público-privada. Todas as publicações listadas a seguir estão compiladas no website do grupo, disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/>>.

- *Foram julgadas mais de 30.000 ações judiciais contra planos de saúde em São Paulo em 2017 (GEPS/USP, 2018)*: boletim publicado em 05/01/2018, compila dados sobre a evolução do julgamento, em 1ª e 2ª instância, das ações ajuizadas contra planos de saúde no TJSP a partir de 2011. Traz dados mais aprofundados sobre as características dos julgamentos realizados em 2017, abordando os temas mais demandados e cotejando os resultados com dados do setor no Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/149/>>.

- *Foram julgadas mais de 16 mil ações judiciais contra planos de saúde em São Paulo no primeiro semestre de 2018 (GEPS/USP, 2018)*: boletim publicado em 09/07/2018, compila dados sobre a evolução do julgamento, em 1ª e 2ª instância, das ações ajuizadas contra planos de saúde no TJSP a partir de 2011. Traz dados mais aprofundados sobre as características dos julgamentos realizados no primeiro semestre de 2018, abordando os temas mais demandados e cotejando os resultados com dados do setor no Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/153/>>.

- *Ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo (GEPS/USP, 2019)*: boletim publicado em 26/06/2019, compila dados sobre a evolução do julgamento, em 1ª e 2ª instância, das ações ajuizadas contra planos de saúde no TJSP a partir de 2011. Traz dados mais aprofundados sobre as características dos julgamentos realizados em 2018 e no primeiro semestre de 2019, abordando os temas mais demandados e cotejando os resultados com

dados do setor no Estado de São Paulo. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/download/133/>.

- *Planos “falsos coletivos”: crescimento do mercado e reajuste de preços (GEPS/USP, 2019)*: boletim publicado em agosto de 2019, traz dados sobre o crescimento da participação de beneficiários aos chamados planos “falsos coletivos” (planos coletivos adquiridos por indivíduos, famílias ou pequenos grupos, representados por um CNPJ) em relação ao total de beneficiários de planos no Brasil desde 2014. Compila dados relacionados à regulação deste tipo de contrato, ao número de beneficiários ligados a cada contrato, aos reajustes incidentes e a potencial relação deste fenômeno com as tendências da judicialização. Na segunda parte do boletim, são explicados os tipos de reajuste incidentes sobre cada tipo de contrato e são estimados o número de beneficiários impactados por cada um. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/download/209/>.

- *Planos de saúde ganham posto dentro do Fórum João Mendes para interferir em ações judiciais (GEPS/USP, 2019)*: nota publicada em dezembro de 2019, alerta sobre o potencial conflito de interesses envolvido na inauguração do “Posto de Saúde Suplementar”, mantido pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) dentro do Fórum João Mendes Junior, na cidade de São Paulo, com o objetivo, divulgado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), de “incentivar a solução amigável entre beneficiários e operadores de planos de saúde nos casos em que já existe processo em andamento”. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/download/303/>.

- *Cresce o número de ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo (GEPS/USP, 2020)*: boletim publicado em 10/02/2020, compila dados sobre a evolução do julgamento, em 1ª e 2ª instância, das ações ajuizadas contra planos de saúde no TJSP a partir de 2011. Traz dados mais aprofundados sobre as características dos julgamentos realizados em 2019, abordando os temas

mais demandados e cotejando os resultados com dados do setor no Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/274/>>.

- *Planos de saúde na pandemia do coronavírus: entre a omissão e o oportunismo (GEPS/USP e GPDES/UFRJ, 2020)*: nota publicada em 01/04/2020, em parceria com o Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento na Saúde (GPDES – IESC/UFRJ), avaliando a recente atuação de empresas de planos de saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diante da chegada do coronavírus ao Brasil. Publicada no início da crise sanitária da COVID-19 no Brasil, a nota problematiza as medidas tomadas pela Agência até aquele momento, colocando em perspectiva o papel do setor de saúde suplementar no enfrentamento da pandemia. São elencadas as principais medidas anunciadas e o montante de recursos a serem potencialmente mobilizados pelo segmento suplementar. Propõe-se a aproximação dos planos de saúde e da ANS aos interesse coletivo, com definição de adequação de normas, condutas e responsabilidades adequadas à emergência sanitária instalada e subordinadas ao comando público do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/307/>>.

- *COVID-19: Documento da ANS contém erros (GEPS/USP e GPDES/UFRJ, 2020)*: nota publicada originalmente em 06/06/2020, em parceria com o Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento na Saúde (GPDES – IESC/UFRJ), avaliando Nota Técnica da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) contrária ao uso público de leitos hospitalares privados durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. No dia 28 de maio de 2020 a ANS publicou a Nota Técnica nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES, em resposta à consulta do Ministério da Saúde sobre a Recomendação nº 26/2020 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CNS recomendou ao Poder Executivo a regulação centralizada, em cada nível de governo, do acesso unificado a leitos públicos e privados no período de duração da pandemia. Além disso, recomendou a requisição administrativa de leitos privados quando necessária. A publicação questiona os argumentos e dados

mobilizados na Nota para rechaçar as propostas do CNS, posicionando-se a favor da unificação dos leitos como forma de mitigar a segmentação do cuidado e de promover maior equidade em meio à crise sanitária. Em 10/06/2020, a publicação foi atualizada, em resposta a contestação da ANS, para esclarecer que a Nota criticada foi assinada apenas pelo Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência, tendo sido vencida no voto da Diretoria Colegiada. Disponível, na versão atualizada, em: <<https://sites.usp.br/geps/download/316/>>.

- *Planos de saúde “falsos coletivos”: crescimento do mercado e reajuste de preços (GEPS/USP, 2021)*: boletim publicado em janeiro de 2021, atualiza, com informações relacionadas ao ano de 2020, dados sobre o crescimento da participação de beneficiários aos chamados planos “falsos coletivos” (planos coletivos adquiridos por indivíduos, famílias ou pequenos grupos, representados por um CNPJ) em relação ao total de beneficiários de planos no Brasil. Compila dados relacionados à regulação deste tipo de contrato, ao número de beneficiários ligados a cada contrato, aos reajustes incidentes e a potencial relação deste fenômeno com as tendências da judicialização. Na segunda parte do boletim, são explicados os tipos de reajuste incidentes sobre cada tipo de contrato e são estimados o número de beneficiários impactados por cada um. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/369/>>.

- *Planos de saúde tentam “passar a boiada” em plena pandemia (GEPS/USP e GPDES/UFRJ, 2021)*: nota publicada em maio de 2021, em parceria com o Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento na Saúde (GPDES – IESC/UFRJ), analisando a “Política Nacional de Saúde Suplementar Para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19”, submetida à consulta pública pelo Ministério da Saúde em 30 de abril de 2021. A nota se posiciona contrariamente à aprovação do documento, contestando-o ponto a ponto. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/394/>>.

- *Sobre proposta do relator da Comissão Especial da Câmara dos Deputados destinada a mudar a Lei dos Planos de Saúde (GEPS/USP e GPDES/UFRJ, 2021)*: nota publicada em 06/12/2021, em parceria com o Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento na Saúde (GPDES – IESC/UFRJ), analisando a proposta de mudança da Lei dos Planos de Saúde apresentada pelo Deputado Hiran Gonçalves em 3 de dezembro de 2021. A nota faz um panorama dos trabalhos da Comissão Especial destinada a propor a nova lei dos Planos de Saúde, do processo de formulação da nova proposta e de algumas das mudanças por ela introduzidas. Ainda que preliminar, a proposta trazia grandes riscos para o aprofundamento da segmentação do sistema de saúde brasileiro e da expansão de oferta de serviços privados insuficientes e de baixa qualidade. São abordados, especificamente, os pontos da redução de coberturas, com a extinção dos planos de referência e criação do plano ambulatorial simples; a previsão de possibilidade de aplicação de reajuste por idade a beneficiários com mais de 60 anos, e; a redução e limitação de multas aplicadas a condutas ilícitas de operadoras. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/453/>>.

- *Proposta do Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, de acesso a dados de clientes de planos de saúde é oportunista e inconstitucional (GEPS/USP e GPDES/UFRJ, 2022)*: nota publicada em 20/01/2022, em parceria com o Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento na Saúde (GPDES – IESC/UFRJ), analisando criticamente e apresentando oposição à proposta de “Open Health” anunciada pelo Ministro Marcelo Queiroga em janeiro de 2022. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/463/>>.

- *Decisões judiciais sobre planos de saúde têm recorde histórico em São Paulo (GEPS/USP, 2022)*: boletim publicado em 07/06/2022, compila dados sobre a evolução do julgamento, em 1ª e 2ª instância, das ações ajuizadas contra planos de saúde no TJSP a partir de 2011. Traz dados mais aprofundados sobre as características dos julgamentos realizados em 2021, abordando os temas mais demandados e cotejando os resultados com dados do setor no Estado de São Paulo. Divulga, de forma inédita, dados obtidos a partir do estudo JAMSS,

relacionados aos resultados dos julgamentos, aos temas demandados nas ações e às ações motivadas por negativas de cobertura. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/488/>>.

Divulgação na mídia

Como parte do trabalho de divulgação dos trabalhos do GEPS/USP, os membros do grupo frequentemente contribuem com matérias e reportagens jornalísticas, buscando robustecer e informar o debate público. O coordenador do grupo, Prof. Dr. Mário César Scheffer, mantém um blog especializado sobre política e saúde n'O Estado de São Paulo, com publicações semanais, muitas das quais informadas pelos resultados das pesquisas do grupo. As publicações estão disponíveis para assinantes em: <<https://politica.estadao.com.br/blogs/politica-e-saude/>>.

Além do blog, estão compilados, a seguir, algumas das publicações, entrevistas e reportagens na mídia em que membros do GEPS/USP participaram divulgando resultados da pesquisa:

- ALVARENGA, B. Planos de saúde sofrem com aumento de custos e inadimplência na pandemia. 04/06/2020. **UOL**, 04/06/2020. Disponível em: <https://cultura.uol.com.br/noticias/9128_planos-de-saude-sofrem-com-aumento-de-custos-e-inadimplencia-na-pandemia.html>.
- BERGAMO, M. Resolução da ANS para medicamentos off-label pode aumentar judicialização, diz observatório. **Folha de São Paulo**, 11/04/2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2021/04/resolucao-da-ans-para-medicamentos-off-label-pode-aumentar-judicializacao-diz-observatorio.shtml>>.
- Em 10 anos, ações contra planos de saúde cresceram 391% em São Paulo. Exame Invest, **Minhas Finanças**, 21/09/2021. Disponível em: <<https://exame.com/invest/minhas-financas/em-10-anos-acoes-contra-planos-de-saude-cresceram-391-em-sao-paulo/>>.
- FELIZARDO, N. Cinco coisas que podem acontecer com quem tem plano de saúde depois do julgamento do STJ. **The Intercept Brasil**, 10/06/2022. Disponível em: <<https://theintercept.com/notas/plano-de-saude-cinco-coisas-julgamento-rol-da-ans-stj/>>.

- LEMES, C. Crescem as ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo, revela pesquisa da USP. **Viomundo**, 14/02/2020. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/cresce-o-numero-de-acoes-judiciais-contra-planos-de-saude-no-estado-de-sao-paulo-revela-pesquisa-da-usp-leia-integra.html>>.
- MARTINS, B.; CASEMIRO, L. Planos de saúde: vitória judicial pode não ser suficiente para garantir cobertura. **Extra**, 08/08/2022. Disponível em: <<https://extra.globo.com/economia-e-financas/planos-de-saude-vitoria-judicial-pode-nao-ser-suficiente-para-garantir-cobertura-rv1-1-25552915.html>>.
- MING, C. O impacto dos planos de saúde. **O Estado de São Paulo**, 04/06/2022. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,o-impacto-dos-planos-de-saude,70004084632>>.
- PIOVEZAN, S. Processos na Justiça contra planos de saúde batem recorde em SP. **Folha de São Paulo**, 30/08/2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/08/processos-na-justica-contra-planos-de-saude-batem-recorde-em-sp.shtml>>.
- Planos de saúde individuais serão reajustados em 15,5%. Aumento é o maior de todos os tempos. **O Globo**, 26/05/2022. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/noticia/2022/05/planos-de-saude-individuais-serao-reajustados-em-155percent-aumento-e-o-maior-de-todos-os-tempos.ghtml>>.
- PREITE SOBRINHO, W. Adesão a planos de saúde sem controle de preço da ANS cresce 63% em 6 anos. **UOL**, 27/01/2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/01/27/planos-de-saude-mensalidade-reajuste-falsos-planos-coletivos-usp-ans.htm>>.
- Programa Faixa Livre (**Rádio Bandeirantes**). 14/06/2022. Disponível em: <<http://www.programafaixaivre.com.br/noticias/entrevista-com-lucas-andrietta-14-06-2022/>>.
- RODRIGUES, A. Cai investimento em saúde em São Paulo durante governo Doria. **Folha de São Paulo**, 13/09/2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/09/cai-investimento-em-saude-em-sao-paulo-durante-governo-doria.shtml>>.
- RODRIGUES, M. Em 8 anos, ações judiciais contra planos de saúde sobem 387% em SP. **Portal R7**, 20/02/2020. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/economia/em-8-anos-acoes-judiciais-contra-planos-de-saude-sobem-387-em-sp-20022020>>.
- SALIBA, A. L. SP perde segurados na última década, mas judicialização dispara quase 400%. **Consultor Jurídico**, 20/09/2021. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2021-set-20/sp-perde-segurados-ultima-decada-judicializacao-dispara>>.

- SP: Crescem processos contra planos de saúde na capital; número bate recorde. **Rádio Band News SP**, 01/09/2022. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=3absNcRfOyg>>.
- VENTURA, I. Em 10 anos, ações na Justiça contra planos de saúde cresceram quase 400%. **Consumidor Moderno**, 22/09/2021. Disponível em: <<https://www.consumidormoderno.com.br/2021/09/22/acoes-justica-planos-cresceram/>>.
- VENTURA, I. Em 11 anos, decisões sobre planos de saúde quadruplicaram na Justiça de São Paulo. **Consumidor Moderno**, 30/09/2021. Disponível em: <<https://www.consumidormoderno.com.br/2022/06/08/decisoes-planos-saude-quadruplicaram-justica/>>.
- VENTURA, I. Planos de saúde: menos clientes, mais processos. **Consumidor Moderno**, 30/09/2021. Disponível em: <<https://www.consumidormoderno.com.br/2021/09/30/planos-saude-menos-clientes-mais-processos/>>.

Seminário de divulgação de resultados do estudo

Foi realizado, no dia 26 de agosto de 2022, o seminário virtual “Ações judiciais contra planos de saúde: principais temas, argumentos e resultados de pesquisa”, para divulgação de resultados da pesquisa e lançamento do número temático “Saúde Suplementar no Brasil” (v. 22, n. 1, 2022) da Revista de Direito Sanitário. O evento foi organizado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e realizado de forma virtual. Participaram do evento toda a equipe de pesquisa, o Editor-Chefe da Revista de Direito Sanitário, Prof. Dr. Fernando Aith, e a Profa. Dra. Ligia Bahia, convidada como debatedora. O evento foi transmitido pelo canal de YouTube da Comissão de Cultura e Extensão da FMUSP, e pode ser acessado no seguinte endereço: <<https://www.youtube.com/watch?v=IDK50Mf1XLE>>.

Foram apresentados no evento as principais contribuições da pesquisa e um resumo dos artigos científicos dela derivados. Foram debatidos, também, o estado da arte das pesquisas do campo da judicialização da saúde, os desafios relacionados à conjuntura político-regulatória atual e as perspectivas para o desenvolvimento de novas agendas de pesquisa conjuntas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se prestou a obter dados sobre a judicialização da assistência à saúde suplementar prestada pelos planos de saúde contratados coletivamente, que representam atualmente 81,7% do mercado de assistência à saúde suplementar e conta com mais de 49 milhões de beneficiários³².

Os dados obtidos demonstram quais os principais problemas enfrentados pelos consumidores de planos de saúde coletivos e como o Tribunal de Justiça de São Paulo tem se posicionado diante destas demandas.

A partir destes dados, é possível tecer diversas considerações sobre aspectos da judicialização da saúde suplementar e sobre a regulamentação dos contratos coletivos de planos de saúde pela ANS.

Como esperado, a pesquisa trouxe dados que respondem se a escolha de regulação minorada dos contratos coletivos pela ANS, apesar do seu crescimento e da sua representatividade, tem reflexos danosos no Poder Judiciário.

A princípio, deve-se considerar que quase a totalidade das decisões analisadas foram favoráveis aos consumidores: em 81,2% dos acórdãos foi dada razão ao consumidor, sendo que 69,9% o consumidor teve sua pretensão integralmente acolhida e em outros 11,3% sua pretensão foi acolhida em parte; e em apenas 18,8% dos recursos julgados a operadora de plano de saúde logrou êxito.

Este altíssimo percentual de decisões favoráveis não se deve simplesmente ao fato de que o objeto final da demanda que se pretende proteger é a vida e a saúde dos usuários. Ele demonstra que tanto as operadoras como, por vezes, a própria ANS, responsável por regular o mercado de planos de saúde, estão agindo com base em uma interpretação equivocada da legislação que rege a

³² Dados referentes a março de 2022, disponíveis em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_cc.def. Acessado em 04.08.2022.

saúde suplementar, além de observarem as proteções conferidas pelo Código de Defesa do Consumidor.

No que diz respeito aos temas materiais tratados nas demandas nas quais as decisões analisadas foram proferidas, merece destaque o fato de que a exclusão de coberturas foi o tema mais recorrente nas demandas, que foi discutido em praticamente metade (48,2%) das decisões analisadas. Assim, o problema da negativa de coberturas, além de mais recorrente, é o mais preocupante, por afetar diretamente a saúde dos usuários, independentemente da forma de contratação do plano de saúde.

A restrição de coberturas na assistência médica suplementar é o principal tema no que se refere à judicialização, mesmo em contratos coletivos, e, além disso, repercute na saúde e na vida da população usuária, nos custos administrativos das empresas de planos e seguros de saúde e também interfere no sistema público de saúde, pois tratamentos recusados são absorvidos, em grande parte, pelo SUS.

Os demais temas mais recorrentes discutidos nas decisões analisadas também merecem especial atenção do órgão regulador: reajustes e manutenção do beneficiário no sistema de saúde suplementar após fim do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ambos temas sensíveis aos planos coletivos, que possuem regulação bastante frágil pela ANS.

E foi possível constatar que aspectos previstos na regulamentação dos contratos coletivos por parte da ANS permitem que os conflitos com relação a estes temas se perpetuem: possibilidade de criação de carteiras exclusivas para ex-empregados; prazo de 30 (trinta) dias para o aposentado optar pela manutenção da condição de beneficiário do contrato coletivo; extinção do direito previsto no art. 31 da Lei nº 9.656/98 em caso de cancelamento do contrato coletivo pelo empregador; possibilidade de reajuste por faixa etária de até 500% entre a primeira e a última faixa; novas regras para os reajustes por faixa etária aplicáveis apenas para os contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004; regulamentação dos reajustes dos contratos coletivos que se limita a vedar aplicação em periodicidade inferior a

doze meses, mas não estabelece critérios de controle e transparência para os índices de sinistralidade; autorização para rescisão unilateral dos contratos coletivos pela operadora.

Com relação aos dados obtidos sobre os idosos e aposentados na demanda, o fato de existirem quase 7 milhões de beneficiários idosos nos planos de saúde e que 21,9% das demandas analisadas dizem respeito a usuários idosos e/ou aposentados, este universo de beneficiários, por sua representatividade e vulnerabilidade, deve ser tratado com bastante atenção por parte da ANS. E esta atenção deve ser dirigida aos temas materiais mais recorrentes nas demandas de usuários idosos e/ou aposentados: reajuste por mudança de faixa etária; manutenção e valor da mensalidade de aposentados em contratos coletivos; e exclusão de cobertura.

Diante do posicionamento da ANS, que permite a manutenção de aposentados em carteiras exclusivas de inativos (nas quais o reajuste por sinistralidade tende naturalmente a ser bem mais elevado que na carteira de ativos) e que criou uma resolução que simplesmente antecipou altos reajustes por idade nas últimas faixas etárias (esvaziando a proteção conferida ao Estatuto do Idoso), resta ao usuário idoso buscar a proteção do Poder Judiciário.

Outra questão importante a ser considerada é o fato de que o Código de Defesa do Consumidor foi utilizado como norma fundamentadora em cerca de 52,1% das decisões analisadas.

O Poder Judiciário, ao utilizar o Código de Defesa do Consumidor como principal norma para dirimir conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde, cumpre o papel de equilibrar as relações de consumo.

Porém, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, norma de ordem pública de aplicação inafastável, não é uma prática que tem sido observada pela ANS no exercício de seu papel de órgão regulador.

Vale lembrar que a Lei 9.961/00, que criou a ANS, prevê, em seu artigo 3º, a finalidade institucional desta Agência de promover a 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.

Outro ponto a ser considerado com relação à legislação utilizada na fundamentação da decisão judicial é a grande recorrência de referência às súmulas editadas pelo TJSP sobre plano de saúde. As súmulas do TJSP cumpriram sua função de uniformizar o entendimento acerca das matérias e de diminuir a litigiosidade ou abreviar os processos que tratam de conflitos de planos de saúde.

Os dados obtidos nesta pesquisa apontam que, para garantir efetivamente os direitos dos consumidores e reduzir a judicialização da assistência suplementar à saúde, é necessário que a ANS reveja seu entendimento acerca da legislação aplicável aos contratos coletivos e passe a regulá-los tal como faz com os contratos individuais, fixando critérios de controle e transparência para os reajustes e vedando a rescisão unilateral dos contratos pelas operadoras.

RECOMENDAÇÕES

A partir da análise dos dados constantes do banco de dados e das considerações finais, é possível deduzir as seguintes recomendações, que merecem ser avaliadas pela ANS como forma de aprimorar sua regulação e, conseqüentemente, reduzir a judicialização da assistência suplementar à saúde, principalmente no que diz respeito aos contratos coletivos:

A atuação da ANS deve promover, efetivamente, a proteção e defesa do consumidor: A promoção da defesa do consumidor, além de ser uma garantia fundamental, é um dos princípios da ordem econômica do nosso país, ambos previstos na Constituição Federal. Ademais, a Lei que criou a ANS (9.961/2000), estabeleceu, como uma das finalidades institucionais daquela agência, visar a eficácia da proteção e defesa do consumidor. Dessa forma, as disposições do Código de Defesa do Consumidor devem ser observados como parâmetro regulatório, fiscalizatório e punitivo pela ANS. A Agência deve exigir a observância dos princípios e normas da legislação consumerista pelas operadoras de planos de saúde, inclusive por meio da incorporação das disposições do Código de Defesa do Consumidor às suas Resoluções Normativas.

Melhoria na regulamentação acerca das coberturas pelos planos de saúde: A negativa de cobertura foi o tema mais recorrente na presente pesquisa, representando 48,2% das ações analisadas e com 92,8% das decisões favoráveis aos consumidores. Apesar do atual debate acerca da interpretação taxativa ou exemplificativa do Rol da ANS, o TJSP ainda mantém o entendimento retratado pela Súmula nº 102: “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”. Assim, a regulamentação da ANS deve desestimular disposições contratuais e práticas das operadoras que possam restringir direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual.

Regulamentação dos reajustes nos contratos coletivos: sugere-se o estabelecimento de novas regras de controle e transparência dos reajustes dos planos de saúde coletivos, de forma a tornar sustentável o pagamento da mensalidade a médio e longo prazo, bem como evitar onerosidade excessiva ao consumidor, além de exigir maior transparência das operadoras acerca do método e dos dados utilizados para apuração dos índices de reajustes dos planos coletivos.

Revisão da regulamentação de reajustes por faixa etária: sugere-se a revisão da regulamentação acerca do reajuste por faixa etária, de forma a impedir a aplicação de reajustes em percentuais altos para os consumidores que já são idosos ou para aqueles que estão na iminência de se tornarem idosos, impedindo a discriminação do idoso e garantindo ao consumidor senil a efetiva proteção outorgada pela Constituição Federal e pelo Estatuto do Idoso.

Regulamentação da rescisão nos contratos coletivos: A rescisão imotivada de um contrato coletivo de plano de saúde, sem critérios objetivos, acaba gerando distorções e abusividades, pois tal possibilidade permite à operadora excluir o beneficiário que adoece, eliminando o risco de sua atividade e atribuindo o custo do tratamento desse beneficiário ao sistema público de saúde. Além disso, a rescisão imotivada de um contrato ofende toda a relação de segurança que um contrato de plano de saúde cria no consumidor. Sugere-se, então, a revisão da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS, para que a Agência crie critérios objetivos para a rescisão do contrato coletivo, de forma a desestimular a rescisão imotivada do contrato e o abandono do consumidor em tratamento.

Revisão da regulamentação acerca da manutenção do consumidor aposentado no plano de saúde empresarial: A Resolução Normativa nº 488/2022, ao regulamentar o artigo 31 da Lei 9.656/98, permitiu situações que ofendem a equidade e discriminam os consumidores idosos, prática proibida pelo Estatuto do Idoso. Verificou-se, nos casos analisados, que a regulamentação da ANS permitiu que as operadoras estabelecessem condições

de preços e reajustes desfavoráveis aos aposentados, quando comparados com aquelas estabelecidas para os beneficiários que ainda são funcionários ativos das empresas. Sugere-se, desta feita, a revisão da RN 488/2022 da ANS, de forma a conferir maior proteção aos idosos quanto à manutenção do plano de saúde, ao preço e aos reajustes aplicados sobre a mensalidade após a aposentadoria.

Regulamentação do descredenciamento da rede de prestadores de serviço: A troca de um prestador de serviços não pode representar defasagem do plano de saúde contratado, tampouco prejudicar o tratamento de consumidores que esteja em curso. Sugere-se, assim, que a ANS defina os critérios de qualidade e de equivalência da rede assistencial, garantindo a substituição de estabelecimentos sem a perda da qualidade dos serviços ofertados.

Todas estas considerações são de extrema relevância, considerando a frágil regulamentação dos contratos coletivos pela ANS, e ainda, da pressão por parte das operadoras para a Agência desregulamentar os contratos individuais.

Por fim, é necessário rechaçar a ideia que aponta a existência de dois sistemas não relacionados e distintos, ou seja, o SUS e os planos de saúde. Os planos privados são componentes do sistema nacional de saúde e, assim, devem estar condicionados a uma política pública capaz de tratar o sistema de saúde como um todo.

Logo, os problemas relacionados à saúde suplementar devem ser abordados não apenas como um assunto que diz respeito aos 49 milhões de brasileiros ligados aos planos privados de saúde, mas também considerando as inúmeras repercussões das práticas desse setor no funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, Operadoras e Planos**. Rio de Janeiro: ANS, mar 2014. 53p. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/caderno_informacao_suplementar_mar2014.pdf>.

ALVARENGA, B. Planos de saúde sofrem com aumento de custos e inadimplência na pandemia. 04/06/2020. **UOL**, 04/06/2020. Disponível em: <https://cultura.uol.com.br/noticias/9128_planos-de-saude-sofrem-com-aumento-de-custos-e-inadimplencia-na-pandemia.html>.

ANDRADE, E. I. G. A judicialização da saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.18, n.4 (Supl.4), p.S46-S50, 2008.

ANDRIETTA, L. S. Falsa coletivização de planos de saúde: expansão, reajustes e judicialização (2014-2019). **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 1, e-0004, 2022.

ANDRIETTA, L.S.; MONTE-CARDOSO, A.; SESTELO, J. A. F.; *et al.* Empresas de Planos de Saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão. *In*: GADELHA, Paulo; NORONHA, José Carvalho de; CASTRO, Leonardo; *et al* (Orgs.). **Economia e financiamento do sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2021, p. 235–261.

AZEVEDO, P. F.; AITH, F. M. A. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde (CNS); Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), 2019. Disponível em: <<http://www.cnsj.usp.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>>.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. C.; DAL POZ, M.; *et al.* Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2016, v. 32, n. 12.

BERGAMO, M. Resolução da ANS para medicamentos off-label pode aumentar judicialização, diz observatório. **Folha de São Paulo**, 11/04/2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2021/04/resolucao-da-ans-para-medicamentos-off-label-pode-aumentar-judicializacao-diz-observatorio.shtml>>.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1335-1356, out. 2016

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1349, ago. 2009.

Conselho Nacional de Justiça. **Justiça em Números 2019**. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/08/justica_em_numeros20190919.pdf>.

Conselho Nacional de Justiça. **Justiça em Números 2020**. Brasília: CNJ, 2020. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/08/rel-justica-em-numeros2020.pdf>>.

CRUZ, J. I.; LIMA, L. F. Judicialização da assistência hospitalar negada por planos de saúde no Estado de São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 1, e-0005, 2022.

CUNHA, C. M.; MALUF, E. C. M.; JACOB, M. L. M. F.; *et al.* **A judicialização da saúde suplementar: uma análise econômica**. 2013.

Em 10 anos, ações contra planos de saúde cresceram 391% em São Paulo. Exame Invest, **Minhas Finanças**, 21/09/2021. Disponível em: <<https://exame.com/invest/minhas-financas/em-10-anos-aco-es-contra-planos-de-saude-cresceram-391-em-sao-paulo/>>.

FELIZARDO, N. Cinco coisas que podem acontecer com quem tem plano de saúde depois do julgamento do STJ. **The Intercept Brasil**, 10/06/2022. Disponível em: <<https://theintercept.com/notas/plano-de-saude-cinco-coisas-julgamento-rol-da-ans-stj/>>.

GONÇALVES, T.; MACHADO, F. J. Judicialização da saúde suplementar. **Sare – Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas**. 2011. Disponível em: <http://www.sare.unianhanguera.edu.br/index.php/ansem/article/view/4025>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). **Ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo**. 2019. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/133/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). **Decisões judiciais sobre planos de saúde têm recorde histórico em São Paulo**. 2022. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/488/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). **Foram julgadas mais de 16 mil ações judiciais contra planos de saúde em São Paulo no primeiro semestre de 2018**. 2018. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/153/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). **Foram julgadas mais de 30.000 ações judiciais contra planos de saúde em São Paulo em 2017**. 2018. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/149/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). **Planos de saúde “falsos coletivos”: crescimento do mercado e reajuste de preços**. 2021. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/369/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). **Planos “falsos coletivos”:** crescimento do mercado e reajuste de preços. 2019. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/209/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). **Planos de saúde ganham posto dentro do Fórum João Mendes para interferir em ações judiciais.** 2019. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/303/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). **Cresce o número de ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo.** 2020. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/274/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS/USP); Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES/UFRJ). **COVID-19: Documento da ANS contém erros.** 2020. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/316/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS/USP); Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES/UFRJ). **Planos de saúde na pandemia do coronavírus: entre a omissão e o oportunismo.** 2020. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/307/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS); Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES/UFRJ). **Planos de saúde tentam “passar a boiada” em plena pandemia.** 2021. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/394/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS); Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES/UFRJ). **Proposta do Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, de acesso a dados de clientes de planos de saúde é oportunista e inconstitucional.** 2022. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/463/>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS/USP); Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES/UFRJ). **Sobre proposta do relator da Comissão Especial da Câmara dos Deputados destinada a mudar a Lei dos Planos de Saúde.** 2021. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/453/>>.

KOZAN, J. F.; MAGALHÃES, M. A. Relações entre a judicialização de cobertura e a incorporação de tecnologia na saúde suplementar: o caso dos quimioterápicos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 1, e-0003, 2022.

LEITÃO, L. C. A. et al. Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Rev. Salud Pública. Bogotá**, v. 16, n. 3, p. 360-370, 2014.

LEMES, C. Crescem as ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo, revela pesquisa da USP. **Viomundo**, 14/02/2020. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/cresce-o-numero-de-acoes-judiciais-contra-planos-de-saude-no-estado-de-sao-paulo-revela-pesquisa-da-usp-leia-integra.html>>.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011.

MARINHO, A. A crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares ou no SUS? **Planejamento e Políticas Públicas**. [s.l.], n. 49, jul/dez 2017.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, fev. 2007.

MARTINS, B.; CASEMIRO, L. Planos de saúde: vitória judicial pode não ser suficiente para garantir cobertura. **Extra**, 08/08/2022. Disponível em: <<https://extra.globo.com/economia-e-financas/planos-de-saude-vitoria-judicial-pode-nao-ser-suficiente-para-garantir-cobertura-rv1-1-25552915.html>>.

MENICUCCI, T. M. G.; MACHADO, J. A. Judicialization of health policy in the definition of access to public goods: Individual rights versus collective rights. **Brazilian Political Science Review**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 33-68, 2010.

MING, C. O impacto dos planos de saúde. **O Estado de São Paulo**, 04/06/2022. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,o-impacto-dos-planos-de-saude,70004084632>>.

NOBRE, M. A. B. Da Denominada “Judicialização da Saúde”: Pontos e Contrapontos. In: NOBRE, M. A. B.; SILVA, R. A. D. (Orgs.). **O CNJ e os desafios da efetivação do Direito à Saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011, Capítulo: p.353-366. ISBN 978-85-7700-453-9.

OLIVEIRA, J. A. D. **Demandas jurídicas por coberturas assistenciais**: estudo de caso: CASSI. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. A.; SIMAS, L.; *et. al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, n.5, p. 2405-2414, Ago.2010. - Pires e Souza, 2008.

PIOVEZAN, S. Processos na Justiça contra planos de saúde batem recorde em SP. **Folha de São Paulo**, 30/08/2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/08/processos-na-justica-contra-planos-de-saude-batem-recorde-em-sp.shtml>>.

Planos de saúde individuais serão reajustados em 15,5%. Aumento é o maior de todos os tempos. **O Globo**, 26/05/2022. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/noticia/2022/05/planos-de-saude-individuais-serao-reajustados-em-155percent-aumento-e-o-maior-de-todos-os-tempos.ghtml>>.

PREITE SOBRINHO, W. Adesão a planos de saúde sem controle de preço da ANS cresce 63% em 6 anos. **UOL**, 27/01/2021. Disponível em:

<<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/01/27/planos-de-saude-mensalidade-reajuste-falsos-planos-coletivos-usp-ans.htm>>.

Programa Faixa Livre (**Rádio Bandeirantes**). 14/06/2022. Disponível em: <<http://www.programafaixaivre.com.br/noticias/entrevista-com-lucas-andrietta-14-06-2022/>>.

ROBBA, R.; FERNANDES, C. H. S. Decisão do Superior Tribunal de Justiça altera o entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo a respeito da regulação de seguros e planos de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 1, e-0002, 2022.

RODRIGUES, A. Cai investimento em saúde em São Paulo durante governo Doria. **Folha de São Paulo**, 13/09/2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/09/cai-investimento-em-saude-em-sao-paulo-durante-governo-doria.shtml>>.

RODRIGUES, M. Em 8 anos, ações judiciais contra planos de saúde sobem 387% em SP. **Portal R7**, 20/02/2020. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/economia/em-8-anos-acoes-judiciais-contra-planos-de-saude-sobem-387-em-sp-20022020>>.

SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. **A defesa da saúde em juízo: teoria e prática**. São Paulo: Verbatim, 2009. 311p. ISBN 978-85-6199-604-8.

SALIBA, A. L. SP perde segurados na última década, mas judicialização dispara quase 400%. **Consultor Jurídico**, 20/09/2021. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2021-set-20/sp-perde-segurados-ultima-decada-judicializacao-dispara>>.

SCHEFFER, M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, p. 122-132, 2014.

SCHEFFER, M. C.; TRETTEL, D. B.; KOZAN, J. F. Judicialização na saúde suplementar. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/conhecimento_tecnico_cientifico_ANS_2015.pdf>.

SOUZA, M. H. S. C.; VIANNA, M. L. E.; SCHEFFER, M.C.; *et al.* A intervenção do Poder Judiciário no setor de saúde suplementar – tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.37, p. 44-60, Jan. 2007.

SP: Crescem processos contra planos de saúde na capital; número bate recorde. **Rádio Band News SP**, 01/09/2022. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=3absNcRfOyg>>.

TRETTEL, D. B. **Planos de saúde na visão do STJ e do STF**. São Paulo: Verbatim, 2010. 128 p. ISBN 978-85-61996-22-1.

TRETTEL, D. B.; KOZAN, J. F.; SCHEFFER, M. C. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 1, p. 166–187, 2018.

VENTURA, I. Em 10 anos, ações na Justiça contra planos de saúde cresceram quase 400%. **Consumidor Moderno**, 22/09/2021. Disponível em: <<https://www.consumidormoderno.com.br/2021/09/22/acoes-justica-planos-cresceram/>>.

VENTURA, I. Em 11 anos, decisões sobre planos de saúde quadruplicaram na Justiça de São Paulo. **Consumidor Moderno**, 30/09/2021. Disponível em: <<https://www.consumidormoderno.com.br/2022/06/08/decisoes-planos-saude-quadruplicaram-justica/>>.

VENTURA, I. Planos de saúde: menos clientes, mais processos. **Consumidor Moderno**, 30/09/2021. Disponível em: <<https://www.consumidormoderno.com.br/2021/09/30/planos-saude-menos-clientes-mais-processos>>.

VIANNA, L. W. K.; CARVALHO, M. A. R. de; MELO, M. P. C., et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007.

WANG, D. Right to Health Litigation in Brazil: The Problem and The Institutional Responses. **Human Rights Law Review**, v. 15, n. 4, p 617-641, 2015.

ANEXO I

EQUIPE DE TRABALHO.

Coordenador Geral: Mário César Scheffer

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1322311308223630>

Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. É Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pelo DMP- FMUSP, onde também concluiu o Programa de Pós-Doutorado. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), graduou-se em Comunicação Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Foi membro titular do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e da Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Integra a Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); e o Conselho Diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Atua na área de Saúde Coletiva principalmente em dois temas: 1) relação entre o público e o privado na saúde, com ênfase na assistência médica suplementar, 2) profissão médica.

Coordenador de campo: Rafael Robba

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5486726584978429>

Possui graduação em Direito pela Universidade de Santo Amaro (2007), pós-graduado em Responsabilidade Civil pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), foi membro da Comissão de Defesa do Consumidor da OAB/SP nos exercícios 2008 e 2009, e membro da Comissão de Estudos sobre Planos de Saúde e Assistência Médica da OAB/SP nos exercícios de 2011 e 2012. Assessor da Vigésima Turma do Tribunal de Ética e Disciplina da OAB/SP, nomeado para o triênio 2013/2015. Mestre em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Doutorando em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Participação na pesquisa: pesquisa de campo, análise de dados, elaboração de Relatório técnico, redação de artigos científicos em coautoria.

Assistente de Coordenação: Juliana Ferreira Kozan

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1670326313693587>

Advogada graduada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, com conhecimento específico em Direitos Difusos e Coletivos. Pós-graduada em Direito Administrativo pela Faculdade Autônoma de Direito - FADISP. Mestre em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Atuou no Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, como supervisora da área de ações judiciais e representante do Instituto nos temas relacionados à saúde, com foco em planos de saúde.

Participação na pesquisa: pesquisa de campo, análise de dados, elaboração de Relatório técnico, redação de artigos científicos em coautoria.

Pesquisadores:

Joana Indjaian Cruz

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3414207230996091>

Bacharel em Direito pela PUC-SP. Mestre em Direito pela USP e advogada em São Paulo, com atuação nas áreas de direito à saúde, saúde suplementar, segurança alimentar e nutricional e direito do consumidor.

Lucas Salvador Andrietta

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0224286764845639>

Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM-USP). Economista, mestre e doutor em Desenvolvimento Econômico (IE-Unicamp).

Maria Luiza Levi Pahim

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2586599169850360>

Economista, mestre em Economia (IE-Unicamp) e doutora em Ciências (FMUSP). Professora do Bacharelado em Ciências e Humanidades e do Bacharelado em Políticas Públicas da Universidade Federal do ABC (UFABC).

Assistentes de Pesquisa

Caio Henrique Sampaio Fernandes

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5000987418429225>

Advogado, bacharel em Direito pela Universidade Paulista, pós-graduado em Direito e Processo do Trabalho pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, pós-graduado em Direito Civil e Direito do Consumidor pela EPD – Escola Paulista de Direito.

Leon Faria de Lima

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7948828440853327>

Advogado e bacharel em Direito pela Universidade de São Paulo (FD/USP).

Marina de Almeida Magalhães

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5065047717259569>

Advogada e bacharela em Direito pela Universidade de São Paulo (FD/USP).
Mestranda no Programa de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PPGSC/DMP/FMUSP).

ANEXO II (QUESTIONÁRIO)

LEGENDA

*Obrigatório

- Escolha única
- Múltipla escolha

Campo de livre preenchimento

Geral

Nº de registro *

Nº do recurso *

Espécie recursal *

- Apelação
- Embargos infringentes

Autor da ação *

- Pessoa física (individualmente ou em grupo)
- PJ contratante
- Ente legitimado (ACP/ação coletiva)
- Outro:

Posição da operadora no recurso *

- Recorrente
- Recorrida
- Recorrente e recorrida

Operadora(s) demandada(s) *

- 326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.;
- 359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.
- 005711-BRADESCO SAÚDE S.A.
- 006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE
- 302147-PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE
- 325074-GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A
- 000582-PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A
- 339679-CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
- 314218-ASSOCIAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTOVÃO
- 416428-SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.
- 394734-AMEPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA
- 415111-BIOVIDA SAÚDE LTDA.
- 312126-FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ
- 000701-UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A
- 402966-BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
- 352586-SISTEMAS E PLANOS DE SAÚDE LTDA.
- 000477-SOMPO SAÚDE SEGUROS S.A.
- 303623-CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO
- 333689-MEDISERVICE ADMINISTRADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/A

- 379956-CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA.
- 359661-OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.
- 346659-CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL
- 319996-UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS
- 411752-ASSOCIAÇÃO ASSISTENCIAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR CRUZ AZUL SAÚDE
- 414298-ECOLE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
- 419133-POSTAL SAÚDE CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE
- 403911-VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
- 352331-CAIXA BENEFICIENTE DOS FUNCIONARIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO
- 301337-UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
- Outras Unimeds
- Outro:

Administradora de benefícios demandada *

- 415286-DIVICOM ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
- 417173-QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.
- 417459-ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.
- 417556-ADM ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.
- 417980-AON AFFINITY ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
- Não menciona nenhuma administradora de benefícios como parte da ação
- Outro:

Ano de julgamento do recurso *

- 2019
- 2018
- 2017
- 2016
- 2015

Tema material da demanda *

- Exclusão/negativa de cobertura
- Reembolso de despesas (discussão sobre valor)
- Demora no atendimento
- Reajuste por mudança de faixa etária
- Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)
- Reajuste anual de plano individual
- Resilição/cancelamento unilateral (sem motivo) do contrato coletivo pela operadora
- Rescisão de contrato coletivo pela empresa contratante
- Rescisão do contrato por inadimplemento ou fraude
- Manutenção do aposentado no contrato coletivo (art. 31, Lei 9.656/98)
- Contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade
- Manutenção do demitido sem justa causa no contrato coletivo (art. 30, Lei 9.656/98)
- Manutenção de dependentes no plano após falecimento do titular
- Cobrança de mensalidades após rescisão contratual

- Migração do contrato coletivo para individual
- Descredenciamento de prestador
- Inclusão/exclusão de beneficiário no plano coletivo (titular/dependente)
- Mudança de categoria de plano de saúde na mesma operadora
- Portabilidades
- Portabilidade para contrato individual após demissão ou aposentadoria
- Outro:

A decisão menciona se houve liquidação extrajudicial, quebra, falência, regime especial de direção técnica ou fiscal ou alienação de carteira? *

- Sim
- Não

Identifique o tipo de plano *

- Individual/familiar
- Coletivo por adesão
- Coletivo empresarial, a partir de 30 vidas
- Coletivo empresarial, até 29 vidas
- Coletivo empresarial (nº de vidas não especificado)
- Coletivo não especificado
- Autogestão
- Não especificado
- Outro:

O acórdão trata de demanda de usuário idoso e/ou aposentado? *

- Sim
- Não
- Não especifica

Quais os argumentos das operadoras? *

- Lei 9.656/98 permite a prática
- Resolução da ANS permite a prática
- Saúde integral é dever apenas do Estado
- Não se aplica o Estatuto do Idoso
- Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor
- Procedimento não consta do rol de coberturas obrigatórias da ANS
- A prática encontra-se de acordo com previsão contratual
- Medicamento sem registro na ANVISA
- Pleito de medicamento para uso off label
- Ausência de contribuição do aposentado/demitido
- Não cumprimento de carência/cobertura parcial temporária
- Manter equilíbrio econômico-financeiro contratual
- Contrato antigo não adaptado à Lei 9.656/98
- Procedimento realizado fora da rede credenciada
- Não especificado
- Outro:

Demandas sobre reajuste

Preencher para todas as demandas que versarem sobre reajuste (qualquer tipo)

Valor da mensalidade antes do reajuste questionado

Valor da mensalidade após o reajuste questionado

Valor da mensalidade arbitrado pelo acórdão

Período total em que foram aplicados os reajustes questionados (ano inicial - ano final; e.g. 2010-2013)

Percentual total de reajuste no período

Houve revisão de reajuste (faixa etária e/ou sinistralidade)?

- Sim, e o percentual foi arbitrado
- Sim, percentual a definir em liquidação de sentença
- Não, o reajuste foi mantido
- Não especificado

Há menção no acórdão sobre pedido de nulidade de cláusula de reajuste?

- Sim, e todos os pedidos de nulidade foram concedidos
- Sim, mas nem todos os pedidos de nulidade foram concedidos
- Sim, e os pedidos de nulidade não foram concedidos
- Não menciona pedidos de nulidade de cláusula de reajuste

Percentual total de reajuste arbitrado pelo acórdão

Demandas que questionam reajuste POR FAIXA ETÁRIA

Preencher apenas para demandas que tratem de reajuste por faixa etária.

Em caso de reajuste por faixa etária, identifique em qual faixa foi aplicado o percentual de reajuste questionado

- 0 a 18 anos (RN 63/03 da ANS)
- 19 a 23 anos (RN 63/03 da ANS)
- 24 a 28 anos (RN 63/03 da ANS)
- 29 a 33 anos (RN 63/03 da ANS)
- 34 a 38 anos (RN 63/03 da ANS)
- 39 a 43 anos (RN 63/03 da ANS)
- 44 a 48 anos (RN 63/03 da ANS)
- 49 a 53 anos (RN 63/03 da ANS)
- 54 a 58 anos (RN 63/03 da ANS)
- 59 anos ou mais (RN 63/03 da ANS)
- 0 a 17 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS)
- 18 a 29 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS)
- 30 a 39 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS)
- 40 a 49 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS)
- 50 a 59 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS)
- 70 anos ou mais (CONSU nº 6/1998 da ANS)
- 60 a 69 anos (CONSU nº 6/1998 da ANS)
- Não especificada
- Outro:

Discrimine o(s) percentual(is) questionado(s) para cada faixa etária (se for o caso, separar com ;)

Discrimine os percentuais arbitrados pelo acórdão, por faixa (separar com ;)

Demandas que questionam reajuste ANUAL

Preencher apenas em caso de demandas que questionem reajuste anual, em que seja possível discriminar o percentual de ajuste aplicado ano a ano.

Discrimine os anos em que foram aplicados os reajustes questionados (separar com ;)

Discrimine os percentuais questionados por ano (separar com ;)

Discrimine os percentuais arbitrados pelo acórdão, por ano (separar com ; se for o caso)

- 7,35% (2019)
- 10% (2018)
- 13,55% (2017)
- 13,57% (2016)
- 13,55% (2015)
- 9,65% (2014)
- 9,04% (2013)
- 7,93% (2012)
- 7,69% (2011)
- 6,73% (2010)
- 6,76% (2009)
- 8,89% (2008)
- 5,76% (2007)
- 8,89% (2006)
- 11,69% (2005)
- 11,75% (2004)
- 9,27% (2003)
- 7,69% (2002)
- 8,71% (2001)
- 5,42% (2000)

Outro:

Demandas sobre exclusão/negativa de cobertura

Preencher apenas em caso de demandas sobre exclusão ou negativa de cobertura.

Especifique o que foi negado pela operadora

- Exame
- Cirurgia
- Parto
- Internação domiciliar / Home care
- Internação hospitalar
- Internação em UTI
- Internação psiquiátrica

- Consulta médica
- Medicamento
- Tratamento
- Órtese/prótese
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Tratamento para câncer não especificado
- Materiais necessários à cirurgia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Psicoterapia
- Terapia Ocupacional
- Terapia ABA
- Diálise / Hemodiálise
- Transferência em ambulância ou aéreo
- Pronto atendimento / pronto socorro
- Reprodução assistida
- Não especificado
- Outro:

Indique o procedimento ou medicamento excluído

Indique doença/lesão/problema de saúde do usuário

Resultado da demanda

Resultado *

- Decisão favorável ao beneficiário
- Decisão parcialmente favorável ao beneficiário
- Decisão desfavorável ao beneficiário

Se o resultado for parcialmente favorável, identificar em que pontos foi favorável ou desfavorável ao beneficiário

Tema	Favorável	Desfavorável	Parcialmente favorável
Exclusão/negativa de cobertura			
Reembolso de despesas (discussão sobre valor)			
Demora no atendimento			
Reajuste por mudança de faixa etária			
Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)			
Reajuste anual de plano individual			
Resilição/cancelamento unilateral do contrato coletivo pela operadora			
Rescisão de contrato coletivo pela empresa contratante			

Rescisão do contrato por inadimplemento ou fraude			
Manutenção do aposentado no contrato coletivo (art. 31, Lei 9.656/98)			
Contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade			
Manutenção do demitido sem justa causa no contrato coletivo (art. 30, Lei 9.656/98)			
Manutenção de dependentes no plano após falecimento do titular			
Cobrança de mensalidades após rescisão contratual			
Migração do contrato coletivo para individual			
Descredenciamento de prestador			
Inclusão/exclusão de beneficiário no plano coletivo (titular/dependente)			
Mudança de categoria de plano de saúde na mesma operadora			
Portabilidade de carências			
Portabilidade para contrato individual após demissão ou aposentadoria			
Exclusão/negativa de cobertura			
Reembolso de despesas (discussão sobre valor)			
Demora no atendimento			
Reajuste por mudança de faixa etária			
Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)			
Reajuste anual de plano individual			
Resilição/cancelamento unilateral do contrato coletivo pela operadora			
Rescisão de contrato coletivo pela empresa contratante			
Rescisão do contrato por inadimplemento ou fraude			
Manutenção do aposentado no contrato coletivo (art. 31, Lei 9.656/98)			
Contrato coletivo e aposentadoria: discussão do valor da mensalidade			
Manutenção do demitido sem justa causa no contrato coletivo (art. 30, Lei 9.656/98)			
Manutenção de dependentes no plano após falecimento do titular			
Cobrança de mensalidades após rescisão contratual			
Migração do contrato coletivo para individual			
Descredenciamento de prestador			

Inclusão/exclusão de beneficiário no plano coletivo (titular/dependente)			
Mudança de categoria de plano de saúde na mesma operadora			
Portabilidade de carências			
Portabilidade para contrato individual após demissão ou aposentadoria			

Outras observações sobre demandas parcialmente favoráveis

O beneficiário pleiteou indenização por dano moral? *

- Sim e a indenização foi concedida
- Sim e a indenização não foi concedida
- Não há menção a pleito de indenização por dano moral
- Outro:

Em caso de ter sido concedida a indenização por danos morais, indique o valor final arbitrado

Fundamentação do acórdão

Qual a fundamentação da decisão? *

- Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90)
- Constituição Federal
- Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98)
- Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003)
- Código Civil
- Resoluções Normativas da ANS
- Súmulas TJSP
- Súmulas STJ
- Jurisprudência STJ
- Jurisprudência TJSP
- Não indicou textualmente a legislação, mas fez considerações de caráter principiológico.
- Não especificou a legislação/normas/jurisprudência
- Outro:

A decisão se fundamentou em tese fixada pela sistemática de recurso repetitivo do STJ? (Temas 952 - REsp 1568244; Tema 989 - REsp 1680318 e REsp 1708104; Tema 990 - REsp 1712163 e REsp 1726563) *

- Sim
- Não

Transcreva trechos interessantes da decisão

ANEXO III (BANCO DE DADOS)

Trata-se de banco de dados completo, em formato .xlsx, contendo dados de 11.823 acórdãos em ações ajuizadas na Comarca de São Paulo por beneficiários contra planos de saúde, julgados pelo TJSP nos anos de 2018 e 2019. O banco inclui os acórdãos que acabaram excluídos da análise final (que considerou apenas 11.627 acórdãos) por representarem registros em duplicidade ou por conterem inconsistências. Os dados contidos são resultado da leitura e preenchimento do questionário colacionado no Anexo II deste relatório. Além dos dados originalmente coletados, o banco também conta com alguns campos adicionais, em que dados de livre preenchimento foram padronizados pela consultoria contratada pelo estudo. Nestes casos, os campos padronizados estão marcados pelo sufixo “_padronizado”.

Em razão da extensão do arquivo, sua disponibilização se dá através do link:

https://sites.usp.br/geps/wp-content/uploads/sites/584/dlm_uploads/2022/10/JAMSS_bancotratado_final.xlsx

[X](#)

ANEXO IV (REVISÃO BIBLIOGRÁFICA)

ABREU, CÉLIA BARBOSA; TIBURCIO, DALTON ROBERT. Oferta obrigatória de planos de saúde individuais e familiares: livre iniciativa e direito fundamental à boa regulação. *Rev. Investig. Const.*, Curitiba , v. 5, n. 2, p. 209-233, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rinc/v5n2/2359-5639-rinc-05-02-0209.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O artigo analisa o dever de atuação da Agência Reguladora para corrigir a falha de mercado da coletivização do processo de compra dos planos de assistência privada à saúde. Para tanto, o texto enfrenta a questão constitucional atinente à restrição ao direito de livre iniciativa e desenvolve a categoria do direito fundamental à boa regulação. A partir da revisão bibliográfica e jurisprudencial e da análise de dados disponíveis, o artigo identifica que a atividade privada de assistência à saúde está sujeita a um regime constitucional diferenciado, por força da necessidade de prévia autorização para o seu desenvolvimento, o que viabiliza o estabelecimento da obrigatoriedade de oferta de planos individuais e familiares. Em suas conclusões, o artigo aponta que embora o regulador possua discricionariedade para escolher os meios mais adequados ao enfrentamento do problema, a persistência do quadro de desequilíbrio na oferta dos tipos de planos de saúde exige uma atuação clara e motivada da Agência Reguladora, na busca por garantir o direito à livre escolha do consumidor, assegurado pelo direito fundamental à boa regulação.

Alth, Fernando. Agências reguladoras de saúde e poder judiciário no Brasil: uma relação conflituosa e necessária para a garantia plena do direito à saúde. In.: *O Judiciário e o Estado Regulador brasileiro [recurso eletrônico] / Mariana Mota Prado (Organizadora)*. – São Paulo: FGV Direito SP, 2016.

O artigo apresenta as duas agências nacionais reguladoras do setor saúde criadas no Brasil e o quadro jurídico que informa e guia a judicialização do direito à saúde. O artigo aborda de questões regulatórias no Poder Judiciário, expondo que essa atuação, melhora os serviços de saúde e protege o interesse público. Conclui-se que a relação entre o Poder Judiciário e as agências reguladoras de

saúde, no Brasil, é geralmente positiva, pois torna os reguladores mais responsáveis.

AFONSO, Ana Beatriz Perez et al . Ações judiciais relacionadas às coberturas assistenciais na saúde suplementar. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 73, n. 3, e20180748, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n3/pt_0034-7167-reben-73-03-e20180748.pdf. Acesso em 01/05/2019.

Objetivos: analisar as ações judiciais demandadas por beneficiários de uma operadora de plano de saúde. Métodos: estudo descritivo de corte transversal desenvolvido em uma operadora de plano privado de saúde de grande porte, utilizando dados compilados pela empresa no período de 2012 a 2015. Resultados: foram movidas 96 ações judiciais por 86 beneficiários, referentes a procedimentos médicos (38,5%), tratamentos (26,1%), exames (14,6%), medicamentos (9,4%), Home Care (6,2%) e 5,2% a outros tipos de internações. O maior número de ações dentre os procedimentos foi rizotomia percutânea; para tratamentos, a quimioterapia; exames solicitados de tomografia por emissão de pósitrons; para medicamentos, os antineoplásicos e para tratamento de Hepatite C. Conclusões: a razão para as demandas judiciais impetradas foi a negativa da operadora em atender os itens não pertencentes ao escopo do que foi contratado pelo beneficiário ou itens não regulamentados e autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, portanto sendo consideradas improcedentes.

ALBUQUERQUE, Ceres; PIOVESAN, Márcia Franke, SANTOS, Isabela Soares; MARTINS, Ana Cristina Marques; FONSECA, Artur Lourenço; SASSON, Daniel; SIMÕES, Kelly de Almeida. *A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1421-1430, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/08.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O artigo tem por objetivo descrever a situação do mercado de planos privados de assistência médica no Brasil, no período de 2000 a 2006. Analisa a situação atual no que tange aos beneficiários, às operadoras e aos planos de saúde e

destaca algumas possíveis tendências sinalizadas pelo estudo. Apresenta o perfil dos beneficiários e a cobertura por planos na população. Discute a expansão dos planos coletivos, a redução dos planos individuais, bem como a acentuada concentração de beneficiários em poucas operadoras, identificando que, apesar de tratar-se de um mercado concentrado, há mais beneficiários em planos com abrangência municipal ou regional do que em planos nacionais. Por fim, aborda aspectos relacionados aos recursos financeiros, entre eles o incentivo governamental para o setor e conclui sinalizando a necessidade de estudos para melhor conhecer a dinâmica do mercado de planos privados de saúde.

Almeida C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: Ipea, 1998. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11058/2476>. Acesso em 01/05/2019.

A assistência médica suplementar constitui parte significativa do mercado de serviços privados de saúde no Brasil. Na última década, apresentou um crescimento expressivo, pari passu à implantação do Sistema Único de Saúde e à intensificação dos conflitos entre os atores que participam dessa arena setorial, acelerando-se o processo de aprovação de regulação específica. Atualmente, passa por um momento de transformação, que pode significar um ponto de inflexão importante em relação aos desenvolvimentos históricos anteriores. O primeiro objetivo deste texto é traçar um panorama da situação atual e delinear tendências, em geral baseadas em estimativas quantitativas e inferências qualitativas. O segundo é cotejar, a partir das informações disponíveis, a realidade nacional com alguns dados internacionais, na perspectiva de iluminar aspectos críticos e contribuir para o debate.

Alves D, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(2):279-290, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n2/06.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

A grande quantidade de reclamações dos consumidores de planos e seguros privados de saúde se tornou freqüente no setor suplementar, com reflexos sobre o Poder Judiciário. Essa problemática fez surgir a necessidade de regulação

desse mercado privado, que se iniciou em 1998, por meio da Lei nº. 9.656. Um dos desafios que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) enfrenta é a resistência das operadoras perante a legislação, além do fato de ainda existirem contratos não regidos pela referida lei. O objetivo do estudo foi analisar recursos de decisões judiciais que concederam ou não o pedido liminar da antecipação da tutela solicitado pelo consumidor de plano de saúde, julgados nos Tribunais de Justiça do Rio de Janeiro e de São Paulo. Os principais dados pesquisados foram: Tribunal que proferiu a decisão; réu; tema debatido; posicionamento de 1ª e de 2ª Instâncias e fundamentação jurídica. Verifica-se que o Poder Judiciário continua sendo um importante espaço de reivindicação dos consumidores de planos de saúde. O papel da ANS é importante para preencher algumas lacunas que ainda não foram solucionadas pela regulação do setor.

Andrade EIG, Machado CD, Faleiros DR, Szuster DAC, Guerra Júnior AA, Silva GD, Cherchiglia ML, Acúrcio FA. A judicialização da saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.18, n.4 (Supl.4), p.S46-S50, 2008. Disponível em <file:///C:/Users/juliana/Downloads/v18n4s4a08.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Ainda são raras as referências de estudos publicados no país que tenham como objeto o fenômeno denominado “judicialização da saúde” (demandas judiciais para acesso a serviços e insumos de saúde). A complexidade do fenômeno, por suscitar a interface entre Judiciário e Executivo, confrontados no desafio constitucional de garantir os direitos dos cidadãos à atenção integral à saúde, repercute no constrangimento dos gestores do sistema de saúde pública, frente aos mecanismos jurídicos que visam a garantir aos pacientes/usuários a assistência médica recomendada. Esse fenômeno apresenta correlação com eventos similares ocorridos em países que possuem sistemas universais de saúde e mesmo naqueles onde há predominância de seguros privados. Percebe-se que os sistemas de saúde, sempre sob contingenciamento orçamentário, são mais ou menos permeáveis às pressões externas de grupos de interesses e à ação das lideranças políticas. Porém, em todos os sistemas, são os profissionais de saúde quem mais influenciam o setor, supostamente sob o imperativo tecnológico da medicalização. Para se investigar tal fenômeno na assistência

farmacêutica, como instrumento de garantia do acesso e/ou de incorporação de novas tecnologias ao sistema público de saúde no Brasil, é necessário o desenvolvimento de um marco conceitual. Neste trabalho, a partir de revisão da literatura, são apresentadas as bases conceituais para a discussão da judicialização da saúde no Brasil.

ARAUJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2763-2770, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2763.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Dados alarmantes vêm surgindo por parte das operadoras de saúde sobre o aumento da sinistralidade e seu potencial risco. Estudo descritivo, com o objetivo de compreender as mudanças ocorridas no setor de saúde suplementar nos últimos anos, através da análise temporal de séries históricas relacionadas ao setor. As variáveis escolhidas para este trabalho foram a sinistralidade, a taxa de cobertura e o quantitativo de operadoras em atividade, observadas de 2003 a 2014. O método utilizado para a avaliação da tendência temporal foi a Regressão Linear. A sinistralidade e a taxa de cobertura apresentaram uma tendência de crescimento no período, enquanto a quantidade de operadoras no Brasil apresentou uma tendência de decréscimo no mesmo período. Esses resultados apontam que, mesmo com o aumento da demanda, houve uma diminuição do número de operadoras em atividade no país. A sinistralidade é uma das possíveis causas de observarmos essa relação inversa, pois o seu aumento oferece riscos à sobrevida e à abertura de novas operadoras. Ademais, a diminuição do número de operadoras está conduzindo o país a uma oligopolização do setor com uma demanda crescente do número de beneficiários. Essa diminuição pode estar também associada aos processos regulatórios que normatizam a relação do setor com o beneficiário.

Asensi FD, Pinheiro R. *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015

Trata-se de estudo multicêntrico desenvolvido em 2013, em âmbito nacional, com o objetivo de analisar o cenário da judicialização da saúde e a política judiciária de saúde, por meio de enfoque interdisciplinar com metodologia de triangulação de técnicas quantitativas e qualitativas de produção, coleta e análise de dados. A pesquisa buscou analisar as diversas relações entre o Poder Judiciário, a sociedade e a gestão de saúde, com foco nas estratégias de efetivação do direito à saúde. Destacaram-se os processos judiciais sobre demandas em saúde e as estratégias extrajudiciais do Poder Judiciário para fortalecer e racionalizar a efetivação do direito à saúde no Brasil. Traçou-se um perfil amplo dos litígios em saúde pública e saúde suplementar no Brasil,. Houve análise de conteúdos, concepções e sentidos atribuídos pelos atores jurídicos e políticos sobre o direito à saúde e às estratégias de efetivação. Abordou-se os arranjos institucionais e sociais que foram desenvolvidos em experiências específicas de interação entre Judiciário, sociedade e gestão para a efetivação do direito à saúde.

BAIRD, Marcello Fragano. Da Hegemonia Sanitarista ao Predomínio Liberal: Investigando os Fatores que Impediram uma Inflexão Liberal na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2004-2014). Dados, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, e20180295, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/dados/v62n4/0011-5258-dados-62-4-e20180295.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Este artigo analisa a política na regulação da saúde suplementar, conduzida pela ANS. Investigamos como as disputas de poder entre sanitaristas e liberais foram transpostas para a agência a partir das nomeações políticas para os cargos de direção e como isso influenciou a regulação da ANS entre 2000 e 2014. Para caracterizar os grupos políticos nas distintas gestões, montamos redes de conexões entre políticos e diretores da ANS, examinamos o papel das operadoras no apoio a dirigentes da ANS e o perfil dos diretores. Para identificar os resultados regulatórios, analisamos as decisões-chave realizadas e o padrão de votos dos diretores. A pesquisa, ancorada em métodos mistos, fez uso de análise documental e entrevistas com 45 atores-chave do setor, que foram a base para a análise de redes. O estudo revelou que, após período de domínio sanitarista, grupos mais liberais tornaram-se majoritários na ANS. No entanto,

essas mudanças na diretoria não resultaram em regulações pró-mercado. Isso é explicado pelo jogo político, bem como por fatores institucionais e setoriais, como a falta de consenso no mercado, a burocracia sanitária da ANS, que funcionou como freio a medidas liberalizantes, e o arcabouço regulatório, que limita o poder da ANS no tocante a ações pró-mercado.

BAHIA, L. Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão. Relatório Final, 2009. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Abrasco%20Divulga/Relatorio.pdf>>. Acesso em 01/05/2019.

O relatório tem como fio condutor o cotejamento da linha de apoio definida pelo Edital MCT- CNPq/ANS – Nº 46/2006, objetivos e metodologia propostos pelo projeto “Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão” e os resultados alcançados pela investigação desenvolvida. Nesse sentido, inicialmente recupera o desenho do projeto apresentado, especialmente seus objetivos e metodologia, a seguir resume sob o item desenvolvimento do projeto os avanços alcançados em relação ao objetivo geral e específicos e detalha as tarefas realizadas para efetivar a metodologia prevista pelo projeto apresentado ao Edital. No item resultados estão elencadas as evidências de uma reestruturação empresarial contextualizada pelo deslocamento para cima da pirâmide de renda da população brasileira. A principal estratégia empresarial de reestruturação do mercado – expansão via comercialização de produtos de menor preço, ou seja, uma reestratificação interna é abordada pela investigação.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):329-339, 2001. Disponível em: *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):329-339, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n2/7006.pdf>. Acesso em 01/05/2019. O trabalho examina interfaces pública-privadas do mercado de planos e seguros no Brasil, procurando questionar as relações de autonomia e dependência das empresas de assistência médica suplementar com o SUS e alguns dos pressupostos que orientam o processo de regulação governamental. A análise

desse mercado se apoia em referenciais extraídos da literatura e sobre informações provenientes de fontes oficiais, empresas de consultoria, dados de empresas de planos e seguros e depoimentos de seus dirigentes. Sugere-se a necessidade de ampliar a agenda de debates e pesquisas sobre o mosaico público-privado que estrutura o sistema de saúde brasileiro.

BAHIA, Ligia; COSTA, Antônio José Leal; FERNANDEZ, Cristiano; LUIZ, Ronir Raggio; CAVALCANTI, Maria de Lourdes. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):671-686, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n4/14598.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Este artigo apresenta uma investigação preliminar da presença da seleção adversa e do risco moral (moral hazard) na demanda ativa por planos de saúde no Brasil, a partir dos dados da PNAD/98. O presente estudo compara indivíduos cujas coberturas decorrem do vínculo de trabalho, com aqueles cujos planos resultam de uma demanda individual às empresas que os comercializam e os que não têm acesso a esquemas assistenciais alternativos ao SUS. A elaboração de uma tipologia de planos de saúde, combinada com variáveis relacionadas com as condições de saúde, utilização de serviços e gastos com saúde, sugere a existência de falhas de mercado. A percepção de uma condição de saúde mais desfavorável parece estar associada à busca de cobertura e o tipo de cobertura com o maior uso de serviços de saúde. Quando analisadas através de dois modelos de regressão logística com múltiplos controles, onde a variável de desfecho é indicadora de seleção adversa ou moral hazard, essas diferenças se atenuam, com exceção dos gastos com saúde. Os resultados não evidenciam uma inquestionável assimetria de informações, mas sinalizam a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as relações entre morbidade, utilização de serviços de saúde, gastos com saúde e tipo de cobertura.

BAHIA, Ligia; SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese de. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):921-929, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a13v9n4.pdf>. Acesso em 01/05/2019. Com o objetivo de contribuir para especificar a origem das fontes de

remuneração dos procedimentos de alto custo, relacionados com a assistência a doenças crônicas, o presente trabalho examina a utilização de procedimentos médicos selecionados por clientes vinculados a planos privados de saúde e pelos segmentos populacionais cobertos exclusivamente pelo SUS. O estudo se baseia na comparação entre taxas de utilização dos procedimentos selecionados, obtidos por meio de informações solicitadas a empresas de planos de saúde, consultas às fontes oficiais e estimativas fornecidas por informantes-chave. Apesar de possíveis problemas de classificação, as taxas de utilização dos clientes de planos privados de saúde para revascularização do miocárdio, angioplastia, artroplastia de quadril, e cirurgia de obesidade mórbida são mais elevadas do que as estimadas para os segmentos populacionais exclusivamente cobertos pelo SUS. Por outro lado, as proporções de transplantes hepáticos e terapias renais substitutivas remuneradas diretamente pelo SUS variam de 89% a 96%. Tais resultados sinalizam uma divisão de atribuições entre as esferas pública e privada no que se refere às fontes de remuneração dos procedimentos de alta complexidade.

Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde debate* [online], vol. 42, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000700158&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 01/05/2019.

O ensaio abordou problemas para refletir, identificar contradições e formular estratégias políticas sobre a privatização do sistema de saúde no Brasil, especialmente as próprias aceções sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), sobre o que é público e o que é privado. Constatou-se que as relações entre público e privado apreendidas somente por medidas (quantidade de unidades, atividades, recursos humanos e financeiros) estão subjacentes a interesses e negociações entre agentes e suas decisões políticas e a dificuldades para discernir os traços estruturais de um sistema de saúde desigual e segmentado das conjunturas políticas que os reproduzem. Trinta anos após a Constituição de 1988, houve avanços, impasses e retrocessos; assim como adaptações na compreensão do SUS e do setor privado.

BAHIA, Ligia et al . Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00184516, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200504&lng=en&nrm=iso. Acessado em 18/11/2019.

O artigo analisa a proposta de expansão de planos de saúde "acessíveis", apresentada pelo Ministério da Saúde em 2016 e demais iniciativas para levar planos de saúde baratos à condição de programa governamental. Argumenta que a judicialização é um dos efeitos adversos dos planos "acessíveis" e que a quantidade de ações judiciais contra planos de saúde cresceu mais rapidamente que o número consumidores desses serviços, sendo as restrições de coberturas assistenciais, custosas e complexas, um dos temas mais demandados judicialmente, com resultados favoráveis aos consumidores na maioria dos casos.

Barroso LR. *Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática*. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/eadcnj/pluginfile.php/136607/mod_resource/content/2/BARROSO%2C%20Lu%C3%ADs%20Roberto.%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%2C%20ativismo%20judicial%20e%20legitimidade%20democr%C3%A1tica%20%281%29.pdf. Acesso em 01/05/2019.

No ensaio, o autor apresenta uma análise jurídica, política e filosófica acerca da judicialização da vida no Brasil, do ativismo judicial e das objeções que têm sido levantadas contra essa expansão do Judiciário, bem como registra objetivamente alguns fatos e decisões relevantes de 2008.

Benjamin AHV, Marques CL. *Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde*. São Paulo: Ed. RT, 2008.

Esta publicação mantém o propósito da anterior (1): evitar retrocessos na proteção do consumidor de planos de saúde - e se revigora com um novo propósito - retornar à aplicação das cláusulas gerais do CDC, que são as mesmas do CC, mesmo contra o texto da lei especial na interpretação dada pelas normas infralegais. Trata, assim, dos direitos do consumidor de planos privados de saúde no contexto da CF e do CDC, dos direitos do doente e do

idoso, dos aspectos gerais da nova legislação, dos contratos pré-pagos, do processo de normatização, dos reajustes, dos aspectos processuais das ações coletivas e individuais. Na Parte II, são comentadas decisões paradigmáticas do STJ, e, na Parte III, foi incluída a legislação atualizada.

Campolina AG, Soarez PC, Amaral FV, Abe JM. Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: tão longe e tão perto? *Cad. Saúde Pública* [on-line]. 2017, vol.33, n.10, e00045517. Epub Oct 26, 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00045517>. Acesso em 01/05/2019.

O objetivo deste estudo é apresentar uma síntese dos aspectos metodológicos da análise de decisão multicritérios (ADMC), que é uma ferramenta emergente que permite a integração de fatores relevantes para os processos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): definições, abordagens, aplicações e etapas de implementação. Realizou-se um estudo de caso no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) com a intenção de compreender as perspectivas de tomadores de decisão no processo de elaboração de uma recomendação de incorporação de tecnologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por um relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Foram identificadas como vantagens do método: permitir considerar de modo explícito os critérios que influenciaram a decisão; facilitar o acompanhamento e visualização das etapas do processo; permitir avaliar a contribuição de cada critério de modo isolado e agregado para o resultado da decisão; facilitar a discussão de perspectivas divergentes dos grupos de interesse e aumentar a compreensão das recomendações elaboradas. O emprego de uma abordagem explícita de ADMC poderá facilitar a mediação de conflitos e otimizar a participação de diferentes grupos de interesse.

Carvalho EB, Cecilio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 9, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n9/17.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O artigo reconstrói a disputa travada entre os principais atores sociais interessados diretamente no processo de regulamentação da saúde suplementar

no Brasil, no período imediatamente anterior à edição da Lei no. 9.656/98, destacando convergências e divergências destes atores em relação a 28 temas centrais para a configuração do arcabouço regulatório vigente no Brasil desde 1998. O material utilizado para a descrição e sistematização das posições em disputa no processo regulatório resultou de um estudo empírico, descritivo, de natureza comparativo-contrastante, baseado em análise documental e entrevistas com atores-chave. O estudo sistematiza os principais pontos de polêmica e/ou consenso entre os vários atores, destacando, em particular, as muitas convergências das propostas das entidades médicas com aquelas defendidas pelas organizações de usuários e pelos institutos de defesa dos consumidores, apontando para a possibilidade de construção de um bloco ético-político compromissado com a defesa de uma melhor qualificação da assistência, em contraposição a uma lógica meramente de mercado.

Carvalho JM. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

O trabalho apresenta a história dos caminhos tortuosos que a cidadania tem seguido no Brasil, desde 1822, de modo que o leitor desenvolva sua visão própria da questão e, ao fazê-lo, exerça sua cidadania. São abordados os direitos políticos, civis e sociais. O trabalho conclui que há uma encruzilhada no caminho para a cidadania, que seguiu múltiplos caminhos. Há incapacidade do sistema representativo de produzir resultados que impliquem na redução da desigualdade e no fim da divisão dos brasileiros em castas separadas pela educação, renda e cor.

CASTRO, A. J. W.; MONTONE, J. (orgs). *Regulação & saúde*, v. 3, t. 1: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: ANS, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reg_saudevol3t1.pdf#page=50.

Acesso em 01/05/2019.

Este livro consolida trabalhos científicos produzidos com o objetivo de avaliar os avanços, os recuos e as dificuldades do setor de saúde suplementar no Brasil, utilizados como base para as discussões travadas no Fórum de Saúde Suplementar realizado em 2003.

Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1839-1349, ago. 2009.

Cunha CM *et al.* *A judicialização da saúde suplementar: uma análise econômica*. 2013. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020. Acesso em 01/05/2019.

O fornecimento de medicamentos por ação judicial, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), tornou-se uma prática rotineira e cada vez mais freqüente. A judicialização do sistema de saúde entra em confronto com princípios básicos do SUS, como o da eqüidade. Este trabalho caracterizou as demandas judiciais para obtenção de medicamentos sob a ótica da judicialização da política pública e da quebra do princípio da eqüidade na dimensão coletiva. O estudo é um trabalho descritivo dos processos judiciais de solicitação de medicamentos à SES-SP relacionados no Sistema de Controle Jurídico (SCJ) no ano 2006. A maioria das ações analisadas foi ajuizada por advogados particulares; 47% dos pacientes possuíam receitas da rede privada e cerca de 73% dos processos foram provenientes de pacientes residentes nos três estratos de menor vulnerabilidade social do Município de São Paulo, Brasil. Os dados demonstram que essas demandas judiciais não respeitam princípios do SUS como o da eqüidade, privilegiando indivíduos com melhor poder aquisitivo e com acesso à informação.

CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. *Lições da França e do Brasil. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2147-2158, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2147.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Desde a segunda metade do século XX, reformas tornaram-se contínuas no âmbito dos sistemas de proteção social, ampliando ou, com mais frequência, restringindo o escopo e a escala da provisão pública. Neste artigo, cotejamos a evolução recente dos sistemas de saúde na França e no Brasil, de modo a apreender os mecanismos através dos quais a “financeirização” vem

reformatando a provisão pública. Essa abordagem comparada tem por finalidade explicitar dinâmicas diferenciadas de penetração do capital financeiro em sistemas de saúde que se pautaram por princípios universalistas. Após caracterizar brevemente ambos os sistemas de saúde, destacando o alcance da provisão privada seja complementar, seja suplementar, o artigo mostra como o setor financeiro vem ampliando sua participação na oferta de serviços de saúde. Em seguida, analisa como se dá o processo de internacionalização/centralização do setor, e, finalmente, sintetiza o papel regulatório do Estado no fortalecimento da provisão privada. Os resultados indicam que, a despeito de trajetórias institucionais radicalmente opostas, a marcha da financeirização avança no setor de saúde.

COSTA, Nilson do Rosário e CASTRO, Antônio Joaquim Werneck de. O Regime Regulatório e a Estrutura do mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil In. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003 / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; Januario Montone, Antônio Joaquim Werneck de Castro (Organizadores). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

O artigo analisa o regime regulatório de planos de assistência à saúde dentro do referencial teórico da análise estrutural de mercados, focando na questão da barreira de entrada e das condições de competitividade. Conclui que o desenho da regulação dos planos e seguros de saúde ocorre por meio da combinação de defesa do consumidor e do controle da qualidade de empresas e que os reguladores devem estar atentos para a necessidade de readequação caso os efeitos de tal modelagem afetem a sustentabilidade do setor e a capacidade competitiva das empresas.

Cunha, C. M. et al. A judicialização da saúde suplementar: uma análise econômica. 2013. Disponível em: <http://blog.newtonpaiva.br/pos/wp-content/uploads/2013/02/E4-D-09.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O artigo busca demonstrar a relação entre a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o fenômeno da judicialização da saúde suplementar, com o conseqüente inflação do número de demandas judiciais, a prejuízo de toda a sociedade, segundo uma análise econômica do Direito.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo et al . Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 24, n. 5, p. 1959-1970, Maio 2019 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n5/1413-8123-csc-24-05-1959.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O presente estudo objetivou comparar as mudanças nos padrões de cobertura por planos privados de saúde entre servidores públicos, militares e demais trabalhadores no Brasil e verificar se a vinculação a planos de saúde repercute nas respectivas prevalências autorreferidas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) no país. Para isso, foram utilizados os trabalhadores do setor público (federal, estadual, municipal ou militar) e, outros trabalhadores, com ≥ 18 anos de idade incluídos na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios dos anos de 1998, 2003, 2008 e na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Observou-se que ao longo dos anos de estudo, os servidores públicos civis e militares do Brasil apresentaram elevada e crescente proporção de adesão aos planos privados de saúde em relação aos demais trabalhadores. As prevalências de HAS e DM sempre foram maiores e cresceram entre os servidores com planos de saúde do que entre os sem planos. O status diferenciado aos servidores públicos e militares, no que se refere ao duplo acesso aos serviços públicos e privados de saúde, refletiu-se nas crescentes

prevalências autorreferidas de HAS e DM, aumentando as iniquidades em saúde diante de um sistema público constituído de modo universal e equânime.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. *Rev. direito GV* [online]. 2019, vol.15, n.3, e1934. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v15n3/2317-6172-rdgv-15-03-e1934.pdf> Acesso em 01/05/2019.

Em recente decisão, o Supremo Tribunal Federal (STF) deu um passo na direção correta para o equacionamento da chamada “judicialização da saúde pública” no Brasil (ações judiciais que demandam medicamentos, tratamentos e outros benefícios de saúde contra o Estado com fundamento no direito à saúde reconhecido na Constituição Federal). A tese firmada no Recurso Extraordinário (RE) n. 657.718, sobre medicamentos experimentais e sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), representou seguramente um avanço em relação à jurisprudência anterior. Decisão talvez ainda mais importante, porém, será a do Recurso Extraordinário n. 566.471, sobre os chamados “medicamentos de alto custo”, cujo julgamento será retomado em breve (até o momento três ministros já proferiram voto). Uma tese adequada nesse segundo RE poderá complementar a primeira de modo a dar uma solução praticamente definitiva ao problema da judicialização da saúde pública no Brasil. Este artigo analisa a decisão do RE n. 657.718 e os votos até aqui proferidos no RE n. 566.471, sugerindo ajustes importantes na tese a ser firmada nesse último, sem os quais, a meu ver, a oportunidade de se equacionar a judicialização da saúde no Brasil poderá ser desperdiçada.

FERREIRA, Tatiana de Jesus Nascimento; MAGARINOS-TORRES, Rachel; SANTOS-PINTO, Claudia Du Bocage e OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira. *Saúde debate* [online]. 2019, vol.43, n.122, pp.668-684. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0668.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Desde a década de 1990, as solicitações de medicamentos por via judicial vêm se intensificando. Vários estudos têm traçado o panorama destas demandas. Buscou-se descrever a existência de organização própria da gestão da Assistência Farmacêutica (AF) Municipal para o atendimento de medicamentos demandados judicialmente. Um conjunto de 16 municípios incluiu 4 de cada estado da região Sudeste brasileira. Para a descrição do perfil da gestão da AF, foi estruturada uma matriz de indicadores que contemplou suas dimensões de recursos humanos, financeiros e suas atividades. Em nove municípios, a gestão dos medicamentos solicitados por via judicial coube ao gestor local da AF. Os indicadores com os piores desempenhos em todas as respostas foram aqueles que versaram sobre as despesas com Medicamentos Judicializados. Somente seis gestores informaram que realizavam análise técnica das prescrições e contato regular com o judiciário. Em sete municípios, os gestores não souberam especificar a modalidade de aquisição dos medicamentos demandados. A gestão municipal tem papel preponderante sobre a gestão da AF e precisa ser revista, havendo a necessidade de amplo questionamento a respeito do seu papel e de eventuais mudanças pelas quais possa passar.

FREITAS, Beatriz Cristina de; FONSECA, Emílio Prado da, QUELUZ, Dagmar de Paula. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu)* [online]. 2020, vol.24, e190345. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e190345.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

No Brasil, o direito à saúde tem previsão constitucional e universal. No entanto, a via judicial tem sido muito utilizada para acesso a bens e serviços de saúde. Assim, o objetivo deste artigo foi revisar a literatura sobre a judicialização da saúde entre 2004 e 2017. A partir de pergunta estruturada, foram revisadas as bases de dados PubMed/MEDLINE, Lilacs, SciELO, Scopus e Bireme/BVS. A maioria das ações refere-se a medicamentos. Houve consenso quanto à característica individual das litigações, à preponderância da prescrição médica e à constitucionalidade da saúde integral. Há divergências em relação a possíveis interferências das decisões judiciais na gestão e na efetivação das políticas públicas e do direito à saúde. Estudos apontam falhas na gestão e disfunções

nos sistemas de saúde. Os perfis das demandas de saúde levados à justiça podem auxiliar os gestores de saúde na reorientação das práticas assistenciais.

GARCIA, Leila Posenato; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; MAGALHÃES, Luís Carlos Garcia de; SANT'ANNA, Ana Claudia; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Revista Ciência & Saúde Coletiva no. vol.20 no.5 Rio de Janeiro maio 2015. O artigo descrever a evolução dos gastos com planos de saúde das famílias brasileiras, segundo sua renda, de acordo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003 e 2008-2009, concluindo que houve aumento do valor gasto das famílias com planos de saúde aumentou e que o gasto médio com planos de saúde aumenta de acordo com a renda das famílias, de modo que os planos de saúde foram o principal componente do gasto total com saúde.

MARQUES, ALINE; ROCHA, CARLOS; ASENSI, FELIPE e MONNERAT, DIEGO MACHADO. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. *Estud. av.* [online]. 2019, vol.33, n.95, pp.217-234. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v33n95/0103-4014-ea-33-95-00217.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

A judicialização da saúde no Brasil desenvolve-se a partir de medicamentos, tratamentos, exames etc., envolvendo profissionais do direito para efetivar o direito à saúde, mobilizando saberes e práticas plurais e contraditórias, que reforçam a medicalização. Sendo assim, o artigo aborda a relação entre judicialização e medicalização na saúde. O objetivo do trabalho consiste em evidenciar, em análise documental, os parâmetros decisórios que o Poder Judiciário tem constituído desde 2010 a partir do Conselho Nacional de Justiça. Como resultado, observa-se que, ao situar como saberes privilegiados para a decisão judicial o médico e o farmacêutico, o CNJ reduz a importância do trabalho multiprofissional, ainda estimulando o tratamento de questões sociais e individuais, como a questão da opção sexual, à luz do “biodireito”.

Marques, S. B.; Dallari, S. G. *Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo*. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n.1, p.101-107, Fev.2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 01/05/2019.

Esse artigo se presta a analisar como o Poder Judiciário vem garantindo o direito social à assistência farmacêutica e qual a relação do sistema jurídico e político na garantia a esse direito. Foram analisados os processos judiciais de fornecimento de medicamentos pelo Estado de São Paulo, de 1997 a 2004. Utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo para identificar os discursos dos atores que compõem os processos judiciais. Os discursos dos juízes subsidiaram a condenação do Estado em 96,4% dos casos analisados. O Estado foi condenado a fornecer o medicamento nos exatos moldes do pedido do autor, inclusive quando o medicamento não possuía registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (9,6% dos casos analisados). Observou-se que 100% dos processos estudados foram propostos por autores individuais; em 77,4% o autor requer o fornecimento de medicamento específico de determinado laboratório farmacêutico e; em 93,5% dos casos, os medicamentos são concedidos judicialmente ao autor em caráter de urgência, por meio de medida liminar. Conclui que o Poder Judiciário, ao proferir suas decisões, não toma conhecimento dos elementos constantes na política pública de medicamentos, editada conforme o direito para dar concretude ao direito social à assistência farmacêutica. E assim, vem prejudicando a tomada de decisões coletivas pelo sistema político nesse âmbito, sobrepondo as necessidades individuais dos autores dos processos às necessidades coletivas.

_____. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor (LGL\1990\40)*: o novo regime das relações contratuais. 5. ed. São Paulo: Ed. RT, 2005.

Essa obra apresenta um estudo profundo e completo sobre os reflexos do Código de Defesa do Consumidor no regime das relações contratuais e inclui textos sobre a economia do compartilhamento e alguns novos fenômenos de consumo, como a simbiose entre produtos (inteligentes) e serviços, analisa teorias interessantes do direito do consumidor, sua definição, o diálogo das fontes, a aproximação dos fazeres e dares, produtos e serviços, os deveres de informar, o papel da publicidade, a teoria da qualidade, a abusividade de práticas

e cláusulas, o assédio de consumo e o superendividamento e a desconsideração da personalidade da pessoa jurídica.

_____, e Miragem B [org.]. *Doutrinas Essenciais de Direito do Consumidor*. Vol. II. Vulnerabilidade do Consumidor e Modelos de Proteção. São Paulo: Ed. RT, 2011.

Trata-se de revista que traz um compêndio de artigos sobre a vulnerabilidade e proteção do consumidor.

_____, Benjamin AH, Miragem B. *Comentários ao Código de Defesa do Consumidor (LGL\1990\40)*. 3. ed. São Paulo: Ed. RT, 2010.

Trata-se de Código de Defesa do Consumidor comentado por grandes e renomados doutrinadores da área.

_____. *Diálogo das Fontes: do conflito à coordenação de normas do direito brasileiro*. São Paulo: Ed. RT, 2012.

Trata-se de livro que pretende analisar a teoria do diálogo das fontes, criada para buscar coerência no sistema de direito e aplicada, no direito brasileiro, para o exame das relações entre o Código de Defesa do Consumidor, de 1990, e o Código Civil de 2002.

Martins-Costa J. Reflexões sobre o Princípio da Função Social dos Contratos. *Revista Direito GV* 1, vol. 1, n. 01, maio de 2005, p. 41-66. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/35261>.

Acesso em 01/05/2019.

Esse artigo busca identificar a transformação qualitativa do direito de contratar que emerge da limitação da liberdade de contratar pelo princípio da função social do contrato, previsto no Código Civil Brasileiro, de 2003.

Nobre MAB. Da Denominada “Judicialização da Saúde”: Pontos e Contrapontos. In: Nobre MAB, Silva RAD. (Coord.). *O CNJ e os desafios da efetivação do Direito à Saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011, Capítulo: p.353-366. ISBN 978-85-7700-453-9.

A publicação consolida trabalhos apresentados no I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde, com outras colaborações sobre o direito à saúde e a atuação do Poder Judiciário, no fenômeno denominado de “judicialização”. A obra contribui no debate e a efetivação do direito à saúde apresenta pontos de vista diversos, concepções baseadas em postulados científicos. O objetivo da obra é disponibilizar aos operadores do direito e aos especialistas em saúde reflexão a partir dos referenciais apresentados e fomentar uma transformação do quadro da saúde no país.

Novaes HMD and Elias FTS. *Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde*. Cad. Saúde Pública [on-line]. 2013, vol.29, suppl.1, pp.s7-s16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00008413>. Acesso em 01/05/2019.

As políticas científicas com objetivos de produção de conhecimentos em saúde foram ampliadas nas últimas décadas. No Brasil, o incentivo à pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde constou na Lei Orgânica da Saúde desde 1990, e políticas científicas e tecnológicas para a área da saúde foram propostas a partir de 1994, incluindo políticas de desenvolvimento da avaliação de tecnologias em saúde (ATS), como em outros países. Coloca-se agora a avaliação dos impactos da ATS sobre a gestão e incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde. Como estudo de caso para o uso da ATS em processos de incorporação de tecnologias no Brasil foi analisada a participação do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do, Ministério da Saúde, na Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), no período 2008-2010. Foram utilizados 103 estudos na CITEC, 80% produzidos pelo DECIT, a maioria sínteses com base na literatura existente, e 80% das tecnologias tinham propósito terapêutico, com tendência de crescimento da produção no período. Está em curso um processo de aprendizado tanto metodológico quanto político para o uso da ATS, mas há necessidade de aprofundar a análise do seu impacto sobre o SUS.

OCKÉ-REIS, C.O. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1398-1408, set./Out, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/03.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O artigo pretende refletir a respeito da concepção de que o domínio privado ocupa funções de Estado e subtrai a natureza pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Em particular, queremos discutir se a estrutura e a dinâmica do mercado de planos de saúde impediriam a radicalização das diretrizes da Constituição de 1988, no tocante à universalidade e à unicidade do sistema público de saúde.

OCKÉ-REIS, C.O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 12, pp. 1041-1050, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/22.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O artigo aborda os efeitos da concentração econômica do mercado de planos de saúde, pois tal movimento pode resultar no fortalecimento das grandes operadoras, com consequências sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde. A partir da ótica da economia política do setor, além de refletir sobre as características dessa concentração, discutimos se o aumento do poder de mercado exige do Estado uma postura mais ativa, em especial caso se queira preservar os princípios normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar — em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 39(6):1303-17, Nov./Dez. 2005. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6799/5381>. Acesso em 01/05/2019.

Este artigo discute a possibilidade de o interesse público - como preceito normativo da ANS - servir de eixo organizador de um programa de reforma das empresas do mercado de planos de saúde, capitaneado pela ANS. A realização desse programa pressupõe, entretanto, a superação do pragmatismo presente na gestão da agência reguladora, bem como a mudança do modelo regulatório mediante o aperfeiçoamento das diretrizes constitucionais, naquilo onde se lê que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Esse novo quadro

institucional lançaria as bases para elaboração de um contrato social regulatório com vistas, a um só tempo, à aplicação específica do direito de acesso à saúde no mercado e à perspectiva de unicidade do SUS.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; SILVEIRA, Fernando Gaiger. *O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?* R. Econ. contemp., Rio de Janeiro, 10(1): 157-185, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rec/v10n1/07.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

A hipótese central do trabalho afirma que o mercado de planos de saúde se expandiu no Brasil contando com o apoio do padrão de financiamento público mediante a aplicação de um conjunto variado de incentivos governamentais. Os procedimentos metodológicos adotados para investigar esta hipótese se apoiaram no estudo de parte da produção teórica que ilumina a área da economia política da saúde e na descrição de determinadas ações do Estado no campo das políticas de saúde, que acabaram patrocinando o crescimento dos planos e seguros privados de saúde nos últimos quarenta anos.

Oliveira JAD. *Demandas jurídicas por coberturas assistenciais: estudo de caso: CASSI*. 2010. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-22102010-135054/pt-br.php>. Acesso em 01/05/2019.

Essa dissertação de mestrado analisa o crescimento expressivo no número das ações judiciais, fenômeno denominado judicialização da saúde, com o objetivo de conhecer e analisar o montante e os motivos das ações judiciais relacionadas às coberturas assistenciais e avaliar o impacto econômico-financeiro em uma entidade de autogestão, através de análise de banco de dados das ações judiciais do período 1998 a 2009. A base de dados constitui-se de 7.271 ações cíveis ativas e baixadas. Desse total foram selecionadas 3.569 relacionadas a coberturas assistenciais, cujos dados foram organizados em planilha eletrônica. Analisou-se ainda a população total e o impacto econômico-financeiro a partir de informações de balanço anual. Resultados Várias constatações importantes foram reveladas, como a evolução crescente do número de ações; o fato de a

Bahia possuir 9,5 por cento da população assistida e responder por 33,4 por cento das ações totais; as gastroplastias aparecerem como o objeto mais importante 427 ações (12 por cento do total); o impacto econômico-financeiro atingindo em média 1 por cento da receita total, mas 32 por cento do resultado (superávit) do exercício de 2009, entre outros achados. A tese concluir que o marco legal foi determinante para os beneficiários recorrerem ao Judiciário por coberturas assistenciais. O fenômeno da judicialização da saúde impacta de maneira significativa a Autogestão estudada. Boa parte das decisões judiciais parece não observar critérios técnicos relacionados à homologação de novas tecnologias e aos protocolos médicos, o que vem ensejando uma atuação mais ativa do Conselho Nacional de Justiça no encaminhamento de questões relacionadas à saúde

Patullo MPF, Silva RV. O problema do reajuste por sinistralidade nos planos de saúde empresariais. *Revista de Direito do Consumidor* | vol. 91/2014 | p. 211 | Jan / 2014 DTR\2014\576. Disponível em: https://www.academia.edu/34401537/O_PROBLEMA_DO_REAJUSTE_POR_SINISTRALIDADE_NOS_PLANOS_DE_SAÚDE_EMPRESARIAIS.

Acesso em 01/05/2019.

O artigo defende a ilegalidade do reajuste por sinistralidade nos planos empresariais com base em três argumentos. O primeiro analisa o aspecto formal da cláusula, que viola o direito à informação garantido pelo Código de Defesa do Consumidor. O segundo argumento relaciona-se ao aspecto material da questão, defendendo a incompatibilidade do reajuste por sinistralidade com a natureza aleatória do contrato de plano de saúde. O terceiro argumento aborda o aspecto moral do problema proposto, mediante análise do contrato de plano de saúde à luz da Teoria dos Contratos Relacionais de Ian Macneil

Pepe VLE, Ventura M (Org.). *Manual indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_975659982.pdf. Acesso em 01/05/2019.

A proposta central da publicação é desenvolver metodologia de avaliação e monitoramento das demandas judiciais individuais no Brasil, baseando-se no modelo do estado do Rio de Janeiro. Buscou-se identificar as dificuldades e criar condições para ação de gestores da saúde e do sistema judicial para o desenvolvimento de estratégias, instrumentos e mecanismos para a melhoria da assistência farmacêutica e a redução da intensidade das ações judiciais. A publicação apresenta um conjunto de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos que possa oferecer um leque de subsídios à Administração Pública e ao Poder Judiciário para a tomada de decisão, ampliando a possibilidade de ações éticas e legalmente adequadas e efetivas para a relaboração e reformulação de políticas públicas com vistas à melhoria e ampliação do acesso a medicamentos, resguardando a gestão pública e o direito à saúde.

Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.15, n.5, p. 2405-2414, ago. 2010.

O artigo objetiva a avançar na compreensão de um dos aspectos da judicialização da saúde: o uso da via judicial para fornecimento de medicamentos e a relação de tal mecanismo com a gestão da Assistência Farmacêutica no SUS. Foi realizada revisão e análise das pesquisas disponíveis em estados e municípios brasileiros, abordando-se os principais elementos de interferência da judicialização de medicamentos no ciclo da Assistência Farmacêutica, explicitando características comuns e divergentes desta demanda. O artigo conclui que há mecanismos a serem adotados na tomada de decisão pelos gestores e profissionais do sistema de justiça, com o objetivo de garantir a efetivação do direito à saúde e para a segurança e a proteção dos usuários.

PEREIRA FILHO, Carlos Eduardo Ferreira. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003 / Ministério da Saúde, Agência Nacional

de Saúde Suplementar; Januário Montone, Antônio Joaquim Werneck de Castro (Organizadores). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC, Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a09.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O artigo procurou contextualizar a saúde suplementar no Brasil, bem como a estruturação e a regulação do setor, utilizando uma análise da literatura e uma visão crítica sobre o assunto. A construção de um sistema de saúde suplementar acarretou disputas entre os diferentes setores envolvidos e o avanço ocorreu ao longo de muitos anos, culminando na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e sua posterior implementação. À ANS coube promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras setoriais, inclusive em suas relações com os prestadores de serviço e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. Com o número de beneficiários ultrapassando os 40 milhões, a ANS é uma realidade e uma necessidade no setor no Brasil. A ANS possui excelentes possibilidades com a criação, verificação e divulgação de indicadores da qualidade da promoção e dos cuidados integrais da saúde, e a busca pela qualificação das operadoras de seguros de saúde impulsiona a regulação. Por outro lado, há uma necessidade premente de que a ANS atue mais diretamente nas relações conturbadas entre as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços e os beneficiários mediando as tensões e contribuindo ativamente para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Pires DS, Souza JM. *Judicialização da saúde suplementar*. Belo Horizonte: UNIMED-BH, 2008.

PÓ, Marcos Vinicius. *Accountability no modelo regulatório brasileiro: gênese e indefinições (os casos da ANATEL e ANS)*. Dissertação de mestrado – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2004.

O estudo analisa a formatação e o funcionamento dos mecanismos de accountability existentes nas agências reguladoras, apresentando a evolução

histórica da cultura burocrática brasileira e sua influência na regulação. Há análise de como a questão da accountability ocorre na concepção da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Salazar AL, Grou KB. *A defesa da saúde em juízo: teoria e prática*. São Paulo: Verbatim, 2009. 311p. ISBN 978-85-6199-604-8.

A obra aborda a legislação brasileira de assistência à saúde pública e privada, com foco nas questões enfrentadas pelo Poder Judiciário. Aborda-se a teoria constitucional e legal da saúde, como a Lei Orgânica da Saúde, o Código de Defesa do Consumidor e a Lei de Planos de Saúde, com análise crítica das objeções à defesa da saúde em Juízo e os caminhos para sua efetivação. O estudo compila jurisprudência acerca da judicialização da saúde nos tribunais.

Santacruz R. *Verticalização do Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar*. Textos para Discussão, Universidade Federal Fluminense. ISSN 1519-4612, fev. 2011. Disponível em: http://www.uff.br/econ/download/tds/UFF_TD282.pdf . Acesso em 01/05/2019.

O trabalho analisa o processo de verticalização em andamento na saúde suplementar, em especial nas grandes operadoras de planos de saúde. Aponta que pode haver riscos ao bem estar econômico e social e que não há incentivo ou condições estruturais no mercado que permitam a fechamento e domínio de mercado, com posterior aumento nos preços. A conclusão é que a verticalização resulta da presença de falhas informacionais ligadas à regulação e a alterações nas condições da demanda e que a verticalização reduz os custos dos serviços, eleva a qualidade do atendimento aos consumidores dos planos e aumenta a oferta para pessoas mais jovens.

SALVATORI, Rachel Torres; VENTURA, Carla A. Arena. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): onze anos de regulação dos Planos de Saúde. Organ. Soc. vol.19 n.2 Salvador jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/osoc/v19n62/06.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Trata-se de um trabalho com objetivo de apresentar os principais resultados alcançados pela regulação dos planos de saúde exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia instituída para promover o equilíbrio das relações entre operadoras e consumidores, tornando o mercado de planos de saúde mais eficiente. Como avanços mais significativos oriundos da regulação do setor podem ser citados: as barreiras à entrada e à saída das operadoras no mercado, a ampliação das coberturas assistenciais contratuais, o monitoramento e o controle dos reajustes, a indução a práticas de promoção da saúde e à qualificação do setor, e a possibilidade da portabilidade de carências. Como desafios a serem enfrentados, podem ser apontados: o monitoramento da qualidade da assistência prestada, a renúncia fiscal, a existência dos cartões de desconto, a operação de empresas como operadoras de planos de saúde sem o registro na ANS e a adoção de alguns mecanismos nocivos de regulação assistencial pelas operadoras de planos de saúde.

Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulamentação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; (13)5: 1463-1475.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/12.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O artigo analisa alguns resultados da regulação produzida na saúde suplementar no último período, em especial de 2000 a 2006. Foram definidos três eixos analíticos da regulação: estrutura e operação do setor, a regulação econômica e a assistencial. Foram utilizados indicadores para análise da evolução destes três eixos. Dentre os principais resultados, conclui-se que a regulação implementada trouxe avanços importantes nas três dimensões analisadas, destacando-se a maior solidez das operadoras e o crescimento do setor no período analisado, com aumento de cerca de 30% no número de beneficiários. A regulação assistencial foi uma inovação no período e se revelou apropriada no sentido da indução de novas práticas assistenciais, valorizando a promoção e a prevenção, bem como a introdução de mecanismos de avaliação de qualidade (projeto de qualificação). Ainda há que avançar na discussão da relação público/privado, nas mudanças do modelo assistencial, superando a fragmentação da linha do

cuidado e garantindo-se a sua integralidade e as práticas de promoção e prevenção, assim como no aprimoramento dos aspectos concorrenciais do setor.

Scheffer M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, v. 14, p. 122-132, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56627/59644>. Acesso em 01/05/2019. A pesquisa analisou 782 decisões judiciais relacionadas à negação de coberturas assistenciais movidas por clientes de planos e seguros de saúde, julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em 2009 e 2010. As negativas de tratamento de câncer e de doenças cardiovasculares são os principais motivos das ações judiciais. Dentre os procedimentos médicos mais excluídos destacam-se a quimioterapia, radioterapia e cirurgias diversas. Também foram negados exames diagnósticos, medicamentos, órteses e próteses. Em 88% dos casos o julgamento foi favorável ao usuário, obrigando a empresa de plano de saúde a oferecer a cobertura negada.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes; BAHIA, Ligia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(5):851-866, mai, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n5/04.pdf>. Acesso em 01/05/2019. Este artigo parte de uma revisão de 270 textos sobre saúde suplementar publicados entre 2000 e 2010, e seleciona 17 que abordam a questão da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde. A análise do seu conteúdo considera os conceitos e expressões utilizadas, os elementos teóricos relacionados e as linhas argumentativas predominantes. A leitura das estratégias argumentativas aponta a existência de uma visão crítica sobre o atual modus operandi da articulação público/privado, fundamentada na Medicina Social e nas bases teóricas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao lado de contribuições que, apoiadas em visões empresariais inspiradas por uma perspectiva neoliberal, tomam os aspectos econômicos em seu sentido estrito como foco da discussão sobre saúde suplementar. Resta evidente que a compreensão da articulação público/privada na saúde requer o desenvolvimento

de uma sólida base empírica, analisada com base em pressupostos teóricos adequados ao grau de complexidade inerente à zona de fronteira da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de; BAHIA, Ligia. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 607-623, jul-set 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0607.pdf>. Acesso em 01/05/2019. Este artigo se propõe a realizar uma revisão crítica sobre saúde suplementar no Brasil, entre os anos 2000 e 2010, a partir da SciELO e do Banco de Teses da CAPES/CNPq. Foram selecionados 301 textos para análise, com base em matriz, com os seguintes elementos: ano de publicação, vinculação institucional do autor, localização da instituição e campo disciplinar referido. O conteúdo foi analisado com base nos resumos dos textos. Os resultados indicam ter havido um aumento contínuo da produção sobre saúde suplementar no período pesquisado. O conteúdo dos resumos sugere a naturalização da visão que toma a atual conformação do esquema de comércio de planos de saúde como algo dado e não como fenômeno histórico.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de; BAHIA, Ligia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(5):851-866, mai, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/04.pdf>. Acesso em 01/05/2019. Este artigo parte de uma revisão de 270 textos sobre saúde suplementar publicados entre 2000 e 2010, e seleciona 17 que abordam a questão da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde. A análise do seu conteúdo considera os conceitos e expressões utilizadas, os elementos teóricos relacionados e as linhas argumentativas predominantes. A leitura das estratégias argumentativas aponta a existência de uma visão crítica sobre o atual modus operandi da articulação público/privado, fundamentada na Medicina Social e nas bases teóricas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao lado de contribuições que, apoiadas em visões empresariais inspiradas por uma perspectiva neoliberal, tomam os aspectos econômicos em seu sentido estrito como foco da

discussão sobre saúde suplementar. Resta evidente que a compreensão da articulação público/privada na saúde requer o desenvolvimento de uma sólida base empírica, analisada com base em pressupostos teóricos adequados ao grau de complexidade inerente à zona de fronteira da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde.

Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003, vol.8, n.2, pp.501-520. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a14v08n2.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Este trabalho discute o papel da avaliação tecnológica, e da análise custo-efetividade em particular, no planejamento e gerência da difusão e incorporação (financiamento) de tecnologias de saúde, com base em evidências científicas, no SUS. Explicita o papel da avaliação tecnológica na elaboração de diretrizes clínicas baseadas nas evidências científicas, importantes na melhoria da qualidade e eficiência da atenção no SUS. Introduce os objetivos, requerimentos e limitações de metodologias utilizadas pela avaliação tecnológica para a análise e síntese do conhecimento relativo aos efeitos sobre a saúde e outras implicações do uso das tecnologias. Enfatiza a importância, para a análise custo-efetividade, da evidência relativa ao benefício, da utilização do custo econômico (incremental), ao invés do custo contábil, e da explicitação do(s) ponto(s) de vista da análise. É apresentada uma análise preliminar dos processos de difusão e incorporação de tecnologias/procedimentos no SUS, apontando-se as possibilidades do aperfeiçoamento desses processos, bem como do processo de elaboração de diretrizes de conduta clínica, a partir da implementação de atividades de avaliação tecnológica adequadamente elaboradas, tomando os pontos de vista do governo e da sociedade.

SIMOES, Aliana Ferreira de Souza e SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de. As ações judiciais contra a Vigilância Sanitária: pode-se falar de 'judicialização'?. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.spe2, pp.61-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0061.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

O estudo tem por objetivo analisar as ações ajuizadas contra um serviço de Vigilância Sanitária municipal, à luz do fenômeno da judicialização da saúde. Trata-se de um estudo de caso que teve como fonte documental os processos judiciais relativos à Vigilância Sanitária do município de Salvador, no período de 2000 a 2017. Foram analisadas 50 ações, sendo que 90% tiveram a forma de mandados de segurança, 28% referiram a presença de débitos tributários como principal objeto de discussão e 72% pleitearam a concessão do alvará de saúde, que foi concedido na maioria das decisões. Evidenciou-se que o interesse econômico particular perpassa as motivações, os argumentos e a fundamentação dos autores, assim como a fundamentação das decisões e sentenças. Os resultados indicam que não se pode falar de 'judicialização da Visa', no sentido de que o Poder Judiciário estaria assumindo algum protagonismo na definição das ações de Vigilância Sanitária. Ademais, indicam que é necessário reestruturar o modelo de atenção da Vigilância Sanitária, a fim de proporcionar alternativas administrativas para a resolução de conflitos.

Siqueira PSF. *Judicialização em saúde no Estado de São Paulo*. Direito à Saúde – Para Entender a Gestão do SUS, 2015. www.conass.org.br. Disponível em http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_29.pdf. Acesso em 01/05/2019.

Este artigo avalia dados resultantes da judicialização nas ações públicas de saúde no estado de São Paulo e conclui que pela influência da atividade judicial no SUS, quer por representar um volume financeiro enorme e, portanto, concorrer com recursos financeiros já escassos, quer por desestruturar a gestão do SUS na sua busca de universalidade, integralidade e equidade, considerado o interesse coletivo nas suas ações de promoção a saúde.

Soarez PC, Soares MO and Novaes HMD. Modelos de decisão para avaliações econômicas de tecnologias em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line]. 2014, vol.19, n.10, pp.4209-4222. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.02402013>. Acesso em 01/05/2019.

A maioria das avaliações econômicas que participam dos processos de decisão de incorporação e financiamento de tecnologias dos sistemas de saúde utiliza

modelos de decisão para avaliar os custos e benefícios das estratégias comparadas. Apesar do grande número de avaliações econômicas conduzidas no Brasil, há necessidade de aprofundamento metodológico sobre os tipos de modelos de decisão e sua aplicabilidade no nosso meio. O objetivo desta revisão de literatura é contribuir para o conhecimento e o uso de modelos de decisão nos contextos nacionais das avaliações econômicas de tecnologias em saúde. Este artigo apresenta definições gerais sobre modelos e preocupações com o seu uso; descreve os principais modelos: árvore de decisão, Markov, microsimulação, simulação de eventos discretos e dinâmicos; discute os elementos envolvidos na escolha do modelo; e exemplifica os modelos abordados com estudos de avaliação econômica nacionais de tecnologias preventivas e de programas de saúde, diagnósticas e terapêuticas.

Souza MHSC *et al.* *A intervenção do Poder Judiciário no setor de saúde suplementar – tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil*. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.37, p. 44-60, jan. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000159&pid=S0104-1290201300030001100028&lng=pt. Acesso em 01/05/2019.

O objetivo deste estudo foi investigar e contextualizar algumas relações conflituosas no mercado de planos e seguros de saúde, sob a ótica de soluções judiciais singulares para estes conflitos de interesse. Na perspectiva de descrever a intervenção judiciária nos conflitos inerentes ao setor de saúde suplementar, esse estudo analisou seiscentos e onze decisões judiciais e concluiu que o poder judiciário tem agido no sentido de conceder, ou mesmo de garantir, o direito à cobertura reclamada, têm validado o direito à saúde.

Souza KAO and Souza LEPF. *Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde*. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.spe2, pp.48-60. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s204>. Acesso em 01/05/2019.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde referente

às recomendações para incorporação ou não de medicamentos a este sistema. Trata-se de um estudo que teve como foco de análise as decisões tomadas no período de 2010 a 2015. Utilizaram-se como estratégias de produção de dados: análise documental, entrevistas e observação não participante das reuniões do plenário. A análise dos dados evidenciou três tipos de racionalidades presentes no processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde: a racionalidade técnico-sanitária, a racionalidade econômica e a racionalidade política. Na prática, a sólida legislação que orienta a avaliação das demandas de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde determinou o predomínio da racionalidade técnico-sanitária.

SOUZA, Kleize Araújo de Oliveira; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de e LISBOA, Erick Soares. Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.119, pp.837-848. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n119/0103-1104-sdeb-42-119-0837.pdf>. Acesso em 01/05/2019.

Este estudo teve como objetivo analisar a influência das ações judiciais sobre o processo de avaliação de solicitações de incorporação de medicamentos biológicos ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), no período de 2010 a 2015. A pesquisa investigou a atuação da Conitec, tendo como foco a recomendação de incorporação ou não de medicamentos biológicos ao SUS. Foram utilizadas como estratégias de produção de dados: análise documental, entrevistas com membros da Comissão e observação não participante das reuniões do plenário. A análise dos dados revelou que, apesar de ser, muitas vezes, objeto de discussão no plenário, a existência de ações judiciais não constitui um fator decisivo para a tomada de decisão da Comissão. Não foi encontrado qualquer indício de relação direta entre as ações judiciais em saúde e a incorporação de medicamentos biológicos ao SUS, visto que os membros seguem, rigorosamente, o fluxo de incorporação de tecnologias regulamentado pela Lei nº 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.646/2011. No entanto, revelou-se a existência de uma influência indireta do fenômeno da judicialização da saúde sobre o processo de incorporação de tecnologias no SUS, quando se analisou a

motivação para a formulação da lei e das normas que regulamentam o funcionamento da Conitec.

Terrazas, F.V. O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais por medicamentos. 2008. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado). Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8047>. Acesso em 01/05/2019.

Esse artigo se baseia na tese de, como os direitos sociais são direitos essencialmente coletivos, a garantia deles de forma individualizada — que ocorre normalmente quando há a atuação do Judiciário — faz com que haja tratamento diferenciado. O estudo foi feito com base em método de entrevistas, feitas com os próprios beneficiados pelas decisões judiciais, concluindo que aqueles que obtêm uma decisão judicial favorável ao fornecimento de medicamentos são cidadãos privilegiados, que recebem frequentemente os medicamentos considerados mais modernos e a falta dos medicamentos, quando ocorre, é prontamente sanada.

Toro da Silva JL. *Manual de Direito da Saúde Suplementar*. 1. ed. São Paulo: Mapontes, 2005.

Esse trabalho tem a pretensão de, partindo do estudo da participação do Estado na área da saúde, discutir o papel constitucional atribuído à livre iniciativa, bem como a existência de um Direito da Saúde Suplementar, a saúde suplementar em alguns países, os antecedentes da Lei nº 9.656/98, o papel da agência reguladora neste setor, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, os requisitos de funcionamento das operadoras, o contrato de assistência médica ou odontológica, a responsabilidade de seus dirigentes, a aplicação subsidiária do Código de Defesa do Consumidor, do Código Civil, dos Estatutos do Idoso e da Criança e do Adolescente, as garantias asseguradas aos desempregados e aos aposentados e o ressarcimento para o SUS previsto nesta notável legislação.

Trettel DB. *Planos de saúde na visão do STJ e do STF*. São Paulo: Verbatim, 2010. 128 p. ISBN 978-85-61996-22-1.

Esse livro analisa a relação entre usuários e operadoras de planos de saúde, que continua conflituosa, mesmo depois da promulgação da Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98) e da criação de uma agência reguladora para o setor - a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A autora, usando de sua experiência como advogada do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) no acompanhamento do setor de planos de saúde, descreve como o direito fundamental à saúde e o direito do consumidor têm sido tratados nos julgamentos referentes ao tema nos Tribunais Superiores.

Vianna LW *et al.* *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

Esta obra é resultado de uma pesquisa iniciada em março de 1998 sobre o Poder Judiciário em suas relações com a política e a sociabilidade do país. Diante das importantes mutações ocorridas na organização e no funcionamento das instituições contemporâneas, o Poder Judiciário, antes periférico na praxis republicana, tem assumido novos papéis e repensado as suas estratégias. As discussões apresentadas neste livro têm em vista a revisão do sistema político brasileiro e as condições de afirmação de uma sociedade organizada autonomamente, demonstrando a existência de uma nova arena para as controvérsias entre princípios e valores, de cujas decisões podem resultar limites à vontade da maioria, na forma, aliás, do que a sociedade vem praticando há algum tempo, sem extrair disto maiores consequências teóricas e de mudanças no seu agir.

Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.2, p.214-222, abr. 2007. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000200007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 01/05/2019.

Esse artigo descreve os efeitos das ações judiciais que requerem o fornecimento de medicamentos, em relação a aspectos da política nacional de medicamentos. Propõe uma pesquisa documental, com abordagem metodológica quali-quantitativa. Foram analisados todos os processos movidos por cidadãos contra a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, referentes ao fornecimento de medicamentos, durante o ano de 2005. Utilizou-se formulário

padronizado para a coleta de dados, realizando-se uma análise exploratória. Observou que foram impetradas 170 ações contra a Secretaria requerendo o fornecimento de medicamentos. Os serviços do Sistema Único de Saúde originaram 59% das prescrições (26% municipais e 33% os demais). Câncer e diabetes foram as doenças mais referidas (59%). Faziam parte de listas de serviços 62% dos medicamentos solicitados itens solicitados. O gasto total foi de R\$876 mil, efetuado somente para itens não selecionados (que não fazem parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), 73% dos quais poderiam ser substituídos. Do gasto total, 75% foram destinados à aquisição de antineoplásicos, cuja comprovação de eficácia necessita de mais ensaios clínicos. Dois desses medicamentos não estavam registrados no Brasil. Conclui que a maioria das demandas por medicamentos geradas por ações judiciais poderia ser evitada se fossem consideradas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a organização do atendimento em oncologia e a observância das relações de medicamentos essenciais. A falta dessa observância compromete a Política Nacional de Medicamentos, a equidade no acesso e o uso racional de medicamentos no Sistema Único de Saúde.

Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Revista de Administração Pública*, v. 48, p. 1191-1206, 2014. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500006. Acesso em 01/05/2019.

Esse artigo avalia que, nos últimos anos, constata-se no Brasil um aumento do número de decisões judiciais obrigando o poder público a fornecer medicamentos, insumos, equipamentos e cirurgias. Os juízes tendem a desconsiderar o impacto orçamentário de suas decisões e entendem que todos os entes da federação podem ser igualmente responsabilizados pelo fornecimento de qualquer item pedido pelo paciente. O presente estudo analisa o impacto dessas decisões para a gestão orçamentária da política de saúde no município de São Paulo por meio de uma estimativa de gastos com a judicialização para o ano de 2011 a partir dos dados disponibilizados pelo município e as publicações no *Diário Oficial* concernentes à compra de medicamentos e insumos sem licitação pela Secretaria Municipal de Saúde. De

acordo com as estimativas do presente trabalho, o gasto do município com judicialização da saúde em 2011 é o equivalente a 6% do que o município gastou com sua política de assistência farmacêutica e 10% do total gasto com fornecimento de medicamentos e material hospitalar, ambulatorial e odontológico. Além do mais, cerca de 55% desse gasto são destinados ao fornecimento de medicamentos de responsabilidade de estados ou União, e por volta de 45% para tratamentos não contemplados pelo Sistema Único de Saúde.