



## O Impacto da Judicialização para as Operadoras de Saúde Suplementar

### **Luiza Gouvêa de Sousa**

Pós-graduada em MBA de Seguros e Resseguros pela Escola de Negócios e Seguros (ENS-SP).

[luizagouvea@gmail.com](mailto:luizagouvea@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6653-2209>

### **Edval da Silva Tavares**

Doutor em Engenharia de Produção pelo Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Docente e Coordenador da Escola de Negócios e Seguros (ENS-SP).

[edvaltavares@ens.edu.br](mailto:edvaltavares@ens.edu.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1859-3049>

### **Angélica Carlini**

Doutora em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Pós-doutorado em Direito Constitucional pela PUC/RS. Advogada, parecerista, consultora e docente na área de Direito de Seguros e Saúde Suplementar. Docente no IBMEC, Escola de Negócios e Seguros e Universidade Paulista – UNIP.

[angelicacarlini@carliniadvogados.com.br](mailto:angelicacarlini@carliniadvogados.com.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6531-3062>

### **Resumo**

---

Este artigo tem como objetivo discutir os principais reflexos da judicialização da saúde para o equilíbrio do sistema de saúde suplementar. Para atender ao objetivo, foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório, com análise de dados secundários. Com isso, foi possível refletir sobre a possibilidade da utilização de meios alternativos para resolução de conflitos e segurança do equilíbrio econômico-financeiro do sistema de saúde suplementar. Os resultados encontrados sinalizaram que, no quadro atual de elevada judicialização das relações contratuais na saúde suplementar, os meios de solução de conflitos como mediação, conciliação e arbitragem podem ser praticados com objetivo de redução da judicialização e de ampliação do diálogo entre os agentes em conflito.

### **Palavras-chave**

---

Judicialização, Saúde Suplementar, Equilíbrio econômico-financeiro, Direito à saúde.

### **Sumário**

---

1. Introdução. 2. Meta Pergunta da Pesquisa. 3. Referencial Teórico. 3.1 Da Saúde Suplementar. 3.2 Uma Rápida Visão da Lei nº 9.656/98. 3.3 A regulação das Operações de Saúde Suplementar pela ANS. 3.4 Cenário Financeiro das Operadoras. 3.5 A Judicialização da Saúde. 3.6 Meios Alternativos à Judicialização para Resolução de Conflitos. 4. Procedimentos Metodológicos. 5. Resultados. 6. Conclusões. 7. Referências Bibliográficas.



## Abstract

---

### The Impact of Judicialisation on Supplementary Health Operators

#### Luiza Gouvêa de Sousa

Postgraduate MBA in Insurance and Reinsurance from the School of Business and Insurance (ENS-SP).  
luizagouvea@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6653-2209>

#### Edval da Silva Tavares

PhD in Production Engineering from the Production Engineering Department of the Polytechnic School of the University of São Paulo, Professor and Coordinator of the Business and Insurance School (ENS-SP).  
edvaltavares@ens.edu.br  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1859-3049>

#### Angélica Carlini

PhD in Law from Mackenzie Presbyterian University. Post-doctorate in Constitutional Law from PUC/RS. Lawyer, expert, consultant and lecturer in Insurance and Supplementary Health Law. Lecturer at IBMEC, Escola de Negócios e Seguros and Universidade Paulista – UNIP.  
angelicacarlina@carliniadvogados.com.br  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6531-3062>

## Summary

---

The aim of this article is to discuss the main effects of the judicialization of healthcare on the balance of the supplementary healthcare system. To meet this objective, an exploratory study was carried out, analyzing secondary data. As a result, it was possible to reflect on the possibility of using alternative means to resolve conflicts and ensure the economic and financial balance of the supplementary health system. The results show that in the current situation of high levels of judicialization of contractual relations in supplementary healthcare, means of conflict resolution such as mediation, conciliation and arbitration can be used to reduce judicialization and expand dialogue between the agents in conflict.

## Key-words

---

Judicialization, Supplementary Health, Economic-financial balance, Right to health.

## Contents

---

1. Introduction. 2. Meta Research Question. 3. Theoretical Framework. 3.1 Supplementary Health. 3.2 A Quick Overview of Law no. 9.656/98. 3.3 Regulation of Supplementary Healthcare Operations by the ANS. 3.4 The Financial Scenario for Operators. 3.5 The Judicialization of Health. 3.6. Alternative Means of Conflict Resolution to Judicialization. 4. Methodological Procedures. 5. Results. 6. Conclusions. 13. Bibliographic References.



## **Sinopsis**

---

### **El impacto de la judicialización en los operadores complementarios de salud**

#### **Luiza Gouvêa de Sousa**

Postgrado MBA en Seguros y Reaseguros por la Escuela de Negocios y Seguros (ENS-SP).

[luizagouvea@gmail.com](mailto:luizagouvea@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6653-2209>

#### **Edval da Silva Tavares**

Doctor en Ingeniería de Producción por el Departamento de Ingeniería de Producción de la Escuela Politécnica de la Universidad de São Paulo, Profesor y Coordinador de la Escuela de Negocios y Seguros (ENS-SP).

[edvaltavares@ens.edu.br](mailto:edvaltavares@ens.edu.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1859-3049>

#### **Angélica Carlini**

Doctora en Derecho por la Universidad Presbiteriana Mackenzie. Posdoctorado en Derecho Constitucional por la PUC/RS. Abogada, perito, consultora y conferencista en Derecho de Seguros y Salud Complementaria. Profesora en IBMEC, Escola de Negócios e Seguros y Universidade Paulista – UNIP.

[angelicacarlina@carliniadvogados.com.br](mailto:angelicacarlina@carliniadvogados.com.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6531-3062>

## **Resumen**

---

El objetivo de este artículo es discutir los principales efectos de la judicialización de la asistencia sanitaria sobre el equilibrio del sistema sanitario complementario. Para alcanzar este objetivo, se llevó a cabo un estudio exploratorio, analizando datos secundarios. Como resultado, fue posible reflexionar sobre la posibilidad de utilizar medios alternativos para resolver conflictos y garantizar el equilibrio económico y financiero del sistema sanitario complementario. Los resultados muestran que, en la situación actual de elevada judicialización de las relaciones contractuales en la sanidad complementaria, se pueden utilizar medios de resolución de conflictos como la mediación, la conciliación y el arbitraje para reducir la judicialización y aumentar el diálogo entre los agentes en conflicto.

## **Palabras-clave**

---

Judicialización, Salud Suplementaria, Equilibrio Económico-financiero, Derecho a la Salud.

## **Síntesis**

---

1. Introducción. 2. Pregunta de Meta Investigación. 3. Marco Teórico. 3.1 Salud Complementaria. 3.2 Breve Reseña de la Ley nº 9.656/98. 3.3 Regulación de las Operaciones de Salud Suplementaria por la ANS. 3.4 El Escenario Financiero de los Operadores. 3.5 La Judicialización de la Salud. 3.6 Medios de Resolución de Conflictos alternativos a la Judicialización. 4. Procedimientos Metodológicos. 5. Resultados. 6. Conclusiones. 7. Referencias Bibliográficas.



## 1. Introdução

O acesso aos meios de assistência à saúde desempenha um papel crucial na melhora da qualidade de vida, no desenvolvimento humano e no crescimento econômico de um país. Países mais desenvolvidos, geralmente, possuem sistemas de saúde pública robustos e acessíveis, embora haja variação na forma da constituição desses sistemas. Muitos países desenvolvidos financiam seus sistemas de saúde por meio de uma combinação de recursos públicos e privados. O financiamento público ajuda a garantir o acesso universal, enquanto o setor privado pode oferecer opções adicionais para quem deseja atendimento mais rápido ou comodidades extras.

No Brasil, a saúde é um direito garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), promulgada em 05 de outubro de 1988. O CAPÍTULO II – DA SEGURIDADE SOCIAL, a SEÇÃO II – DA SAÚDE, estabelece premissas legais, sociais e morais sobre esse direito de todos os cidadãos brasileiros. O artigo 196 da Constituição Federal determina que o acesso à saúde é direito de todos e dever do Estado a ser garantido por meio de políticas sociais, ou seja, políticas públicas subsidiadas por recursos decorrentes da arrecadação de tributos.

Contudo, a Constituição Federal permitiu que a atividade de saúde fosse livre para a iniciativa privada, de forma que as operadoras de saúde possam oferecer serviços para acesso à saúde para as pessoas – individual ou coletivamente – que queiram contratar. O sistema de saúde suplementar atende, na atualidade, cerca de 51 milhões de brasileiros por meio de mais de 600 operadoras de saúde nas modalidades de medicina de grupo, seguradoras, cooperativas médicas, autogestão e filantropia.

No entanto, o sistema de saúde suplementar tem enfrentado dificuldades relevantes, como o aumento dos custos médicos e hospitalares, a regulação complexa e suas constantes alterações, a longevidade da população, o aumento da complexidade dos tratamentos e exames, entre outros. A esses fatores que preocupam muitos sistemas de saúde públicos e privados em todo o mundo, soma-se outro que é bastante relevante no Brasil: a judicialização.

Há pelo menos duas décadas, as decisões judiciais interferem decisivamente no equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de saúde suplementar, em especial para decretar a não aplicação de cláusulas e resoluções normativas oriundas do órgão regulador, por interpretar que são cláusulas abusivas ou desvantajosas para os beneficiários. Há ainda os casos de beneficiários que, ao perderem o vínculo com o empregador sem nunca terem contribuído pela mensalidade do plano, são mantidos vitaliciamente no contrato coletivo empresarial em razão de interpretação extensiva do poder judiciário.

O resultado é um cenário em que o aumento do valor das mensalidades nem sempre é acessível para estipulantes e beneficiários e, por consequência, se torna causa de conflitos que são levados para o poder judiciário. O resultado é a insegurança jurídica e o risco de desequilíbrio econômico-financeiro dos contratos de planos e seguros saúde, com a tendência de um modelo de negócio insustentável nos próximos anos.



## 2. Pergunta da Pesquisa

Como equacionar o problema do desequilíbrio econômico-financeiro gerado pela judicialização no sistema de saúde suplementar?

## 3. Referencial Teórico

A relação entre operadoras de saúde, beneficiários e estipulantes é regida por contratos que, por sua vez, cumprem regras legais e infralegais, as primeiras que emanam da Lei n. 9.656, de 1998, e as demais publicadas pelo órgão regulador do setor, que é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No entanto, a perspectiva legal e jurídica não é a única a ser considerada na análise dos problemas decorrentes da judicialização, porque os aspectos econômico-financeiros e atuariais são de grande relevância, na medida em que deles decorre a estruturação técnica indispensável para que a atividade-fim das operadoras – garantir o acesso à saúde para os contratantes –, seja viável economicamente e solvente.

Os aspectos de gestão são igualmente relevantes porque envolvem fatores externos que não são gerenciados pelas operadoras de saúde, como acontece com os preços de medicamentos, dispositivos médico-implantáveis, valores cobrados por prestadores de serviços hospitalares, de exames clínicos e de imagens. As operadoras só têm algum controle sobre esses preços quando utilizam rede própria, mas, mesmo nesses casos, alguns itens continuam sendo precificados sem nenhuma ingerência das operadoras, como acontece, por exemplo, com os medicamentos.

Assim, a área da saúde suplementar e o fenômeno da judicialização, que nela interfere de forma direta e recorrente, não são apenas temas do Direito, mas envolvem, necessariamente, aspectos de outras áreas do conhecimento que precisam dialogar de forma sistemática e organizada para que os objetivos sejam atendidos em conformidade com a lei, a regulação e os contratos.

### 3.1 Da Saúde Suplementar

De acordo com dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, computaram-se no Brasil, em março de 2024, cerca de 51.035.365 beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia. Desses, 36.068.035 estão alocados em planos com modelo de contratação coletivo empresarial. Existem, ainda, 32.734.438 beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos, dos quais 23.459.784 estão em planos coletivos empresariais.

Os números demonstram a relevância social do setor e, ao mesmo tempo, comprovam que o setor público não conseguiu atender com eficiência a área da saúde.

Marques (2010) afirma que, no Brasil, foi estruturado um sistema de saúde privado com o objetivo de gerar lucro, ao mesmo tempo em que oferece aos consumidores serviços de qualidade e a possibilidade de escolher livremente entre diferentes opções.



Ademais, a quantidade de contratos firmados por beneficiários e estipulantes junto às operadoras de saúde demonstra que a qualidade e a liberdade de escolha foram bem recepcionadas, há demanda para contratação de saúde suplementar, mesmo em um país cuja saúde pública é universal e integral sem pagamento de contrapartida direta.

Se, mesmo tendo acesso à saúde pública sem contrapartida direta, cinquenta e um milhões de pessoas optaram por contratar saúde suplementar, trata-se de um aspecto relevante para a construção de análise crítica, porque demonstra que a população não está satisfeita com os serviços de saúde pública e, ao mesmo tempo, entende a saúde suplementar como uma alternativa satisfatória e desejável.

### **3.2 Uma Rápida Visão da Lei Nº 9.656/98**

A Lei nº 9.656/98, mais conhecida como a “Lei dos Planos de Saúde – LPS”, foi publicada em 04 de junho de 1998 e dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Essa lei foi alvo de sucessivas alterações legais. A LPS determina que devem ser compreendidas como assistência à saúde as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde.

A atividade de saúde suplementar é restrita a pessoas jurídicas de direito privado, as quais, para obter autorização de funcionamento, devem cumprir os requisitos predeterminados no artigo 8º da lei, além da regulação da ANS.

A lei instituiu o plano-referência de assistência à saúde como obrigatório para ser oferecido aos contratantes por todas as operadoras de saúde. Permitiu ainda que as operadoras oferecessem planos com cobertura ambulatorial ou hospitalar, este último com a possibilidade de incluir a obstetrícia. A segmentação é bastante reduzida, e, na atualidade, o aumento exponencial da procura por acesso a consultas e exames clínicos realizados por policlínicas ou pela comercialização de cartões de desconto dimensiona que há demanda para maior segmentação que acompanhe as diferentes faixas de renda da população, as diferentes faixas etárias e a diversidade regional do país, que torna diferenciadas as necessidades da população.

Outro aspecto relevante da legislação foi a criação de política específica para a manutenção, nos contratos coletivos empresariais, de aposentados e demitidos que atendam às especificidades determinadas pelo regulador. Embora tenha sido uma proposta com potencial de atender os anseios dos beneficiários, tornou-se um ponto de conflito em razão da necessidade de que os aposentados tenham contribuído para o pagamento das mensalidades durante período regular fixado em lei, o que nem sempre é perfeitamente compreendido pelos aposentados. Quanto aos demitidos, os prazos de limite de permanência também se constituem em ponto de conflito, em especial quando existem beneficiários em tratamento e que não desejam mudar o prestador de serviço médico e/ou hospitalar.



Importante destacar, ainda, que o artigo 24 da Lei de Planos de Saúde prevê que, se uma operadora apresentar insuficiência nas garantias de equilíbrio financeiro ou anormalidades administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar intervenção, técnica ou fiscal, e, se necessário, proceder à liquidação da operadora com a migração de seus beneficiários para outros planos ou seguradoras que possam atender à demanda e impedir a descontinuidade do atendimento.

### **3.3 A Regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar**

Conforme destaca Pitrobon et al. (2007), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem por objetivo regular e fiscalizar o setor de saúde suplementar, na defesa do interesse público. Essa é, aliás, a expressa determinação do artigo 3º, da Lei 9.961/2000, que criou o órgão regulador da saúde suplementar.

A ANS, criada em 2000, é vinculada ao Ministério da Saúde, porém, sua atuação é marcada por acentuada autonomia, na medida em que, a exemplo de outras agências, possui independência política dos gestores, técnica, normativa, gerencial, financeira e orçamentária. Nohara (2007) explica que o regime especial da ANS confere autonomia em relação à administração, especialmente porque seus atos não podem ser revistos ou alterados pelo poder executivo. Além disso, a estabilidade de seus diretores, que possuem garantia de mandato determinado, garante em tese a proteção contra pressões político-partidárias oriundas do executivo.

No âmbito econômico-financeiro, a ANS criou controles para que as operadoras informem, periodicamente, seus resultados contábeis e financeiros, de forma a serem monitoradas, como uma medida de prevenção de desequilíbrio que possam ensejar a atuação sancionatória da agência, ou, a necessidade de intervenção.

No âmbito da assistência à saúde, temas estratégicos foram regulamentados para garantir a qualidade na atenção à saúde, como a criação e atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, instrumento essencial para a garantia da sustentabilidade e do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de saúde.



### **3.4 Cenário Financeiro das Operadoras**

De acordo com dados divulgados no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, pela Agência Nacional de Saúde, em 2023, as operadoras de planos de saúde tiveram um lucro líquido de R\$ 2 bilhões no primeiro semestre de 2023, representando 1,3% da receita total de quase R\$ 154 bilhões. Ainda segundo a ANS, as operadoras médico-hospitalares (principal segmento do setor) tiveram resultado negativo de R\$ 4,3 bilhões, considerando os meses de janeiro a julho de 2023. Esse prejuízo operacional foi compensado pelo resultado financeiro recorde de R\$ 5,9 bilhões, advindos principalmente da remuneração de suas aplicações financeiras, que acumularam ao final do período quase R\$ 105,7 bilhões (ANS, 2023).

O relatório emitido pela ANS, em setembro de 2023, evidencia que o desempenho negativo das operadoras decorre, principalmente, da sinistralidade, que, no segundo trimestre, alcançou o percentual de 89,2%, conforme demonstrado no **Gráfico 1**.

Esse resultado comprova que 89,2% das receitas advindas das mensalidades são utilizadas com as despesas assistenciais. Esse percentual está bastante distante da média aceitável para *break-even*, ou seja, para o limite técnico. O *break-even* é um indicador que serve para limitar os gastos com plano de saúde e que tem impacto direto no reajuste, principalmente nos contratos que possuem modelo de coletivo empresarial. O limite das despesas médicas deveria representar, no máximo, 70% do valor do contrato conforme Robba (2023).

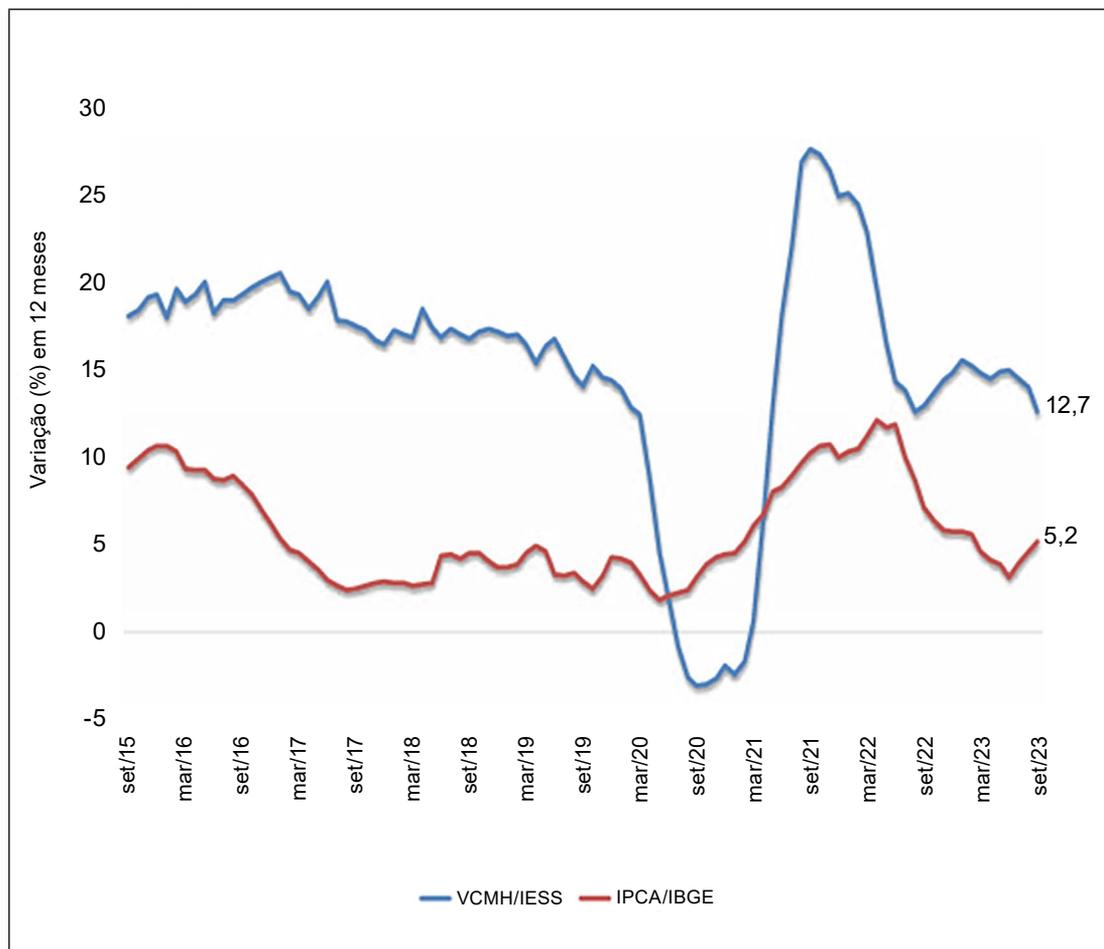
Quando a operadora de saúde estipula em contrato um limite técnico de 70%, ela considera que até esse percentual dos valores arrecadados em mensalidades sejam utilizados para pagamento das despesas assistenciais. O percentual remanescente, de 30%, será utilizado para custeio das despesas administrativas, carregamentos comerciais e lucro. Se um contrato exceder o percentual desejado, isso significa que a operadora está comprometendo os valores necessários para o pagamento de despesas administrativas e para o retorno do capital investido pelos acionistas.

Para garantir o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, as operadoras de saúde precisam reajustar anualmente as mensalidades dos planos. Essa prática é legal e monitorada pela ANS, que calcula os percentuais a serem aplicados aos planos individuais/familiares. Embora a ANS não interfira nos reajustes dos planos coletivos (empresariais/adesão), ela tem poder para monitorar os aumentos e exigir explicações quando necessário.

Os dados publicados sistematicamente pela ANS e os índices da variação do custo médico-hospitalar publicados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) demonstram que nem sempre as operadoras conseguem aplicar o aumento necessário para reequilibrar o contrato. Historicamente, a ANS nem sempre autoriza percentuais de aumento que acompanhem integralmente a inflação médico-hospitalar, como é possível verificar no Gráfico 2, em que a linha vermelha, representando a inflação médica por meio da Variação dos Custos Médicos e Hospitalares, está acima da linha azul que representa a inflação (IPCA/IBGE).



**Gráfico 2 – Reajuste anual e VCMH IESS**



Fonte: Milliman, 2023, <https://iess.org.br/vcmh/310-vcmhiess>, p.3.

Nota: A variação do IPCA é calculada utilizando-se o índice médio de doze meses relativamente aos 12 meses anteriores.

Como resultado, muitas operadoras deixaram de comercializar planos individuais e familiares, criando demanda reprimida. Segundo Yokoyama (2022, p. 11) “o plano coletivo empresarial é, historicamente, o que tem maior representatividade, seguido de longe pelo plano individual e o coletivo por adesão”. Essa afirmação, que pode ser comprovada com os dados disponibilizados pela ANS na Sala de Situação, demonstra que a inflexibilidade na aplicação de aumento de mensalidades não beneficiou o consumidor, porque criou barreira de entrada para oferta de planos e seguros individuais e familiares.



Para os planos empresariais e coletivos por adesão, o reajuste depende de negociação entre as partes contratantes, à luz dos dados de sinistralidade verificados ao longo do ano. Porém, nem sempre os estipulantes, especialmente os empresariais, têm condições objetivas para assumir os reajustes propostos. As negociações anuais de reajuste são, quase sempre, difíceis e conflituosas, visto que o orçamento dos contratantes é restrito, os custos com despesas assistenciais são altos e, em consequência, há pouca margem para negociação.

Considerando as dificuldades para reajustar as mensalidades em percentuais satisfatórios para o equilíbrio econômico-financeiros dos contratos, as operadoras entenderam a necessidade de trabalharem melhor a gestão de saúde dos contratos. Do outro lado, os clientes empresariais, que possuem a maior parte de representação de vidas nas operadoras, também passaram a buscar apoio junto às consultorias de saúde com o intuito de terem seus contratos gerenciados adequadamente.

De ambos os lados, operadoras e estipulante coletivos empresariais, o intuito é o mesmo: buscar ações que possam garantir equilíbrio econômico-financeiro, por meio de combate ao desperdício, às fraudes, e com ações de prevenção e estímulo a práticas saudáveis.

### **3.5 A Judicialização da Saúde**

A justiça é um valor fundamental em qualquer sociedade democrática e busca garantir a igualdade de tratamento e a proteção dos direitos individuais e coletivos. No contexto da saúde, o acesso à justiça se torna necessário quando há conflito e dificuldade no acesso aos serviços e recursos de tratamentos adequados.

Com a promulgação da Constituição de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”, o Brasil passou a garantir vários direitos sociais, incluindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A partir desse marco, o judiciário começou a ser visto não apenas como um meio de resolver conflitos entre particulares, mas também como um instrumento para a efetivação de direitos sociais. Essa transformação na percepção e no papel do judiciário impulsionou um aumento significativo no número de ações judiciais relacionadas a esses direitos.

Menezes (2021) afirma que no período entre 2008 e 2017 houve um aumento de 130% de demandas judiciais na área da saúde no Brasil. Esse fenômeno pode ser chamado de judicialização e está associado a deficiências nos sistemas de saúde público e privado, que não conseguem atender de maneira satisfatória à demanda da população, fazendo com que os cidadãos busquem acesso à saúde pela via judicial. Além disso, esse crescimento parece refletir o alargamento da perspectiva dos cidadãos sobre seus direitos.



Existem muitos conflitos que levam à judicialização da saúde, geralmente surgem devido à insuficiência ou à ineficácia das políticas públicas de saúde, bem como à negativa de cobertura por parte de planos de saúde privados. Cicci (2023) noticia que a rotina de profissionais da saúde e pacientes enfrenta desafios, tais como aumento de custos, novas tecnologias, longevidade da população, efetividade e segurança dos tratamentos, fraudes e judicialização. O contexto pós-pandêmico exige ajustes em todo o sistema para adaptação a um cenário em transformação.

As operadoras de saúde têm buscado uma gestão mais eficiente dos contratos, visando a melhoria da utilização. Porém, um fator de desequilíbrio econômico-financeiro são as decisões judiciais, que determinam que as operadoras disponibilizem serviços de saúde que não haviam sido expressamente contratados. Ramalho (2016) afirma que existe um controle judicial indireto, por meio do qual a norma regulatória é desconsiderada por força das decisões da justiça.

Não é incomum nos depararmos com situações em que as operadoras são obrigadas a manterem os beneficiários no contrato mesmo após perderem o vínculo empregatício com o estipulante, ainda que nunca tenham contribuído com a mensalidade do plano. Nesses casos, há uma interpretação equivocada da RN 488/2022, que dispõe sobre os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

Sabendo que essas práticas existem por parte do judiciário, o cenário resulta em beneficiários que ingressam com demandas judiciais para requerer que as cláusulas sejam interpretadas em seu favor, pretendendo a extensão da prestação da assistência à saúde para parâmetros além dos contratados e pagos.

### **3.6 Meios Alternativos à Judicialização para Resolução de Conflitos**

Apesar da judicialização trazer soluções individuais, é notório que a transferência de decisões de grande impacto político ou social para o poder judiciário pode alterar significativamente o cenário de equilíbrio econômico-financeiro imprescindível para a solvência e liquidez das operadoras de saúde no Brasil. Chaves (2020) ressalta que o aumento do número de processos judiciais relacionados à saúde no Brasil tem sobrecarregado o sistema judiciário, evidenciando a falha do Estado em resolver conflitos e promover a pacificação social.

Nesse contexto, os meios alternativos de resolução de conflitos se apresentam como possibilidade de acesso a uma decisão justa em tempo razoável, conforme previsto na legislação e, fortemente recomendado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).



Carlini (2012) evidencia que:

Se o aumento da judicialização é uma perspectiva concreta, é necessário refletir sobre alternativas que possam diminuir a incidência do fenômeno e, ao mesmo tempo, despertar na sociedade brasileira contemporânea para a busca de soluções mais rápidas que as decisões judiciais, levando em consideração a dimensão política do problema de saúde, que exige, na maioria das vezes, soluções coletivas. (Carlini, 2012, p. 148).

Carlini (2012) acrescenta, ainda, que é um sinal de maturidade política de uma sociedade organizada a busca por soluções de conflitos por mecanismos não judiciais. Isso porque as soluções mediadas priorizam o diálogo e levam em consideração os argumentos das partes, em lugar de aguardar por uma solução de terceiro, o magistrado, que nem sempre terá condições de avaliar as dimensões do impacto de sua decisão para toda a sociedade.

O efeito sistêmico das decisões judiciais ainda tem sido pouco estudado no Brasil, em especial na área do Direito, porque são estudos quantitativos e para os quais os operadores do Direito têm pouca disposição investigativa. Mas, ainda que sem estudos sistematizados, a experiência demonstra que o aumento da judicialização na área da saúde pública e privada, no Brasil, decorre do fato de que a maioria dos requerentes tem sucesso em seus pleitos, o que estimula muitas outras pessoas a buscarem os mesmos resultados com novas ações judiciais. Nessa perspectiva, o estudo da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, publicado em março de 2023, sobre a judicialização da saúde suplementar no Estado de São Paulo, fornece evidências suficientes sobre o embasamento das decisões judiciais e a recorrência delas a partir da experiência positiva de outros requerentes<sup>1</sup>.

Segundo Da Costa (2023), o poder judiciário brasileiro tem demonstrado compromisso em buscar soluções para os conflitos. A implementação da Lei 13.105/2015 foi um marco importante nesse sentido, porque regulou a resolução alternativa de conflitos por meio de conciliação, mediação e arbitragem.

Mengati (2020), ressalta que tanto a conciliação quanto a mediação são meios de solução consensual de conflitos, intermediados por um terceiro neutro e imparcial. Na conciliação, esse terceiro é denominado conciliador e ela ocorre em casos em que não existe vínculo anterior entre as partes, sendo vedado qualquer tipo de constrangimento entre os envolvidos. Já a mediação ocorre nos casos em que existe um vínculo anterior entre as partes.

---

<sup>1</sup> WANG, Daniel. *A Judicialização da Saúde Suplementar*. Recuperado em 03 setembro, 2024, de <https://repositorio.fgv.br/items/6961674d-aae8-428e-94ef-3349048c0f1f>.



De acordo com Faza e Salles (2019), a mediação é um método de negociação conduzido com apoio de um terceiro neutro, que colabora com duas ou mais partes em disputa, ajudando-as a encontrar uma solução consensual e satisfatória para resolver o impasse, seguindo um modelo de cooperação. Eles ressaltam que no processo de mediação não há proposição de soluções por quem está mediando, apenas há o estímulo e assistência no processo, facilitando a comunicação humana. A postura do terceiro devolve o protagonismo aos envolvidos bem como a autoria das soluções para o conflito.

Outro meio de resolução de conflito é a arbitragem. Rezek (1998) a define como um mecanismo extrajudicial em que as partes envolvidas em um conflito selecionam, por consenso, um árbitro, que pode ser uma pessoa sem formação jurídica ou que não exerça a função de juiz, para analisar a questão. Esse árbitro, de forma técnica, emite uma decisão final sobre o problema, que tem caráter vinculativo e definitivo.

Por fim, cumpre analisar se a Notificação de Investigação Preliminar (NIP) e a Junta Médica, ambas reguladas por normas infralegais da ANS, têm sido tratadas por alguns autores, como instrumentos de solução de conflitos entre as partes contratantes no âmbito da saúde suplementar. A ANS, afirma que a NIP é um instrumento de solução de conflitos, o que, no entanto, não é um tema pacífico entre os estudiosos.

No âmbito da NIP, embora os resultados sejam positivos para solução dos conflitos, é temerário considerá-la como tal porque, a rigor, ela é um procedimento introdutório para que o regulador decida se deve punir a operadora com aplicação de multa. Quando a operadora oferece argumentos para justificar sua decisão e eles não são aceitos pelo beneficiário, o regulador decide se será aceito o argumento ou se a operadora deverá ser punida com aplicação de multa, o que, por certo, é bem diferente da ideia de uma solução de conflito pela via do diálogo ou da criação conjunta das partes por uma solução que atenda às suas necessidades. Nesse sentido, as NIPs têm sido até mal utilizadas, pois sabe-se que poderão gerar punição para a operadora, o que induz o contratante a utilizar o instrumento como forma de pressão e não para solução dialogada.

É certo que a ANS considera e apresenta a NIP como um instrumento de solução de conflitos, mas a realidade para as operadoras é bem diferente. Cada NIP é uma ameaça de custos em razão da possibilidade da aplicação de multas, o que distancia muito de uma solução consensual do conflito.

Já a junta médica tem características diferentes porque viabiliza a escolha do profissional em comum acordo entre os médicos que atuam para a operadora e para o beneficiário do plano ou seguro saúde, e permite que o médico escolhido realize consulta com o beneficiário, proponha novos exames e abordagens clínicas que poderão apresentar soluções que não haviam sido consideradas pelas partes.



Fernanda Tartuce<sup>2</sup> define mediação como

(...) meio consensual de abordagem de controvérsias em que alguém imparcial atua para facilitar a comunicação entre os envolvidos e propiciar que eles possam, a partir da percepção ampliada dos meandros da situação controvertida, protagonizar saídas produtivas para os impasses que os envolvem (Tartuce, 2024, p. 175).

Luiz Antonio Scavone Junior<sup>3</sup> afirma que o mediador “busca neutralizar a emoção das partes, facilitando a solução da controvérsia sem interferir na substância da decisão dos envolvidos (Scavone, 2023, p. 265)”. E destaca que a mediação se torna útil quando o conflito entre as partes “desborda dos interesses financeiros em discussão que, muitas vezes, são, apenas, o pretexto para disputas emocionais que extrapolam o contexto aparente do conflito”.

A junta médica não se constitui em modelo típico de mediação, porque o médico escolhido pela operadora de saúde e pelo médico assistente do paciente-beneficiário, ao proferir sua opinião técnica sobre o tratamento ou procedimento recomendado por um dos profissionais e recusado por outro, muitas vezes se alinha à posição de um e recusa a do outro. Além disso, sua opinião técnica pode diferir da opinião de seus colegas de profissão, o que cria outra possibilidade a ser considerada por todos, especialmente pelo paciente-beneficiário, na tomada de decisão. Diogo A. Rezende de Almeida e Fernanda Paiva<sup>4</sup> afirmam que, na mediação, o mediador deve garantir o respeito aos princípios fundamentais e conduzir o processo com imparcialidade, diligência e confidencialidade. Além disso, é crucial que o mediador conquiste a confiança dos participantes, o que depende de sua reputação e da forma como conduz as sessões.

Na junta médica, o médico é escolhido de comum acordo pelo auditor da operadora de saúde e pelo médico assistente do paciente-beneficiário, a partir da análise das competências técnicas que ele possui para opinar naquele caso específico. E é nesse aspecto que reside sua capacidade de orientar as partes para uma solução, ou seja, o fato de ter merecido a confiança do médico do beneficiário do plano ou seguro saúde e, do auditor da operadora.

<sup>2</sup> Tartuce, F. (2024). *Mediação nos Conflitos Cíveis* (7ª ed.). Gen Método.

<sup>3</sup> Scavone Junior, L. A. *Arbitragem, Mediação, Conciliação e Negociação* (11ª ed.). Gen Forense.

<sup>4</sup> Almeida, D. A. R. & Paiva, F. (2017). *Dinâmica da Mediação: Atores*. In Almeida, T., Pelajo, S., Jonathan, E. (Coordenadores). *Mediação de Conflitos*. JusPodivm.



Apesar de ser extremamente importante o indivíduo ter o conhecimento dos seus direitos e lutar por eles, a ideia equivocada de que a garantia dos direitos só ocorre por meio das vias judiciais traz impactos relevantes que devem ser avaliados antes de a justiça ser acionada. Os meios alternativos para resolução de conflitos podem ser de extrema valia nesse sentido, porque reduzem custos de transação, aumentam a compreensão dos argumentos das partes umas em relação às outras e, principalmente, permitem a colaboração entre elas na busca de soluções possíveis, concretas e em curto espaço de tempo.

#### **4. Procedimentos Metodológicos**

Esta pesquisa foi construída a partir de revisão bibliográfica e com perspectiva qualitativa, (Gil, 2010). A pesquisa buscou identificar as características do mercado de saúde suplementar e apresentar o que os principais autores analisam a respeito de possibilidades para a minimização da judicialização da saúde e de seus impactos, especialmente nos custos das mensalidades dos planos e seguros saúde. Nesse sentido Freitas e Jabbour (2011) explicam que, na abordagem qualitativa, a pesquisa é centrada na identificação das características das situações, organizações e eventos.

A pesquisa utilizou, ainda, dados sistematizados pela ANS, a partir de informações obtidas das operadoras de saúde suplementar, em especial sobre sinistralidade e aumento dos custos de despesas médico-hospitalares.

Com essas duas fontes – revisão bibliográfica e dados da ANS –, foi possível definir o quadro exploratório – judicialização da saúde suplementar no Brasil – e refletir sobre a aplicabilidade de meios alternativos de solução de conflitos como vetor de redução da judicialização da saúde suplementar.

#### **5. Resultados**

O sistema de saúde suplementar desempenha um papel relevante para 51 milhões de pessoas que vivem no Brasil, o que representa quase um quarto de toda a população do país. O equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de saúde é essencial para a sustentabilidade de todo o sistema e, de forma sistêmica, é essencial também para os beneficiários e contratantes.

A judicialização tem um impacto significativo nesse equilíbrio, como evidenciado por Menezes (2021), que relatou um aumento de 130% nas demandas judiciais relacionadas à saúde no Brasil em uma década. Esse percentual indica que o problema é grave, afeta muitos planos e seguros saúde em todo o país, e precisa de soluções imediatas sob pena de que a solvência das operadoras possa ser irremediavelmente abalada por essa externalidade negativa, que é a decisão do poder judiciário aplicada à concessão de procedimentos, eventos e medicamentos não relacionados previamente como riscos predeterminados do contrato e, para os quais, não foram efetuados cálculos atuariais e nem formados fundos mútuos com capacidade para subsidiar as despesas assistenciais. Em outras palavras, decisões judiciais impactam nos fundos mútuos e, por consequência, nos percentuais de reajuste anual



do valor das mensalidades, o que beneficia aqueles que se utilizaram da demanda judicial, porém desfavorece todos os demais beneficiários que participam da mutualidade.

Além disso, o efeito sistêmico das decisões judiciais se concretiza no fato de que outros beneficiários são estimulados a buscar soluções individuais pela via do poder judiciário, tornando a exceção – decisão por terceiro não afeto ao contrato – uma regra, o que descaracteriza significativamente os pressupostos que embasam as relações jurídicas e econômico-financeiras dos contratos de saúde suplementar.

Este estudo investiga alguns meios alternativos de resolução de conflitos que podem contribuir para prevenir o desequilíbrio econômico-financeiro causado pela judicialização no sistema de saúde suplementar. Conciliação, mediação, arbitragem, NIPs e junta médica são possibilidades que podem ser muito mais utilizadas no âmbito dos conflitos em saúde suplementar, tanto para trazer soluções mais rápidas, como para ampliar o diálogo e a compreensão das partes sobre sua participação na mutualidade, sobre as responsabilidades, deveres e direitos decorrentes dessa participação.

Estes estudos preliminares indicam que a adoção desses métodos oferece benefícios substanciais, incluindo alívio do judiciário, economia de recursos, resolução mais rápida de disputas, preservação de relacionamentos interpessoais, soluções personalizadas e prevenção de litígios futuros.

## 6. Conclusões

A conscientização da sociedade quanto aos seus direitos e garantias na esfera da cidadania é válida e de extrema importância. Contudo, é necessário que a solidariedade social, princípio da Constituição Federal brasileira, seja moldada de forma coletiva e não considere a busca por soluções individuais, por exemplo, por meio de decisões judiciais, como a melhor solução ou aquela à qual se deve recorrer de forma contumaz.

A judicialização da saúde no Brasil, embora seja uma solução para situações específicas, também impõe desafios e impactos negativos para o sistema de saúde suplementar e, conseqüentemente, para os beneficiários e contratantes. Assim, a utilização de meios alternativos de solução de conflitos no contexto da saúde no Brasil é indicada porque pode contribuir para a construção de maior diálogo entre as partes e, para a construção de soluções mais rápidas, com menor custo e que viabilizem menor desgaste para os envolvidos.

Em suma, os meios alternativos de solução de conflitos podem desempenhar papel relevante na promoção de um sistema de saúde suplementar mais eficiente, acessível e equilibrado, com soluções justas e sustentáveis que beneficiem não apenas os envolvidos diretamente, mas também todos os participantes do sistema.



## 7. Referências Bibliográficas

- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2023). *ANS divulga dados econômico-financeiros relativos ao 2º trimestre de 2023*. GOV.BR. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-relativos-ao-2o-trimestre-de-2023>.
- Almeida, D. A. R. & Paiva, F. (2017). Dinâmica da Mediação: Atores. In T. Almeida, S. Pelajo, & E. Jonathan (Coords.), *Mediação de Conflitos* (pp. 257). Salvador: JusPodivm.
- Brasil. (2022). *RN nº 488, de 29 de março de 2022*. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-488-de-29-de-marco-de-2022-389908639>.
- Brasil. (1998). *Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado em 10 setembro, 2024, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm).
- Brasil. (2002). *Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2002*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Recuperado em 10 setembro, 2024, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm).
- Calixto, A. J., Amorim, R. A. & de Carvalho, L. C. (2020). Controle de convencionalidade e ativismo judicial: o papel do Judiciário como garantidor de direitos humanos. *Revista Videre*, 12(23), 36-59. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/videre/article/view/11120/5921>
- Carlini, A. L. (2012). Judicialização da saúde no Brasil: causas e possibilidades de solução. São Paulo. A Saúde Pública no Brasil. Recuperado de [Judicialização da saúde no Brasil: causas e possibilidades de solução \(mackenzie.br\)](http://www.saudepublica.org.br/judicializacao-da-saude-publica-no-brasil-causas-e-possibilidades-de-solucao)
- Chaves, V. C. B. (2020). *A judicialização e a utilização da mediação nos conflitos em saúde*. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://repositorio.ufersa.edu.br/server/api/core/bitstreams/6448ff67-872f-4cc7-86ed-fe452ecbb00b/content>.
- Cicci, L. C. (2023). *Futuro da judicialização da saúde tem perspectiva de aumento no Brasil*. CNJ.JUS.BR. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://www.cnj.jus.br/futuro-da-judicializacao-da-saude-tem-perspectiva-de-aumento-no-brasil/>.
- Da Costa, A. S. B. (2023). A judicialização da saúde e a mediação como forma alternativa de soluções de conflitos: estudo de caso CAMEDS. *Acesso à justiça*. 23 a 26 de outubro de 2023, Brasília, Brasil. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://enajus.org.br/wp-content/uploads/2023/10/costa-a-judicializacao-da-saude-e-a-mediacao-como-forma-alternativa-de-solucao-de-conflitos.pdf>Entenda o reajuste dos planos de saúde.
- Faza, G., & Salles, S. (2019). Conciliação ou mediação? O facilitador diante da complexidade dos conflitos. *Conhecimento e Diversidade*, 11(25), set./dez. Recuperado em 10 setembro, 2024, de [https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento\\_diversidade/article/view/6623](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento_diversidade/article/view/6623).



Freitas, W. R. S. & Jabbour, C. J. C. (2011). Utilizando estudo de casos como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo e Debate*, 18(2), 07-22.

GIL, Antônio Carlos. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5ª ed). Atlas.

Marques, C. L. (2010). Solidariedade na doença e na morte: sobre a necessidade de “ações afirmativas” em contratos de planos de saúde e de planos funerários ao consumidor idoso. In I. W. Sarlet (Ed.), *Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado* (3ª ed., pp. 183). Livraria do Advogado.

Menezes, M. d. F. (2021). O Equilíbrio da Judicialização e as Políticas Públicas de Saúde: Uma Pesquisa sobre os desafios empíricos para o cumprimento das tutelas judiciais de internação hospitalar na rede pública de saúde. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/23572/Mariana%20Menezes%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Mengati, A. P. E. (2020). Meios alternativos de solução de conflitos: conciliação, mediação e arbitragem no contexto jurídico brasileiro. Brasília. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14825/1/Ana%20Mengatti%2021554098%20%282%29.pdf>.

Nohara, I. P. (2007). *Direito Administrativo* (4ª ed., p. 127). Atlas.

Pitrobon, L., do Prado, M. L. & Caetano, J. C. (2007, November 13). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor.

Ramalho, B. A. (2016). A Interface institucional entre a ANS e o Poder Judiciário: análise de acórdãos sobre a cobertura de emergências médicas em planos de saúde (pp. 122-144). *Revista de Direito Sanitário*.

Rezek, J. F. (1998). *Direito Internacional Público: curso elementar*, (7ª ed.). Saraiva.

Robba, D. (2019). Reajustes dos Planos e Seguros de Saúde Coletivos. *Jusbrasil*. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/reajustes-dos-planos-e-seguros-de-saude-coletivos/1812956902>.

Scavone Junior, L. A. (2023). *Arbitragem, Mediação, Conciliação e Negociação* (11ª ed.). Gen Forense. Tartuce, F. (2024). *Mediação nos Conflitos Cíveis* (7ª ed.). Gen Método.

Yokoyama, E. K. (2022). *Estratégias para redução da alta sinistralidade no mercado de saúde suplementar no Brasil*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Política, Economia e Negócios, Osasco. Recuperado em 10 setembro, 2024, de <https://repositorio.unifesp.br/items/655a3d8f-303b-4f1b-930d-4516a9eb54e0>

