

FACULDADE DE CIÊNCIAS GERENCIAIS DE MANHUAÇU

**A INTERPRETAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO FRENTE ÀS DEMANDAS DA  
SAÚDE SUPLEMENTAR: OS IMPACTOS GERADOS AO EQUILÍBRIO  
ECONÔMICO FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

Felipe Alves da Silva

Manhuaçu

2018

**FELIPE ALVES DA SILVA**

**A INTERPRETAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO FRENTE ÀS DEMANDAS DA  
SAÚDE SUPLEMENTAR: OS IMPACTOS GERADOS AO EQUILÍBRIO  
ECONÔMICO FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

Monografia de Curso apresentado no Curso de  
Direito da Faculdade de Ciências Gerenciais de  
Manhuaçu, como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharel em Direito.

Área de Concentração: Direito do Consumidor

Orientador(a): Camila Braga Corrêa

Manhuaçu

2018

*“O fim maior do direito, não é, tão somente, a mera  
persecução do lícito, mas sim a efetivação do justo.”*

*Leonardo Vizeu Figueiredo*

**FELIPE ALVES DA SILVA**

**A INTERPRETAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO FRENTE ÀS DEMANDAS DA  
SAÚDE SUPLEMENTAR: OS IMPACTOS GERADOS AO EQUILÍBRIO  
ECONÔMICO FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

Monografia de Curso apresentado no Curso de  
Direito da Faculdade de Ciências Gerenciais de  
Manhuaçu, como requisito à obtenção do título  
de Bacharel em Direito.

Manhuaçu, 04 de dezembro de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Camila Braga Correa

---

Prof. Alexander Lacerda Chequer Ribeiro

---

Prof. Rafael Soares Gonçalves

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me fortalecido ao ponto de superar as dificuldades e também por toda saúde que me deu e que permitiu alcançar esta etapa tão importante da minha vida.

A este centro universitário e a toda sua direção eu deixo uma palavra de agradecimento por todo ambiente inspirador e pela oportunidade de concluir este curso.

Aos professores eu agradeço a orientação incansável, o empenho e a confiança que ajudaram a tornar possível este sonho, em especial a minha orientadora pelo incentivo na escolha do tema e todo o auxílio prestado.

À minha família e amigos por todo o apoio e pela compreensão nos momentos de ausência e cansaço.

Aos colegas de trabalho por toda a troca de experiências e incentivos em abordar um tema que está sempre em pauta em nosso cotidiano.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do meu percurso eu agradeço com todo o meu apresso.

## **ROL DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

1. § - Parágrafo
2. % - Porcentagem
3. ANS – Agência Nacional de Saúde
4. Art. – Artigo
5. CDC – Código de Defesa do Consumidor
6. CF/88 – Constituição Federal de 1988
7. CNJ – Comissão Nacional de Justiça
8. CPC – Código Processual Civil
9. CRFB/88 – Constituição da República Federal do Brasil de 1988
10. Dr. – Doutor
11. FenaSaúde – Federação Nacional da Saúde Suplementar
12. Nº - Número
13. 13. P. – Página
14. 14. PIB – Produto Interno Bruto
15. Prof. – Professor
16. RESP – Recurso Especial
17. R\$ - Reais
18. SINCOR – Sindicato de Seguros de Minas Gerais
19. STJ – Supremo Tribunal de Justiça
20. SUS – Sistema único de Saúde
21. TCU – Tribunal de Contas da União
22. TJSC – Tribunal de Justiça de Santa Catarina
23. TJSP – Tribunal de Justiça de São Paulo
24. USP – Universidade de São Paulo
25. OPME – Órtese Prótese e Materiais Especiais

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Beneficiários de planos privados de assistência à saúde Brasil 2000-2018.....	22
Gráfico 2: Estoque de Processos Acumulados no Judiciário.....	36

## LISTA DE PLANILHAS

Planilha 1: Desfecho das Demandas.....	27
Planilha 2: Principais Assuntos das Demandas.....	28
Planilha 3: Pedidos de Danos Morais.....	29
Planilha 4: Custo das Indenizações.....	29
Planilha 5: Análise Geral das Demandas de Saúde na Justiça Brasileira em 2016..	31
Planilha 6: Análise do Crescimento de Demandas Judiciais dos Planos de Saúde..	33
Planilha 7: Comparativo de Gasto com Judiciário no Brasil e em Outros Países.....	35
Planilha 8: Parâmetro Financeiro de Aplicação e Arrecadamento de Multas da ANS.....	39



## **RESUMO**

Diariamente o poder judiciário tem lidado com o pleito de milhares de clientes de agências de planos de saúde. Esse tipo de demanda possui status crescente nos tribunais brasileiros. Ocorre que ao analisar o mérito processual dessas ações, a justiça brasileira tem se posicionado fortemente a favor dos clientes, levando em suma a abrangência dos princípios norteadores e protetores do Código de Defesa do Consumidor. Entretanto, há outros elementos que precisam ser levados em juízo de valor. Frequentemente as empresas têm arcado com responsabilidades não previstas no hall da Agência Nacional de Saúde (ANS) e nem no contrato firmado com seus clientes, sob a imposição de multas e gastos altíssimos. Nesse teor, se faz relevante a análise da conduta jurídica tomada pelos tribunais e a verificação se além da proteção e hipossuficiência do consumidor, tem sido observado o impacto desse tipo de decisão dentro da ótica das relações empresariais.

**PALAVRAS CHAVE:** Planos de saúde; Relações Empresariais; Proteção do Consumidor.

## **ABSTRACT**

Daily the Judiciary has been dealing with the litigation of thousands of health plan agencies' clients. This type of demand has a growing status in Brazilian courts. By analysing the procedure merit of those, the Brazilian justice has been strongly adjudicating in favor of costumers, considering the comprehensiveness of guiding and guarding principles of the "Código de Defesa do Consumidor". However, there are other aspects that have to be taken under value judgement. Usually the enterprises has disburse with unpredictable responsibilities in the Hall of "Agência Nacional de Saúde" (ANS) and neither on the contract signed with their costumers, under the charge of extremely high fines and expenses. Hence, it becomes relevant the analysis of the legal posture from the courts and check if beyond protection and the costumers' hypersufficiency, it has been observed the impact of this kind of decisions in the field of bussiness relations.

**KEY WORDS:** Halth Plan Agencies'; Business Relations; Costumer's Protection.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	14
2.1. A FORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	16
2.2. O SURGIMENTO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	18
2.3. A CRIAÇÃO DA LEI 9.656/1998 – LEI DOS PLANOS DE SAÚDE.....	20
2.4. A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	20
2.5. O CONTRATO DE ADESÃO A PLANO DE SAÚDE.....	23
3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E AS PROPORÇÕES DE SEUS EFEITOS.....	25
3.1. BANCO DE DADOS COMPROBATÓRIOS.....	27
3.2. A JUSTIÇA BRASILEIRA EM NÚMEROS.....	31
3.3. POSICIONAMENTO DO SETOR JUDICIÁRIO DE FORMA PREJUDICIAL À SUSTENTAÇÃO EMPRESARIAL.....	40
3.4. OS IMPACTOS GERADOS AO EQUILÍBRIO ECONÔMICO FINANCEIRO DAS OPERADORAS.....	44
3.5. ABERTURA DE NOVAS EMPRESAS E FOMENTAÇÃO DO MERCADO...44	
3.6. CUSTO DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS.....	44
3.7. O AUMENTO DAS MENSALIDADES, REAJUSTES, INADIMPLÊNCIA E OS CANCELAMENTOS CONTRATUAIS .....	45
3.8. INSUSTENTABILIDADE DO SETOR E FECHAMENTO DE EMPRESAS...47	
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
5. REFERÊNCIAS.....	52

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por escopo abordar a interpretação feita pelos tribunais brasileiros face às demandas jurídicas que envolvem a relação de consumo existente entre consumidores e operadoras de planos de saúde, em contraste com os valores despendidos pelas empresas privadas que fogem do previsto contratualmente.

O serviço de seguridade prestado pelos planos de saúde tem se tornado muito popular no decorrer das últimas décadas. Isso se materializou em razão de fatores de melhoria econômica da sociedade e a crescente insatisfação social perante à resolutividade do atendimento na saúde pública brasileira, que vive em recorrentes crises. Atualmente, a estimativa de brasileiros possuidores de convênio com planos de saúde é de 47,4 milhões, segundo dados da ANS.

Proporcionalmente ao aumento dos beneficiários das operadoras de planos de saúde, está o ingresso de seus usuários junto ao sistema judiciário brasileiro, almejando em sua grande maioria, a concessão de algum direito possuído, mas que por possíveis razões arbitrárias teriam-lhes sido negados. Ocorre que os usuários de plano de saúde munidos pela inobservância contratual, em certos casos, possuem a falsa percepção de serem detentores de direitos ilimitados. Exatamente por cultivarem essa falsa percepção, o judiciário é a saída imediata à luz de quem teve alguma solicitação negada na esfera administrativa.

Historicamente, a regulamentação dos planos de saúde ocorreu com advento da Lei nº 9.656/98 que inovou ao dar estrutura, regras e penalidades a essa prática comercial, que já era uma realidade crescente no cenário do mercado de saúde nos anos 90. Destinada a fiscalizar o cumprimento desta lei, no ano de 2000, foi criada a ANS através da Lei Federal nº 9.961/2000, para a realização do monitoramento econômico e assistencial desse setor. É tarefa atribuída à ANS elencar em seu rol taxativo, quais são as coberturas obrigatórias na prestação do serviço, delimitando direitos e deveres, tanto para as operadoras, quanto para os clientes, para evitar os abusos indevidos e preservar ao máximo a segurança jurídica provinda do contrato de adesão celebrado entre o plano e seus beneficiários.

Entretanto, percebe-se que o poder judiciário brasileiro ao se deparar com tais demandas, age de forma perceptível favoravelmente ao cliente. É clara a atribuição

no resultado das lides, levando como base, em muitos casos, apenas as normas consumeristas criadas pelo Código de Defesa do Consumidor, que são usadas para confrontar o contrato prestado entre o plano e o cliente, assim como, toda a normatização desse serviço estabelecida pela ANS.

O judiciário ao agir imputando às operadoras responsabilidades além das estabelecidas pela ANS, não percebe que está ferindo o princípio da segurança jurídica gerado pelo contrato realizado entre as partes. Frequentemente, as empresas no ramo têm sido intimidadas por multas impostas pelos juízes, que serão aplicadas caso haja descumprimento de alguma sentença, mesmo que esta seja em contramão a normatização trazida pela Lei dos Planos de Saúde.

É levado em conta na maioria das demandas apenas a hipossuficiência do consumidor dentro da relação de consumo, mas não o desequilíbrio mercantil no setor, que acaba sofrendo duras penalidades pecuniárias mesmo sem estar descumprindo preceitos legislativos, como também, a responsabilidade objetiva do Estado de fornecer o acesso integral e universal aos serviços de saúde, conforme assegurado pela Constituição Federal na seguridade social, na proteção da dignidade humana e nos direitos sociais. Esse é um dos principais fatores que geram a onerosidade e restringibilidade direta e indireta dos planos, pois, o pagador dessas incessantes multas será o próprio consumidor do serviço, por meio das mensalidades que, frequentemente, serão reajustadas, para que a empresa não tenha a inviabilização monetária, e, ao mesmo tempo, com os preços elevados, o serviço vai ser propício a cada vez menos clientes que poderão arcar com os valores.

Para a elaboração deste, utilizar-se-ão os métodos quantitativo, qualitativo no que tange a abordagem histórica e jurisprudencial, bem como revisão bibliográfica de análise doutrinária.

## 2. A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

A Carta Magna de 1988 foi criada no intuito de ser objeto de resposta pacificadora contra o conturbado período do regime militar ditatorial, que culminou em perseguição, tortura, censura, desamparo social e precariedade enfrentados pelo Brasil durante o século passado.

A saúde no Brasil adquiriu o status de direito fundamental após a promulgação em 1988 da vigente Constituição, estando, portanto, elencada no rol de direitos sociais. O amparo da universalidade dos direitos humanos foi o principal foco da constituição, que abordou a temática da saúde indubitavelmente como prerrogativa fundamental, indisponível, intransferível, imprescritível, irrenunciável e inegociável a existência do ser humano como titular de personalidade jurídica, conforme exposto a seguir nos dois artigos extraídos da própria:

Art. 6º, caput, Constituição Federal de 1988: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196, caput, Constituição Federal de 1988: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os artigos supracitados exprimem a percepção da preocupação do legislador constituinte em assegurar à população o acesso universal aos serviços de saúde para que seja possível reduzir a possibilidade de disseminação de doenças, promover a proteção desse instituto, bem como a sua capacidade de atender, tratar os enfermos, recuperar e fornecer melhor qualidade de vida para toda a população na tentativa de mantê-la saudável e próspera.

Em busca de entregar aos dispositivos supracitados maior poder de aplicabilidade e consolidação dentro do direito material, a própria CF/1988 trouxe em seu artigo 5º, §1º o seguinte texto, “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”. Desse modo, a saúde vista como direito fundamental, deve padecer de prestação positiva do Estado, devendo este fornecê-la inquestionavelmente ao seu cidadão, que além de ser sujeito de direito, é

contribuinte, não apenas no estrito sentido tributário, mas também, como ser munido do poder de movimentação da máquina pública.

De acordo com Baptista, Machado e Lima (2009), a CRFB/88 inovou ao trazer uma nova política-institucional no Brasil posicionando-o como Estado democrático que almeja maior proteção social, designando a saúde como direito social de cidadania que integra ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade e pró do bem-estar e a justiça social. O advento da CRFB/88 passou a obrigar juridicamente o Estado a realizar as ações e fornecer os serviços de saúde na tentativa de criar uma nova ordem social.

Nascimento (1997) alega que por conta da obrigação do aparelho estatal de garantir a prestação de saúde, a esse direito social foi atribuído o *status* de cláusula pétrea por abranger caráter fundamental, sendo vedada sua abolição do ordenamento jurídico pátrio, conforme exposto a seguir:

O direito social à saúde é, a ser prestado pelo Estado, categoriza-se como cláusula pétrea, por se afigurar como direito e garantia individual implícito. Aparecem como direitos individuais explícitos e, via de consequência, intocáveis por emendas constitucionais, o direito à vida (art. 5º, caput) e o direito à integridade física (art. 5º, XLIX). No exame sistêmico do texto constitucional, incompreensível seria garantir-se como cláusulas pétreas, a vida e a integridade física do homem e não se garantir a saúde com a mesma eficácia de cláusula intocável por emendas constitucionais, visto que a saúde, destutelada, pode levar inclusive à morte. A proteção estatal da saúde decorre dos princípios adotados pela Carta e, como resultado, é limitação material implícita a obstar sua abolição, ou redução, por emenda constitucional. (NASCIMENTO, 1997, p. 89).

Considera-se a saúde como direito social análogo à condição de sobrevivência dos cidadãos, bem como, direito fundamental inserido constitucionalmente como cláusula pétrea, fez-se por necessário a criação de um instrumento público de atendimento médico social que pudesse canalizar a exteriorização de todas essas garantias constitucionais, estabelecendo a rota de atuação estatal que percorresse o caminho desde a criação legal até o atendimento prestado ao cidadão beneficiado por esse serviço. Nesse sentido, afirma Santin:

[...] para as várias áreas de atuação do Poder Público há necessidade de fixação de uma rota de atuação estatal, seja expressa ou implícita, as chamadas políticas públicas. A Constituição Federal é a base da fixação dessas políticas, porque, ao estabelecer princípios e programas normativos, já fornece o caminho da atuação

estatal no desenvolvimento das atividades públicas, as estradas a percorrer, obrigando o legislador infraconstitucional e o agente público no seguimento do caminho previamente traçado ou direcionado. (SANTIN, 2004, p. 35).

A saída, portanto, foi a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolveria o programa de garantia da saúde no Brasil pós Constituição Federal de 1988 e serviria como fruto da relação binominal entre obrigação estatal designada por lei e população necessitada de atendimento e cuidados médicos.

## **2.1. A FORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

Anteriormente a criação do SUS trazida pela Constituição Federal de 1988, o atendimento público de saúde no Brasil se limitava ao fornecimento de assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, que eram em torno de 30 milhões de pessoas; sendo o restante da população atendido por entidades filantrópicas.

A criação do SUS quebrou esse sistema, fornecendo a todos a oportunidade de atendimento gratuito e igualitário, não havendo distinção entre a população por conta da Previdência Social. O SUS efetivou o acesso universal ao direito social da saúde no Brasil, demonstrando que ele não foi criado apenas para o indivíduo, mas sim para a coletividade.

Após a promulgação da constituição vigente que garantiu a saúde como direito universal e dever estatal, foi criado o SUS, que sofreu um alto processo de expansão e se tornou um dos maiores sistemas públicos de saúde em todo o mundo, fornecendo atendimento desde a atenção básica e transporte até a procedimentos de alta complexidade, de forma gratuita, como por exemplo, transplantes de órgãos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os artigos 198 e 200 da Constituição Federal Brasileira dispõem sobre as atribuições e competências do SUS, nos seguintes termos:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III - participação da comunidade.



§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [...] (1988, p. única).

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (1988, p. única).

Em 1990 foi criada a Lei Orgânica nº 8.080 que em conjunto a CF/1988 buscou esclarecer e informar mais profundamente sobre o funcionamento e os objetivos idealizados para esse projeto. Chimenti et al. aduz que:

A lei nº 8.080/90 criou o SUS, financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CF, art. 198, § 1º). No art. 4º a referida lei definiu-o como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. O SUS inclui as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos de saúde. (2009, p. 535).

O comando constitucional da criação de um sistema institucionalmente público que levasse atendimento por meio de um conjunto de ações e prestação de serviços gratuitos que abrangesse os diversos pontos do território nacional foi cumprido. Mas no tocante a realidade prática da eficácia desse sistema, discute-se se estaria ele cumprindo com suas atribuições de forma satisfatória, efetiva e que garanta o seu principal objetivo de assegurar a qualidade de vida e o bem-estar.

O SUS escora diversas falhas que inviabilizam o cumprimento de seus deveres, tendo a sua eficácia bastante limitada, pois, o Estado como garantidor e força que sustenta o seu funcionamento, por vez, não consegue cumprir com suas obrigações para manter a plenitude do sistema. A culpabilidade do mal funcionamento e precariedade da saúde pública provém da falta de investimentos que resumem o potencial de funcionamento do SUS ao mínimo. De acordo com Vasconcelos e Pasche (apud Souza e Costa, 2009):

Pode-se dizer que o SUS enfrenta uma problematização dicotômica entre o que está escrito e o que é realizado. A descrença do povo brasileiro num sistema de saúde para todos leva milhões de pessoas a procurar por serviços, planos ou seguradoras de saúde privados, pagando, por conseguinte, abusivos valores, especialmente para a população de faixa etária mais avançada que, em função do aumento da expectativa de vida e dos agravos da terceira idade, é a que mais necessita. Esse fato sustenta-se na perspectiva de que um dos temas com maiores demandas recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) consiste no aumento da mensalidade de operadoras e planos de saúde (Brasil, 2007b). Porém, o sistema de saúde suplementar é importante num país com desigualdades sociais acentuadas, como o Brasil, onde existe uma grande concentração de renda, tornando-se necessária a utilização do sistema privado por aqueles que possam, o qual tem estabelecido maiores parcerias com o SUS, em caráter complementar de ações, devido à insuficiência na disponibilidade e oferta de determinados serviços públicos. Essa participação do setor privado no SUS é mais pronunciada na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados de alto custo e densidade tecnológica, que o sistema público não pôde alcançar devido à insuficiência de investimentos. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 531-562).

A insatisfação com o SUS deu causa ao crescimento paralelo da prestação do serviço de saúde em sua forma privada, pois, muitos acreditam na ineficácia do sistema, que infelizmente, não consegue prestar atendimento com a qualidade e rapidez esperadas para toda a população e portanto, angariou muitas críticas, e migração de pessoas para a cobertura de saúde suplementar.

## **2.2. O SURGIMENTO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Não se abstendo da responsabilidade legal de promover o fornecimento da saúde à população, paralelamente ao Poder Público, coexiste a saúde suplementar que existe sendo o pilar de um importante mercado econômico financeiro. A Constituição de 1988, dispõe que o fornecimento de atendimento de saúde poderá ser feito pela iniciativa privada, através da contratação direta de planos e seguros de

saúde, profissionais, prestadores de serviços, fornecedores, conforme dispõe o seguinte artigo:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (1988, p. única).

É autorizado por lei a iniciativa privada para a prestação de serviço de saúde, porém, conforme visto acima, ela existirá mediante a atuação do Poder Público no que concerne à sua regulamentação, fiscalização e controle.

A saúde suplementar foi avistada como possível fonte de exploração na década de 30, mas tomou forma no Brasil durante a década de 50, por meio da industrialização e das instituições privadas que se tornaram a referência em prestação de serviços hospitalares. Separou-se a saúde pública da assistência médica individual, e o Estado criou programas que buscassem a igualdade de assistência à população, no intuito de reduzir os efeitos da estratificação econômica dentro do campo da saúde. (MARINHO, MORENO E CAVALINI, 2001).

Guilherme Valdetaro Mathias ressalta a relevância da função social do Sistema de Saúde Suplementar para a sociedade:

É inegável a relevância do Sistema de Saúde Suplementar para a sociedade brasileira, não só por sua importância econômica, mas principalmente por sua determinante função social. Colmatando séria lacuna deixada pelo Sistema Único de Saúde, que é incapaz de atender adequadamente a totalidade da população, o Sistema de Saúde Suplementar, atualmente, assiste a mais de 47 milhões de brasileiros, prestando-lhes serviços essenciais. Sem a atividade das operadoras de planos de saúde, milhões de brasileiros ou ficariam sem o atendimento médico necessário, ou buscariam o amparo no Sistema Único de saúde, inviabilizando-o por completo. (MATHIAS, 2012, p. 95)

Considerando que a Saúde Suplementar exerce função complementar ao SUS, no intuito de auxiliar o Estado no cumprimento no preceito fundamental de fornecimento da saúde, e que por determinação constitucional, esse setor deveria ser devidamente legalizado e regulamentado, houve, portanto, a criação da Lei 9.656/1998, de 03 de Junho de 1998, mais conhecida como Lei dos Planos de Saúde.

### **2.3. A CRIAÇÃO DA LEI 9.656/1998 – LEI DOS PLANOS DE SAÚDE**

A criação desta lei veio para regulamentar a existência e a atuação dos planos de saúde que prestam serviços médico-hospitalares, com controle de custos e atendimentos em larga escala. Desde então, houveram diversas alterações por meio de Medidas Provisórias, alterando o seu teor material. A referida previsão legal mostra-se como instrumento necessário para determinação de importantes conceitos pertencentes ao mundo da saúde suplementar, conforme exposto abaixo:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (BRASIL, 1998, p. única).

Conforme visualizado acima, a Lei 9.656/98 demarca o conceito de itens classificatórios essenciais ao elencar o que de fato é um plano privado de assistência à Saúde, bem como, a operadora a qual este plano pertencerá. Um dos itens mais importantes trazidos por esta legislação é a determinação legal do nascimento da ANS, que é a principal fonte de controle e fiscalização nesta matéria, que irá colocar em prática a matéria positivada nesta lei.

### **2.4. A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

A ANS nasceu para cumprir os preceitos da Lei 9.656/98, que a fornece poder de fiscalização sobre atividades inerentes à saúde suplementar, conforme o art. 1º, § 1º da supracitada lei.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de

cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira [...].

Essa é uma das principais determinações da Lei dos Planos de Saúde, pois é através desse dispositivo legal, que a ANS reafirma a sua importância e superioridade fiscalizatória.

Até então, o setor não possuía fiscalização ou padrão de funcionamento, portanto, houve a criação da Agência, atrelada ao Ministério Público, efetivando o seu status de instância reguladora com a criação de legislação própria pela Lei 9.961 de 28 de Janeiro de 2000, para promover a proteção do interesse público na assistência da saúde suplementar, o desenvolvimento da área da saúde no país e também zelar por melhor relação entre os consumidores e as operadoras e prestação de serviço de qualidade práticas ilegais. Aragão argui que:

É importante notar que a legislação da ANS representa uma forte intervenção estatal sobre a atividade econômica privada (não se trata de serviço público) dos planos de saúde, o que, mais uma vez, demonstra que a criação de agências reguladoras no Brasil não se deu somente na senda de uma descentralização/desregulação. No caso ora analisado, a instituição da Agência propiciou exatamente um grande aumento da intervenção e regulação estatal sobre a atividade da iniciativa privada. (ARAGÃO, 2011, p. 29).

A Agência possui personalidade jurídica de direito público interno, caráter de autarquia especial, pois de acordo com o parágrafo único do art. 1º, da lei supracitada, tem-se a autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, bem como em suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Seu regime jurídico trabalhista é estatutário, possuindo seus agentes poder de polícia para as devidas fiscalizações. Sua estrutura organizacional é dividida entre Diretoria Colegiada (composta de até 5 diretores sendo um desses o presidente), Procurador, Corregedor Ouvidor, unidades especializadas e a Câmara de Saúde Suplementar.

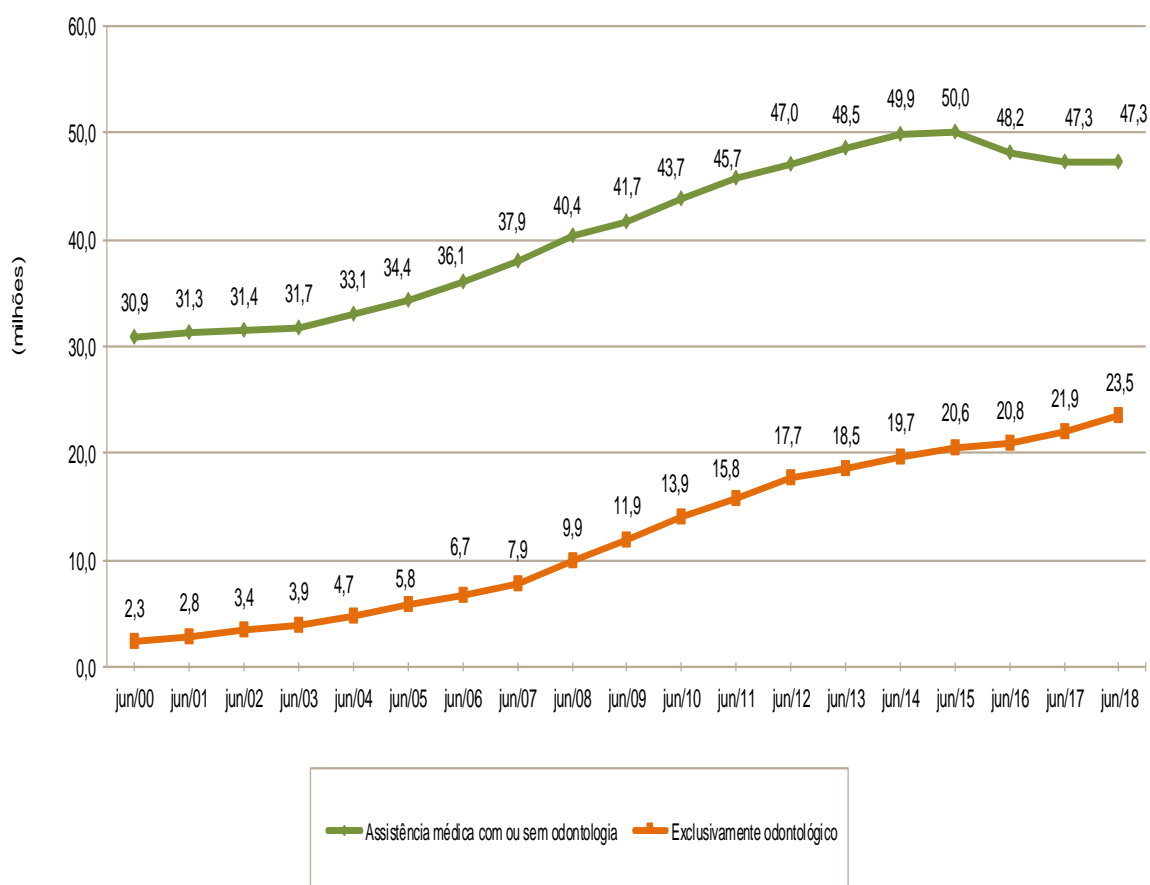
A Agência possui uma longa lista de atribuições trazidas pelos incisos do art. 4º da Lei 9.961/00. O inciso III do referido artigo determina que a ANS deva “elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei 9.656/98 (...)”. O rol carrega um leque de procedimentos e tratamentos que as operadoras deverão custear, garantindo assim o direito do

contratante caso necessite utilizar destes serviços. O rol exemplifica a cobertura mínima a qual as operadoras deverão fornecer, sendo este, atualizado no período de 2 anos. O rol é tratado como exemplificativo, mas é importante ressaltar que a operadora não possui a obrigação de arcar com procedimentos além dos contidos neste, porém, em muitos casos o descumprimento desse preceito fomenta o fenômeno da judicialização da saúde que será arguido adiante.

A autarquia também possui a competência de estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde, de acordo com o art. 4º, V da Lei 9.661/00. O gráfico a seguir demonstra um exemplo de como a ANS esquematiza seu banco de dados e a divulgação dos parâmetros desses.

Gráfico 1:

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde Brasil (2000-2018).



Fonte: SIB/ANS/MS – 08/2018

O gráfico acima demonstra o recente parâmetro trazido pelo banco de dados da ANS, demonstrando até junho/2018 47,3 milhões de indivíduos possuem plano de saúde, comprovando quantitativamente a enorme proporção da força de

movimentação desse mercado e o quão alto a evolução de seu impacto foi determinante no decorrer do período de 18 anos, desde a criação da Agência.

## **2.5. O CONTRATO DE ADESÃO A PLANO DE SAÚDE**

É possível classificar o contrato de plano de saúde como sendo: (i) de adesão, pois o contratante não poderá efetuar mudanças em suas cláusulas, apenas aceitá-las de forma preestabelecidas; (ii) bilaterais, visto que são atribuídas responsabilidades para ambos os contratantes; (iii) comutativo, já que para receber a prestação do serviço existe a contraprestação de efetuar os pagamentos; (iv) oneroso, de modo que possua proventos financeiros; (v) consensual, há demanda da aceitação para que se firme; (vi) nominal, por serem regulamentados por lei; (vii) não solenes, portanto não precisam de formalização de registro em cartório. Firmado este, se tornará perfeito, não podendo um dos contratantes exigir do outro o cumprimento da obrigação antes do momento adequado, ou o exaurimento da prestação além do que foi pactuado.

Os contratos firmados anteriormente à Lei 9.656/98 não estão regidos por esta, devido ao princípio da irretroatividade legal. De outro lado, os contratos firmados posteriormente à Lei 9.656/98, precisamente após a data de 02/01/1999, são regidos por esta e suas regras, bem como, regulamentados pela ANS, sendo oferecida a cobertura necessária para todos os procedimentos listados no rol, devendo esta, fazer previamente juízo de aprovação de todas as disposições contidas no teor contratual antes do mesmo entrar em vigência nas relações comerciais entre cliente e operadora, no intuito de evitar fraudes e cláusulas abusivas.

O princípio do mutualismo contratual existente entre as operadoras e os clientes, surge da solidariedade financeira e a boa-fé entre os clientes de planos de saúde, sendo um pilar essencial para a manutenção desta relação:

Princípio fundamental que constitui a base de toda operação de seguro. O mutualismo [...] nasce da convergência de duas virtudes cardeais da humanidade: boa fé e solidariedade. A credibilidade da palavra do segurado, ao declarar suas condições pessoais na contratação e/ou adesão, e do segurador, ao prometer proteção, é pilar essencial para a atividade de seguro, haja vista que as partes repartem entre si o preço da proteção ao patrimônio, às rendas, à vida ou à saúde, em face da imprevisibilidade do risco. O

mutualismo, por definição, é a associação entre membros de um grupo no qual suas contribuições são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus participantes, portanto está relacionado à união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo. (INSTITUTO BRASILEIRO DE ATUÁRIA, 2014, p.3).

Compreende-se, portanto, que todos contribuem com os pagamentos, gerando receita para a empresa, mas nem todos irão utilizar dos serviços e gerar despesas, não colocando as empresas em situação de eventuais ônus financeiros. Percebe-se que a relação existente entre os clientes de planos de saúde é de solidariedade e mutualismo, pois mesmo que um não utilize do plano, o seu pagamento de mensalidade servirá de fundo financeiro para arcar com as despesas dadas por outrem. O maior perigo para a manutenção desse sistema, é a judicialização da saúde, que são situações em que os clientes que precisam de alguma forma de atendimento recorrem ao judiciário para obter liberação do plano de procedimentos com cobertura que vão além do rol de procedimentos previstos da ANS e dos limites preestabelecidos contratualmente vinculados ao valor pago nas mensalidades, sendo, que nesses casos, o adequado seria requerer ao Estado o fornecimento do tratamento, já que este não pode deixar de fornecer a assistência adequada e a operadora não possui a responsabilidade contratual de custear algo que não engloba a sua atividade.



### **3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E AS PROPORÇÕES DE SEUS EFEITOS**

De longa data tem sido crescente a demanda de acionamento da justiça pelo consumidor no intuito de obter o reconhecimento jurídico da obrigação de prestação de seus direitos pertinentes aos serviços de cobertura pelo seu plano de saúde. A esse fenômeno, atribui-se a denominação de “judicialização da saúde suplementar”. Barroso conceitua o fenômeno supracitado como sendo:

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. (BARROSO, 2008, online).

Nesse sentido, o autor afirma que o consumidor ao se sentir lesado pela operadora, atribui ao Poder Judiciário significativa expectativa de resolução de suas demandas.

Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro. (BARROSO, 2008, online).

Este fenômeno jurídico tem apresentado constante crescimento, sendo um dos assuntos com demandas mais reincidentes no judiciário pátrio. Tal fato pode ser explicado por uma sequência de fatores, tais como: (i) a grande quantidade de pessoas que atualmente tem acesso ao serviço de cobertura de plano de saúde; (ii) a falta da devida compreensão dessas pessoas acerca dos requisitos mínimos e limites extensivos do serviço que está sendo contratado e disponibilizado pela operadora; (iii) a falsa crença que o consumidor possui infinitos direitos e benefícios dentro dessa relação bilateral estabelecida contratualmente, pois, há evidente inobservância das cláusulas contratuais pré-estabelecidas no contrato de adesão firmado entre ambos; (iv) a aplicação do Código de Defesa do Consumidor de forma soberana sobre os casos concretos com objetivo geral de garantir a proteção deste consoante ao princípio da hipossuficiência, que busca equiparar os direitos e garantias entre consumidores e empresas, consideradas pela legislação como entidades hiperssuficientes.

Para Riani (2010), o fato da Constituição Federal assegurar o direito de pleito judiciário através do princípio da inafastabilidade de jurisdição elencado no artigo 5º, XXXV e o montante de informações erradas que são expostas ao consumidor contribuem como pontos essenciais no aumento significativo da judicialização da saúde no Brasil. Riani (2011, p. 30), ainda conclui que “inúmeras vezes os beneficiários ingressam em juízo, contra a operadora, com ação de obrigação de fazer, requerendo mais do que o previsto contratualmente ou do que é disposto na Lei nº 9.656/98”.

Consoante a Piovesan apud Travassos (2014), ao verificar casos para analisar a possibilidade de utilizar-se por meio do judiciário para pleitear direitos inerentes à saúde, conclui-se que a justiça é procurada de maneira singular. Um dos direitos decorridos do direito à vida (inalienável e indisponível), é o de acesso à saúde de qualidade.

Conforme se verá no decorrer deste trabalho, o desenvolvimento e crescimento da judicialização da saúde ocasiona efeitos para as operadoras de planos de saúde, sejam eles diretos ou indiretos, bem como, imediatos ou ao longo do tempo. Em muitos casos, esse fenômeno se origina da abordagem dos clientes, que mesmo sabendo da inexistência de cobertura ilimitada do plano, buscam judicializar na tentativa de alcançar seu pleito de autorização de procedimentos diversos dos previstos no contrato e que estão assegurados pela ANS como obrigatórios para serem oferecidos aos usuários.

A consequência desse acontecimento que foge das previsões legais e contratuais, é a aberração jurídica, que adentra as operadoras em um plano de sensibilidade e imprevisibilidade situacional. Viegas (2014), afirma que o judiciário brasileiro se posicionando de tal forma, não possui percepção de que agindo pró consumidor, atribuindo-lhe direitos não inerentes ao contrato, legislação ou regulamentação específica, arcará com a fruição do ônus dessas obrigações, justamente o próprio consumidor, pois, do contrário, a assistência de saúde privada se tornaria inviabilizada. Este posicionamento acarretará diretamente em maior restritividade dos planos de saúde, que na tentativa de se manterem ativos no mercado necessitam repassar maior onerosidade ao consumidor, tornando-o cada vez mais seletivo e difícil de arcar. Dessa forma, percebe-se o impedimento da função

social do contrato e da manutenção do interesse coletivo, barrados em proporções agravantes.

O impacto dessas práticas tem sido pesquisado e analisado através de estudos com levantamento de dados acerca do assunto, conforme será visto a seguir.

### **3.1. BANCO DE DADOS COMPROBATÓRIOS**

Inerente ao assunto tratado, é possível que se aprofunde as análises no teor desse estudo exprimindo-as em forma de banco de dados numéricos, haja vista, a grande expressão deste fenômeno dentro do arcabouço jurídico pátrio, fato que desperta interesse não só de estudiosos mas também do próprio Poder Judiciário, que busca a investigação desses dados para considerá-los como parâmetro referencial na tentativa de compreensão técnica de toda essa movimentação jurídica.

Em pesquisa realizada acerca da Judicialização da Saúde Suplementar pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), SCHEFFER et al. (2015), levou em consideração os seguintes dados metodológicos: (i) estudo de decisões judiciais, acórdãos transitados em julgado sobre conflitos envolvendo planos de saúde coletivos que representam 80% dos planos ativos (ANS, 2015) nos anos de 2013 e 2014 pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, na comarca da capital do estado; (ii) a quantidade de 18,4 milhões de usuários de planos de saúde em São Paulo nos anos analisados (ANS, 2014); (iii) o descarte de decisões liminares no ínterim dessa pesquisa; (iiii) a seleção do total de 4.059 decisões de mérito como base para o estudo apresentado, entre outras considerações.

Do estudo citado acima, foi possível a conclusão de diversos pontos tocantes à Judicialização da Saúde Suplementar. Os principais são a quantificação de que em 88,08% dos casos as decisões judiciais são favoráveis ao usuário e em apenas 7,39 são desfavoráveis, ou parcialmente favoráveis que correspondem a 4,29%, conforme elucida a planilha abaixo.

## Planilha 1: Desfecho das Demandas

Resultado da Demanda	Total	Percentual
Decisão Favorável ao Usuário	3.575	88,08
Decisão Desfavorável ao Usuário	300	7,39
Decisão Parcialmente Favorável ao Usuário	174	4,29
Demanda entre Operadora e Empresa Contratante	10	0,25

Fonte: Elaboração própria com base na publicação “Conhecimento Técnico-Científico para Qualificação da Saúde Suplementar”, 2015.

Da análise estatística do desfecho das demandas judiciais referidas acima, concluiu-se que os acórdãos prolatados pelo TJSP quando somados os provimentos totais ou parciais favoráveis ao consumidor atingem o percentual de 92,4%. Abaixo temos a relação de principais temas discutidos no mérito das ações judiciais do tema proposto sendo possível aferir que o tema exclusão de coberturas é campeão no *ranking* de principais demandas judiciais no que tange a relação existente entre operadora e consumidor, visto em praticamente 48% dos casos analisados. Exceto o reajuste de mudança de faixa etária, os demais temas são provenientes da relação de planos coletivos, conforme disposto na planilha abaixo.

## Planilha 2: Principais Assuntos das Demandas

Temas Materiais da Demanda	Total	Percentual
Exclusão de Cobertura	1935	47,67
Contrato Coletivo e Aposentadoria: discussão do valor da mensalidade	608	14,98
Manutenção do Aposentado no Contrato Coletivo (art. 31, Lei 9.656/98)	589	14,51
Reajuste por Mudança de Faixa Etária	475	11,70
Reajuste por Aumento de Sinistralidade	275	6,78
Cancelamento Unilateral do Contrato Coletivo por Parte da Operadora	211	5,20
Manutenção do Demitido Sem Justa Causa no Contrato Coletivo (art. 30, Lei 9.656/98)	73	1,80
Manutenção de Dependentes Após Falecimento do Titular	63	1,55
Cobrança de Mensalidades Após Rescisão Contratual pela Estipulante	57	1,40
Migração do Contrato Coletivo para Individual/Rescisão do contrato pela empresa contratante	45	1,11
Reembolso	32	0,79
Descredenciamento	30	0,74
Rescisão do Contrato por Inadimplemento ou Fraude	32	0,79

Fonte: Elaboração própria com base na publicação “Conhecimento Técnico-Científico para Qualificação da Saúde Suplementar”, 2015.

Destaca-se neste caso, que praticamente 77% dos consumidores que ingressaram na justiça para ter ganho de causa não pleitearam a indenização por danos morais. Uma explicação para curioso fato seria a relutância judicial em atribuir ao deferimento da ação essa modalidade indenizatória que aos olhos de alguns

doutrinadores se tornou “banalizada”, sendo criada a “indústria dos danos morais”. A planilha a seguir demonstra os índices:

#### Planilha 3: Pedidos de Danos Morais

O Consumidor Pleiteou Indenização por Danos Morais?	Total	Percentual
Não	3.122	76,92
Sim. Indenização Concedida.	553	13,62
Sim. Indenização Não Concedida.	384	9,46

Fonte: Elaboração própria com base na publicação “Conhecimento Técnico-Científico para Qualificação da Saúde Suplementar”, 2015.

Ainda tratando-se do instituto dos danos morais e dos danos contidos na tabela acima, é possível estabelecer análise comparatória entre o provimento indenizatório e o provimento do direito material. É possível aferir que a indenização por danos morais nos casos analisados por esse estudo foram atribuídas em 59% dos casos, contra 92,4% das ações vencidas pelo consumidor contra a operadora.

Os autores da referida pesquisa foram minuciosos ao estabelecer dentro dos dados gerados o padrão do valor indenizatório estabelecido por faixas financeiras. Os valores indenizatórios dos casos estudados variaram entre mil e quinhentos mil reais, tendo, a grande maioria permanecido na faixa dos dez mil reais, ou então, em valores superiores a 25 mil reais, conforme se demonstrará abaixo.

#### Planilha 4: Custo das Indenizações

Valor da Indenização	Total	Percentual
5 mil reais	89	16,9
10 mil reais	200	36,17
15 mil reais	27	4,88
20 mil reais	52	9,40
25 mil reais	9	1,63
Valores superiores	176	31,83

Fonte: Elaboração própria com base na publicação “Conhecimento Técnico-Científico para Qualificação da Saúde Suplementar”, 2015.

A prática de elevação do *quantum* indenizatório tem causado efeito de enriquecimento para muitas pessoas, que *a priori* necessitavam apenas do provimento de seu pleito. Assim, reflete Manoel Aureliano Ferreira Neto sobre o estabelecimento e aplicação dos danos morais:

A fixação dos danos morais deve ser objeto de balanceamento, em vista das circunstâncias, dos valores e dos direitos em conflito, para que o quantum fixado, sopesado, com razoabilidade (ponderação entre o ônus imposto e o benefício a ser perseguido) os valores em

conflito, para alcançar a precípua finalidade da indenização: a sanção do ofensor e a compensação do ofendido. (FERREIRA NETO, 2008, p. 108)

No mesmo sentido, Carlos Roberto Gonçalves afirma que a desproporção venal dos danos morais poderá ensejar em prática de enriquecimento ilícito permitido pelo Poder Judiciário, o que fere diretamente o princípio da legalidade, bem como, a própria legislação:

A crítica que se tem feito à aplicação, entre nós, das *punitive damages* do direito norte-americano é que elas podem conduzir ao arbitramento de indenizações milionárias, além de não encontrar amparo no sistema jurídico-constitucional da legalidade das penas, já mencionado. Ademais, pode se fazer com que a reparação do dano moral tenha valor superior ao do próprio dano. Sendo assim, revertendo as indenizações em proveito do próprio lesado, este acabará experimentando um enriquecimento ilícito, com o qual não se compadece o nosso ordenamento. (GONÇALVES, 2011, p. 678).

Além da relutância judicial supracitada, outra possível explicação é o receio do consumidor em se tornar parte sucumbente, tendo que arcar com o ônus financeiro de todo o instituto da sucumbência. Nesse ponto, vislumbra-se que o Poder Judiciário demonstra ter em seu escopo a salvaguarda do cidadão, fomentando os direitos sociais dos considerados hipossuficientes. Porém, quando essa proteção é realizada de forma extensiva, principalmente no atual cenário econômico de crise financeira vivenciada pelo Brasil nos últimos anos, há forte probabilidade de que haja decaída de comercialização do setor, afetando o país como um todo.

Humberto Theodoro Junior (2016), ilustra que a punição indenizatória de valores exorbitantes dada às empresas acabam por fazer que as mesmas se distanciem progressivamente do desenvolvimento econômico do capital privado de giro, que terá redução de investimentos necessários para manter a subsistência da atividade empresarial no mercado, que já enfrenta grandes obstáculos e barreiras com a alta carga tributária e administrativa existente no país. Com todos esses desafios e empecilhos, as empresas têm lutado contra a possibilidade de falência e fechamento.

Todo o estudo apresentado enseja o desencadeamento de outro ponto crítico a ser tratado dentro do ativo fenômeno da judicialização da saúde suplementar no

Brasil, o alto custo de manutenção do sistema judicial brasileiro, que será aduzido a seguir.

### **3.2. A JUSTIÇA BRASILEIRA EM NÚMEROS**

A movimentação da máquina pública gera custos altíssimos. Ultimamente, além dos analistas e estudiosos, a própria justiça brasileira tem voltado os seus olhos para a quantificação estatística de seu funcionamento. Anualmente, tem sido publicado pelo Conselho Nacional de Justiça o Relatório da Justiça em Números, como instrumento de comprovação das despesas e gestão do sistema judiciário. A fonte de dados do relatório provém dos gastos judiciários, do volume de processos e produtividade de noventa tribunais e quatro tribunais superiores. O último relatório disponibilizado foi em 2018, referente ao exercício do ano base de 2017 que teve a seguinte conclusão.

No ano de 2017, as despesas totais do Poder Judiciário somaram R\$ 90,8 bilhões, o que representou um crescimento de 4,4% em relação ao último ano, e uma média de 4,1% ao ano desde 2011.<sup>3</sup> O aumento em 2017 foi ocasionado, especialmente, em razão da variação na rubrica das despesas com recursos humanos (4,8%). As despesas de custeio cresceram 16,2% e as outras despesas correntes tiveram redução de 3,9%. As despesas totais do Poder Judiciário correspondem a 1,4% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, ou a 2,6% dos gastos totais da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Em 2017, o custo pelo serviço de Justiça foi de R\$ 437,47 por habitante, R\$ 15,2 a mais do que no último ano [...]. (CNJ, 2018, p. 55)

Consoante à extração de dados da publicação anterior feita no ano de 2017, pelo Juiz Federal Clenio Jair Schulze com base no Relatório da Justiça em Números (2017), “Números atualizados da judicialização da saúde no Brasil”, transitaram 1.346.931 processos judiciais de saúde de natureza cível ajuizados até 31/12/2016 e em trâmite no 1º grau, no 2º grau, nos Juizados Especiais, no Superior Tribunal de Justiça, nas Turmas Recursais e nas Turmas Regionais de Uniformização, conforme exposto abaixo:

Planilha 5: Análise Geral das Demandas de Saúde na Justiça Brasileira em 2016

**Relatório da Justiça em Números 2017 (Saúde) – Ano Base 2016**

<b>Tipos de processos</b>	<b>Quantidade de processos</b>
Saúde (direito administrativo e outras matérias de direito público)	103.907
Fornecimento de medicamentos – SUS	312.147
Tratamento médico-hospitalar – SUS	98.579
Tratamento Médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos – SUS	214.947
Assistência à Saúde	28.097
Ressarcimento ao SUS	3.489
Reajuste da tabela do SUS	2.439
Convênio médico com o SUS	1.037
Repasse de verbas do SUS	786
Terceirização do SUS	676
Planos de saúde (direito do consumidor)	427.267
Serviços hospitalares – Consumidor	23.725
Planos de saúde (benefício trabalhista)	56.105
Doação e transplante órgãos/tecidos	597
Saúde mental	4.612
Controle social e Conselhos de saúde	2.008



Hospitais e outras unidades de saúde	8.774
Erro médico	57.739
<b>TOTAL</b>	<b>1.346.931</b>

Fonte: “Números atualizados da judicialização da saúde no Brasil”, 2017.

A partir dos dados apresentados acima é possível obter a visualização da quantidade de demandas judiciais relacionadas ao âmbito jurídico da saúde, vista de maneira generalizada, que passaram ou estão passando pelo judiciário desde o ano de 2016 e estima-se que o ano base de 2017 se encerrará com mais de 1,5 milhões de processos de judicialização da saúde. Estabelecendo um comparativo entre os anos base de 2015 e 2016 com fulcro nos Relatórios da Justiça em Números publicados, respectivamente, nos anos de 2016 e 2017, é possível verificar um aumento estatístico significativo de 46% no que tange às ações ajuizadas por consumidores contra seus planos de saúde, almejando o asseguramento de direitos compreendidos como consumeristas, conforme a tabela abaixo:

Planilha 6: Análise do Crescimento de Demandas Judiciais dos Planos de Saúde

<b>Tipos de processos</b>	<b>Relatório Justiça em Números 2016 Ano Base 2015</b>	<b>Relatório Justiça em Números 2017 Ano Base 2016</b>	<b>Aumento (%)</b>
Planos de saúde (direito do consumidor)	293.449	427.267	46%

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório da Justiça em Números, 2017.

Em torno de 130 mil novos casos de aumento entre 2015 e 2016 compõem o aumento de 46%. É um número marcante para o período de um ano e evidencia a realidade e a forte tendência de sobrecarregamento do judiciário que vive um momento de tensão e desespero na solvência do problema da judicialização da saúde no Brasil. É necessário que se estabeleça uma solução eficaz para tal situação, que possa rever as políticas públicas e criar um consenso entre governo, Poder Judiciário e sociedade, afinal, o principal efeito deste relatório de estatísticas

não pode ser apenas no intuito de dar transparência ao que está acontecendo, mas, sim efetivar a propositura de planos de ação que possam atacar o problema em sua raiz e não métodos paliativos que não surtem efeitos concretos. É tempo de criar discussões para obter mudanças.

Nesse sentido, Simone Freire, Diretora da ANS explanou durante audiência pública feita pelo CNJ sobre as medidas que têm sido tomadas para evitar o crescimento do fenômeno da judicialização, destacando que a agência possui um canal de resolução administrativa de conflitos que recebeu 89 mil reclamações no ano de 2016, sendo 63% de questões assistenciais já previamente reguladas pela ANS, e desse montante conseguiu atingir 81% de seu potencial resolutivo, contribuindo, portanto, como um plano de ação para a redução de acionamento do Poder Judiciário. (FREIRE, 2017).

Já Marcelo André Barboza da Rocha, Secretário de Controle Externo da Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU), durante a mesma audiência pública supracitada, apresentou estatisticamente um crescimento de 1.300% dos gastos dos entes federativos destinados ao cumprimento de decisões judiciais de fornecimento de medicamentos durante os anos de 2008 e 2015, havendo um considerativo salto de 70 milhões para 1 bilhão de reais.

Tais dados apresentados invocam a conclusão de que o Brasil possui um dos judiciários mais caros de todo o mundo e possui a tendência viciosa de crescimento. O Conselho Nacional de Justiça ao prestar análise a esse fato, dispõe os seguintes dados conclusivos:

O Poder Judiciário teve despesa total de R\$ 84,8 bilhões em 2016, crescimento de 0,4% em relação ao ano de 2015, mas o custo por habitante caiu de R\$ 413,51 para R\$ 411,73, no mesmo período. As despesas totais do Poder Judiciário correspondem a 1,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do País. A despesa da Justiça Estadual, segmento mais representativo, que abarca 79% dos processos em tramitação, responde por 56,7% da despesa total do Poder Judiciário. Do lado das receitas, os cofres públicos tiveram um ingresso de R\$ 39,04 bilhões em 2016, em decorrência de cobranças judiciais – retorno de 46% das despesas efetuadas. A Justiça Federal é o segmento responsável pela maior parte, 48% do total arrecadado pelo Poder Judiciário. A Justiça Federal foi o único segmento que retornou aos cofres públicos valor superior às suas despesas (79%)

acima dos gastos. Já a Justiça Estadual arrecadou apenas 35% do que gastou, a Justiça do Trabalho 20%, a Justiça Militar 1% e os Tribunais Superiores 1%. (CNJ, 2017).

Estabelecendo uma comparação entre os custos do poder judiciários brasileiro e alemão, temos que, de acordo com o CNJ, o valor de custo do Poder Judiciário no exercício o de 2016 foi de 1,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil. No mesmo ano, o gasto do judiciário alemão foi de aproximadamente 0,4% do PIB, ou seja, o judiciário brasileiro custa aos cofres públicos 3,5 a mais que o da Alemanha, mesmo considerado que seu PIB é o dobro do brasileiro. Demais comparações também apontam que em 2015, o Judiciário da Alemanha custou em torno de 150 euros (aproximadamente 600 reais) por habitante, já em solo brasileiro, o custo gira ao redor de 413,51 reais. Considerando que a renda per capita da Alemanha é 5 vezes superior a do Brasil, podemos considerar que, proporcionalmente, os alemães gastam muito menos com despesas judiciais. (Struck, 2018, online).

Em 2015, Luciano da Ros, estabeleceu um parâmetro comparativo de gastos com o poder judiciário composto por vários países de diferentes continentes, relativizados através de diferentes épocas. É possível verificar o quanto o Brasil gasta a mais com o judiciário que os demais países.

Planilha 7: Comparativo de Gasto com Judiciário no Brasil e em Outros Países

País	Gasto com Judiciário em % do PIB	País	Gasto com Judiciário em % do PIB
BRASIL	1,3	COLOMBIA	0,21
VENEZUELA	0,34	ITÁLIA	0,19
ALEMANHA	0,32	EUA	0,14
PORTUGAL	0,28	ARGENTINA	0,13
CHILE	0,22	ESPANHA	0,12

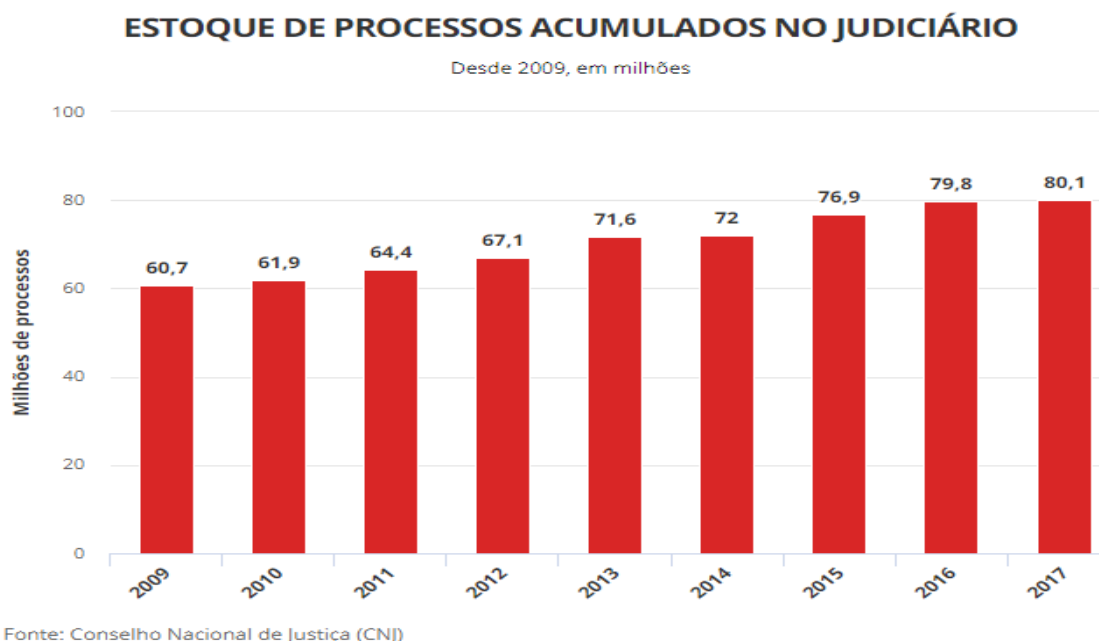
"Fonte: "O custo da Justiça no Brasil: uma análise comparativa exploratória", de Luciano da Ros."

Os dados permitem contextualizar uma visão *lato sensu* comparativa. A discrepância entre o Brasil e os demais países é perceptível e a tendência do custo de manutenção do judiciário é de cada vez mais aumentar pareado ao crescimento econômico, que acarretará em maior acionamento do sistema.

[...] o papel do Judiciário na determinação do Custo Brasil tende a aumentar. Primeiro, porque o próprio crescimento da economia, ao expandir o número de transações que nela ocorrem, faz com que o Judiciário seja mais acionado. De fato, Clemenz e Gugler (2000) mostram que o “tremendo” aumento da litigação civil na Áustria nas últimas quatro décadas do século XX refletiu a expansão da economia do país, em função, em grande parte, do aumento do número de transações por indivíduo que veio com o crescimento da renda per capita. No Brasil, esse efeito será ampliado pela nova rodada de reformas pró-mercado que devem ocorrer na segunda metade desta década. Além do aumento da renda per capita, outros fatores devem contribuir para elevar a conflituosidade e a busca da justiça para resolver conflitos. Assim, Pinheiro e Barbosa Filho (2014) mostram que a litigiosidade aumenta com o nível de instrução, de renda e de urbanização. Os autores também mostram que a propensão a envolver-se em litígios na área de direito do consumidor (bancos e serviços de água, luz e telefone) é especialmente sensível a aumentos de renda e instrução. O mesmo ocorre com a tendência a levar esses conflitos para o Judiciário. Por todas essas razões, a justiça será cada vez mais chamada a resolver litígios trabalhistas e de direito do consumidor, aumentando sua importância na determinação do Custo Brasil. (PINHEIRO, 2014, p. 16).

A confirmação do exposto acima é mensurada pelo próprio CNJ em seu Relatório da Justiça em Números publicado em 2017. Conforme Pinheiro expôs, é possível verificar no gráfico abaixo o crescimento tendencial da litigiosidade judicial, provocando aumento relevante do número de processos acumulados no estoque do judiciário. Através dessa ótica, observemos o gráfico e as seguintes conclusões:

Gráfico 2:



O número de processos em tramitação não parou de crescer, e, novamente, houve aumento no estoque de processos que aguardam por alguma solução definitiva. Ao final do ano de 2009 tramitavam no judiciário 60,7 milhões de processos. Em sete anos o quantitativo cresceu para quase 80 milhões de casos pendentes, variação acumulada no período de 31,2%, ou crescimento médio de 4,5% a cada ano. A demanda pelos serviços de justiça também cresceu esse ano, numa proporção de 5,6%, não se verificando a tendência de redução esperada pela retração de 4,2% observada em 2015, comparativamente a 2014. Em 2016, ingressaram na justiça 29,4 milhões de processos - o que representa uma média de 14,3 processos a cada 100 habitantes. (CNJ, 2017, p.182).

Afunilando os dados apresentados acima com foco na judicialização da saúde, constata-se o atual posicionamento da ANS em contradizê-los no que tange a sua relevância dentro de todo o sistema judicial. Em recente evento na corte do STJ, o diretor de desenvolvimento da ANS, Rodrigo Aguiar, frisou que os números analisados sobre a judicialização da saúde não são potencialmente consideráveis quando comparados com o tamanho do setor e exemplificou que em 2017 as operadoras de planos de saúde tiveram que arcar com 865 milhões de reais de condenação judicial de custeio de cobertura contra uma estrutura financeira de 179 bilhões de reais fomentados por esse mercado, além de a ANS ter atendido 90 mil casos de reclamação no referido ano em um universo de 47,3 milhões de usuários da saúde suplementar que tiveram uma quantidade de 1,5 bilhão de procedimentos autorizados durante esse período. O ministro do STJ, Ribeiro Dantas, rebateu criticamente o parecer da autarquia, visto que a corte somente no exercício do presente ano de 2018 já julgou 9.289 casos relacionados ao assunto e demonstrou preocupação concernente a fruição da corte que tem se deparado com recursos repetitivos e necessidade de edição de súmulas.

Contudo, torna-se dificultoso compartilhar dessa razoabilidade quando se depara ao índice que demonstra o poder de arrecadamento de multas impostas pela ANS no ano de 2017, conforme exposto a seguir:

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem registrado aumento na arrecadação de multas aplicadas às operadoras de planos de saúde. Somente este ano, até setembro, a Agência arrecadou cerca de R\$ 303,6 milhões. No ano passado, foi obtido um recorde: R\$ 371,6 milhões, valor 126% superior ao que foi arrecadado em 2015 (R\$ 164,3 milhões). Esse resultado foi possível em razão da alteração de normativo interno da ANS, que tornou o processo sancionador mais célere e buscou eliminar o passivo processual existente. Essas melhorias internas também foram

responsáveis pelo aumento da aplicação de penalidades, observado principalmente a partir do 2016 (confira no quadro ao final do texto). As infrações mais comuns registradas em 2016 e ao longo de 2017 se referem a multas por negativas indevidas de cobertura, suspensão ou rescisão de contrato, deixar de prever cláusulas obrigatórias no instrumento contratual firmado com o beneficiário ou pessoa jurídica contratante ou estabelecer disposições ou alterações contratuais que violem a legislação em vigor. (ANS, 2017).

O valor arrecadado demonstra a progressão de crescimento do arrecadamento da ANS com a aplicação de multas aos planos de saúde. A autarquia se justifica afirmando que a ampla defesa e o contraditório são devidamente respeitados e que a opção de pagamento dentro da esfera administrativa cabe à operadora, que poderá efetuar ou não. Também reitera que a implantação do novo sistema fiscalizatório pensado durante o acontecimento da Consulta Pública nº 65, modelo que se baseia no desempenho das operadoras para encaixar as penalidades dentro de faixas classificatórias, já está em fase de ajustes finais.

Contudo, percebe-se a iminência de um caráter punidor da Agência. Os números são impressionantes e podem levar a alguns questionamentos: (i) as agências de plano de saúde estão de fato agindo excessivamente de forma lesiva e desrespeitosa perante seus clientes envolvidos na relação contratual de prestação de serviço? (ii) estaria a ANS atrelada a um comportamento opressor atribuindo a atos desconexos caráter de sanção em forma de multa para maximizar o seu potencial de arrecadamento e concretizar uma espécie de fenômeno da indústria de penalidades? (iii) estariam os planos de saúde preferindo arcar com as multas impostas na via judiciária que enfrentar a esfera administrativa da ANS no receoso intuito de não sofrer penalidades ainda maiores ou vice versa? (iv) estão os beneficiários de planos de saúde se tornando acostumados a acionarem a via administrativa através da ANS ou o judiciário em busca de direitos além dos preestabelecidos contratualmente devido a forte evidência de que praticamente em todos os casos lhe são dados a concretude do deferimento judicial de seus pleitos?

Talvez, a partir disso, outras inquietações possam ser despertadas e não seja possível obter a resposta correta para os questionamentos criados acima, visto que há a possibilidade de ambos estarem acontecendo isoladamente ou coexistindo ao mesmo tempo como fatores impulsionadores do sancionamento pecuniário aplicado

pela Agência, porém através dos dados dos últimos três anos, é possível visualizar como esse crescimento tem se estabelecido e fortificado dentro da maioria das demandas de judicialização da saúde. Abaixo se encontra quadro comparativo fornecido pela própria ANS demonstrando seus balancetes de multas aplicadas e multas arrecadadas durante esse período, havendo até mesmo a espantosa superação do valor de 1 bilhão de reais no ano de 2016.

Planilha 8: Parâmetro Financeiro de Aplicação e Arrecadamento de Multas da ANS

ANO	MULTAS APLICADAS * (VALOR EM R\$)	MULTAS ARRECADADAS * (VALOR EM R\$)
2015	522.408.963,00	164.305.452,24
2016	1.124.652.014,43	371.619.618,84
2017	983.529.274,12	303.559.537,31

Fonte: ANS

(\*) **IMPORTANTE:** Os valores arrecadados no ano **não podem** ser relacionados diretamente aos valores de multas aplicadas, pois a arrecadação pode contemplar valores de multas aplicadas em outros anos.

Pela análise dos pareceres numéricos da ANS, conclui-se que o valor de multas aplicadas em 2016 possuiu um salto de em torno 60% quando comparado ao ano de 2015. Ainda é possível verificar que há uma discrepância entre o valor de fato arrecadado e o valor aplicado. Isso serve de demonstrativo que nem tudo o que vem sendo aplicado, vem sendo, de fato, quitado pelas operadoras de planos de saúde na via administrativa. Nesse tocante, verifica-se o indício que os planos obtêm de optar pela possibilidade de discussão no viés judicial que enfrentar as altíssimas multas impostas pela ANS, pois, reiteradas condenações de exorbitantes quantias financeiras, bem como, a possibilidade de sanção de proibição de comercialização de novos planos, afetam diretamente a matriz financeira e o poder de arrecadamento empresarial, incidindo de forma ativa e agressiva na manutenção do equilíbrio financeiro, pois, nesses casos, os prejuízos são impactantes, visto que a operadora além de ter um gasto considerável com o pagamento da multa, poderá ficar impossibilitada de receber novas adesões e estabelecer novos contratos, como também terá sua imagem e reputação empresarial abalada, já que é praticamente improvável que um novo cliente irá desejar firmar contrato de plano de saúde com uma operadora em fase de bloqueio de vendas.

A seguir passa-se à análise de como as ações decorrentes do comportamento do setor judiciário inferem em diferentes impactos na sustentação, operação e manutenção das operadoras de saúde.

### **3.3. POSICIONAMENTO DO SETOR JUDICIÁRIO DE FORMA PREJUDICIAL À SUSTENTAÇÃO EMPRESARIAL**

No decorrer desse estudo, vislumbrou-se a ativa presença do setor judiciário nas demandas judiciais que envolvem as operadoras de saúde suplementar e seus clientes. Verifica-se que os beneficiários recorrem ao setor almejando o alcance de qualquer tipo de prestação de serviços que por força do contrato estabelecido entre ambos ou então, por estar em desacordo com as normas da ANS, lhes são negados. Alguns dos exemplos mais frequentes que envolvem as demandas judiciais são: (i) os pedidos de autorização de procedimentos e liberação da compra de órteses, próteses e materiais especiais (OPME); (ii) reativação de contratos cancelados por inadimplência; (iii) negativa de procedimentos não elencados no rol preestabelecido pela ANS; (iv) aplicação de novas alíquotas de reajuste contratual.

Ocorre que ao iniciar o plano, salvo em situações excepcionais por deliberalidade da empresa, tais como promoções e políticas internas de adesão contratual, regra-se que os clientes devam cumprir um período mínimo de espera, conhecido como carência contratual, para que findo o lapso temporal estabelecido, o beneficiário tenha inerente ao seu contrato a plena utilização de toda a extensão da cobertura a qual foi contratada. As carências possuem diferentes lapsos temporais de acordo com a modalidade de utilização a qual o beneficiário necessitará, sendo, normalmente, diferenciadas entre urgência e emergência clínica, cirúrgica, partos e pré-existência, sendo a última, a de maior temporalidade. Entretanto, são recorrentes os casos nos quais o cliente por algum motivo necessitou utilizar-se dos serviços do plano e por não ter o prazo cumprido, recebeu a negativa de cobertura. Diante dessa situação, o beneficiário tende a procurar a justiça, que, na maioria dos casos, sem se preocupar com custos e prestando análise apenas ao caso concreto, irá fornecer deferimento a liminar obrigando a empresa a desembolsar o pagamento de todo o tratamento.

Situações como esta colocam em risco todo o planejamento orçamentário da sistematização financeira da empresa que se vê obrigada a cumprir a decisão não



importando o quanto isso custará, sob a penalidade de altíssimas multas diárias de descumprimento. Também, após a liberação do serviço, não há que se falar em restituição dos valores gastos, já que a maioria dos clientes conseguem a assistência judiciária gratuita alegando a hipossuficiência perante a lei. Percebe-se o desprezo do judiciário à proteção do equilíbrio da empresa e o teor dos seguintes artigos que firmam a competência da ANS como órgão capaz de estabelecer normas sobre o assunto, que, acaba por si só culminando no processo de abertura de precedentes para que situações do tipo se tornem cada vez mais frequentes e ameaçadoras aos planos.

Art. 4º da Lei 9.661/00: Compete à ANS:

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

Art. 10 da Lei 9.656/98. 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, exceto:

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

Da lavra do Superior Tribunal de Justiça, em consonância com os tribunais estaduais, tem-se reiteradamente ratificado o entendimento jurisprudencial que afasta as previsões contratuais e favorecem aos usuários de planos de saúde, deixando o encargo do cumprimento totalmente para as empresas que se veem voltadas à prestação obrigatória de cobertura assistencial. Tal posicionamento pode ser verificado diante das decisões proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça expostas abaixo.

No Recurso Especial de Nº 1.718.726, a operadora interpôs contra acórdão do TJ-SC, que determinou a obrigação de autorização de procedimento previamente negado com base em cláusula contratual e nas normas da ANS. O RESP não foi provido, devendo a operadora arcar com o custeio do procedimento bem como da indenização por danos morais.

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.718.726 - SC (2018/0008034-2)**  
**RELATOR: MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**  
**RECORRENTE: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS -**  
**COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO ADVOGADOS:**  
**RODRIGO SLOVINSKI FERRARI - SC011690 ANDRÉ LEITE**  
**KOWALSKI - SC018919. RECORRIDO: SUZY IVETE DE SOUZA.**  
**ADVOGADO : EMERSON DE CASTRO - SC028055 DECISÃO**  
 Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS -COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com fundamento no art. 105, inc. III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina assim ementado: "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM DANOS MORAIS. NEGATIVA DE PROCEDIMENTO ANTE A AUSÊNCIA DE PREENCHIMENTO DAS DIRETRIZES ESTABELECIDAS PELA ANS. SENTENÇA PROCEDENTE. RECURSO DA COOPERATIVA MÉDICA. PRETENDIDA REFORMA DO DECISUM AO ARGUMENTO DE QUE A NEGATIVA FOI DECORRENTE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E DE ACORDO COM AS NORMAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. IMPOSSIBILIDADE. INSTRUMENTO CONTRATUAL QUE NÃO PREVÊ EXCLUSÃO EXPRESSA DO TRATAMENTO. ADEMAIS, PRESCRIÇÃO MÉDICA DEMONSTRANDO NECESSIDADE DO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA SER REALIZADO PELA DEMANDANTE. PRETENDIDO AFASTAMENTO DO DEVER INDENIZAR EM DECORRÊNCIA DA AUSÊNCIA ILICITUDE. INVIABILIDADE. NEGATIVA INJUSTIFICADA POR PARTE DA REQUERIDA QUE INTENSIFICOU SITUAÇÃO AFLITIVA DA AUTORA. DEVER DE INDENIZAR MANTIDO. REDUÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. INSUBSISTÊNCIA. VALOR FIXADO QUE ATENDE A PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E DA RAZOABILIDADE, BEM COMO AO CARÁTER PEDAGÓGICO E INIBITÓRIO QUE TAL CONDENAÇÃO DEVE TER. JUROS MORATÓRIOS. PRETENDIDA A INCIDÊNCIA A PARTIR DO ARBITRAMENTO. INVIABILIDADE. ADEQUAÇÃO DE OFÍCIO DO TERMO INICIAL. APLICAÇÃO DA SÚMULA 54 DO STJ. RECURSO DESPROVIDO" (e-STJ fl. 198). [...] Ante o exposto, conheço parcialmente do recurso especial e, nessa parte, dou-lhe provimento para estabelecer a data da citação como marco inicial dos juros. Publique-se. Intimem-se. Brasília (DF), 06 de fevereiro de 2018. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA Relator. (STJ – 1718726 SC 2018/0008034-2, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data da Publicação: DJ 05/03/2018).

Já no RESP de Nº 166111 abaixo, repete-se a situação de pedido de autorização de procedimento médico previamente negado cumulado com danos morais e materiais. A autora teve seu pleito deferido com base na aplicação do CDC e configurou de forma majorada os pedidos de danos morais e materiais.

**RELATOR: MINISTRO RAUL ARAÚJO RECORRENTE: CAIXA DE**  
**ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL**  
**ADVOGADOS: LUIZ FERNANDO MAIA - SP067217 ANA ROSA**

**DA SILVA - SP171366 LUIZ AUGUSTO ALMEIDA MAIA E OUTRO (S) - SP239166 RECORRIDO: PEDRO FERRARI JUNIOR RECORRIDO : ADI TAFFAREL FERRARI ADVOGADO: CAMILA FERNANDES - SP309434 DECISÃO** Trata-se de agravo, interposto pela CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL, desafiando decisão que inadmitiu recurso especial, fundamentado na alínea c do permissivo constitucional contra acórdão proferido pelo eg. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado: APELAÇÃO. Plano de saúde. Ação de indenização por danos morais e materiais. Autora portadora de neoplasia maligna de pele. Negativa de procedimento médico-cirúrgico. Sentença de procedência. Inconformismos de ambas as partes. Aplicação do CDC. Irrelevância do plano de saúde ser autogestão. Alegação de existência de exclusão contratual que não prevalece. Recusa abusiva. Negar o procedimento seria negar o próprio tratamento da doença, bem como, vigência ao contrato estabelecido entre as partes. Danos morais configurados e 'quantum' majorado. Honorários sucumbenciais arbitrados em patamar condizente com o trabalho realizado pelo advogado. Recurso da ré a que se nega provimento e dos autores a que se dá parcial provimento. (e-STJ, fl. 277 Nas razões do recurso especial, a recorrente aponta dissídio jurisprudencial, sustentando, em síntese: a) não se aplica a lei consumerista à relação existente entre os associados e a CASSI, visto que atua na condição de operadora de planos de saúde suplementar na modalidade de autogestão, sendo uma associação sem fins lucrativos; e, b) o procedimento pleiteado não está previsto no contrato celebrado com a recorrida, razão pela qual a recusa não pode ser considerada abusiva, bem como a ausência do dever de indenizar a título de dano moral. É o relatório. Decido. A irresignação não prospera. A jurisprudência desta Corte já firmou entendimento no sentido de que a relação de consumo caracteriza-se pelo objeto contratado, no caso a cobertura médico-hospitalar, sendo irrelevante a natureza jurídica da entidade que presta os serviços, ainda que sem fins lucrativos, quando administra plano de saúde remunerado a seus associados. Aplica-se, portanto, a súmula 469 do STJ. [...] Diante do exposto, nos termos do art. 255, § 4º, II, do RISTJ, nego provimento ao recurso especial. Publique-se. Brasília (DF), 07 de abril de 2017. Ministro RAUL ARAÚJO Relator. (STJ – Resp:1661111 SP 2017/0059426-3, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Publicação: DJ: 05/05/2017).

Em decorrência da análise jurisprudencial, conclui-se que a justiça brasileira quando se depara com demandas judiciais que envolvam planos de saúde e seus clientes, tende a decidir positivamente para os beneficiários, com base no caráter fundamental do direito à saúde e na vulnerabilidade do cliente como pessoa física, que enseja a fundamentação jurídica por meio do CDC. Os tribunais alegam também que o rol da ANS é meramente exemplificativo, devendo servir apenas como interpretação norteadora do que de fato venha ser a cobertura assistencial mínima, não cabendo a esta, discordar da orientação e conduta médica. Como já explanado

anteriormente, essa visão do judiciário brasileiro gera impactos imensuráveis as empresas do ramo da saúde privada, onerando-as a custos que a luz da própria ANS seriam indevidos, portanto, podendo-as levar a situação de falência e fechamento.

#### **3.4. OS IMPACTOS GERADOS AO EQUILÍBRIO ECONÔMICO FINANCEIRO DAS OPERADORAS**

São feitas várias exigências pela ANS às operadoras de planos de saúde para que tais empresas garantam o seu desenvolvimento econômico-financeiro e possam se firmar no mercado do ramo garantindo a prestação assistencial, bem como a solvência de suas despesas e a provisão orçamentária de suas operações. No decorrer do processo de adaptação dessas exigências, pontua-se que as operadoras sofrem pelo excesso de encargos e barreiras impostas pelo seu órgão regulador, de tal forma que a fomentação do mercado seja mínima. A seguir, serão expostos alguns dos principais efeitos que afetam primariamente as operadoras de planos de saúde e ao seu próprio mercado de prestação de serviços e consumo destes, bem como aos seus clientes, que secundariamente também são diretamente lesados.

#### **3.5. ABERTURA DE NOVAS EMPRESAS E FOMENTAÇÃO DO MERCADO**

Atualmente, é raro no Brasil a criação de nova pessoa jurídica destinada à prestação de serviço de assistência privada de saúde, pois, somente as operadoras já existentes conseguem possuir o equilíbrio das garantias econômico-financeiras para se manterem ativas no ramo, mesmo enfrentando muitas dificuldades, visto que o caráter protetor do consumidor parece sempre vir em primeiro lugar no que tange a essa questão. Tem sido extremamente difícil para as operadoras obterem o êxito de gerarem receitas suficientes para arcarem com as despesas de manutenção e, principalmente, as provindas de condenações. Diante dessa realidade, o consumidor fica prejudicado face a menor competitividade do mercado, que tende a concentrar as opções de serviços dentro dos já existentes.

#### **3.6. CUSTO DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS**

O rol de procedimentos editado pela ANS sofre constantes atualizações, tornando-o cada vez mais expansivo e oneroso de se manter. Estima-se que a

atualização de 2018 do rol, pode gerar impactos financeiros adicionais de até 5,4 bilhões conforme elencado a seguir:

Segundo o estudo “Estimativas de Custo e Impacto de Tecnologias na Despesa Assistencial”, realizado pela FenaSaúde, 16 das novas 26 tecnologias podem ter um custo adicional de R\$ 5,4 bilhões às operadoras de saúde. Medicamentos, terapias e exames foram propostos pela Agência Nacional de Saúde (ANS) para oferecimento obrigatório pelos planos de saúde a partir de 2018. A Federação destaca que, por conta de um longo período de recessão econômica, o processo de incorporação de novas tecnologias precisa considerar o impacto financeiro e as condições dos compradores de plano de saúde. Ainda segundo a FenaSaúde, o custo dos planos de saúde na folha de pagamento das empresas já representa aproximadamente 12%, ficando atrás apenas do pagamento de salários. As despesas assistenciais por beneficiários, geridas pelas operadoras, também crescem. Somente em 2016, o aumento foi de 19,2%. (SINCOR, 2017).

Portanto, é fato de que com o passar dos anos o rol de cobertura mínima da ANS se amplia e os procedimentos se tornam mais onerosos para o custeio das operadoras, dificultando ainda mais a sua sobrevivência. A presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes analisa a situação da seguinte forma:

Hoje, o Rol para cobertura mínima obrigatória já contempla 91% da lista de procedimentos da Associação Médica Brasileira. Em paralelo, levando-se em consideração a atual conjuntura econômica do país e o orçamento das famílias, é preciso questionar sobre se há capacidade de pagamento por parte da sociedade. É equivocado achar que essas despesas são das operadoras. Somos nós que pagamos essa conta. A sociedade precisa fazer escolhas entre mais cobertura e maior preço ou a assistência à saúde que caiba no seu bolso. (MENDES, 2017, online).

Mendes (2017, online), ainda, reforça que são os consumidores os pagadores do aumento dos custos da saúde privada e indica que a sociedade necessita optar entre possuir um plano com coberturas imensuráveis e pagar muito por isso, ou então, poder encaixar em seu orçamento financeiro-familiar um plano que possui menor custo e menor cobertura, afinal, conforme se verá a seguir, o custo de manutenção do plano é repassado para o beneficiário.

### **3.7. O AUMENTO DAS MENSALIDADES, REAJUSTES, INADIMPLÊNCIA E OS CANCELAMENTOS CONTRATUAIS**

Quanto maior o custo do plano para se manter em pleno gozo de suas atividades, mais o beneficiário arcará financeiramente com o pagamento de mensalidades. Isso ocorre por motivos simples e lógicos, afinal, quanto maior for a

despesa de uma empresa, mais receita ela tentará acumular para arcar com os seus gastos e possuir mais lucros.

Os principais gastos de um plano de saúde são o pagamento de despesas assistenciais aos seus prestadores de serviço em rede credenciada, bem como custos administrativos, trabalhistas, operacionais, e por que não dizer, arcar com sanções condenatórias da justiça ou da ANS. A margem de lucro provém das mensalidades e o mesmo será armazenado para custear a movimentação da empresa, visto que a cada mês as despesas terão valor diferenciado. A maioria dos beneficiários pagam seus planos sem precisar utilizá-los; dessa forma nasce o lucro de um plano de saúde. Não obstante, alguns clientes geram custos bem maiores que os valores pagos de mensalidade. No meio dessa relação, está em jogo a sobrevivência da empresa.

Preços de planos de saúde são formados em função dos custos e da frequência de utilização de serviços e de procedimentos médicos. Nas regras brasileiras atuais, os preços variam de acordo com a faixa etária, tipos de cobertura, quantidade e qualidade da rede credenciada de médicos, hospitais e laboratórios, conforto de hotelaria, abrangência geográfica e percentual ou valor de fator moderador (coparticipação ou franquia). [...] Também há rejeição natural do modelo de tarifação em função da avaliação personalizada do risco, que gera altos preços na entrada ou exclusão pecuniária na renovação do contrato do plano de saúde. [...] Um dos efeitos adversos dos planos "acessíveis" já existentes é a judicialização. A quantidade de ações judiciais contra planos de saúde cresceu em velocidade muito maior do que o aumento do número de clientes desse mercado. São as restrições de coberturas assistenciais, sobretudo tratamentos caros e complexos, os itens atualmente mais demandados, que levam o Judiciário a dar ganho de causa a pacientes em mais de 90% dos casos. Tal previsibilidade pode ser constatada nas súmulas dos tribunais de justiça, que após julgarem reiteradamente os abusos cometidos pelos planos de saúde, registraram interpretações majoritárias e pacíficas a favor da população usuária. (BAHIA, et al. 2016, p.3).

Se as empresas começarem a ter aumento significativo de gastos e prejuízos, como por exemplo as condenações judiciais e administrativas em valores exorbitantes, sequencialmente as mensalidades serão reajustadas em valores mais altos, tornando o plano mais oneroso e de difícil manutenção para os clientes. Percebe-se um efeito em cascata. Quanto mais custo o cliente gera ao plano, maior gasto o plano gerará ao cliente.

Dessa forma, a tabela de preços subirá, bem como as mensalidades serão reajustadas em valores cada vez maiores, tornando a situação propícia para o aumento da inadimplência e o cancelamento contratual. Perdem-se corriqueiramente vários planos porque os clientes não conseguem arcar com o padrão da mensalidade, levando-os a cancelamento por falta de pagamento. Já outros, na iminência de não poder sustentar os custos do plano, preferem cancelá-lo para evitar o endividamento, visto que o atual cenário econômico do Brasil movido por uma crise financeira que se alastrou nos últimos anos não contribui para a prosperidade financeira dos cidadãos.

Seguindo o efeito em cadeias, ao obter mais cancelamentos, o plano possuirá menor margem de lucro e mais dificuldade para se manter no mercado. Portanto, é extremamente necessário que haja um olhar clínico voltado à criação, desenvolvimento e sustentação das empresas, pois há uma relação de mutualismo entre cliente e contratada, pois, um necessita do que o outro tem a oferecer, ou, em contrapartida, todos ficarão prejudicados.

### **3.8. INSUSTENTABILIDADE DO SETOR E FECHAMENTO DE EMPRESAS**

De acordo com dados recentes da ANS (2018), 100 operadoras de planos de saúde fecharam as portas após a perda de 3 milhões de vidas ativas em seus serviços entre o lapso temporal do fim de 2014 e maio de 2018. É eminente o risco de futura insustentabilidade do setor devido aos prováveis motivos: (i) agravamento da crise financeira no Brasil que deixou muitas pessoas sem condições de manter o serviço; (ii) envelhecimento da população, fator que constitui o aumento de idosos, que é a parcela com faixa etária de maior utilização dos planos; (iii) encarecimento do serviço devido aos recorrentes processos de judicialização; (iv) impacto da alta do dólar nos custos; (v) avanço da tecnologia e encarecimento dos exames, medicamentos e procedimentos, visto que a maior parte dos materiais hospitalares necessários são importados. No tocante a manutenção do mercado e solvência das operadoras, afirma Carneiro:

Não há dúvida de que, para se viabilizar a existência de um mercado de planos de saúde que garanta a proteção dos segurados contra os riscos cobertos, é essencial preservar as condições de solvência das operadoras. Dessa forma, para que o mercado possa manter sua solidez e garantir os interesses dos segurados, é necessário que os prêmios cobrados dos

segurados guardem relação com os respectivos riscos gerados ao grupo segurado. (CARNEIRO, 2012, p. 90-91).

Como exposto acima, há fortes evidências de que o setor de saúde privada entrou em um processo de forte declínio e precisa de boas soluções que sejam capazes de restabelece-lo à plenitude e eficiência. É de grande importância que os planos possam continuar firmando o seu lugar no mercado, afinal, por ser um grande setor, o mesmo movimenta fortemente a economia e é geração de emprego e renda para milhões de pessoas, bem como, auxilia a saúde e a vida de milhões de usuários que utilizam do serviço. A queda do setor prejudicaria imensuravelmente os seus fornecedores, hospitais, os clientes, os funcionários, o órgão regulador, entre outros envolvidos em seu funcionamento.



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acerca de toda análise apresentada, conclui-se que há um problema incidente na relação entre clientes e operadoras de saúde, que desperta o olhar da ANS e da justiça, visto que tem tomado grandes proporções no jurídico brasileiro. Trata-se da judicialização da saúde, que surge a partir do momento que o beneficiário de uma operadora, busca que essa lhe forneça cobertura para algum procedimento que foi posteriormente negado por possíveis motivos, tais como, inexistência de previsão contratual do mesmo; não presença no rol de procedimentos editado pela ANS e atualizado a cada 2 anos; ou então, carência contratual do plano, visto que o prazo mínimo não se encontra decorrido.

Dessa situação percebe-se um emergente conflito de interesses, pois, em muitos casos, os beneficiários não possuem correta ciência fática dos limites extensivos da cobertura contratual, aludindo possuir direitos além dos preestabelecidos. Com essa alusão em mente, os beneficiários buscam auxílio da justiça, que tem, incessantemente dado razão a estes, conforme demonstrado acima quando se verificou que 92,4% das ações judiciais existentes no tribunal averiguado obtiveram sentença prolatada em favor aos beneficiários, sob a luz da proteção dada pelo Código de Defesa do Consumidor. Essas decisões, muitas vezes inviabilizam a sustentação financeira da empresa prestadora do serviço, pois é definido judicialmente que ela deverá arcar com um gasto além dos planejamentos orçamentários, mesmo que, a operadora tenha agido em conformidade com as normas da ANS e do contrato estabelecido com seu cliente, que também, é revisado e autorizado pela Agência.

Nesse sentido, observa-se uma tendência de que o Estado por não conseguir sustentar o seu dever constitucional de fornecer a promoção ao direito fundamental da saúde, em suas decisões repassa de forma sancionatória a obrigação para a iniciativa privada, alegando a normativa do CDC na maior parte dos casos. Porém, diante das próprias decisões judiciais, percebe-se que não há a devida preocupação com o equilíbrio necessário para se manter a longevidade das empresas, que têm sido acometidas de altas multas e indenizações, tendo sua gestão financeira comprometida por esses custos não previstos, e em muitos casos injustos, gerando, então, a situação de desequilíbrio que poderá surtir em diversos efeitos, tais como mensalidades mais caras, maior inadimplência, bem como os cancelamentos e

reajustes, pois, o plano para se manter necessita repassar de alguma forma os seus custos para os clientes, que são os agentes que movem a empresa através de seus pagamentos. Há então, um ciclo vicioso, pois quanto mais caros os planos se tornarem, menos acessíveis eles serão, restringindo cada vez mais a rotatividade das vendas de novos planos, diminuindo os lucros e a ascensão das empresas no mercado, que ferirá diretamente o próprio consumidor, que será afetado pela elitização do serviço.

A economia do país vive momentos de crise financeira, corte de gastos e disparo de custos em diversos âmbitos, que luta contra o baixo reajuste salarial da maior parte da população. Nesse âmbito, evidencia-se a imensidão dos gastos de manutenção do judiciário brasileiro, bem como do sistema de saúde em si, que se atrela ao fenômeno da judicialização e toma proporções ainda maiores.

É preciso que seja voltada a atenção para este recorrente problema, que conforme exposto no decorrer do estudo, tem apresentado significativo crescimento nas cortes brasileiras, sob pena de possível futura falência das operadoras. É necessário que haja a percepção de toda a situação em sentido amplo, pois quando a análise é feita apenas sob os casos concretos das demandas que chegam ao setor judiciário de forma isolada, não há a possibilidade de discussão técnica em sentido amplo, que possam resolver o problema gerando aplicabilidade de efeitos erga omnes, pacificando a situação no ordenamento jurídico pátrio.

Nota-se que os recentes posicionamentos jurisprudenciais poderão pecar por excesso de proteção e interpretações extensivas, visto que em muitos casos proteger em grande escala o consumidor, significa prejudicar as empresas, lesando a própria nação, pois, com tais práticas, o mercado não terá tanta competitividade e necessitará aumentar os preços para poder se regular; com o fechamento das empresas os índices de desemprego, subemprego e criminalidade poderão ficar desenfreados, prejudicando a subsistência do povo brasileiro; e a perda de potencialidade da moeda nacional, afetando diretamente a economia e o tesouro nacional.

Ademais, para dirimir os conflitos apresentados, é necessário que o Estado se modernize, amplie seus serviços e possa de fato, arcar com o desenvolvimento de sua atribuição constitucional para garantir a existência da saúde de qualidade acessível de forma fácil a todos os cidadãos, no intuito de frear o fenômeno da

judicialização, dividindo as responsabilidades entre a iniciativa privada e o poder público, com o fim de promover a saúde de forma igualitária e o bem estar a todos.

Uma possibilidade é firmar o primeiro passo unindo o Poder Judiciário, os representantes da ANS e das operadoras, bem como especialistas da área em audiência pública, para que todos possam colocar em pauta os impactos sofridos pelas operadoras ao arcar com decisões que imputam a cobertura contratual não obrigatória. Dessa forma, espera-se que todos juntos apreciando a demanda possam fomentar uma possível solução para o problema, que mantenha a precisão da sustentabilidade econômico-financeira das prestadoras e não desperte insatisfação de seus clientes.

## 5. REFERÊNCIAS

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.** ANS arrecadou R\$ 303,6 milhões em multas em 2017. **ANS, 2017.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4206-ans-arrecadou-mais-de-r-303-6-milhoes-em-multas-em-2017>>. Acesso em out. 2018.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.** **Dados Consolidados Saúde Suplementar.** ANS, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em out 2018.

BAHIA, L; et al. **Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil.** Scielo Saúde Pública, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016001400504&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016001400504&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: nov 2018.

BAPTISTA, T. W. F; et al. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas. *Vade Mecum*.9. ed. São Paulo: Saraiva. 2010.

BRASIL. Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998. **Lei de Planos de Saúde.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm)>. Acesso em: nov 2018.

BRASIL. Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Lei da Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm)>. Acesso em: nov 2018.

CARNEIRO, Luiz A. F. **Princípios básicos de seguros e planos de saúde.** In: CARNEIRO, Luiz A. F. (Org). **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos.** Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 67-93.

CASTRO, Carlos R. S. **Função normativa regulatória e o novo princípio da legalidade.** In: ARAGÃO, Alexandre S. (Org.). **O poder normativo das agências reguladoras.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011, p. 21-58.

CHIMENTI, Ricardo C. CAPEZ.; et al. **Curso de Direito Constitucional.** 6. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em números 2018: ano base 2017.** Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2018. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2018/08/44b7368ec6f888b383f6c3de40c32167.pdf>>. Acesso em: out 2018.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de Direito de Saúde Suplementar: Manual Jurídico de Planos e Seguros de Saúde.** 2. ed. São Paulo: Forense, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ATUÁRIA. **Anexo à Resolução IBA Nº 02/2014**, 2014, p.3. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgsoa/copra/arquivos-copra/legislacao-basica/CPA001.pdf>>. Acesso em: nov 2018.

LEMOS, Lilian Correia. A judicialização da saúde: O posicionamento do Poder Judiciário ante a relação contratual entre as operadoras e os beneficiários dos planos de saúde anteriores à Lei nº 9.656/98. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XI, n. 58, out 2008. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=5183](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5183)>. Acesso em: nov 2018.

MARINHO, A.; MORENO, A.; CAVALINI, L. **Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde - SUS**. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para discussão n. 848, ISSN 1415-4765).

MATHIAS, Guilherme Valdetaro. **O Código Civil e o Código do Consumidor na saúde suplementar**. In: CARNEIRO, Luiz A. F. (Org). **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 95-118.

MUNIZ, Mariana. Judicialização da saúde resultou em 1,5 milhão de processos em 2017. **JOTA**, 2017. Disponível em: <<https://www.jota.info/justica/processos-sobre-judicializacao-da-saude-chegam-15-milhao-em-2017-12122017>>. Acesso em: out. 2018.

NASCIMENTO, Tupinanbá M. C. **Comentários à Constituição Federal: direitos e garantias fundamentais: artigos 5º a 17**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

PLURALL. ANS relativiza judicialização da saúde e cobra mais autonomia. **Plurall**, 2018. Disponível em: <<http://plurall.com.br/plurall/ans-relativiza-judicializacao-da-saude-e-cobra-mais-autonomia/>>. Acesso em: nov 2018.

ROS, Luciano da. **O custo da Justiça no Brasil: uma análise comparativa exploratória**. The Observatory of Brazilian Political and Social Elites. v.2, n.9, 2015. Disponível em: <<http://observatory-elites.org/wp-content/uploads/2012/06/newsletter-Observatorio-v.-2-n.-9.pdf>>. Acesso em: nov 2018.

SANTIN, Valter Foleto. **Controle judicial da segurança pública: eficiência do serviço na prevenção e repressão do crime**. São Paulo: RT, 2004.

SCHEFFER, M. C.; et al. Judicialização na saúde suplementar. **Conhecimento Técnico-Científico para Qualificação da Saúde Suplementar**. p. 137-144, 2015. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/conhecimento\\_tecnico\\_cientifico\\_ANS\\_2015.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/conhecimento_tecnico_cientifico_ANS_2015.pdf)>. Acesso em: out. 2018.

SCHULZE, Clenio Jair. **NÚMEROS ATUALIZADOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**. Empório do Direito, 2017. Disponível em: <<http://emporiiododireito.com.br/leitura/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze>>. Acesso em: out 2018.

SETOR SAÚDE. **Estudo revela situação da judicialização da saúde no Brasil.** Setor Saúde, 2018. Disponível em: <<https://setorsaude.com.br/estudo-revela-situacao-da-judicializacao-da-saude-no-brasil/>>. Acesso em: out 2018.

SEVERO, Rivadavia. **Despesa do Judiciário cresce, mas o custo por habitante cai em 2016.** Conselho Nacional de Justiça, 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85362-despesa-do-judiciario-cresce-mas-o-custo-por-habitante-cai-em-2016>>. Acesso em: nov 2018.

SINCOR SP. **Novo rol de procedimentos da ANS pode ter impacto de 5,4 bilhões.** SINCOR SP, 2017. Disponível em: <<https://www.sincor.org.br/novo-rol-de-procedimentos-da-ans-pode-ter-impacto-de-r-54-bilhoes/>>. Acesso em: nov 2018.

SOUZA, G. C. A; COSTA, I. C. C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudança.** Scielo Saúde Pública, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2010.v19n3/509-517/pt/>>. Acesso em: nov 2018.

STRUCK, Jean-Philip. **Judiciário brasileiro é 3,5 vezes mais caro que o alemão.** Deutsche Welle, 2018. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/judici%C3%A1rio-brasileiro-%C3%A9-35-vezes-mais-car%C3%A3o/a-42522655>>. Acesso em: nov 2018.

Superior Tribunal de Justiça STJ - Recurso Especial: RESP 1661111 SP 2017/0059426-3. Relator: Ministro Raul Araújo. DJE: 05/05/2017. **JusBrasil**, 2017. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/456008568/recurso-especial-resp-1661111-sp-2017-0059426-3?ref=serp>>. Acesso em: nov 2018.

Superior Tribunal de Justiça STJ - Recurso Especial: RESP 1718726 SC 2018/0008034-2. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. DJE: 0503/2018. **JusBrasil**, 2018. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/552209628/recurso-especial-resp-1718726-sc-2018-0008034-2/decisao-monocratica-552209637?ref=juris-tabs>>. Acesso em: nov 2018.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.