



A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR:

uma análise empírica da jurisprudência de
1ª e 2ª instâncias do Tribunal de
Justiça de São Paulo

 **FGV DIREITO SP**
ESCOLA DE
DIREITO
DE SÃO PAULO

AUTORIA

Daniel Wei Liang Wang (Coordenador)

Professor da Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Doutor em Direito pela London School of Economics and Political Science (LSE). Mestre em Filosofia e Políticas Públicas pela LSE. Mestre em Direito pela Universidade de São Paulo (USP). Bacharel em Ciências Sociais pela USP. Bacharel em Direito pela USP. Foi Professor de Saúde e Direitos Humanos no Departamento de Direito da Queen Mary University of London e Research Postdoctoral Fellow no Departamento de Direito da LSE, onde lecionou Direitos Humanos. Entre 2016 e 2018, foi membro do Comitê de Ética em Pesquisa do National Health Service da Inglaterra. Atualmente, é membro do Comitê de Bioética do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo.

Ezequiel Fajreldines

Doutorando em Direito e Desenvolvimento na Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e pesquisador no Laboratório de Dados e Pesquisa Empírica. Concluiu o mestrado acadêmico também na FGV, elaborando pesquisa sobre o entendimento do Superior Tribunal de Justiça em relação a obrigação de fornecimento de home care por operadoras de planos de saúde.

Natália Pires de Vasconcelos

Doutoranda em Sociologia pela University of Georgia (UGA). Doutora em Direito pela Universidade de São Paulo (USP) e LLM pela Yale Law School (YLS). Bacharel em Direito e Ciências Sociais pela USP. Pesquisadora do Centro de Regulação e Democracia do Insper, São Paulo, onde foi professora assistente de direito entre 2019 e 2022. Senior Research Fellow junto ao Solomon Center for Health Law and Policy, YLS, e pesquisadora e membra fundadora do LAUT- Centro de Análise da Liberdade e Autoritarismo. Foi Fox Fellow junto ao MacMillan Center for International and Area Studies e student fellow junto ao Global Health Justice Partnership, ambos na Yale University. Foi professora visitante na University of St Gallen (2021) e Pesquisadora visitante junto a UGA School of Law (2021).

Ana Maria Malik

Professora titular da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Médica pela Faculdade de Medicina da USP (1978), Mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas - SP (1983) e Doutora em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1991), membro do conselho de gestão delegada - Serviço Social da Construção Civil, professora colaboradora e orientadora na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, membro do conselho da Associação Latina Para Análise dos Sistemas de Saúde, coordenadora do



FGVsaude da Fundação Getúlio Vargas – SP e diretora adjunta do PROAHSA da Fundação Getúlio Vargas – SP. Acadêmica da Academia Brasileira de Qualidade (ABQ) desde 2015. Membro do Comitê de Saúde do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) desde agosto de 2019. Acadêmica eleita para a Academy of Quality and Safety in Healthcare (IAQS) desde maio 2020. Participa do conselho do GENiE group (Global Educators Network for HealthCare Innovation Education) e fez parte do Advisory Panel on Value Based Healthcare, the Financing Future Innovation of Medicines and Health Investment LATAM – Economist Intelligence Unit (EIU). Visiting Scientist na Harvard School of Public Health – Health Systems Group, Global Health and Population 2018/19.

Bruno da Cunha de Oliveira

Mestrando em Direito e Desenvolvimento pela Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e graduado em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Cofundou e coordena o Observatório do Direito à Educação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Foi estagiário de inverno do O'Neill Institute for National & Global Health Law, aluno da Escola de Formação Pública da Sociedade Brasileira de Direito Público e estagiário no Departamento Jurídico XI de Agosto. Integrou a equipe editorial da Revista Acadêmica Arcadas e da Revista Acadêmica São Francisco.

Fernanda Mascarenhas de Souza

Mestre em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Concluiu dissertação sobre acesso judicial a tratamentos off-label e sem registro na ANVISA aplicando método de pesquisa de jurisprudência.

Jacqueline Leite de Souza

Graduanda em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Programa de Educação Tutorial PET Sociologia Jurídica e integrante da equipe editorial da Revista Acadêmica São Francisco.

Luísa Arantes

Mestre em Administração Pública e Governo pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e bacharel pela mesma escola. Foi bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, e pesquisadora visitante na Universitat Pompeu Fabra em Barcelona. Pesquisa a resposta de países a emergências em saúde, como a Hepatite C e a Covid-19, federalismo e políticas públicas.

Nathalia Molleis Miziara

Graduada e mestre em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Dissertação (mestrado): Regulação do mercado de medicamentos: a CMED e a política de controle de preços – Bolsista FAPESP. Especialista em Direito Processual Civil pela Escola Superior do Ministério Público de São Paulo.





FINANCIAMENTO

Essa pesquisa contou com financiamento da Rede de Pesquisa e Conhecimento Aplicado da FGV e com doação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). O conteúdo presente neste relatório é de responsabilidade única e exclusiva dos autores e não representa necessariamente o posicionamento das instituições que apoiaram financeiramente a pesquisa.



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Universo de decisões e classificação por cluster temático por ano de julgamento	27
Gráfico 2: Condenação da operadora – geral e por tema em 1ª instância	29
Gráfico 3: Condenação da operadora – geral e por tema em 2ª instância	30
Gráfico 4: Negativa de cobertura assistencial: condenação da operadora em 1ª instância por liminar e sentença.....	32
Gráfico 5: Negativa de cobertura assistencial: condenação da operadora em 2ª instância por agravo e apelação	33
Gráfico 6: Condenação da operadora, para Liminares e Sentenças, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento sem previsão contratual.....	50
Gráfico 7: Condenação da operadora, para Agravos e Apelações, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento sem previsão contratual.....	51
Gráfico 8: Condenação da operadora, para Liminares e Sentenças, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento fora do rol da ANS	53
Gráfico 9: Condenação da operadora, para Agravos e Apelações, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento fora do rol da ANS	53
Gráfico 10: Condenação da operadora x Ausência/Exclusão de previsão contratual e Tratamento fora do Rol da ANS.....	54
Gráfico 11: Entendimento do TJSP sobre Rol da ANS	55
Gráfico 12: Condenação da operadora, para Liminares e Sentenças, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento fora da rede credenciada.....	58
Gráfico 13: Condenação da operadora, para Agravos e Apelações, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento fora da rede credenciada.....	58
Gráfico 14: Argumento sobre Período de carência e de cobertura parcial temporária (CPT) x Condenação da operadora, para Liminares e Sentenças.....	60
Gráfico 15: Argumento sobre Período de carência e de cobertura parcial temporária (CPT) x Condenação da operadora, para Agravos e Apelações	61
Gráfico 16: Argumento sobre coparticipação x Condenação da operadora	64
Gráfico 17: Condenação da operadora em tipos de decisão em 1ª instância.....	70
Gráfico 18: Condenação da operadora em tipos de decisão em 2ª instância.....	71

Gráfico 19: Condenação da operadora em casos de 1ª Instância para questionamentos de reajuste por sinistralidade.....	72
Gráfico 20: Condenação da operadora em casos de 2ª Instância para questionamentos de reajuste por sinistralidade.....	72
Gráfico 21: Condenação da operadora em casos de 1ª Instância para questionamentos de reajuste por idade.....	73
Gráfico 22: Condenação da operadora em casos de 2ª Instância para questionamentos de reajuste por idade.....	73
Gráfico 23: Condenação da operadora para Liminares e Sentenças– 1ª Instância.....	80
Gráfico 24: Condenação da operadora por Agravo e Apelação – 2ª Instância.....	81
Gráfico 25: Condenação da operadora em ações que se referem a pedidos de ex-funcionários.....	83
Gráfico 26: Condenação da operadora em ações que se referem a pedidos de funcionários inadimplentes	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Clusters e desenho amostral – 1ª Instância.....	23
Tabela 2: Clusters e desenho amostral – 2ª Instância	23
Tabela 3: <i>Kappa</i> de Cohen – 2ª Instância.....	25
Tabela 4: Condições de Saúde x Condenação da operadora em 1a Instância	33
Tabela 5: Condições de Saúde x Condenação da operadora em 2a Instância	36
Tabela 6: Itens Pedidos x Condenação da operadora em 1a Instância	38
Tabela 7: Itens Pedidos x Condenação da operadora em 2a Instância	39
Tabela 8: Argumentos das operadoras x Condenação da operadora em 1a Instância.....	40
Tabela 9: Argumentos das operadoras x Condenações em 2a Instância	42
Tabela 10: Fundamentos jurídicos do tribunal x Condenação em 1a Instância	44
Tabela 11: Fundamentos jurídicos do tribunal x Condenação em 2a Instância.....	45
Tabela 12: Ausência ou Exclusão de previsão contratual x Tipo de pedido e Condenação da operadora – 1ª Instância.....	48
Tabela 13: Ausência ou Exclusão de previsão contratual x Tipo de pedido e Condenação da operadora – 2ª Instância.....	49
Tabela 14: Tratamento fora do Rol da ANS x Tipo de pedido e Condenação da operadora – 1ª instância.....	51
Tabela 15: Tratamento fora do Rol da ANS x Tipo de pedido e Condenação da operadora – 2ª instância	52
Tabela 16: Tratamento fora da Rede Credenciada x Tipos de pedido e Condenação da operadora – 1ª instância	56
Tabela 17: Tratamento fora da Rede Credenciada x Tipos de pedido e Condenação da operadora – 2ª instância	57
Tabela 18: Carência/CPT x Tipo de Pedido e Condenação da operadora – 1ª instância.....	61
Tabela 19: Carência/CPT x Tipo de Pedido e Condenação da operadora – 2ª instância.....	62
Tabela 20: Copagamento e pedidos x Tipo de pedido – 1ª instância.....	63
Tabela 21: Copagamento e pedidos x Tipo de pedido – 2ª instância	64

Tabela 22: Condenação da operadora e justificativas do Tribunal para não aceitar reajuste – 1ª instância	74
Tabela 23: Condenação da operadora e justificativas do Tribunal para não aceitar reajuste – 2ª instância	75
Tabela 24: Fundamentos jurídicos e condenação da operadora em 1ª instância	76
Tabela 25: Fundamentos jurídicos e condenação da operadora em 2ª instância	77
Tabela 26: Tipo de Beneficiário e Condenação da Operadora em 1ª Instância.....	81
Tabela 27: Tipo de Beneficiário e Condenação da Operadora em 2ª Instância	82
Tabela 28: Demandas contratuais para ex-funcionários e funcionários aposentados – 1ª instância	85
Tabela 29: Demandas contratuais para ex-funcionários e funcionários aposentados – 2ª instância	86
Tabela 30: Aspecto do contrato questionado por ex-funcionário/aposentado – 1ª instância.....	87
Tabela 31: Aspecto do contrato questionado por ex-funcionário/aposentado – 2ª instância.....	87
Tabela 32: Principais elementos de fundamentação do TJSP para decisões em casos de ex-funcionário/aposentado – 1ª instância	87
Tabela 33: Principais elementos de fundamentação do TJSP para decisões em casos de ex-funcionário/aposentado – 2ª instância	88
Tabela 34: Principais elementos de Fundamentação do TJSP para decisões em casos de beneficiário inadimplente – 1ª instância	90
Tabela 35: Principais elementos de Fundamentação do TJSP para decisões em casos de beneficiário inadimplente – 2ª instância	91

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE, JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A PESQUISA EMPÍRICA.....	13
METODOLOGIA	18
Coleta de casos e refinamento da base de dados.....	18
Classificação das decisões e amostragem	21
Codificação.....	24
RESULTADOS GERAIS.....	27
NEGATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL	32
Rol da ANS e exclusões contratuais.....	46
Rede de cobertura.....	55
Período de carência e de cobertura parcial temporária (CPT).....	59
Coparticipação.....	62
Conclusão.....	64
REAJUSTE DE MENSALIDADE	66
Conclusões	79
MANUTENÇÃO DO CONTRATO	80
Manutenção do plano para ex-funcionários.....	83
Beneficiário inadimplente	89
Conclusões	91
CONCLUSÕES GERAIS	93
REFERÊNCIAS	95



INTRODUÇÃO

O setor da saúde suplementar no Brasil é muito grande. Ele possui 49 milhões de usuários, cobrindo 25% da população brasileira¹. Isso é mais do que toda a população de Argentina e Espanha. O gasto assistencial do setor em 2021 somou R\$207 bilhões e foi significativamente maior que o orçamento do Ministério da Saúde no mesmo ano².

É um setor grande também em desafios, muitos deles de natureza regulatória, ou seja, quanto às normas jurídicas que disciplinam a atividade econômica e estabelecem direitos e deveres para usuários e operadoras de planos privados de saúde. Planos de saúde precisam ser regulados para garantir a proteção aos consumidores e a prestação adequada, contínua e tempestiva de serviços em um setor caracterizado pela essencialidade do produto (o cuidado à saúde), pela sua complexidade (são operações de compartilhamento de risco e proteção financeira) e pelas falhas de mercado, como a assimetria de informações entre operadoras e consumidores e a tendência de concentração do mercado em poucas empresas³.

A regulação do setor precisa equilibrar, de um lado, as expectativas de usuários por mais e melhores serviços a um preço acessível e, de outro,

1 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados gerais. *Dados do setor*. Brasília, set. 2021. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.

2 Em 2020, houve uma significativa redução desse valor para R\$ 167 bilhões em razão da redução da demanda em virtude da pandemia. Ver LARA, Natalia. *Análise do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2015 e 2020*. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, out. 2021. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/analise-especial-do-mapa-assistencial-da-saude-1>>.

3 DE AZEVEDO, Paulo Furquim et al. *A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas*. White Paper Nº 1, Insper - Centro de Estudos em Negócios, mai. 2016. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>.

a manutenção da viabilidade econômica das operadoras de planos de saúde e a sustentabilidade do setor frente ao aumento dos custos em saúde. Essa tarefa é particularmente desafiante frente ao constante conflito de interesses, envolvendo não apenas consumidores e operadoras, mas também provedores (hospitais, laboratórios etc.) e a indústria (empresas farmacêuticas, fabricantes de órteses e próteses etc.).

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão responsável por essa regulação. Porém, muitos desses conflitos acabam sendo levados ao Poder Judiciário, gerando a chamada judicialização da saúde na saúde suplementar. De acordo com dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2021, houve 142 mil novas ações relativas à saúde suplementar e mais de 350 mil decisões relativas ao tema⁴, o que indica a alta litigiosidade no setor. Além do grande volume, decisões judiciais, sobretudo dos tribunais superiores, acabam impactando a regulação do setor pela forma como interpretam e aplicam as normas jurídicas relativas à saúde suplementar. A judicialização da saúde é um fenômeno a tal ponto disseminado que se pode dizer que para se entender o Direito e o funcionamento prático da saúde suplementar no Brasil, olhar decisões judiciais é tão importante quanto conhecer a Lei 9656/98 (a Lei dos Planos de Saúde) e as normas da ANS.

Porém, a produção de pesquisas empíricas sobre a judicialização da saúde no setor da saúde suplementar é relativamente escassa se comparada com a importância econômica e social desse mercado, com o volume de ações e o seu impacto na regulação de setor, e com a vasta produção sobre a judicialização da saúde contra o Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. Essa discrepância decorre, em grande medida, da dificuldade em se reunir dados sobre a judicialização na saúde suplementar. Ao contrário da judicialização contra o SUS, em que os dados dos processos estão

4 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Estatísticas Processuais de Direito à Saúde*. Disponível em: <<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,currsel>>.

5 Ver, por exemplo, WANG, Daniel Wei Liang. *Right to Health Litigation in Brazil: The Problem and the Institutional Responses*. *Human Rights Law Review*, v. 15, n. 4, p. 617-641, dez. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/hrlr/ngv025>>.

reunidos em alguns poucos órgãos da Administração (procuradorias ou Secretarias de Saúde), na saúde suplementar esses dados estão dispersos nos departamentos jurídicos de centenas de operadoras e nos escritórios de advocacia que litigam nesse tema. Essa situação limita os diagnósticos sobre o fenômeno da judicialização da saúde suplementar e, conseqüentemente, a discussão sobre soluções para os desafios regulatórios do setor.

O presente relatório apoia-se no uso de inteligência artificial para buscar superar essas dificuldades e apresentar um panorama mais amplo e completo da judicialização na saúde suplementar. A computação permite coletar, classificar e analisar uma quantidade de dados que, embora de acesso público, seria praticamente impossível de se reunir e processar apenas com o trabalho humano.

O presente relatório, que analisará a jurisprudência de 1ª e 2ª instância do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) de 2018 a 2021, apresenta o resultado de uma pesquisa que buscou realizar um estudo exploratório para compreender, com algum grau de detalhe, a judicialização da saúde contra o sistema suplementar no estado com maior número de usuários. Espera-se oferecer uma visão mais completa sobre quais demandas chegam com mais frequência, de como o Judiciário tende a se posicionar com relação a elas, e se as usuários da saúde suplementar, representando mais de um terço de todos os usuários no Brasil⁶.

Foge ao escopo desse relatório avaliar a correção das decisões judiciais, discutir o impacto da judicialização sobre o setor, ou fazer recomendações sobre como tribunais devem se comportar frente a essas demandas. O objetivo é apenas o de oferecer diagnósticos mais precisos sobre o fenômeno para qualificar os debates e as propostas de ação para o setor.

6 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR. ANS TABNET – *Informações em Saúde Suplementar*. Disponível: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def>.



REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE, JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A PESQUISA EMPÍRICA

No Brasil, a assistência à saúde sempre teve maior componente privado do que estatal. Nos anos 1960, começaram a operar no país algumas empresas médicas, como medicinas de grupo e outras sob o regime de cooperativas. Nos anos 1980, teve início o funcionamento das autogestões, gerenciadas por empresas contratantes de empregados, majoritariamente empresas públicas (como o Banco do Brasil e a Petrobrás). Além disso, alguns seguros passaram a oferecer coberturas na área da saúde. O relacionamento do setor com o Ministério da Saúde praticamente não existia.

De 1977 até 1993, a assistência pública foi de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ligado ao Ministério da Previdência e da Assistência Social, que atendia em sua rede própria (ou financiava, em serviços privados conveniados) apenas a população de contribuintes da Previdência Social, ou seja, com vínculos formais de emprego. Sua interação com as operadoras de planos de saúde à época era sobretudo de concorrência: hospitais conveniados modulavam sua disponibilidade de leitos para cada pagador de acordo com o valor pago em cada momento.

Em resumo, até a Constituição Federal de 1988, conviviam no Brasil um sistema privado de planos de saúde de adesão voluntária e sem regulação setorial, um sistema público contributivo que atendia aqueles no mercado formal de trabalho e o Ministério da Saúde responsável por medidas de

saúde coletiva como campanhas de vacinação.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que culminou no movimento da chamada Reforma Sanitária Brasileira. Seus grandes temas foram a ideia de saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento público do setor. Essas propostas serviram de subsídio para os artigos referentes à saúde da Constituição Federal de 1988. O artigo 196 da Constituição afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, estabelecendo as bases para a criação do SUS; o artigo 197 estabelece que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle; e o artigo 199, por sua vez, estabelece que a assistência é livre à assistência privada. Portanto, a Constituição desenhou um modelo de coexistência entre o sistema público e a saúde privada, sob regulação, fiscalização e controle do Estado.

De fato, entre 1987 e 1998, este subsistema privado cresceu, aumentando o seu número de usuários, cada vez mais em função da contratação de planos empresariais. Porém, era um setor que carecia de regulamentação, o que deixava usuários muitas vezes descontentes ou mesmo desamparados quando, por exemplo, operadoras fechavam ou tinham práticas abusivas contra as quais nem mesmo o Código de Defesa do Consumidor (CDC) oferecia proteção adequada.

Para lidar com esse problema, foi aprovada a Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), que estabeleceu regras para o funcionamento dos planos privados de assistência médica e das operadoras de planos de assistência à saúde e para os contratos e coberturas por elas estabelecidas. Essa lei formaliza requisitos para as operadoras obterem a autorização de funcionamento com o objetivo de aumentar a transparência no setor e proteger os beneficiários ao buscar exigir das operadoras de planos a garantia da sua capacidade de atendimento e da sua sustentabilidade financeira. Ela também prevê direitos e deveres para usuários e operadoras, restringindo a liberdade de contratação entre as partes para minimizar o problema da assimetria de informação e poder entre elas. Assim, a lógica

subjacente à Lei 9.656/98 é predominantemente de regulação preventiva, condicionando a prestação de serviços de saúde suplementar a princípios e regras que visam garantir a qualidade dos serviços e a sustentabilidade do sistema.

A Lei 9.656/98, em conjunto com a Lei 9.961/00, que criou a ANS, configuram o marco regulatório da saúde suplementar no Brasil. A ANS foi criada como uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, mas com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, além de autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Ela é atualmente responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das operadoras de planos de saúde, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.

A atuação da agência se dá tanto no âmbito da regulação econômica propriamente dita quanto no da regulação da qualidade dos serviços prestados. No último caso, por meio de regulamentações de caráter técnico, são estabelecidas condições para a prestação dos serviços de saúde e características das quais eles devem ser dotados. Entre suas competências, destacam-se a função de autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados; criar resoluções para regular o funcionamento do setor, inclusive quanto à acessibilidade, qualidade, manutenção e temporaneidade dos serviços cobertos por planos de saúde; fiscalizar operadoras quanto ao cumprimento dessas normas regulatórias; e elaborar o rol obrigatório de procedimentos e eventos em saúde.

Como mencionado, embora seja função principal da ANS a regulação e fiscalização do setor da saúde suplementar, também existe uma intensa judicialização. Portanto, é possível verificar a coexistência de dois sistemas que criam, interpretam e aplicam normas que incidem sobre o setor da saúde suplementar: o regulatório e o judicial⁷. Essa coexistência pode ter

7 RODRIGUES, Eduardo Calasans. *Regulação versus Judicialização: O Duplo Sistema Regulatório da Saúde Suplementar*. 2020. (Mestrado em Direito da Regulação) – Escola de Direito do Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28743>>.

diferentes características, com implicações muito diferentes para o setor. Tribunais apoiam o papel regulador e fiscalizador da ANS quando fazem valer as normas da agência no caso concreto e forçam sua observância pelos agentes regulados (*enforcement*). Decisões judiciais complementam a regulação quando resolvem situações não previstas na regulação (lacunas regulatórias) ou quando há disputas sobre a interpretação de normas regulatórias. Por outro lado, o Judiciário também pode se sobrepor à regulação e entrar em conflito com a ANS ao criar exceções não previstas, fixar interpretações divergentes daquelas da agência, ou negar a aplicação de uma norma por entender que ela conflita com outra de natureza mais geral (por exemplo, a Constituição Federal ou o CDC). Portanto, para entender como as milhares de ações afetam a regulação do setor, é indispensável entender o tipo de demanda que chega ao Judiciário e como os tribunais decidem.

Já existem pesquisas empíricas com jurisprudência que avançam o conhecimento sobre a judicialização da saúde suplementar e servem de ponto de partida para o presente estudo. O estudo realizado pelo INSUPER e pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), de caráter nacional, traz importante levantamento sobre a distribuição das ações de saúde no Brasil em termos geográficos e por assunto e aponta para o grande volume de ações relativas ao setor suplementar⁸. Os estudos do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁹, que utilizam dados sobre decisões de 2ª instância do TJSP, identificam que a maior parte das demandas é por negativa de cobertura e que a taxa de sucesso dos pacientes é bastante alta¹⁰. Um levantamento

8 INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA – INSUPER. *Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Justiça Pesquisa – Relatório Analítico Propositivo. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em:

<<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>>.

9 GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE. *Cresce o número de ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo*. 10 fev. 2020. Disponível: <<https://sites.usp.br/geps/download/274/>>; TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p166-187>>.

10 Ver também SCHEFFER, Mario César. *Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações*

feito pela ANS com dados apresentados pelas próprias operadoras também aponta para um volume grande e crescente de ações, e que grande parte delas é movida pela busca de tratamentos fora do rol da ANS¹¹. Estudos que limitam o escopo de análise a alguns tratamentos (por exemplo, *home care*¹² e emergências médicas¹³), a ações contra apenas uma operadora¹⁴, ou ao impacto de algumas normas regulatórias¹⁵, apontam que as normas regulatórias da ANS tendem a ter pouco peso nas decisões judiciais.

O presente estudo tenta avançar nessa literatura ao cobrir decisões de primeira e segunda instância. Parte-se do pressuposto de que nem todas as questões relevantes têm a mesma probabilidade de serem objeto de recurso. Ele também busca oferecer detalhes sobre o objeto da demanda (por exemplo, se o pedido de cobertura é para medicamento, consulta, cirurgia etc), o fundamento da ação (por exemplo, a razão da negativa de cobertura), e testa diferenças na taxa de sucesso da ação a depender do tema e do fundamento. A hipótese é que a taxa de sucesso pode variar significativamente a depender da instância e do tipo de demanda. Esse estudo também tem como objetivo a automatização de diversas etapas da pesquisa, o que permite a atualização dos dados e a replicabilidade do método para outros períodos ou tribunais de forma mais rápida e a um custo mais baixo.

judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. Orientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias. 2006. 212 p. Dissertação (Mestrado) – Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062006-105722/pt-br.php>>.

11 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Judicialização da Saúde Suplementar* – análise quantitativa das demandas assistenciais ajuizadas pelos beneficiários nos últimos cinco anos. Apresentação realizada em Setembro de 2022.

12 SANTOS, Ezequiel Fajreldines dos. *Diferenças de avaliação entre o Poder Judiciário e a ANS sobre a necessidade de oferecimento de home care nos contratos de plano de saúde*. Orientadora: Flavia Portella Püschel. 2018. 73 p. Dissertação (Mestrado) – Direito e Desenvolvimento, Fundação Getúlio Vargas, São

13 RAMALHO, Bruno Araujo. A interface institucional entre a ANS e o Poder Judiciário: Análise de acórdãos sobre a cobertura de emergências médicas em planos de saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 17, n. 1, p. 122-144, mar./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117050>>.

14 TEIXEIRA, Luís Edmundo Noronha et al. A judicialização na saúde suplementar: uma avaliação das ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017. *Saúde em Debate* [online]. 2022, v. 46, n. 134, pp. 777-789. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213413>>.

15 Levantamento bibliográfico realizado disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1Kh-0Pt8FfO8vpv_r0Wglz5EF_5IZ3kc7.



METODOLOGIA

Esta pesquisa tem como objetivo traçar todas as decisões judiciais relativas a planos de saúde proferidas pelo TJSP entre 2018 e 2021. As ferramentas aqui utilizadas pertencem à ciência de dados e foram elaboradas na linguagem de programação *Python*. O modo como foram utilizadas e o percurso metodológico são descritos a seguir.

Coleta de casos e refinamento da base de dados

O primeiro esforço de pesquisa ocorreu sobre as decisões em grau recursal, isto é, tomadas em sede de apelação, agravos de instrumento e demais meios de impugnar decisões. Para a coleta inicial, foi elaborada uma rotina computacional que interage com a ferramenta de pesquisa de jurisprudência do TJSP¹⁶. As palavras-chave foram *plano de saúde* e, em um segundo momento, *planos de saúde*, coletando todas as informações retornadas pela ferramenta dentro do período entre 2018 e 2021. Embora as palavras-chave empregadas sejam semelhantes, há uma pequena diferença nos resultados oferecidos. Os resultados das coletas foram combinados, duplicidades excluídas, chegando-se a um total bruto de aproximadamente 160.000 mil decisões. Após a coleta, a ferramenta organiza uma planilha com o número dos julgados e alguns dados estruturados (por exemplo, data, partes, turma julgadora, relator(a), bem como o *link* para o arquivo da decisão).

Como nessa primeira etapa o critério de busca foi bastante amplo, evitando que decisões relevantes pudessem escapar (falso negativos), as

¹⁶ <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consultaCompleta.do>

etapas seguintes consistiram em esforços para retirar da base decisões que não são pertinentes para a pesquisa (falso positivos). Primeiro, a expressão regular *plano.{,8}sa.de* foi utilizada para contar quantas vezes a expressão *planos de saúde* e suas possíveis variações eram encontradas nas decisões. Após explorar os resultados, a pesquisa concluiu que não havia decisões pertinentes nas quais essa expressão não fora encontrada. A segunda etapa foi excluir decisões lançadas em órgãos especializados voltados para o direito tributário ou penal.

Em sequência, foi elaborada uma rotina computacional de aprendizado de máquina não supervisionado para reunir as decisões em grupos (*clusters*). Esses algoritmos funcionam reconhecendo padrões nas palavras empregadas nas decisões, que são agregadas conforme a presença desses padrões. Em uma primeira rodada, foram encontrados 18 grupos, ou seja, 18 conjuntos nos quais as decisões eram escritas de forma semelhante. Uma amostra de dez decisões de cada grupo foi examinada pela equipe de pesquisa, que passou a agrupar os conjuntos em torno de grandes temas (por exemplo, contratos, reajuste, negativa de cobertura) ou como fora do escopo da pesquisa. Grupos cujas decisões da amostra consistentemente foram classificadas como fora do escopo foram submetidos a uma análise exploratória para verificação, e as decisões desses grupos que continham a expressão *plano de saúde* apenas uma vez foram descartadas. Grupos cujas decisões remetiam apenas a questões processuais, ou seja, que não versavam sobre questões substantivas relativas à regulação de planos de saúde, também foram descartados.

Por vezes, os grupos continham decisões com diversas temáticas, de sorte que não era possível chegar a uma conclusão sobre eles. Isso não significa que o algoritmo falhou em seu funcionamento, mas sim que as decisões foram reunidas por características que não refletem as categorias da pesquisa. Assim, alguns grupos remontavam a decisões que continham passagens semelhantes sobre, por exemplo, a concessão de honorários advocatícios, ainda que elas também tratassem de categorias para a pesquisa. O tema para esses grupos foi inicialmente anotado como “não identificado”.

Em subseqüentes rodadas de aplicação do algoritmo, novos grupos foram formados, o que permitiu, pouco a pouco, classificar esses casos. Esse processo foi repetido múltiplas vezes. É importante notar que os padrões encontrados pelo algoritmo de aprendizado não supervisionado dependem do conjunto de textos, de sorte que as exclusões resultavam em grupos diferentes. A redução da diversidade de decisões, bem como a incorporação de algumas melhorias na rotina computacional (como a inclusão de bigramas) levaram a grupos cada vez mais homogêneos, facilitando o processo de refinamento.

Durante esses esforços, ficaram claros dois casos de falsos positivos. O primeiro são documentos que citam decisões sobre planos de saúde para exemplificar situações como a concessão de danos morais ou a revisão de contratos, mas cujo assunto principal não trata de planos de saúde. O segundo são decisões que versam sobre a responsabilização por erros médicos. Nesses, a existência de um contrato de saúde é um tópico que compõe o conjunto dos fatos, mas o direito que disciplina esses contratos não é discutido. Ao cabo, o universo final foi formado por 43.102 decisões em apelação cível e 31.172 decisões em agravos de instrumento. A soma desses conjuntos é 74.274 decisões tomadas pelo TJSP¹⁷.

O processo descrito acima foi aplicado também para as sentenças. Para isso, foi desenvolvida uma rotina semelhante para explorar a ferramenta de busca de sentenças do TJSP. Porém, não foi possível extrair decisões liminares, uma vez que inexistia ferramenta de busca no site do TJSP para esse tipo de documento. Uma alternativa seria encontrar essas decisões nos diários oficiais. Contudo, após esforços exploratórios, foi constatado que essas decisões nem sempre registram com clareza que a matéria principal se refere a planos de saúde. A alternativa encontrada foi coletar todas as decisões interlocutórias lançadas nos processos registrados no banco de dados para sentenças. Para isso, a rotina computacional consultou a informação processual de cada procedimento, coletando todas as decisões. A seguir, foi aplicada a expressão regular *liminar|antecip|tutellurg.nci*, de sorte a manter as decisões que continham

¹⁷ <https://esaj.tjsp.jus.br/cjpg/>

as palavras liminar, antecipação, tutela, urgência e suas variações. O objetivo era excluir decisões interlocutórias que não tocassem no objeto da ação (por exemplo, aquelas que tratavam de questões apenas processuais). Ao final, foram identificadas 68.662 sentenças e 62.318 liminares, um total de 130.980 decisões.

Classificação das decisões e amostragem

“Classificar” significa organizar um conjunto de informações de acordo com um esquema conceitual¹⁸. Para classificar, há um duplo desafio: tanto o conceito quanto o objeto devem ser interpretados¹⁹. Isso quer dizer que classificações consistentes realizadas por diversas pessoas requerem instruções claras, bem como uma compreensão compartilhada sobre o objeto a ser classificado e as categorias de classificação.

A primeira etapa foi identificar e delimitar os grandes grupos temáticos (eixos) da pesquisa. Esses eixos foram identificados e delimitados a partir de estudos prévios da equipe de pesquisa sobre a regulação e judicialização na saúde suplementar, mas, principalmente, pelo constante contato com o material empírico.

O primeiro eixo é “negativa de cobertura assistencial”, referido de forma simplificada como “cobertura”, onde entram todas as decisões relativas a ações que questionam a recusa da operadora de saúde de ofertar um tratamento específico ao consumidor. O segundo eixo é “reajuste de mensalidade”, referido como “reajuste”, que inclui as decisões relativas a ações de usuários que questionam aumentos na mensalidade de seus planos. O terceiro eixo é “manutenção do contrato e suas condições”, apelidado de “contrato”, que abarca as decisões relativas a ações de usuários contra modificações ou a descontinuidade de seus contratos de plano de saúde.

Em seguida, todas as decisões coletadas foram distribuídas nesses três

18 HANSON, F. Allan. From key numbers to keywords: how automation has transformed the law. *Law Library Journal*, v. 94, p. 563–600, 2002, p. 574.

19 MACCORMICK, Neil. *Rhetoric and the rule of law: A theory of legal reasoning*. Oxford: Oxford University Press, 2010, 2005, p. 41.

eixos. A distribuição foi feita ao longo do processo de refinamento da base de dados descrito no tópico anterior. Assim, o universo foi sucessivamente organizado em grupos por meio do uso de inteligência artificial não supervisionada: grupos cuja temática era consistente com as categorias da pesquisa eram classificados como tal e excluídos de posteriores rodadas de classificação. Esses três eixos correspondem a 86% de todas as decisões coletadas e têm em comum o fato de serem demandas de usuários contra operadoras e envolverem normas regulatórias do setor da saúde suplementar (resoluções da ANS e a Lei 9656/98).

Existe um material que, embora versando de alguma forma sobre planos de saúde, não se encaixavam nas três categorias da pesquisa, foram colocados na categoria “outros”. Esse inclui, por exemplo, ações relativas a erro médico em que a parte inclui o plano no polo passivo, demandas de operadoras contra usuários para pagamento de mensalidades ou de prestadoras de serviços contra planos para pagamento de serviços prestados a seus segurados. Como são ações que não envolvem primordialmente a regulação da saúde suplementar, que é o escopo da presente pesquisa, ele não será analisado no presente relatório.

Uma vez que o universo foi distribuído dentro dos eixos, pudemos retirar uma amostra representativa (intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 0.04) e estratificada por instância (primeira ou segunda instância) e por cluster temático para três temas – “Negativa de cobertura assistencial”, “Reajuste de mensalidade” e “Manutenção do contrato”²⁰. Ao todo, foram compostas seis amostras: uma amostra para cada eixo na primeira instância (que incluem decisões liminares e sentenças) e na segunda instância (que incluem agravos de instrumento sobre pedidos de tutela antecipada e apelações), conforme Tabelas 1 e 2.

O sorteio estratificado por tema e instância, contudo, resultou em uma sub-representação do total amostral para decisões sobre agravos de instrumento para reajuste. Para resolver esse problema, fora sorteada aleatoriamente uma amostra complementar de 122 casos de agravos

²⁰ Para fins de visualização, no gráficos esses eixos serão simplesmente chamados de “cobertura”, “reajuste” e “contratos”.

clusterizados para o tema reajuste. Isso se reflete nos números amostrais para segunda instância, que mostram um total maior de apelações para reajuste que nos demais temas, mas um maior equilíbrio entre o número de agravos por tema, considerando o novo sorteio para reajuste. De toda forma, como observado nos resultados gerais, cada tema por instância recebeu atenção separada e detida na codificação, de modo que o maior número de agravos em reajuste afeta de forma não considerável os resultados apresentados a seguir.

Tabela 1: Clusters e desenho amostral – 1ª Instância

TEMA	Sentenças	%	Liminares	%	Total	%	Amostra*
Negativa de cobertura assistencial	39299	57%	36229	58%	75528	58%	596
Reajuste de mensalidade	10305	15%	9555	15%	19860	15%	583
Manutenção do contrato	11272	16%	10440	17%	21712	17%	585
Outros	7786	11%	6094	10%	13880	11%	576
Total	68662	100%	62318	100%	130980	100%	2340

* Amostra sorteada de forma aleatória considerando um intervalo de confiança para a estimação de parâmetros do universo de 95% e margem de erro de 0.04.

Tabela 2: Clusters e desenho amostral – 2ª Instância

TEMA	Sentenças	%	Liminares	%	Total	%	Amostra*
Negativa de cobertura assistencial	24774	57,48	17189	55,14	41963	56,50	592
Reajuste de mensalidade	7882	18,29	2279	7,31	10161	13,68	666**
Manutenção do contrato	5692	13,21	5946	19,07	11638	15,67	571
Outros	4754	11,03	5758	18,47	10512	14,15	568
Total	43102	100	31172	100	74274	100	2298

* Amostra sorteada de forma aleatória considerando um intervalo de confiança para a estimação

de parâmetros do universo de 95% e margem de erro de 0.04.

** A amostra de agravos foi aumentada para compensar o número pequeno de agravos que aparecerem na amostra aleatória.

Codificação

De posse das amostras representativas, a etapa seguinte foi a realização de um formulário voltado para codificação de cada amostra. Para isso, foram criados formulários utilizando a ferramenta *Google Forms*. As variáveis a serem codificadas foram criadas a partir da revisão da literatura existente sobre regulação da saúde suplementar e sobre judicialização da saúde. Versões preliminares dos formulários foram testadas diversas vezes em amostras pequenas do material (teste piloto) para aferir a clareza das categorias, possíveis sobreposições ou omissões na informação, a relevância das informações extraídas para os fins da pesquisa, e a usabilidade do instrumento.

Versões posteriores dos formulários passaram por diversas rodadas de teste pela equipe de pesquisa para maior aprimoramento do instrumento e treinamento da equipe. Esses testes consistiam em (1) preenchimento “cego” de um mesmo conjunto de decisões por pessoas diferentes e posterior comparação dos resultados e (2) preenchimento simultâneo de decisões para deliberação sobre pontos obscuros, desacordos ou sugestões de melhoria.

As rodadas de teste foram mais frequentes na codificação das amostras de decisões de 2ª instância, que foi por onde essa etapa começou. À medida que a equipe se habituou aos instrumentos, se familiarizou com as questões mais frequentes e acordos foram feitos quanto à forma de preenchimento, as rodadas de testes e treinamentos tornaram-se menos necessárias e frequentes.

Uma preocupação constante da pesquisa era com relação às possíveis divergências no preenchimento do formulário. Isso pode ocorrer por erro humano ou diferentes interpretações sobre o texto das decisões ou o do formulário. Embora algum grau de divergência seja esperado,

diversas medidas foram tomadas para se reduzir esse erro, como tornar as categorias mais objetivas, registrar no formulário instruções de preenchimento e rodadas frequentes de testes, como descrito acima.

A codificação de amostras representativas para cada eixo viabiliza subclassificações que permitem um entendimento mais refinado e preciso sobre o que motiva a judicialização e como o Judiciário decide essas demandas. Esse entendimento também afeta a classificação temática clusterizada, que pode ser revista na fase de codificação. Assim, as decisões das amostras clusterizadas por tema e instâncias são reclassificadas no processo de codificação. Isso impacta os números amostrais que podem se alterar por tema.

Para averiguar o grau de divergência, foi calculado o *kappa* entre os pesquisadores, de acordo com as melhores práticas da linguística computacional²¹. Para tanto, os seis pesquisadores foram combinados em pares. O *kappa* para cada par de pesquisadores foi calculado, conforme a Tabela 3. Tendo em vista que um *kappa* superior a 80 é considerado uma concordância quase perfeita, os resultados dessa investigação foram superiores às expectativas. Isso indica alta confiabilidade dos dados nessa pesquisa.

Tabela 3: Kappa de Cohen – 2ª Instância

Pesquisador A	Pesquisador B	Kappa	Número de observações
pesquisador_01	pesquisador_02	85,13	1152
pesquisador_01	pesquisador_03	88,03	4278
pesquisador_01	pesquisador_04	91,15	2863
pesquisador_01	pesquisador_05	88,59	2834
pesquisador_01	pesquisador_06	83,61	4323
pesquisador_02	pesquisador_03	85,06	1064

21 ARTSTEIN, Ron; POESIO, Massimo. Inter-coder agreement for computational linguistics. *Computational linguistics*, v. 34, n. 4, p. 555-596, 2008.

Pesquisador A	Pesquisador B	Kappa	Número de observações
pesquisador_02	pesquisador_04	82,26	972
pesquisador_02	pesquisador_05	85,51	980
pesquisador_02	pesquisador_06	77,23	804
pesquisador_03	pesquisador_04	92,75	4569
pesquisador_03	pesquisador_05	90,31	3540
pesquisador_03	pesquisador_06	90,84	3011
pesquisador_04	pesquisador_05	89,79	4228
pesquisador_04	pesquisador_06	87,71	3856
pesquisador_05	pesquisador_06	89,02	3627

Por fim, é importa ressaltar que a inteligência artificial foi empregada de forma instrumental, de modo a dar maior escala e velocidade à análise dos pesquisadores. Por conta disso, ainda que essa pesquisa produza resultados quantitativos, é inafastável o caráter qualitativo do percurso metodológico.

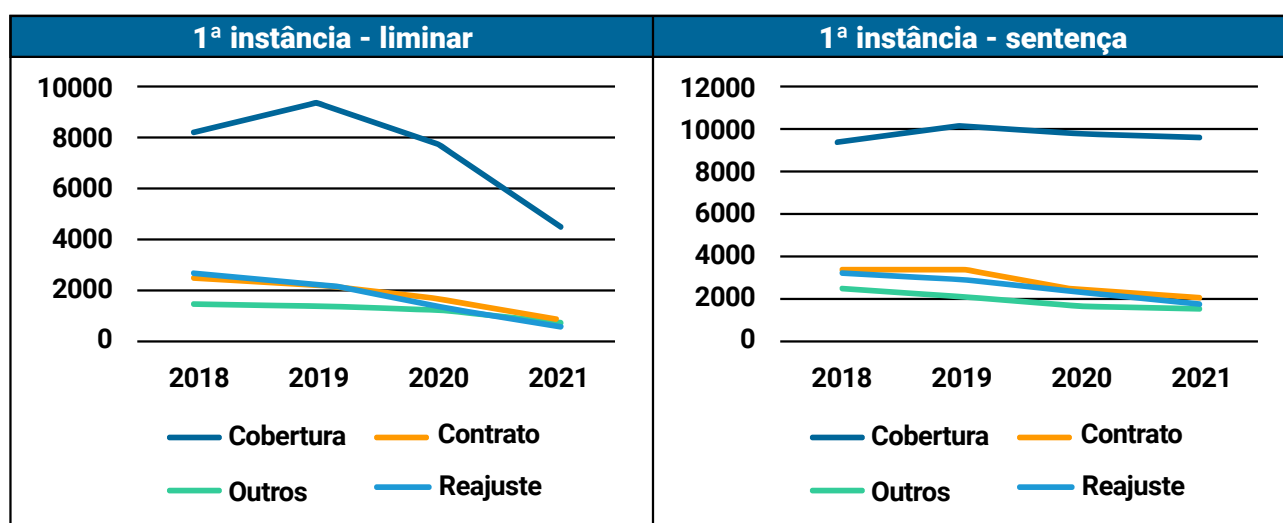


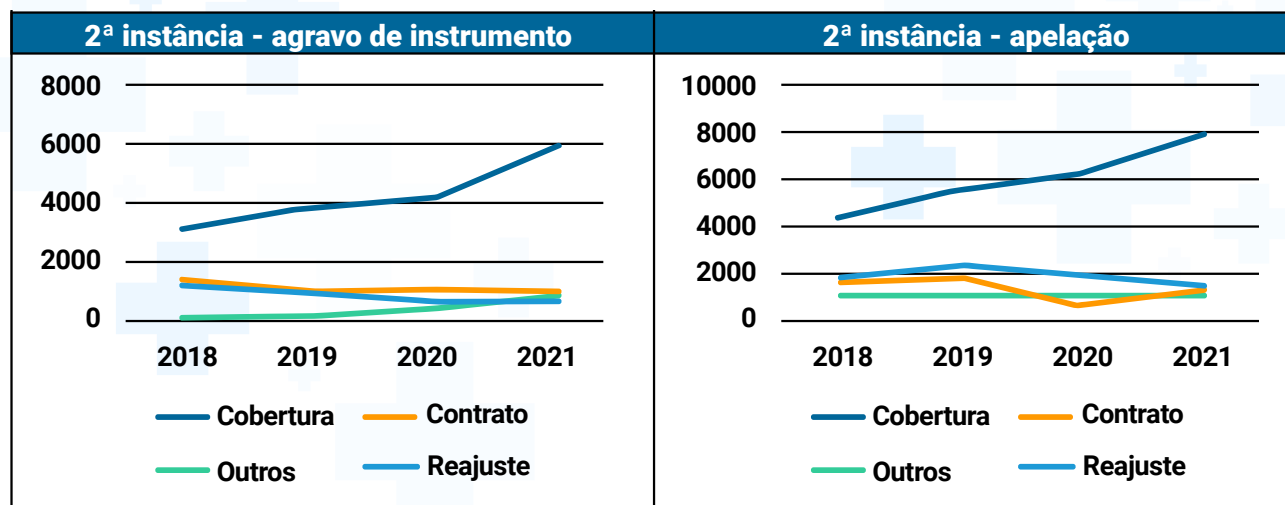
RESULTADOS GERAIS

Como exposto na seção metodológica, foram analisadas as decisões interlocutórias sobre tutela antecipada, sentenças, agravos de instrumento que discutem decisões sobre antecipação de tutela, e apelações. Como se pôde observar nas Tabelas 1 e 2, o número de decisões em 1ª instância é muito maior que os de 2ª instância (130.980 e 74.274 decisões, respectivamente). Isso indica que apenas uma parcela das decisões de 1ª instância acaba sendo reavaliada pela instância superior.

Os dados também indicam que a negativa de cobertura assistencial é a principal causa de litígio envolvendo operadoras de planos de saúde, respondendo por mais da metade do total de decisões nas duas instâncias. Disputas relacionadas a reajuste de mensalidade e manutenção de contratos aparecem em proporção significativamente menor, embora respondam por grande número de decisões.

Gráfico 1: Universo de decisões e classificação por cluster temático por ano de julgamento





*"Cobertura" refere-se aos casos no eixo "Negativa de cobertura assistencial", "reajuste" àqueles no eixo "Reajuste de mensalidade", e "contrato" àqueles no eixo "Manutenção do contrato".

**O quantitativo de liminares de 1ª instância não representa o total de liminares proferidas no ano, mas as liminares encontradas em processos em que já houve sentença. Portanto, o número de liminares está provavelmente subestimado.

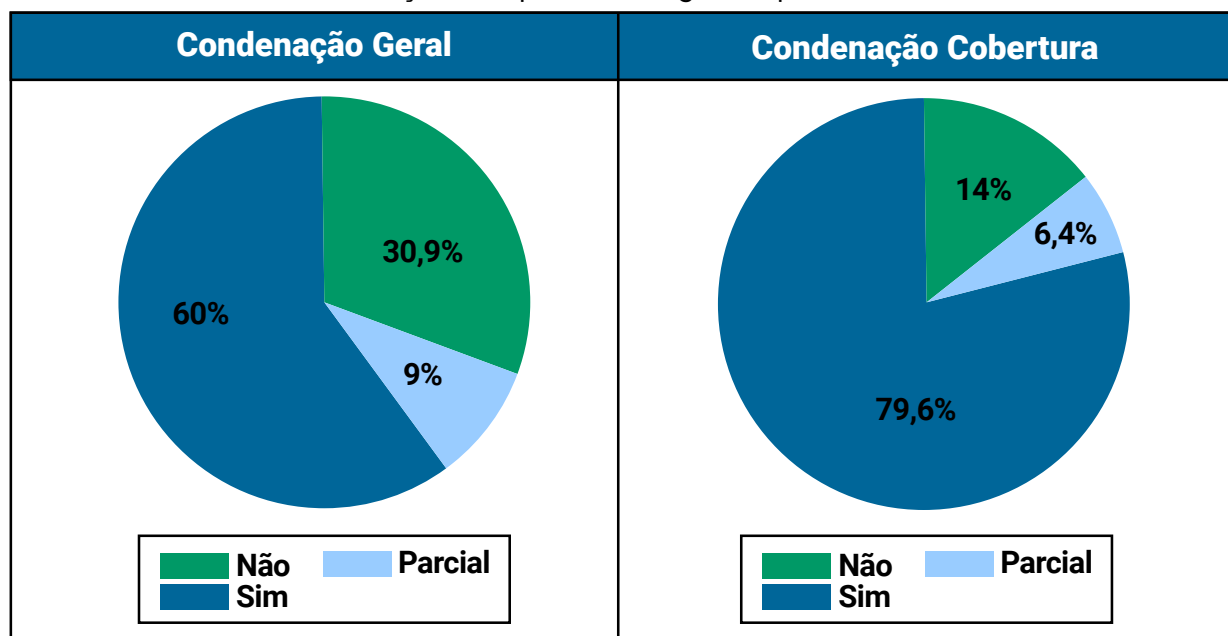
Quando as decisões são distribuídas por ano, observa-se uma tendência de estabilidade, ou mesmo de diminuição, nas decisões envolvendo reajuste e manutenção de contrato nas duas instâncias de 2018 a 2021. Porém, houve um aumento nas decisões relativas à negativa de cobertura em 2ª instância, o que contrasta com a estabilização no número de sentenças de 1ª instância a partir do início da pandemia. Uma hipótese seria a de que isso tenha sido devido à redução na demanda de serviços de saúde que não fossem relativas à covid-19 durante o período. Outra hipótese seria a hesitação dos juízes de julgarem o mérito de demandas que poderiam levar a aumento de despesa assistencial ou alocação de recursos de saúde em um momento de emergência em saúde.

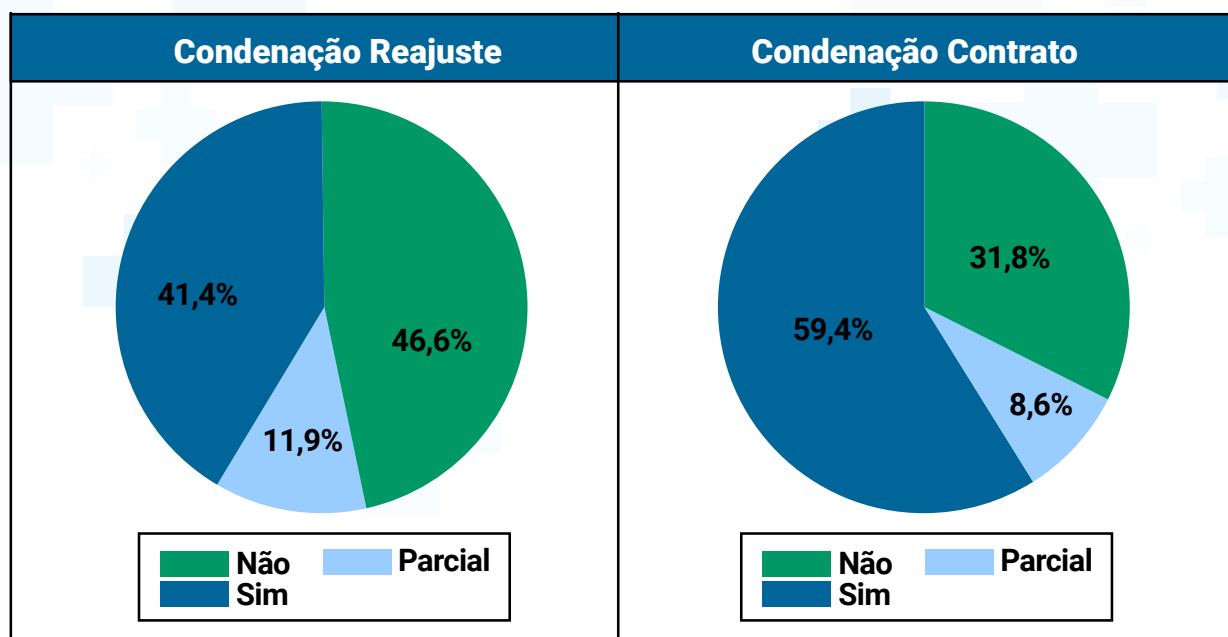
Com base nessa amostra identificamos que a taxa de sucesso dos usuários nas ações contra as operadoras é de 60% nas duas instâncias. Se incluirmos as decisões parcialmente favoráveis aos usuários, a taxa de sucesso aumenta para cerca de 70%. Quando a divisão é feita por tema, observa-se uma significativa variação na taxa de sucesso (ver

Gráficos 2 e 3). Decisões favoráveis aos usuários e em desfavor das operadoras são mais frequentes nas demandas relativas a negativa de cobertura assistencial, menos frequentes em ações envolvendo reajustes e manutenção de contrato.

Além da condenação favorável ou desfavorável, foram coletados dados sobre decisões parciais, isto é, casos em que nem todos os pedidos da parte foram atendidos. Nos casos de negativa de cobertura, em geral, o caso mais comum foi aquele em que o beneficiário pede dois tipos de tratamento e apenas um é concedido. Em reajuste, o beneficiário questiona, por exemplo, o reajuste anual e o reajuste por faixa etária, e a operadora é condenada a rever apenas um deles. Por fim, em casos sobre manutenção de contratos, caso comum foi o de limitação temporal dos efeitos da decisão quando o beneficiário fez pedido de duração ilimitada para manutenção de seu contrato.

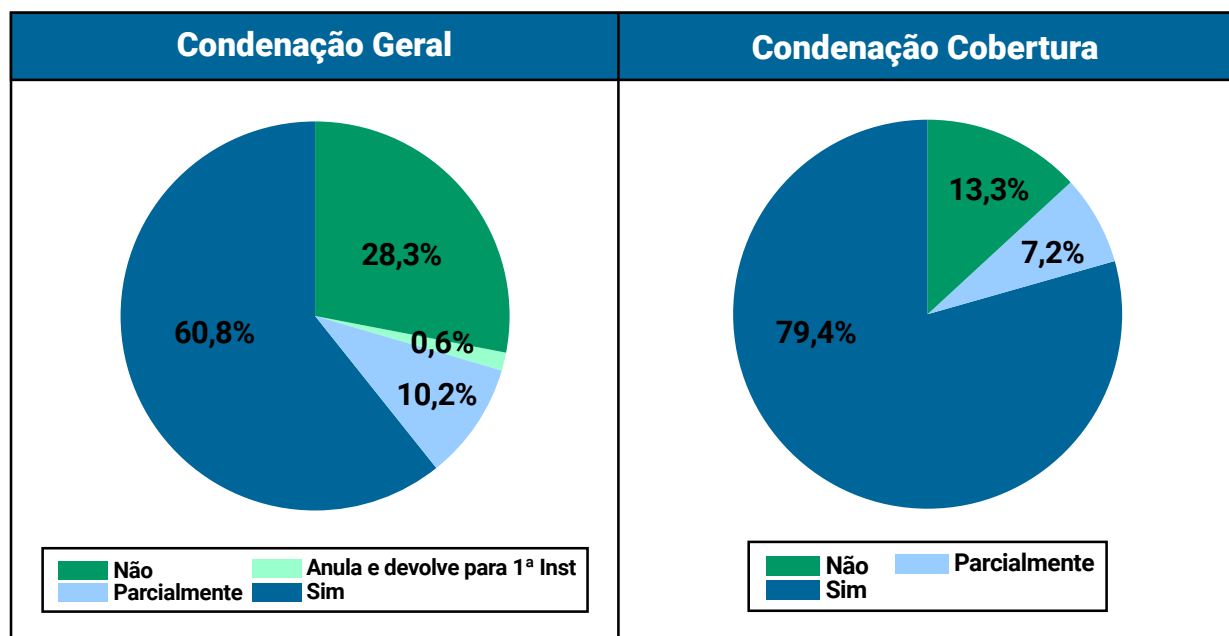
Gráfico 2: Condenação da operadora – geral e por tema em 1ª instância

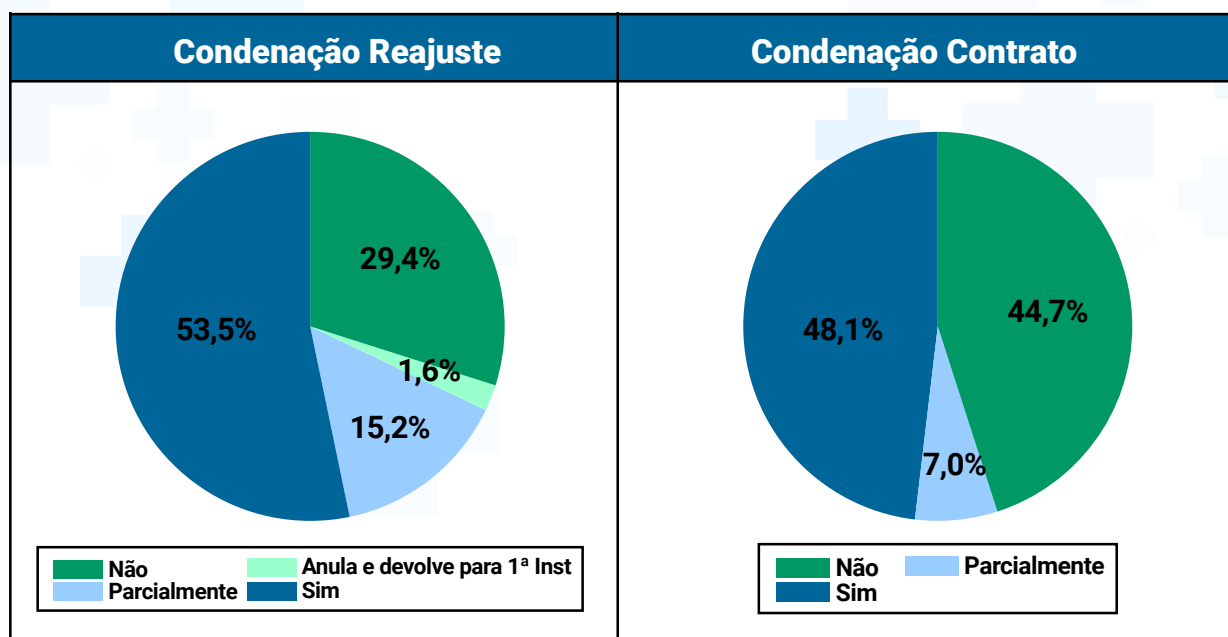




* "Cobertura" refere-se aos casos no eixo "Negativa de cobertura assistencial", "reajuste" àqueles no eixo "Reajuste de mensalidade", e "contrato" àqueles no eixo "Manutenção do contrato". ** Em 9 casos em primeira instância não foi possível determinar o resultado da decisão.

Gráfico 3: Condenação da operadora – geral e por tema em 2ª instância





*"Cobertura" refere-se aos casos no eixo "Negativa de cobertura assistencial", "reajuste" àqueles no eixo "Reajuste de mensalidade", e "contrato" àqueles no eixo "Manutenção do contrato".

Como questões fáticas e jurídicas dentro de cada tema são bem diferentes, resolvemos dividir temas em subtemas para trazer mais nuances com relação ao tipo de demandas judiciais e ao comportamento do TJSP.



NEGATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL

Como já observado acima, na 1ª e 2ª instâncias o tribunal tende a condenar a operadora em cerca de 80% dos casos relativos à negativa de cobertura assistencial (cf. Gráficos 4 e 5). Se incluída a condenação parcial, então a taxa de sucesso de usuários é de cerca de 86%. Porém, quando separamos decisões de antecipação de tutela (liminares e agravos) e de mérito (sentenças e apelações), nota-se diferenças na taxa de sucesso dos usuários autores das ações. Se, por um lado, a 1ª instância tende a decidir mais a favor dos usuários em liminar que em sentença, na 2ª instância acontece o contrário, a proporção de apelações decidir a favor do usuário é maior que a de agravos.

Gráfico 4: Negativa de cobertura assistencial: condenação da operadora em 1ª instância por liminar e sentença

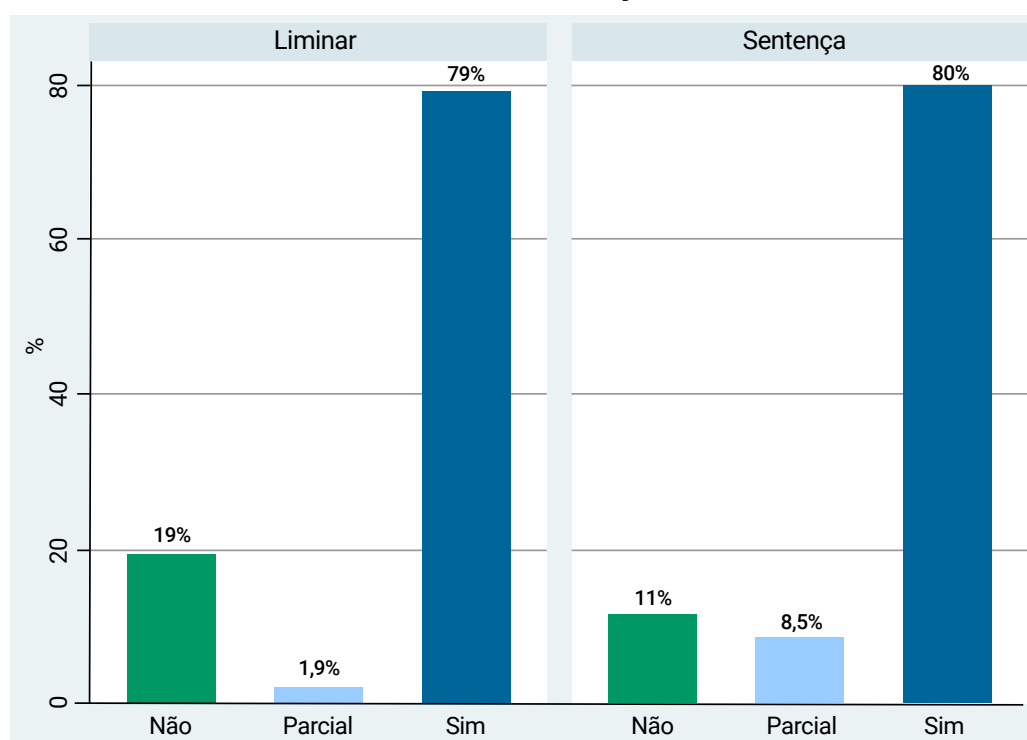
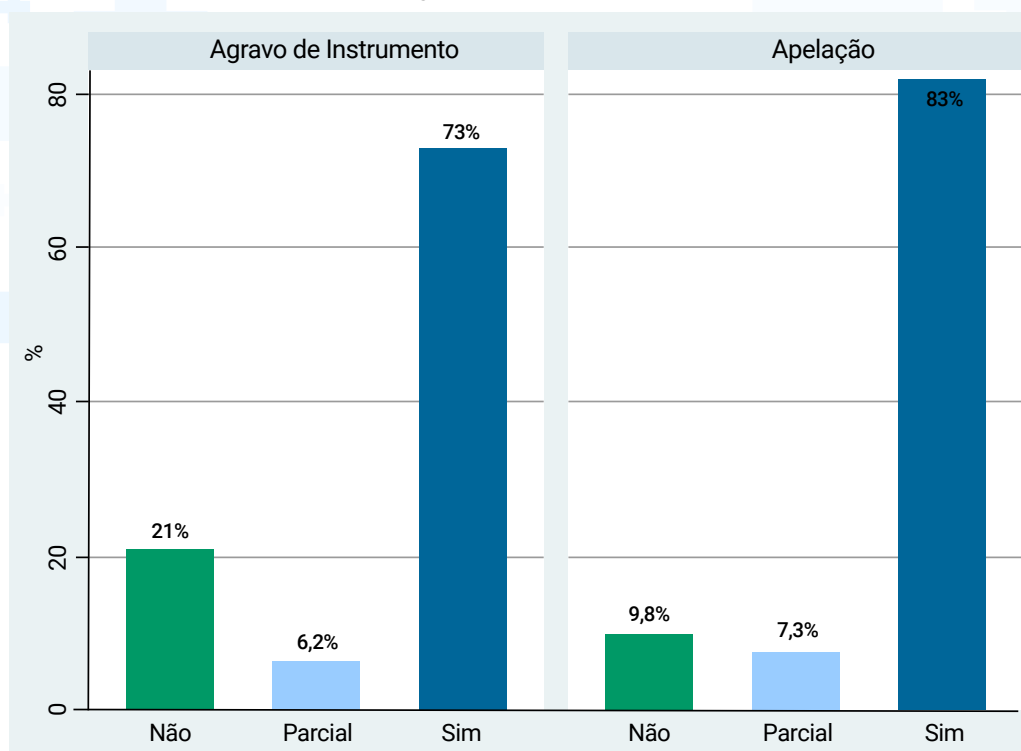


Gráfico 5: Negativa de cobertura assistencial: condenação da operadora em 2ª instância por agravo e apelação

A maior parte das demandas é movida por pacientes com transtornos mentais e comportamentais (com destaque para pacientes dentro transtorno do espectro autista) e pacientes com tumores malignos (Tabelas 4 e 5). Vale notar que a taxa de sucesso dos pacientes varia conforme a sua doença. Por exemplo, quando se trata de tumores, quase todas as decisões são favoráveis a usuários, assim como nos casos em que se pede tratamentos para malformações congênitas / deformidades e anomalias cromossômicas, que costumam envolver tratamentos de alto custo para doenças raras que afetam crianças. Por outro lado, para transtornos mentais e comportamentais, a probabilidade de decisão favorável é menor, ainda que alta.

Tabela 4: Condições de Saúde x Condenação da operadora em 1ª Instância

Condição de saúde	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Tumor maligno	3	4%	3	4%	75	93%	0	81
Transtornos mentais e comportamentais	8	13%	11	18%	40	67%	1	60

Condição de saúde	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Doenças do sistema nervoso	4	12%	5	15%	24	73%	0	33
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5	15%	0	0%	28	85%	0	33
Doenças do aparelho circulatório	3	9%	3	9%	26	81%	0	32
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4	17%	1	4%	18	78%	0	23
Doenças do aparelho digestivo	2	10%	2	10%	17	81%	0	21
Doenças do aparelho geniturinário	7	41%	0	0%	10	59%	0	17
Doenças do aparelho respiratório	0	0%	3	21%	11	79%	0	14
Malformações congênitas/ deformidas e anomalias cromossômicas	0	0%	0	0%	14	100%	0	14
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1	8%	2	15%	10	77%	0	13
Doenças do olho e anexos	2	17%	0	0%	10	83%	0	12
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	10%	0	0%	9	90%	0	10
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0%	0	0%	6	100%	0	6
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	0%	0	0%	6	100%	0	6

Condição de saúde	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Causas externas de morbidade e mortalidade	2	50%	0	0%	2	50%	0	4
Contatos com serviços de saúde	0	0%	0	0%	4	100%	0	4
Neoplasia não especificada	3	75%	1	25%	0	0%	0	4
Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0%	0	0%	3	100%	0	3
Gravidez/ parto e puerpério	1	33%	1	33%	1	33%	0	3
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0%	1	50%	1	50%	0	2
Sintomas/ sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório/ não classificados em outra parte	0	0%	0	0%	2	100%	0	2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Infecção Hospitalar	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Paralisia cerebral	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Tumor benigno	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Outros	0	0%	0	0%	2	100%	0	2
Não identificável	24	23%	2	2%	77	74%	1	104

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Classificação feita com base na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir da doença do usuário informada na decisão. Em muitos casos não é identificável a condição específica de saúde.

Tabela 5: Condições de Saúde x Condenação da operadora em 2ª Instância

Condição de saúde	Não		Parcial		Sim		NI	Total
Transtornos mentais e comportamentais	19	18%	16	15%	71	67%	0	106
Tumor maligno	4	4%	2	2%	96	94%	0	102
Doenças do sistema nervoso	7	13%	3	5%	45	82%	0	55
Doenças do aparelho circulatório	5	13%	4	10%	29	74%	1	39
Doenças sistema osteomuscular/ tecido conjuntivo	4	13%	1	3%	24	80%	1	30
Doenças do aparelho geniturinário	7	24%	3	10%	19	66%	0	29
Doenças endócrinas/ nutricionais/ metabólicas	5	17%	4	14%	20	69%	0	29
Doenças do aparelho digestivo	3	12%	0	0%	22	85%	1	26
Malformações congênitas/ deformidades e anomalias cromossômicas	0	0%	2	11%	17	89%	0	19
Doenças do aparelho respiratório	1	7%	1	7%	13	87%	0	15
Doenças do olho e anexos	1	7%	0	0%	13	93%	0	14
Doenças infecciosas/ parasitárias	2	15%	0	0%	11	85%	0	13
Lesões/ envenenamento e consequências de causas externas	0	0%	1	8%	12	92%	0	13

Condição de saúde	Não		Parcial		Sim		NI	Total
Doenças da pele e tecido subcutâneo	1	10%	0	0%	9	90%	0	10
Gravidez parto e puerpério	2	22%	0	0%	7	78%	0	9
Contatos com serviços de saúde	1	13%	0	0%	7	88%	0	8
Sintomas anormais de exames	2	29%	0	0%	5	71%	0	7
Doenças do sangue/órgãos hematopoéticos/transtornos imunitários	0	0%	0	0%	6	100%	0	6
Causas externas de morbidade/mortalidade	2	40%	0	0%	3	60%	0	5
Afecções período perinatal	0	0%	0	0%	4	100%	0	4
Tumor benigno	0	0%	0	0%	2	100%	0	2
Doenças sistema osteomuscular/tecido conjuntivo	0	0%	0	0%	2	100%	0	2
Doenças do ouvido/apófise mastóide	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Doenças dos aparelho circulatório	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Instabilidade e quadro clínico crônico progressivo	1	100%	0	0%	0	0%	0	1
Não identificável	17	29%	6	10%	34	59%	1	58

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Classificação feita com base na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir da doença do usuário informada na decisão. Em muitos casos não é identificável a condição específica de saúde.

A taxa de sucesso dos usuários também varia significativamente a depender do tipo de item pedido. Os itens mais pedidos nas duas instâncias são medicamento e cirurgia. Em pedidos por medicamento, as decisões são favoráveis aos usuários em 90% dos casos, mas, na 2ª instância, esse número cai significativamente quando se trata de cirurgia ou internação. Essa diferença é menos abrupta na 1ª instância. Por outro lado, com relação a tratamento para autismo, a chance de se conseguir uma decisão favorável (ou parcialmente favorável) é maior na 2ª e na 1ª instância (ver Tabelas 6 e 7).

A razão suscitada pela operadora para negar a cobertura assistencial também leva a variações no resultado e, como será discutido mais adiante, existe correlação entre a doença informada pelo autor da ação, o item pedido e o fundamento da operadora para negar seu custeio

Tabela 6: Itens Pedidos x Condenação da operadora em 1ª Instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Cirurgia	19	17%	3	3%	91	81%	0	113
Medicamento	9	9%	3	3%	85	88%	0	97
Procedimento	6	13%	2	4%	39	83%	0	47
Materiais e dispositivos médicos	5	11%	1	2%	38	86%	0	44
Órtese	5	11%	1	2%	38	86%	0	44
Exame	6	14%	4	9%	33	77%	0	43
Internação	5	12%	4	10%	32	76%	1	42
Consulta médica ou com outros profissionais de saúde fisioterapia/ fonodologia etc.	5	12%	6	15%	29	71%	1	41
Home care	3	8%	8	22%	26	70%	0	37
Terapia para tratamento de autismo	4	11%	7	19%	25	69%	0	36

Item pedido	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Fertilização in vitro	1	100%	0	0%	0	0%	0	1
Outros	3	30%	3	30%	4	40%	0	10
Não identificável	8	33%	0	0%	16	67%	0	24

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Tabela 7: Itens Pedidos x Condenação da operadora em 2ª Instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		NI	Total
Medicamento	11	7%	2	1%	136	91%	0	149
Cirurgia	32	26%	7	6%	84	68%	1	124
Internação	21	26%	9	11%	50	63%	0	80
Procedimento	9	14%	2	3%	55	83%	0	66
Home Care	7	12%	9	16%	40	70%	1	57
Órtese ou prótese	4	7%	1	2%	51	89%	1	57
Terapia para tratamento de autismo	1	2%	9	16%	45	82%	0	55
Consulta médica/outras profissionais de saúde	4	9%	5	11%	35	80%	0	44
Exame	4	10%	2	5%	36	86%	0	42
Material cirúrgico	3	27%	0	0%	8	73%	0	11
Material cirúrgico	3	27%	0	0%	8	73%	0	11
Honorários médicos	2	50%	0	0%	2	50%	0	4
Não identificável	0	0%	0	0%	3	75%	1	4

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Os principais argumentos suscitados pela operadora para justificar a negativa de cobertura assistencial estão relacionados à não inclusão do

tratamento no rol da ANS ou no contrato. Nesses casos, a taxa de sucesso de usuários é muito alta. Em alguns desses casos, a operadora ainda alega que o tratamento não possui registro na ANVISA ou é para uso *off-label* (também conhecido como o uso “fora da bula”, isto é, possui registro na ANVISA, mas para um uso diferente daquele pedido pelo usuário), mas isso não torna o TJSP menos inclinado a conceder o tratamento. Também é muito alto o sucesso das ações que questionam negativas fundamentadas no fato de que o paciente está em período de carência ou de cobertura parcial temporária (CPT). Porém, a taxa de sucesso varia conforme a razão da operadora para a negativa. Por exemplo, em casos relacionados a pedidos de tratamento para realização fora da rede de cobertura do plano, a taxa de sucesso dos pacientes cai significativamente. (Tabelas 8 e 9).

Tabela 8: Argumentos das operadoras x Condenação da operadora em 1ª Instância

Argumento da operadora	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Tratamento não consta do rol da ANS	17	10%	9	5%	149	85%	0	175
Tratamento não está previsto no contrato ou tem cobertura explicitamente e nominalmente excluída	14	13%	10	9%	83	78%	0	107
Tratamento realizado ou a ser realizado fora da rede/área de cobertura	10	20%	10	20%	28	57%	1	49
Paciente está no período de carência ou cobertura parcial temporária CPT	7	21%	0	0%	26	79%	0	33
Tratamento experimental/ sem registro na ANVISA ou off-label tem registro/ mas para condição diferente da pedida pelo paciente	2	7%	0	0%	26	93%	0	28

Argumento da operadora	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Indicação do tratamento em desacordo com Diretriz de Utilização da ANS	2	10%	0	0%	18	90%	0	20
Limite no número de sessões com profissionais de saúde sob responsabilidade da operadora	1	5%	5	25%	14	70%	0	20
Junta médica da operadora não aprova tratamento para caso do paciente	3	23%	0	0%	10	77%	0	13
Contrato prevê co-pagamento/co-participação para tratamento	0	0%	3	25%	8	67%	1	12
Tratamento é de uso domiciliar	6	50%	0	0%	6	50%	0	12
Ausente negativa de cobertura	3	33%	0	0%	6	67%	0	9
Obrigação de fornecimento é do SUS	0	0%	0	0%	6	100%	0	6
Plano não prevê reembolso	1	17%	2	33%	3	50%	0	6
Tratamento ocorreu antes de pedido de autorização do plano	3	50%	2	33%	1	17%	0	6
Contrato anterior à Lei 9656	0	0%	0	0%	5	100%	0	5
Limite de reembolso	0	0%	1	25%	3	75%	0	4
Medicamento importado	1	33%	0	0%	2	67%	0	3
Ausência de comprovação dos ganhos clínicos para a paciente segundo a literatura médica e a Avaliação de Tecnologias da Saúde – ATS	1	50%	0	0%	1	50%	0	2

Argumento da operadora	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Ausência de emergência/urgência	1	50%	1	50%	0	0%	0	2
Outros	7	28%	2	8%	16	64%	0	25
Não Identificável**	16	15%	3	3%	90	82%	1	110

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Em muitos casos o argumento da operadora não é identificado.

** A taxa de “Não identificável” se deve principalmente a casos de tutela de emergência, em que é comum que se mencione probabilidade de direito sem especificar que o que embasaria o pleito.

Tabela 9: Argumentos das operadoras x Condenações em 2ª Instância

Argumento da operadora	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Tratamento não consta do rol da ANS	12	5%	11	4%	238	90%	2	263
Ausência/Exclusão de previsão contratual	14	8%	10	6%	147	85%	1	172
Tratamento realizado (ou a ser) fora da rede de cobertura	24	31%	11	14%	42	55%	0	77
Tratamento experimental/sem registro na ANVISA ou off-label	5	8%	1	2%	60	91%	0	66
Paciente está no período de carência ou CPT	3	7%	0	0%	38	93%	0	41
Limite de sessões sob responsabilidade da operadora	0	0%	3	13%	20	87%	0	23
Contrato prevê co-pagamento/co-participação	10	48%	3	14%	8	38%	0	21
Indicação em desacordo com diretriz da ANS	2	11%	0	0%	17	89%	0	19
Contrato anterior à Lei 9656	1	6%	1	6%	15	88%	0	17

Argumento da operadora	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Tratamento é de uso domiciliar	3	18%	3	18%	10	59%	1	17
Junta médica da operadora aprova tratamento	4	50%	0	0%	4	50%	0	8
Obrigação de fornecimento � do SUS	0	0%	0	0%	8	100%	0	8
Tratamento ocorreu antes da autorização do plano	1	14%	1	14%	5	71%	0	7
Falta de urgência	3	50%	1	17%	2	33%	0	6
Ausente negativa de cobertura	0	0%	1	25%	3	75%	0	4
Caráter eletivo e est�tico	2	67%	1	33%	0	0%	0	3
Ausência de urgência	3	100%	0	0%	0	0%	0	3
Operadora disponibiliza atendimento na rede credenciada	0	0%	0	0%	1	100%	0	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Seria esperado que as decisões judiciais discutissem aspectos técnicos dos tratamentos e evidência científica quanto   sua necessidade e indispensabilidade (como no caso de pedidos por tratamentos fora do rol) e   sua urgência e emergência (como nos casos de pedidos feitos durante período de carência ou para atendimento fora da área de cobertura). Porém, na 2  instância, em apenas 3 de 599 casos há informação de que foi realizada perícia judicial, em 9 o tribunal informa que perícia deveria ocorrer, e nenhum menciona parecer de Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus)²², que são as principais fontes de informações técnicas disponíveis aos julgadores e independente das partes. Na 1  instância, em 26 julgados há menção ao fato de que houve perícia judicial e em 15 decisões fala-se na necessidade de se realizar perícia. Isto é, em 41

²² Sobre o NatJus do TJSP, criado em 2018, ver <https://www.tjsp.jus.br/NatJus>.

de 472 decisões (8%) menciona-se que perícia foi ou deverá ser feita. Em 3 decisões há menção a parecer do NAT-Jus. Portanto, a imensa maioria das decisões não faz uso de nenhum tipo de apoio técnico independente das partes e grande peso é dado ao laudo dos médicos prescritores dos autores das ações.

Vale notar que tanto nas decisões de primeira quanto de segunda instância a jurisprudência do TJSP e o CDC, por aparecerem com maior frequência, parecem ser mais relevantes como fundamento que a própria Lei 9656/98, que regula o setor (Ver Tabelas 10 e 11 abaixo).

Tabela 10: Fundamentos jurídicos do tribunal x Condenação em 1ª Instância

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Jurisprudência do TJSP	16	7%	13	6%	186	86%	1	216
CDC	11	5%	15	7%	180	87%	1	207
Súmula 12 TJSP	0	0%	13	8%	147	92%	0	160
Lei 9656	12	12%	5	5%	82	83%	0	99
Jurisprudência do STJ	9	10%	5	5%	79	84%	1	94
Súmula 469 STJ	2	4%	3	7%	41	89%	0	46
Súmula 1 TJSP	3	7%	2	5%	39	89%	0	44
Súmula 96 TJSP	0	0%	0	0%	44	100%	0	44
Código Civil	8	21%	2	5%	28	74%	0	38
Súmula 95 TJSP	1	3%	0	0%	35	97%	0	36
Constituição Federal	4	12%	1	3%	29	85%	0	34
Súmula 68 STJ	1	3%	4	12%	29	85%	0	34
Súmula 9 TJSP	1	5%	7	33%	13	62%	0	21
Súmula 13 TJSP	0	0%	0	0%	13	100%	0	13
Súmula 97 TJSP	0	0%	0	0%	8	100%	0	8
Tema Repetitivo 99 Resp	1	17%	0	0%	5	83%	0	6
Súmula 32 STJ	0	0%	1	20%	4	80%	0	5
Outros	12	33%	2	6%	22	61%	0	36
Não identificável	24	25%	3	3%	69	71%	1	97

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Fundamentos usados em menos do que 5 casos foram desconsiderados.

Tabela 11: Fundamentos jurídicos do tribunal x Condenação em 2ª Instância

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Jurisprudência do TJSP	40	12%	20	6%	276	81%	3	339
Súmula 102	4	1%	10	4%	261	94%	2	277
CDC	4	2%	15	6%	228	92%	2	249
Jurisprudência do STJ	14	6%	14	6%	190	87%	1	219
Lei 9656	20	14%	10	7%	111	78%	1	142
Súmula 608 STJ	5	6%	4	4%	80	90%	0	89
Código Civil	6	9%	1	1%	63	90%	0	70
Súmula 100 TJSP	0	0%	3	5%	58	94%	1	62
Sumula 95 TJSP	1	2%	2	4%	45	94%	0	48
Súmula 90 TJSP	0	0%	6	14%	35	83%	1	42
Súmula 96 TJSP	0	0%	2	5%	38	95%	0	40
Súmula 469 STJ	1	3%	1	3%	30	91%	1	33
Súmula 103 TJSP	1	3%	0	0%	28	97%	0	29
Constituição Federal	0	0%	4	25%	12	75%	0	16
CPC	3	21%	1	7%	10	71%	0	14
Súmula 302 STJ	2	20%	2	20%	6	60%	0	10
Súmula 93 TJSP	2	20%	0	0%	8	80%	0	10
Tema Repetitivo 1032 - REsp 1809486/SP e REsp 1755866/SP	4	44%	3	33%	2	22%	0	9
Súmula 97 TJSP	1	13%	2	25%	5	63%	0	8
Súmula 597 STJ	1	14%	0	0%	6	86%	0	7
Tema Repetitivo 990 - REsp 1712163/SP e REsp 1726563/SP	0	0%	0	0%	5	100%	0	5
Contrato	4	80%	0	0%	1	20%	0	5
Não identificável	2	40%	1	20%	2	40%	0	5

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Fundamentos usados em menos do que 5 casos foram desconsiderados.

Com o intuito de dar mais concretude às questões demandadas, optamos por selecionar alguns temas para uma análise mais aprofundada

das questões jurídicas envolvendo alguns dos subtemas principais dentro do tema negativa de cobertura assistencial.

Rol da ANS e exclusões contratuais

O advento da Lei 9.656/98 impactou diretamente a cobertura de tratamentos pelos planos de saúde. O art. 10 da lei estabelece o plano-referência de assistência à saúde, que determina um rol mínimo de tratamentos que todos os planos precisam oferecer. Isto é, não pode ser comercializado um plano de saúde que não cubra todos os tratamentos previstos no rol. Esse artigo também lista tratamentos que podem ser excluídos de cobertura (por exemplo, tratamentos estéticos, inseminação artificial e terapias experimentais).

O artigo 10, §4º, prescreve ainda que a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar será estabelecida em norma editada pela ANS. Essa norma, atualmente, é a RN 465/2021, que apresenta o rol de procedimentos e eventos em saúde de cobertura assistencial obrigatória (chamado “rol da ANS”) a ser garantida pelos planos privados contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou os celebrados anteriormente, mas adaptados. A Resolução também estabelece os requisitos a serem observados para o acesso a tratamentos.

Atualmente, nos termos do art. 10, §3º da Lei 9.656/98 e da RN 555/22, o rol é atualizado com apoio técnico da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar. Essa comissão apresenta relatório com base nas melhores evidências científicas disponíveis de medicamentos e procedimentos avaliados, avaliação econômica comparativa dos benefícios e custos em relação às coberturas já constantes do rol e análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura.

As propostas de atualização do rol são recebidas e analisadas de forma contínua e a lista de coberturas assistenciais obrigatórias e de diretrizes de utilização (DUT) devem ser atualizadas semestralmente (art. 2º da RN 470/21). A atualização é realizada por meio de processo administrativo cuja

duração é de cento e vinte dias, prorrogáveis por sessenta dias corridos. Findo o prazo, caso não haja manifestação conclusiva da ANS, o produto ou procedimento em questão será automaticamente incluído no rol. Ademais, o rol poderá ser atualizado a qualquer momento por iniciativa da ANS (art. 34 da RN 470/21).

Nos termos da Lei 9.656/98 e da RN 465/21, exclusões assistenciais são permitidas. São passíveis de terem sua cobertura excluída tratamentos cirúrgicos experimentais, procedimentos clínicos ou cirúrgicos estéticos, inseminação artificial, fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados (sem registro na ANVISA), medicamentos para tratamento domiciliar (exceto antineoplásicos orais e aqueles destinados a conter efeitos adversos adjuvantes no tratamento antineoplásico), próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico, internações que não necessitem de cuidados médicos, dentre outros. Não há empecilho para que operadoras e pacientes celebrem contratos que prevejam cobertura para além do rol.

Nesse cenário regulatório, surgem constantes embates entre os beneficiários e os planos de saúde acerca da cobertura de tratamentos que não estão no rol obrigatório, não foram incluídos no contrato ou foram explicitamente excluídos do contrato. Esses embates são a principal causa de judicialização contra operadoras de saúde e as discussões costumam girar em torno da natureza do rol obrigatório estabelecido pela ANS.

De um lado, existe o argumento de que o rol possui um caráter taxativo. Isto é, para os planos de saúde, e não havendo dispositivo contratual em contrário, haveria obrigatoriedade de cobertura apenas dos produtos e serviços elencados no rol obrigatório. Esse é o entendimento da própria ANS (RN 465/2001, Art. 2º). Do outro lado, argumenta-se que esse rol tem caráter meramente exemplificativo. Isto é, estabelece o mínimo que planos precisam cobrir, mas não há impedimento legal para que pacientes exijam que seus planos custeiem tratamentos que não estejam incorporados nesse rol desde que apresentem uma justificativa médica indicando tal necessidade.

A questão da natureza do rol – se exemplificativo ou taxativo – tem sido objeto de constante disputa e divergência nos tribunais. Em junho de

2022, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) buscou pacificar essa questão no julgamento dos Embargos de Divergência no Recurso Especial 1.886.929 (2022), em que firmou entendimento de que o rol seria taxativo, mas com exceções. Porém, em resposta à decisão do STJ, foi promulgada a Lei 14.454/22 em setembro de 2022 determinando o caráter exemplificativo do rol obrigatório ao permitir que pacientes exijam a cobertura de tratamentos fora do rol se satisfeitos alguns requisitos. Importa ressaltar que as decisões analisadas nesse relatório foram proferidas antes de 2022 e, portanto, não capturam possíveis mudanças trazidas pela mudança jurisprudencial e legislativa.

Na nossa amostra, os argumentos de que o tratamento está fora do rol da ANS e o de que tratamento foi excluído ou não incluído no contrato aparecem com muita frequência. É comum, também, que apareçam juntos. Também algumas vezes se juntam a eles o argumento de que tratamento não possui registro na ANVISA ou o pedido é para uso off-label (isto é, foi registrado na ANVISA, mas para um uso diferente daquele pedido pelo usuário na ação). Essa sobreposição existe porque aquilo que não tem registro ou é off-label não constará do rol obrigatório e, normalmente, aquilo que não consta do rol normalmente não estará previsto no contrato.

Na primeira instância (liminares e sentenças), assim como na segunda (apelações e agravos), entre os tratamentos mais judicializados por terem sua cobertura negada sob alegação de não pertencimento ao rol ou não cobertura contratual destacam-se medicamentos, cirurgias, internações, exames, órteses e próteses, home care e tratamento para autismo (ver Tabelas 12 e 13).

Tabela 12: Ausência ou Exclusão de previsão contratual x Tipo de pedido e Condenação da operadora – 1ª Instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		Total Geral
Medicamento	2	9%	1	5%	19	22	2
Cirurgia	2	11%	1	6%	15	18	2
Home care	2	12%	6	35%	9	17	2

Item pedido	Não		Parcial		Sim		Total Geral
Materiais e dispositivos médicos	3	19%	1	6%	12	16	3
Órtese	3	19%	1	6%	12	16	3
Exame	2	20%	1	10%	7	10	2
Procedimento	1	11%	0	0%	8	9	1
Terapia para tratamento de autismo	2	22%	1	11%	6	9	2
Consulta médica ou com outros profissionais de saúde fisioterapia/ fonodaudiologia etc.	0	0%	1	14%	6	7	0
Internação	0	0%	1	33%	2	3	0
Fertilização in vitro	1	100%	0	0%	0	1	1
Outros	2	50%	2	50%	0	4	2
Não Identificável	1	20%	0	0%	4	5	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Tabela 13: Ausência ou Exclusão de previsão contratual x Tipo de pedido e Condenação da operadora – 2ª Instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		NI	Total
Medicamento	2	4%	2	4%	42	91%	0	46
Cirurgia	4	15%	0	0%	23	85%	0	27
Home Care	2	8%	4	15%	19	73%	1	26
Órtese ou prótese	2	9%	0	0%	21	91%	0	23
Consulta médica/outras profissionais de saúde	0	0%	3	18%	14	82%	0	17
Terapia para tratamento de autismo	0	0%	1	6%	16	94%	0	17

Item pedido	Não		Parcial		Sim		NI	Total
Procedimento	4	25%	2	13%	10	63%	0	16
Exame	0	0%	2	14%	12	86%	0	14
Internação	2	29%	1	14%	4	57%	0	7
Honorários médicos	0	0%	0	0%	1	100%	0	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Gráfico 6: Condenação da operadora, para Liminares e Sentenças, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento sem previsão contratual

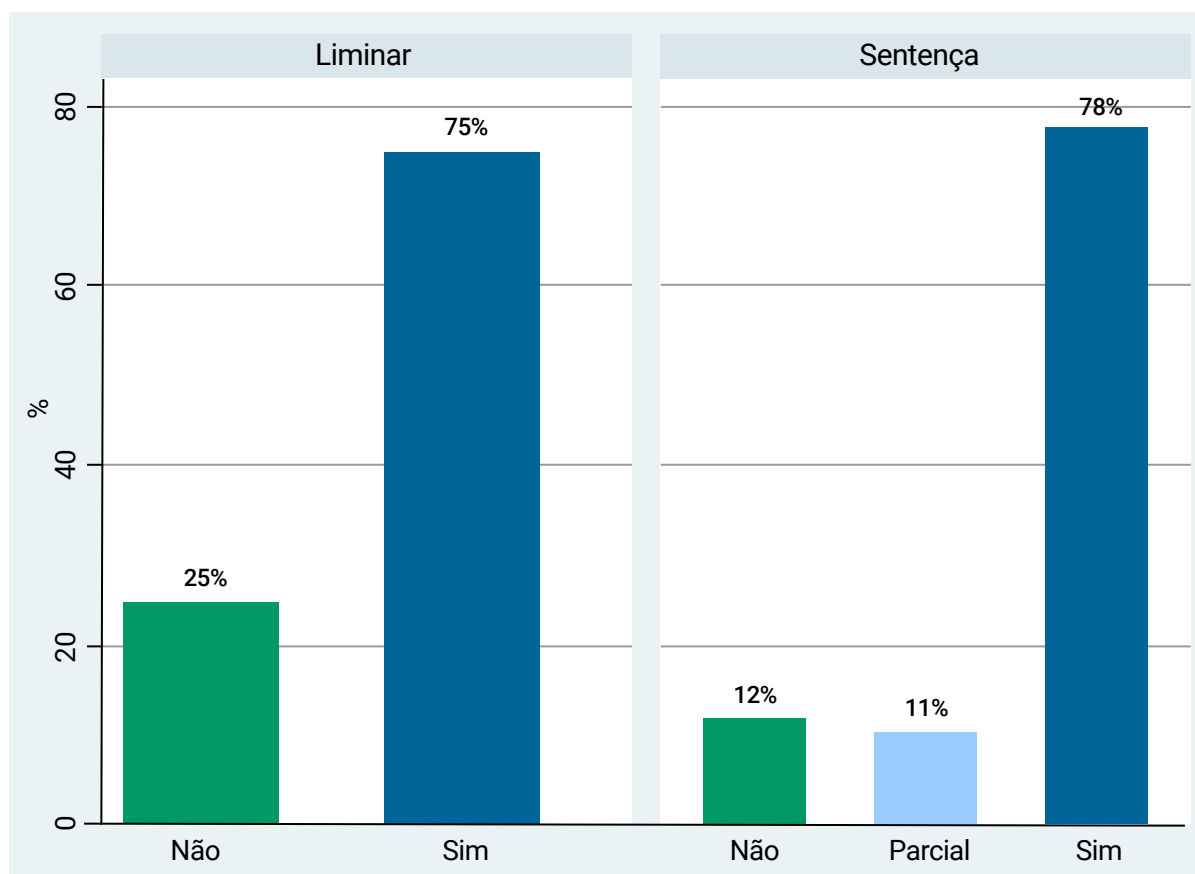
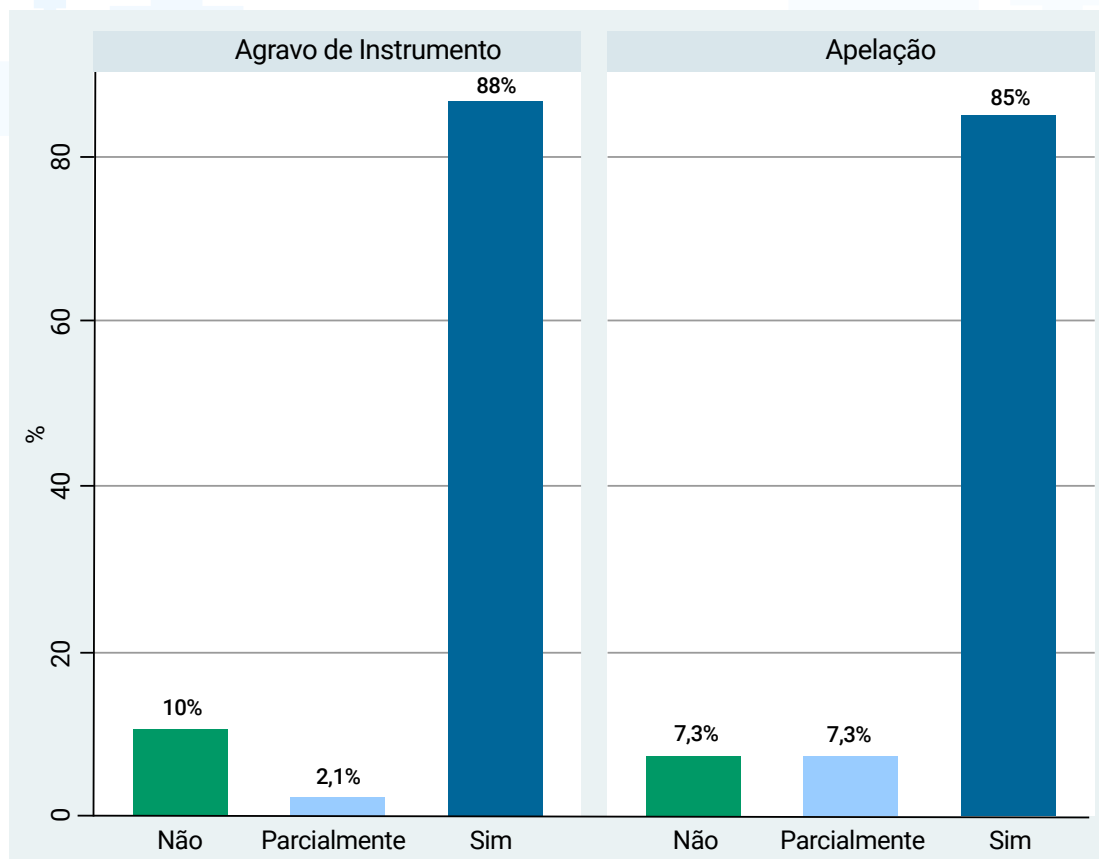


Gráfico 7: Condenação da operadora, para Agravos e Apelações, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento sem previsão contratual**Tabela 14:** Tratamento fora do Rol da ANS x Tipo de pedido e Condenação da operadora – 1ª instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		Total Geral
Medicamento	2	5%	0	0%	41	95%	43
Cirurgia	2	5%	1	3%	37	93%	40
Terapia para tratamento de autismo	1	5%	5	23%	16	73%	22
Consulta médica ou com outros profissionais de saúde fisioterapia/ fonodaudiologia etc.	1	6%	1	6%	16	89%	18
Procedimento	2	11%	1	6%	15	83%	18
Exame	4	27%	0	0%	11	73%	15
Materiais e dispositivos médicos	3	25%	0	0%	9	75%	12
Órtese	3	25%	0	0%	9	75%	12
Home care	1	25%	0	0%	3	75%	4

Item pedido	Não		Parcial		Sim		Total Geral
Internação	0	0%	0	0%	3	100%	3
Fertilização in vitro	1	100%	0	0%	0	0%	1
Outros	2	29%	2	29%	3	43%	7
Não Identificável	1	17%	0	0%	5	83%	6

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Tabela 15: Tratamento fora do Rol da ANS x Tipo de pedido e Condenação da operadora – 2ª instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		NI	Total
Medicamento	5	6%	1	1%	72	92%	0	78
Procedimento	4	9%	2	5%	37	86%	0	43
Cirurgia	5	12%	0	0%	37	88%	0	42
Terapia para tratamento de autismo	0	0%	6	16%	32	84%	0	38
Órtese ou prótese	0	0%	0	0%	27	96%	1	28
Consulta médica/outras profissionais de saúde	0	0%	2	9%	21	91%	0	23
Exame	1	4%	1	4%	21	91%	0	23
Home Care	0	0%	1	6%	15	88%	1	17
Internação	1	33%	1	33%	1	33%	0	3
Material cirúrgico	0	0%	0	0%	2	100%	0	2
Honorários médicos	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Não identificável	0	0%	0	0%	1	100%	0	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Gráfico 8: Condenação da operadora, para Liminares e Sentenças, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento fora do rol da ANS

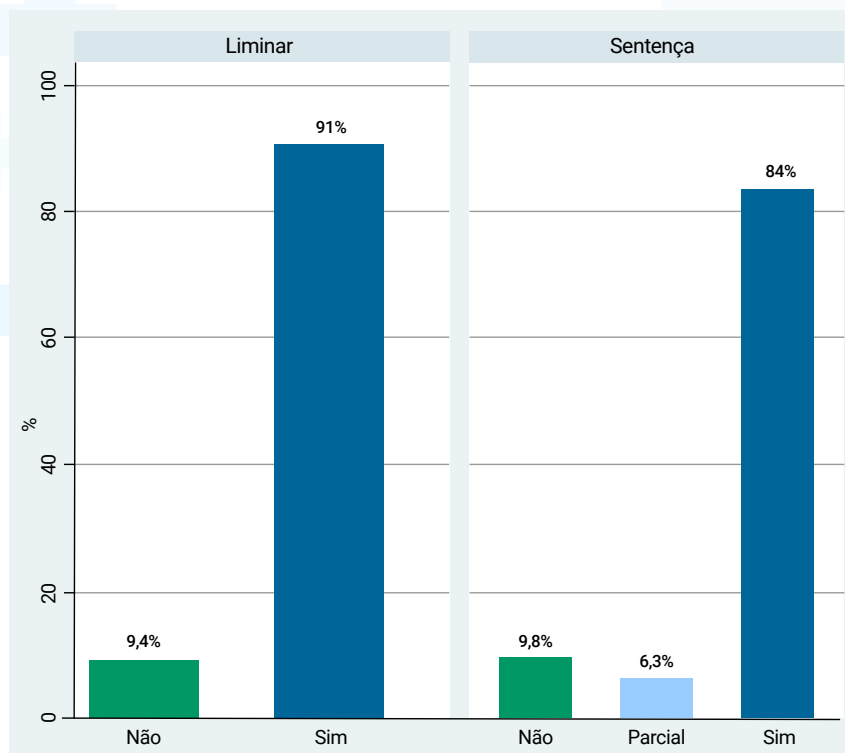
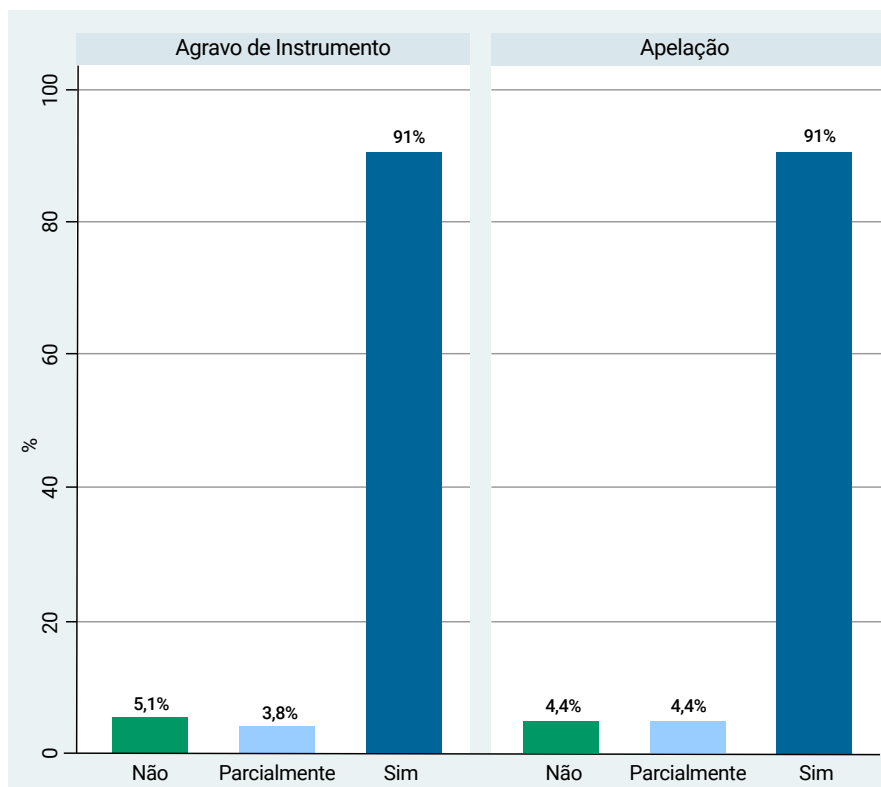
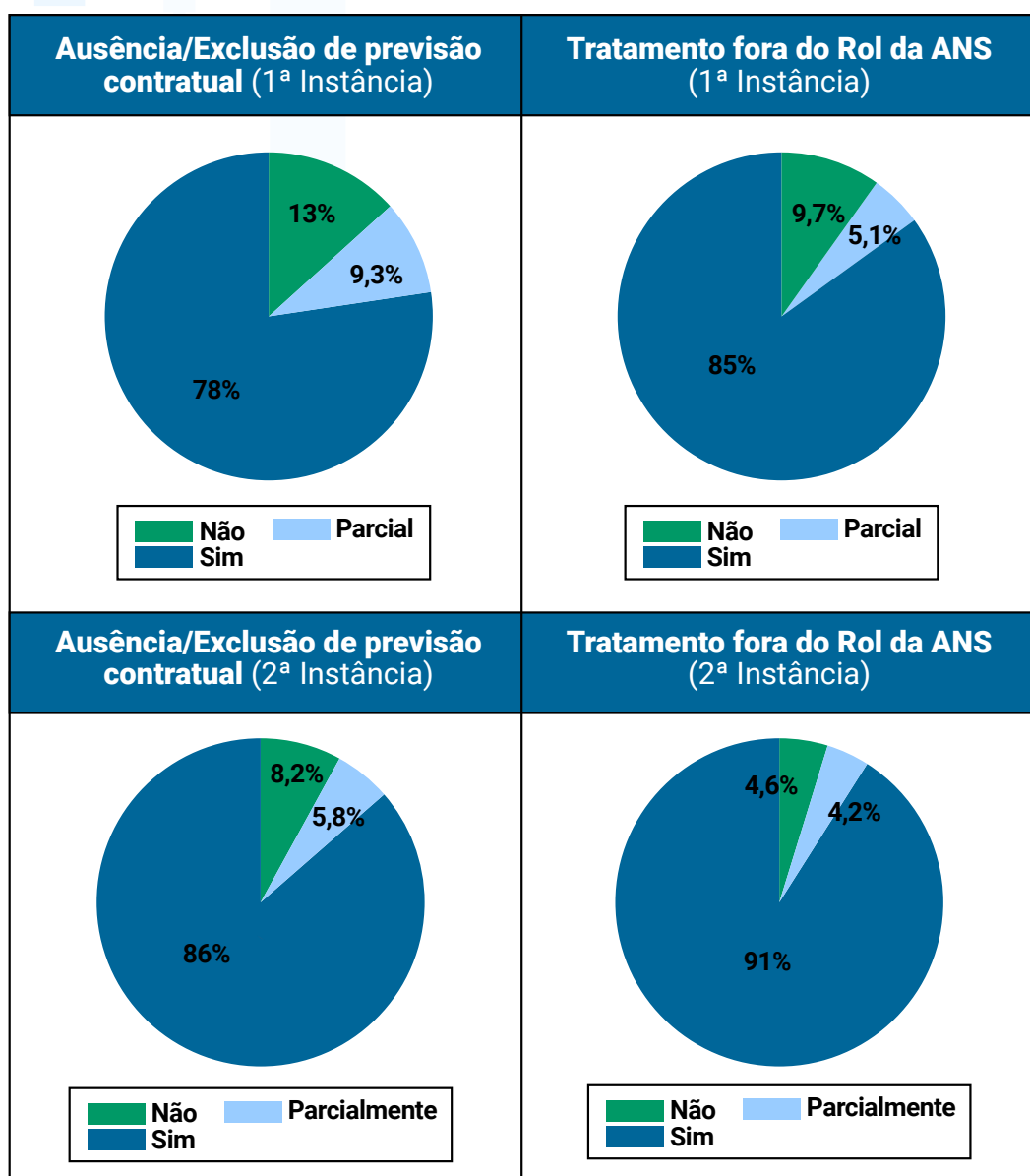


Gráfico 9: Condenação da operadora, para Agravos e Apelações, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento fora do rol da ANS



Argumentos da operadora de que não haveria obrigação de fornecer um tratamento pela falta de previsão contratual ou inclusão no rol não tendem a prevalecer no TJSP. Conforme apontado, é muito grande a taxa de sucesso dos pacientes nesses casos em que a negativa de cobertura se deu por essas razões, embora também haja variações com relação ao tipo de pedido e à instância

Gráfico 10: Condenação da operadora x Ausência/Exclusão de previsão contratual e Tratamento fora do Rol da ANS

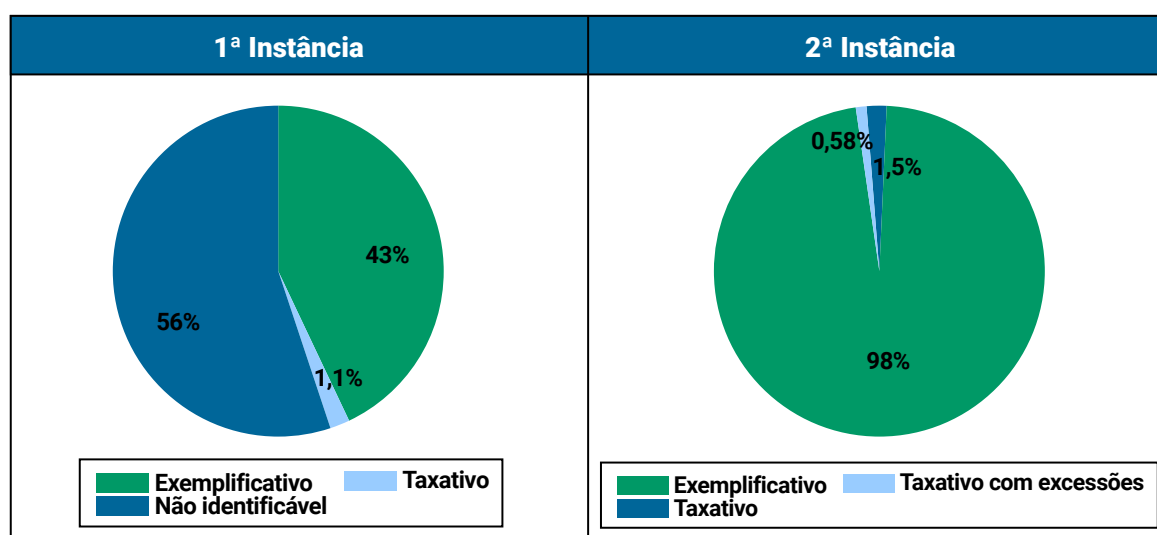


A alta taxa de sucesso dos pacientes em ações que pedem cobertura de tratamentos negados por não previsão no contrato ou no rol é mais

bem compreendida quando se olha a fundamentação jurisprudencial, que tende a afastar esses limites regulatórios e contratuais. O TJSP tende a decidir esses casos aplicando o CDC e suas próprias súmulas, como a Súmula 102 TJSP, que estabelece que “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”. Vale mencionar que a legislação (Lei 9.656/98) e a regulação do setor (resoluções da ANS) raramente são mencionadas nas decisões, o que indica sua baixa relevância para a resolução dos litígios por parte do TJSP (cf. Tabelas 10 e 11).

Aliado a esse entendimento (ou talvez decorrente dele) está a ideia prevalente no TJSP de que o rol obrigatório é exemplificativo ao invés de taxativo. Isso ficou claro durante o período coberto por nossa pesquisa, em que esta posição é praticamente unânime nas decisões em que é possível identificar o posicionamento do tribunal sobre o tema.

Gráfico 11: Entendimento do TJSP sobre Rol da ANS



Rede de cobertura

Os objetos das demandas judiciais não se limitam a casos em que há divergência sobre se um tratamento deve ser coberto ou não por um plano de saúde. Existem também disputas sobre onde e por quem eles

podem ser realizados ou prestados às custas da operadora de plano de saúde.

Pelas normas que regulam o setor, as operadoras dos planos de saúde devem indicar aos beneficiários o conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde aptos para seu atendimento. Estes podem ser serviços próprios ou contratualizados, e seu conjunto constitui a chamada “rede credenciada” (ANS, 2021, p. 29-30). De acordo com a Resolução 465/2021 da ANS, a cobertura assistencial de um plano deve respeitar a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora.

Dois tipos de controvérsias são mais comuns em torno da rede credenciada. A primeira, refere-se aos casos de alegada urgência ou emergência, quando não é possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras. Segundo o inciso VI do artigo 12 da Lei 9.656/98, nesses casos há o direito ao reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário fora da rede de cobertura. O segundo tipo de controvérsia refere-se a suposta falha, por parte da operadora, de informar aos beneficiários quais profissionais e estabelecimentos de saúde compõem a rede credenciada. Nestes casos, beneficiários ingressam com uma ação judicial para pedir o reembolso a tratamento realizado fora da rede ou a autorização para a realização desse tratamento por via judicial.

Tabela 16: Tratamento fora da Rede Credenciada x Tipos de pedido e Condenação da operadora – 1ª instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Cirurgia	4	29%	1	7%	9	64%	0	14
Consulta médica ou com outros profissionais de saúde fisioterapia/ fonodaudiologia etc.	3	25%	4	33%	5	42%	0	12
Internação	4	36%	2	18%	4	36%	1	11
Terapia para tratamento de autismo	1	13%	1	13%	6	75%	0	8
Exame	0	0%	3	75%	1	25%	0	4

Item pedido	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Medicamento (inclui quimioterápicos e quimioterapia)	0	0%	1	50%	1	50%	0	2
Procedimento	0	0%	1	50%	1	50%	0	2
Materiais e dispositivos médicos	1	50%	0	0%	1	50%	0	2
Órteses, próteses, materiais e dispositivos médicos	1	50%	0	0%	1	50%	0	2
Outros	0	0%	2	100%	0	0%	0	2
Não Identificável	0	0%	0	0%	1	100%	0	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Tabela 17: Tratamento fora da Rede Credenciada x Tipos de pedido e Condenação da operadora – 2ª instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		Total
Internação	11	46%	3	13%	10	42%	24
Cirurgia	8	44%	3	17%	7	39%	18
Consulta médica/outras profissionais de saúde	3	23%	1	8%	9	69%	13
Terapia para tratamento de autismo	0	0%	3	33%	6	67%	9
Procedimento	4	57%	0	0%	3	43%	7
Exame	3	60%	0	0%	2	40%	5
Órtese ou prótese	1	20%	1	20%	3	60%	5
Medicamento	2	50%	0	0%	2	50%	4
Home Care	0	0%	1	50%	1	50%	2
Material cirúrgico	0	0%	0	0%	2	100%	2
Honorários médicos	1	50%	0	0%	1	50%	2
Não identificável	0	0%	0	0%	2	100%	2

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Nesses casos, conforme mostra os Gráficos 12 e 13, a taxa de sucesso dos pacientes é significativamente mais baixa se comparada às negativas de cobertura assistencial pela ausência de previsão no contrato e no rol da ANS, embora ainda seja mais comuns decisões favoráveis aos usuários que decisões desfavoráveis. Vale notar, ainda, que a taxa de sucesso em sede de agravo é mais baixa que em apelação.

Gráfico 12: Condenação da operadora, para Liminares e Sentenças, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento fora da rede credenciada

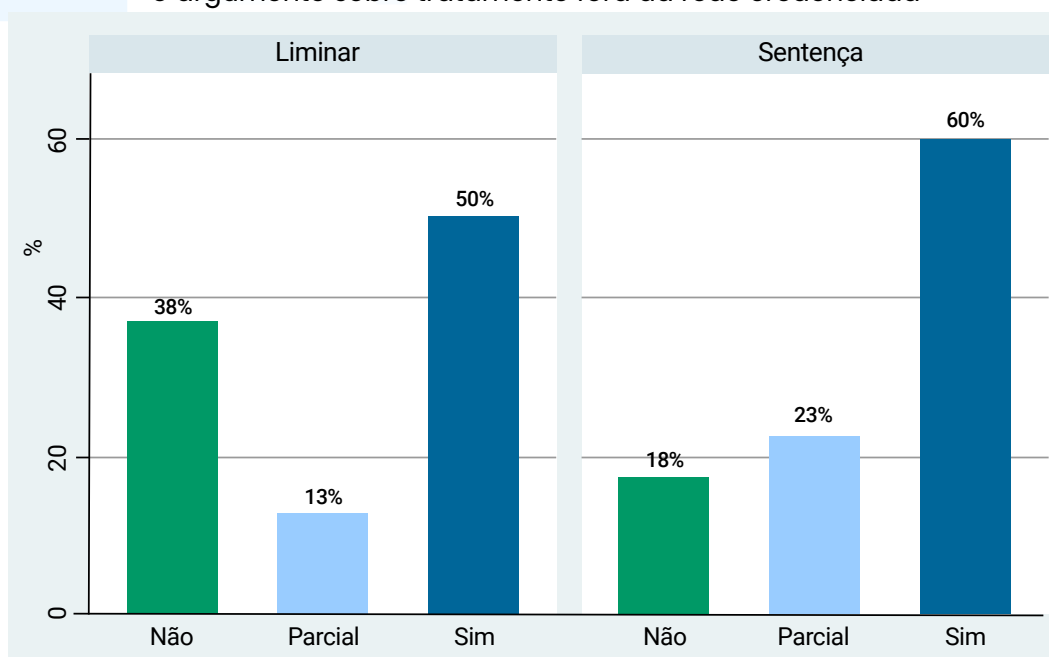
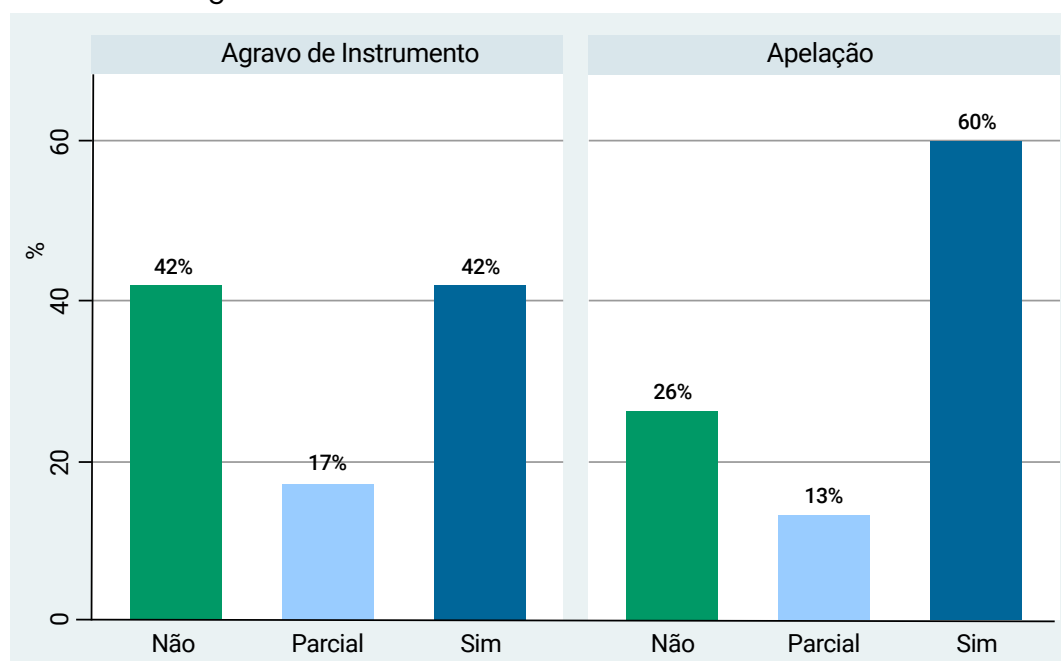


Gráfico 13: Condenação da operadora, para Agravos e Apelações, em casos em que foi citado o argumento sobre tratamento fora da rede credenciada



Período de carência e de cobertura parcial temporária (CPT)

Além das demandas sobre se um tratamento deve ser coberto, e por quem e onde ele pode ser realizado, existe também litígio judicial sobre a partir de quando ele deve ser coberto por um plano de saúde.

Muitas ações discutem a cobertura de tratamentos durante o período de carência. A carência é o período de tempo, contado a partir do início da vigência do contrato, durante o qual o contratante não tem acesso a determinados procedimentos e tratamentos. Esse período é determinado no contrato, o que, por sua vez, é regulamentado pelo art.12 da Lei 9.656/98. A lei define os prazos máximos de carência: 180 dias para procedimentos comuns e 24 horas para casos de urgência e emergência, além de 300 dias para partos a termo (ocorridos após a 38ª semana de gravidez).

O art. 35-C da Lei 9.656/98 define emergência como os casos que impliquem “risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente” e urgência como aqueles “resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional”. É comum que usuários, durante o período de carência, peçam a cobertura assistencial de seus planos alegando que se trata de uma urgência ou emergência, mas os planos alegam que se trata de um tratamento comum. A disputa, portanto, gira em torno da questão da interpretação desse dispositivo legal e em questões fáticas quanto ao tratamento concreto para o qual se pede cobertura.

A cobertura parcial temporária (CPT), por sua vez, é a suspensão de cobertura da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo

beneficiário. Essa suspensão está prevista no art. 11 da Lei 9.656/98, que também limita o período de CPT por até 24 meses, e é regulamentada pela Resolução ANS 162/07.

Conforme indicam os Gráficos 14 e 15, a taxa de sucesso de pacientes em ações que questionam a negativa de cobertura sob alegação de que o paciente está em período de carência ou CPT é alta. Vale destacar que quase todas as liminares são concedidas em favor do paciente, ainda que o número de condenações da operadora em sentença seja significativamente menor.

Gráfico 14: Argumento sobre Período de carência e de cobertura parcial temporária (CPT) x Condenação da operadora, para Liminares e Sentenças

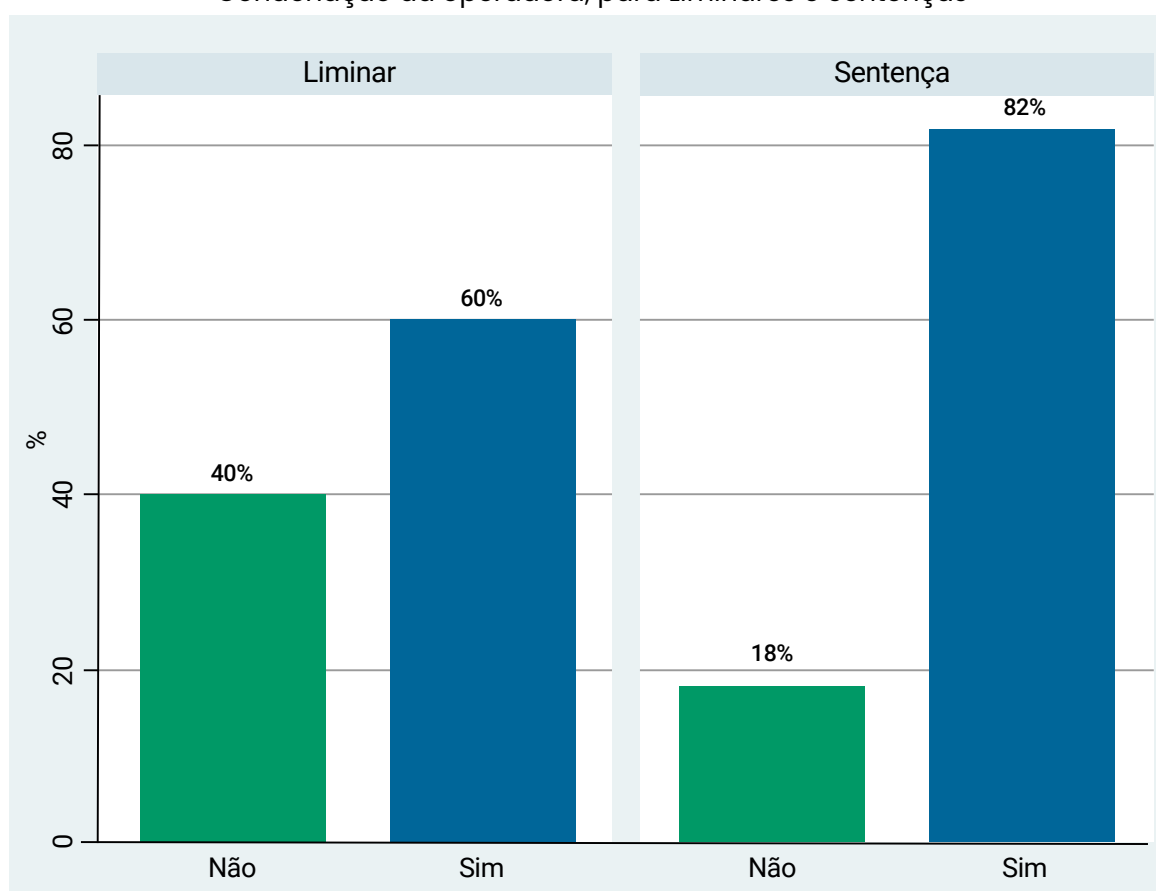
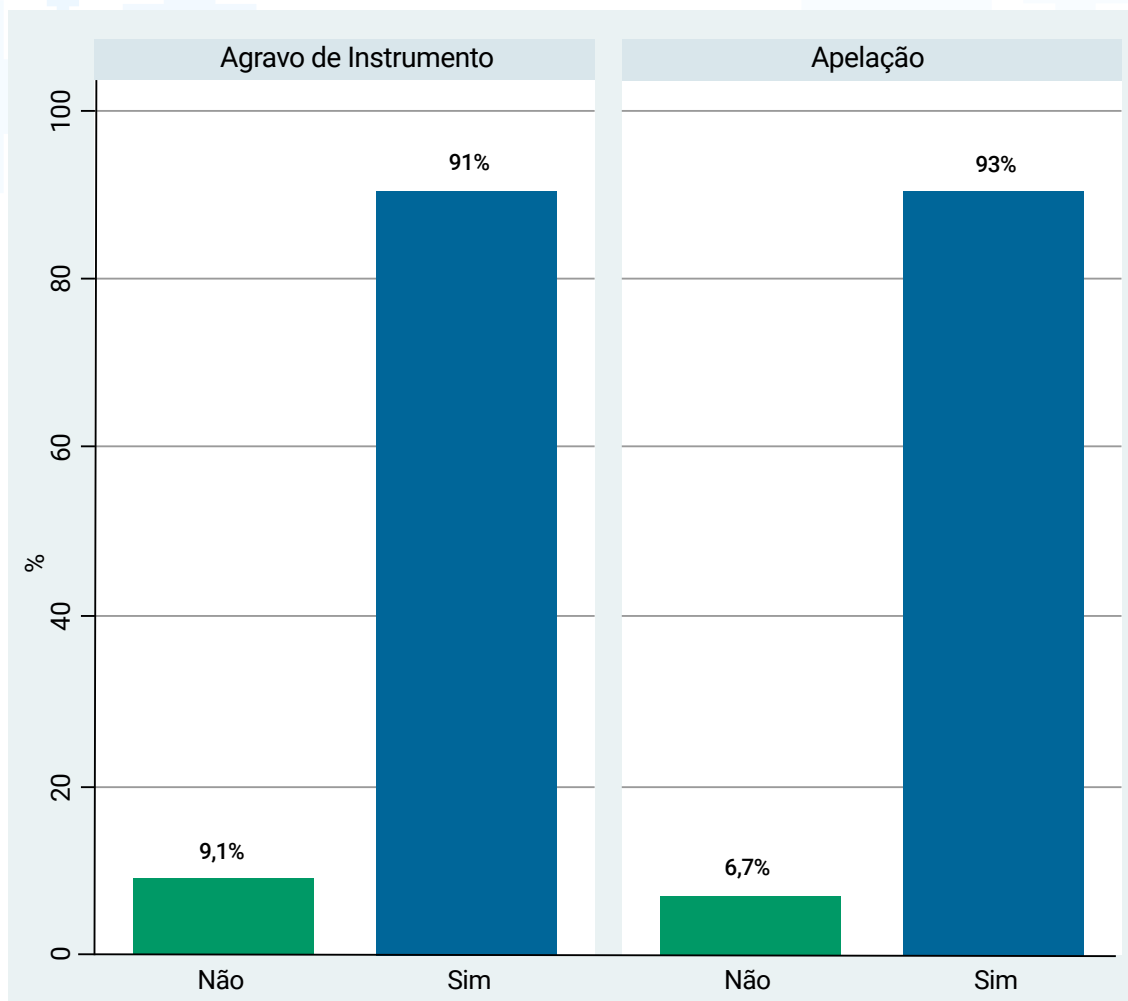


Gráfico 15: Argumento sobre Período de carência e de cobertura parcial temporária (CPT) x Condenação da operadora, para Agravos e Apelações

Entre os tratamentos mais judicializados por terem sua cobertura assistencial negada sob alegação de que o paciente está em período de carência ou CPT, destacam-se internações e cirurgias.

Tabela 18: Carência/CPT x Tipo de Pedido e Condenação da operadora – 1ª instância

Item pedido	Não		Sim		Total Geral
Internação	0	0%	17	100%	17
Cirurgia	4	31%	9	69%	13
Exame	1	20%	4	80%	5
Procedimento	0	0%	3	100%	3
Materiais e dispositivos médicos	0	0%	2	100%	2

Item pedido	Não		Sim		Total Geral
Órtese	0	0%	2	100%	2
Terapia para tratamento de autismo	1	100%	0	0%	1
Não identificável	1	50%	1	50%	2

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Tabela 19: Carência/CPT x Tipo de Pedido e Condenação da operadora – 2ª instância

Item pedido	Não		Sim		Total Geral
Internação	1	3%	29	97%	30
Cirurgia	1	7%	13	93%	14
Exame	0	0%	6	100%	6
Medicamento	1	33%	2	67%	3
Consulta médica/outros profissionais de saúde	0	0%	2	100%	2
Procedimento	0	0%	2	100%	2
Material cirúrgico	0	0%	1	100%	1
Órtese ou prótese	0	0%	1	100%	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Coparticipação

A coparticipação (também chamada de copagamento) é um mecanismo financeiro de regulação e consiste no “valor pago pelo consumidor à operadora, além da mensalidade, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde”²³. Isto é, além de pagar a mensalidade do plano, o usuário paga também um valor ao utilizar determinados serviços. Esse é um tipo de fator moderador que, embora disciplinado na Resolução CONSU nº 08/98, é objeto de disputas judiciais, inclusive no Supremo Tribunal Federal (STF) (ver Arguição de

23 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa Parceiros da Cidadania*. Rio de Janeiro: ANS, 2021, p. 63.

Descumprimento de Preceito Fundamental 532).

A questão da coparticipação aparece com frequência em discussões sobre a legalidade de cláusula contratual que limita a responsabilidade da operadora pelo custeio integral de determinados serviços, como internação psiquiátrica. Sobre o tema, o STJ, no tema repetitivo 1032, reputou válida “a cláusula de coparticipação expressamente ajustada e informada ao consumidor, à razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 (trinta) dias por ano”. Porém, muitas ações são propostas pedindo a cobertura integral mesmo após o período de 30 dias.

Nossa amostra indica que, em comparação com outros assuntos, a taxa de sucesso dos usuários é bastante baixa na 2ª instância e, portanto, o TJSP tem admitido que operadoras de planos de saúde estabeleçam a coparticipação, limitando sua responsabilidade no custeio de coberturas. Esse é um dos raros temas em que a limitação contratual e regulatória à cobertura de um tratamento é frequentemente aceita pelo TJSP. Isso deve decorrer tanto do fato de haver uma súmula do STJ quanto do fato de que a negativa é apenas parcial, já que o plano continuará custeando metade do tratamento.

Tabela 20: Copagamento e pedidos x Tipo de pedido – 1ª instância

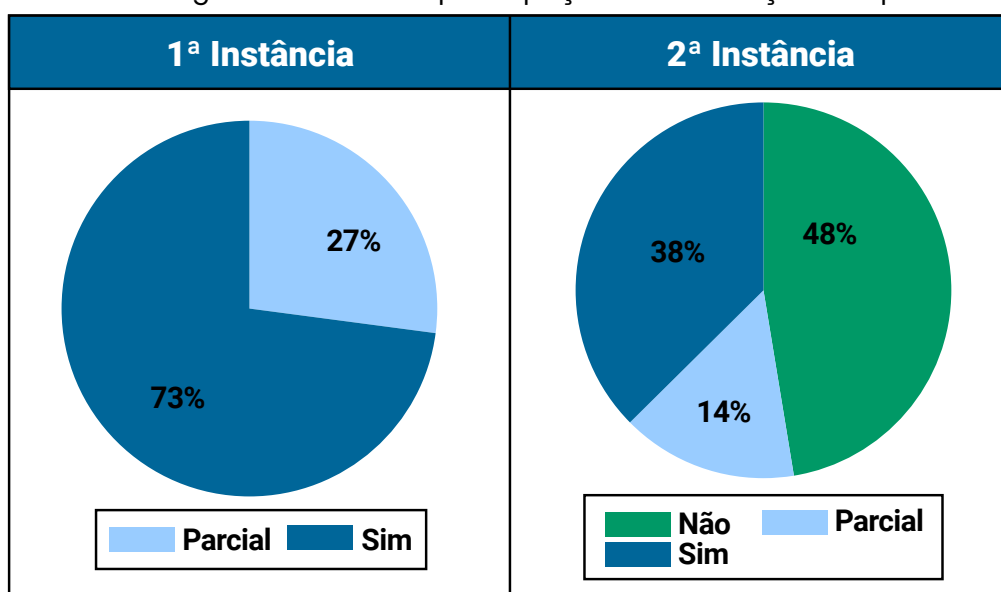
Item pedido	Parcial		Sim		NI	Total Geral
Internação	0	0%	3	75%	1	4
Terapia para tratamento de autismo	2	50%	2	50%	0	4
Consulta médica ou com outros profissionais de saúde fisioterapia/ fonodaudiologia etc.	1	33%	2	67%	0	3
Cirurgia	0	0%	1	100%	0	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Tabela 21: Copagamento e pedidos x Tipo de pedido – 2ª instância

Item pedido	Não		Parcial		Sim		Total Geral
Internação	8	67%	2	17%	2	17%	12
Consulta médica/outras profissionais de saúde	1	33%	0	0%	2	67%	3
Terapia para tratamento de autismo	0	0%	1	33%	2	67%	3
Home Care	1	50%	0	0%	1	50%	2
Órtese ou prótese	0	0%	0	0%	1	100%	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Gráfico 16: Argumento sobre coparticipação x Condenação da operadora

* Não foi identificada nenhuma decisão para agravos de instrumento ou liminares que citam o argumento de co-pagamento.

Conclusão

Destacamos as seguintes conclusões extraídas da análise dos dados relativos a decisões em ações que questionam a negativa de cobertura por parte de operadora de plano de saúde:

1. Na 1ª e 2ª instâncias o tribunal tende a condenar a operadora em cerca de 80% dos casos relativos à negativa de cobertura

assistencial. Se incluída a condenação parcial, então a taxa de sucesso de usuários é de cerca de 86%. Portanto é muito provável que a decisão seja favorável ao usuário;

2. A maior parte das demandas é movida por pacientes com transtornos mentais e comportamentais (com destaque para pacientes dentro transtorno do espectro autista) e pacientes com tumores malignos;

3. O item mais pedido nas ações é medicamento, seguido por cirurgia e internação;

4. A razão mais comum apresentada pela operadora para negar cobertura é a não inclusão do tratamento no rol da ANS e/ou a sua não inclusão ou exclusão do contrato, o pedido de cobertura para serviço prestadora fora da rede do plano, e demandas durante o período de carência ou cobertura parcial temporária.

5. A taxa de sucesso dos usuários nessas demandas é muito alta, mas varia conforme a doença, o item pedido, a razão da negativa de cobertura e a instância decisória.

6. Jurisprudência do TJSP e o CDC, por aparecerem com maior frequência, parecem ser mais relevantes como fundamento das decisões que a própria Lei 9656/98. Existe pouco apoio técnico por parte de perícias judiciais ou pareceres de NAT-Jus na fundamentação das decisões.

7. O TJSP parece mais inclinado a conceder o pedido quando há o risco de o usuário não receber o tratamento indicado, mas menos inclinado quando a discussão gira em torno de onde o tratamento será realizado ou (na 2ª instância) se a operadora custeará totalmente ou parcialmente o pedido.



REAJUSTE DE MENSALIDADE

Em demandas relacionadas aos reajustes de mensalidade, observa-se que há tanto questionamentos relativos ao Direito (as normas que regulam reajustes por mudança na faixa etária e por sinistralidade), quanto questões de fato relacionadas à forma de cálculo do reajuste por parte da operadora.

As discussões no Judiciário giram em torno de dois tipos de reajuste. Primeiro, o *reajuste por mudança de faixa etária*, que engloba todo incremento de custo na mensalidade do beneficiário por conta do avanço da idade. Isso ocorre por conta da mudança do perfil de risco: usuários de uma mesma faixa etária pagam uma mesma contraprestação, já que possuem um perfil de risco aproximado em relação à operadora. Partindo do pressuposto que há uma proporção direta entre aumento de idade e uso dos serviços dos planos de saúde, o aumento da mensalidade pela idade permite a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro contratual.²⁴

Sua regulação é feita por duas leis principais: a Lei nº 9.656/98 – Lei dos Planos de Saúde –, e a Lei nº 10.741/03 – o Estatuto do Idoso. Portanto, assim como no tema da negativa de cobertura, o momento em que o contrato de plano de saúde foi celebrado determina o direito que se aplicará a ele. Conforme entendimento do Tema 952 do STJ²⁵, há uma divisão em

24 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa Parceiros da Cidadania*. Rio de Janeiro: ANS, 1ª Edição, Agosto, 2021. p. 105

25 O Tema trata sobre a validade do reajuste de mensalidade por faixa etária em planos de saúde individuais e familiares. Ver: SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Tema Repetitivo 952. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=952&cod_tema_final=952

três grupos na regulamentação desse tipo de reajuste, sendo eles (1) os contratos firmados antes da vigência da Lei 9.656/98 (2 de janeiro de 1999) e não adaptados à legislação vigente, (2) os contratos firmados ou adaptados entre 2 de janeiro de 1999 e o início da vigência do Estatuto do Idoso (1 de janeiro de 2004), e (3) os contratos firmados ou adaptados a partir de 1 de janeiro de 2004.

Considerando o primeiro grupo, uma questão relevante é a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.931, proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e julgada em 2018. A partir dela, houve a declaração da inconstitucionalidade dos artigos 10, parágrafo 2º e 35-E da Lei 9.656/98, bem como do artigo 2º da Medida Provisória (MP) 2.177/01, que estabeleciam uma série de requisitos para o reajuste por faixa etária em contratos firmados antes da vigência da lei. Assim, a disciplina deve ser entendida primariamente a partir do contrato, ressalvada a aplicação do CDC em casos de omissão e abusividade. Para exame da validade formal da cláusula, a ANS publicou a Súmula nº 03/01. A litigância, nesse caso, por vezes engloba o argumento de que as normas editadas após o início do contrato deveriam aplicar-se a ele, considerando sua natureza sucessiva, ou que o contrato é pouco claro na determinação do reajuste.

O segundo grupo envolve os contratos submetidos à Lei 9.656/98, mas firmados antes da vigência do Estatuto do Idoso. A partir da Lei 9.656/98, as variações em razão de idade devem estar presentes em contrato, de forma clara e detalhada conforme as faixas etárias e os percentuais correspondentes. Ainda, beneficiários que participem do plano há mais de dez anos e tenham mais de sessenta anos de idade não podem sofrer esse tipo de reajuste, conforme o artigo 15, parágrafo único da lei.

Assim, o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) editou a Resolução nº 6/98, estabelecendo que as operadoras devem observar a existência de sete faixas etárias e garantir que o valor da última (70 anos) não fosse maior do que seis vezes o valor da primeira (0 a 17 anos). Um ponto de controvérsia relevante é o pedido de incidência do Estatuto do Idoso, que alterou tais determinações de faixas etárias e, portanto, determina uma regulamentação diversa desta.

O terceiro grupo conta com a vigência de ambas as leis. Dessa forma, a ANS editou uma nova resolução, obedecendo a vedação da discriminação do idoso. A Resolução Normativa nº 63/03 estabelece dez faixas etárias, sendo a última para usuários com 59 anos ou mais, não discriminando entre os idosos. Mantém-se a regra de um sexto e acrescenta-se que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior do que a variação entre a primeira e a sétima. Portanto, a regulação limita o reajuste por idade para promover algum grau de solidariedade intergeracional entre os usuários.

Ademais, cabe ressaltar que a matéria mencionada inicialmente diz respeito aos planos individuais e familiares. Todavia, em março de 2022, o STJ estabeleceu o Tema 1016,²⁶ acordando a aplicabilidade do Tema 952 a contratos coletivos. Resta, portanto, observar a recepção da decisão na judicialização da saúde suplementar. Porém, dado o escopo temporal da nossa pesquisa, isso não poderá ser analisado.

O segundo tipo é o *reajuste anual ou por aumento de sinistralidade*. Essa é a atualização da mensalidade baseada na variação dos custos dos procedimentos médico-hospitalares, que são os gastos realizados pela operadora para prover a assistência aos seus beneficiários. Trata-se de reajuste anual porque aplicado somente uma vez ao ano, na data de aniversário da contratação do plano de saúde. O objetivo do reajuste é cobrir “variação dos custos em saúde, que normalmente superam a inflação comum”.²⁷

Como dito anteriormente, o STF decidiu que os contratos de plano de saúde celebrados até 01 de janeiro de 1999 não poderiam ser regulamentados pela Lei 9.656/98. Para esses contratos, individuais ou coletivos, valeriam as disposições contratuais firmadas com seus

26 SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. *Tema Repetitivo 1016*. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&sg_classe=REsp&num_processo_classe=1715798

27 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania*. Rio de Janeiro: ANS, 2021, p. 100.

beneficiários. Caso as cláusulas contratuais não indicassem o percentual e o critério de variação de custo considerado no reajuste, deveriam ser aplicadas as regras definidas pela ANS para os contratos regidos pela Lei nº 9.656/98. Os contratos firmados a partir de janeiro de 1999 seriam regulamentados pela Lei nº 9.656/98, pelas normas editadas pela ANS e pelo Código de Defesa do Consumidor em relação aos reajustes anual e por mudança de faixa etária.²⁸

Os planos de saúde individuais têm o reajuste anual limitado pela ANS, que determina um percentual máximo de reajuste. Para os planos coletivos, valem as regras acordadas entre a contratante e a operadora do plano de saúde. A ANS não interfere nesses contratos porque, em tese, a pessoa jurídica contratante estaria em condições de negociar com a operadora do plano, além de ter acesso aos dados e cálculos utilizados na composição do reajuste. A exceção são os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários (os chamados “falso coletivos”). Para garantir maior equilíbrio contratual, a ANS definiu que, nesses casos, a operadora deve reunir os beneficiários de diferentes contratos coletivos com menos de 30 beneficiários em um único grupo para a diluição dos riscos e aplicação do mesmo percentual de reajuste (o “reajuste único”). A exigência do agrupamento é excluída para: (i) os contratos antigos, anteriores a janeiro de 1999, e não adaptados à Lei nº 9.656/98; (ii) os contratos exclusivamente odontológicos ou (iii) compostos apenas por ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados; (iv) planos com preço pós-estabelecido; e (v) contratos celebrados anteriores a 1º de janeiro de 2013 e que, por opção da empresa contratante, não foram adaptados às regras contidas na RN nº 309/12.

Por fim, cabe mencionar que a Súmula 608 do STJ garante a aplicação do CDC aos contratos de plano de saúde, salvo entidades de autogestão. A legislação consumerista garante que a expressa previsão contratual e a justificação da aplicação de índices razoáveis sejam garantidas, tornando

28 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania*. Rio de Janeiro: ANS, 2021, p. 99-100

a aferição da abusividade dependente das circunstâncias de cada caso. Assim, a judicialização frequentemente ocorre para aferir a razoabilidade, a justificativa atuarial, a não discriminação do idoso e a conformidade com a legislação vigente.

Na análise da nossa amostra, um primeiro dado muito interessante nesse tema é que a taxa de sucesso é menor, se comparada a demandas relativas à negativa de cobertura, e há significativa diferença entre as decisões de agravo e de apelação. Embora o TJSP tenda a favorecer os usuários no julgamento de mérito, ele tende a não conceder a antecipação de tutela, seja na 1ª ou 2ª instância (ver Gráficos 17 e 18).

Gráfico 17: Condenação da operadora em tipos de decisão em 1ª instância

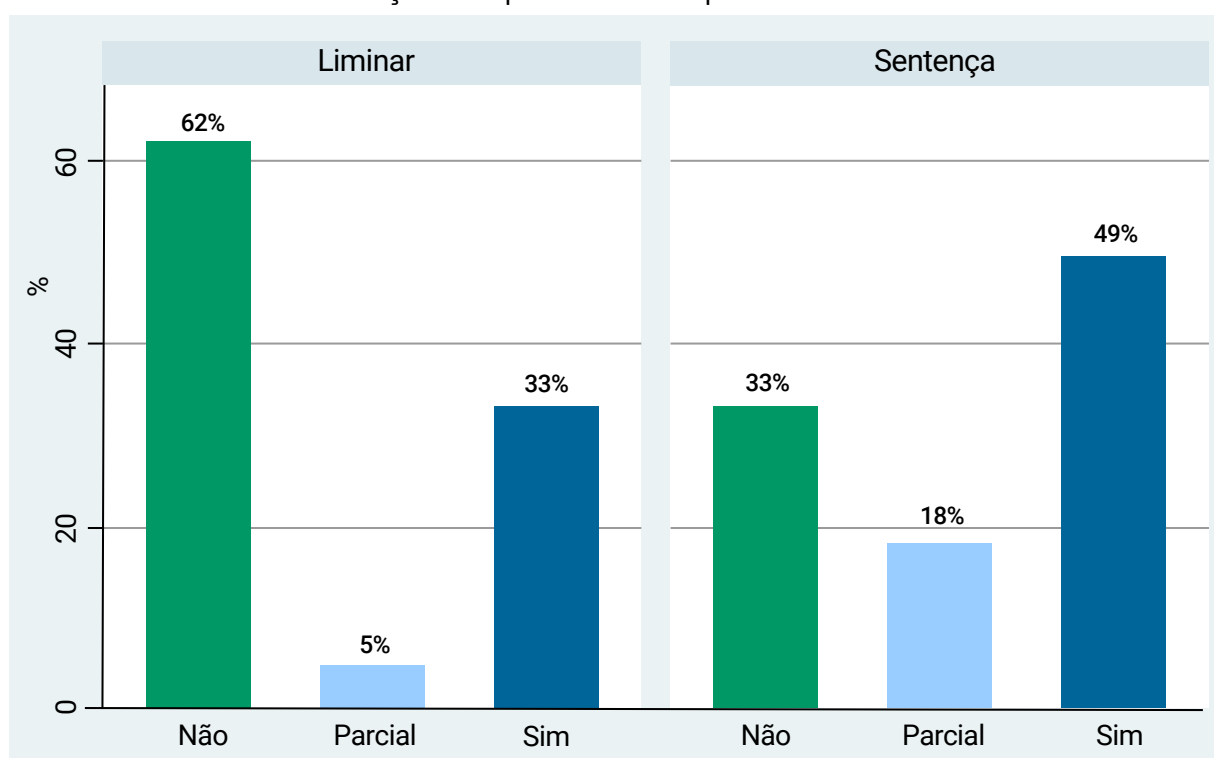
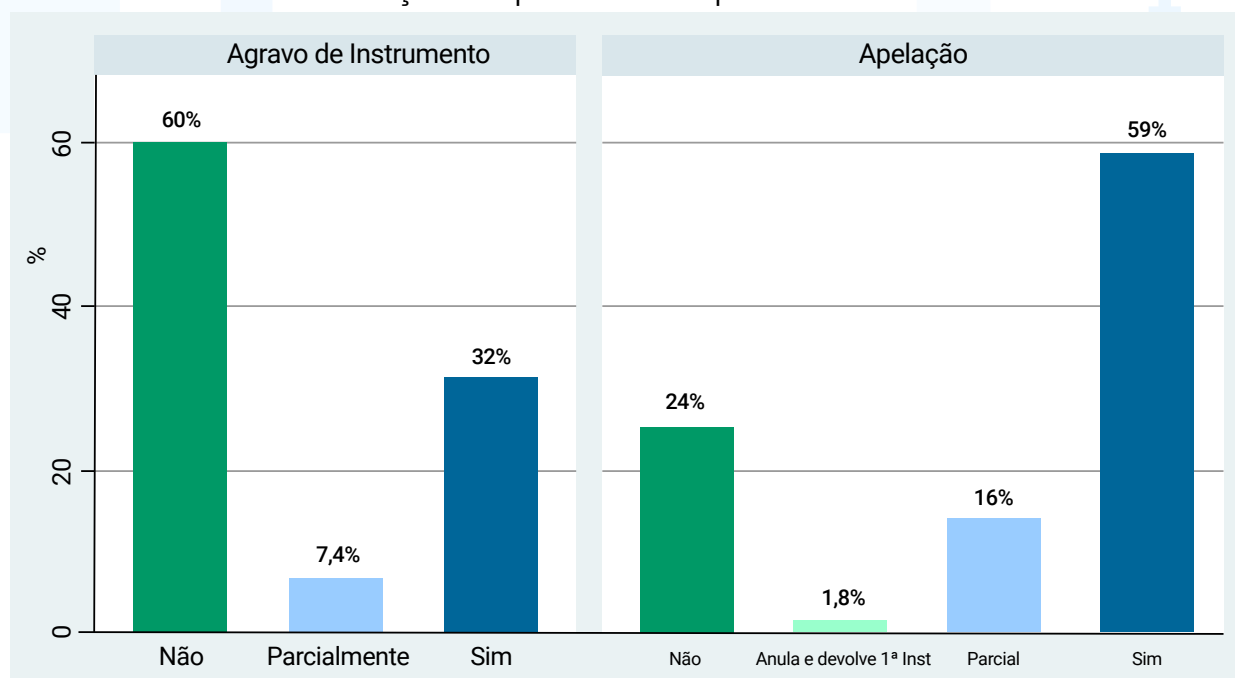


Gráfico 18: Condenação da operadora em tipos de decisão em 2ª instância

As tendências de condenação acima ganham contornos específicos quando controlamos por casos em que o tipo de reajuste questionado envolve questionamento do reajuste por sinistralidade ou reajuste por idade. Observa-se que a condenação para casos de reajuste por sinistralidade segue padrões diversos do restante das condenações. O predomínio, em sede de liminar e agravo, de decisões favoráveis à operadora são seguidas de uma reversão mais baixa dessas decisões em sede de sentença, ainda que as apelações revertam esse resultado de maneira majoritária. Essa tendência não é encontrada nos casos que questionam reajuste por idade do segurado, cujos resultados são predominantemente favoráveis aos segurados desde a liminar.

Gráfico 19: Condenação da operadora em casos de 1ª Instância para questionamentos de reajuste por sinistralidade

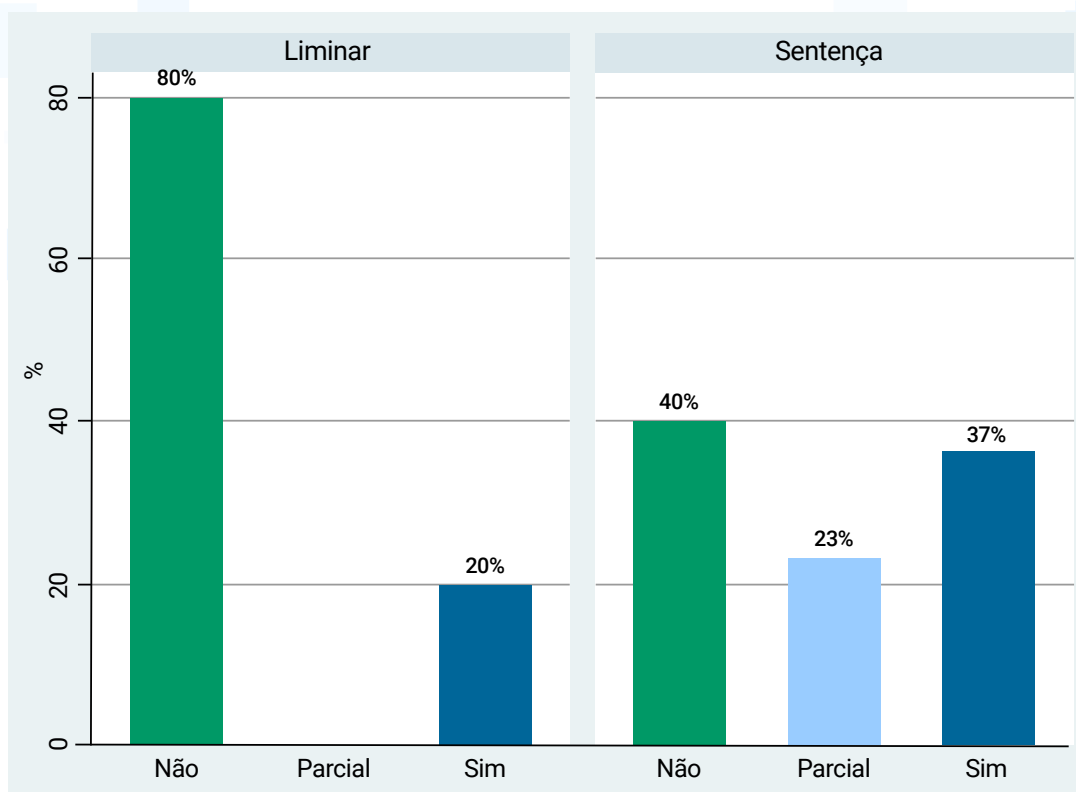


Gráfico 20: Condenação da operadora em casos de 2ª Instância para questionamentos de reajuste por sinistralidade

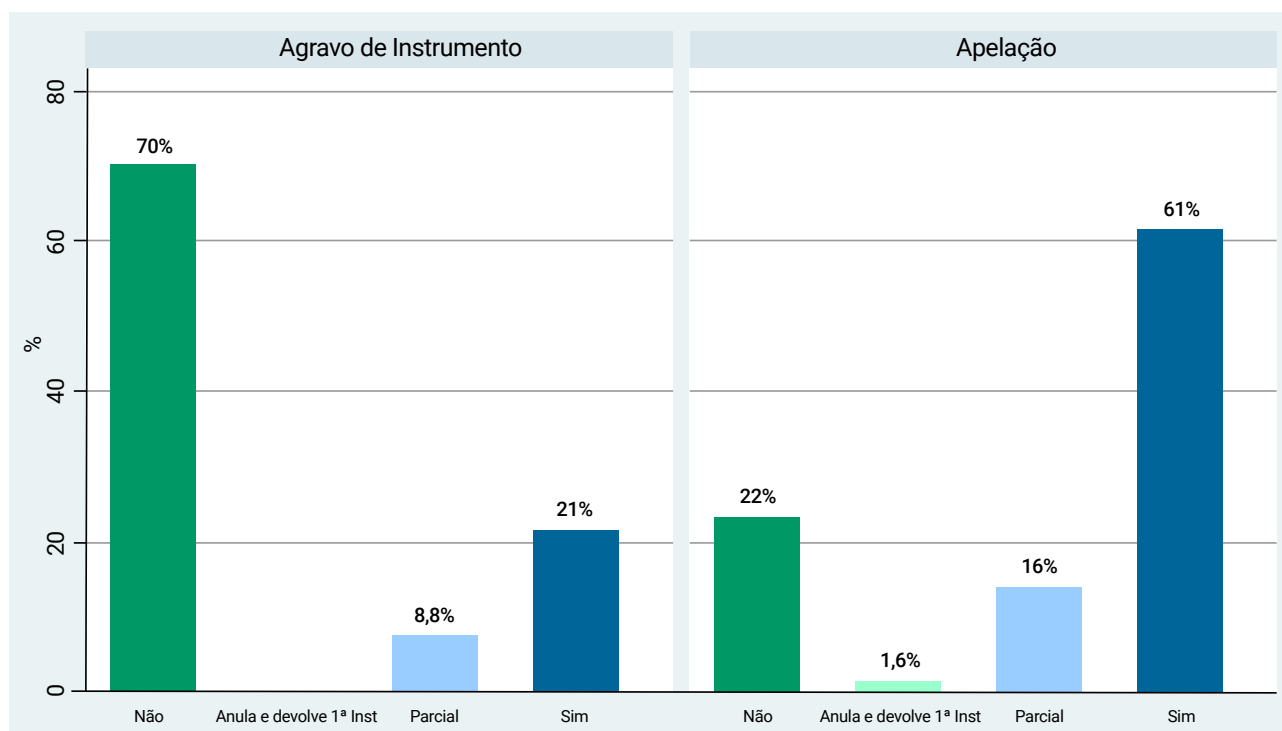


Gráfico 21: Condenação da operadora em casos de 1ª Instância para questionamentos de reajuste por idade

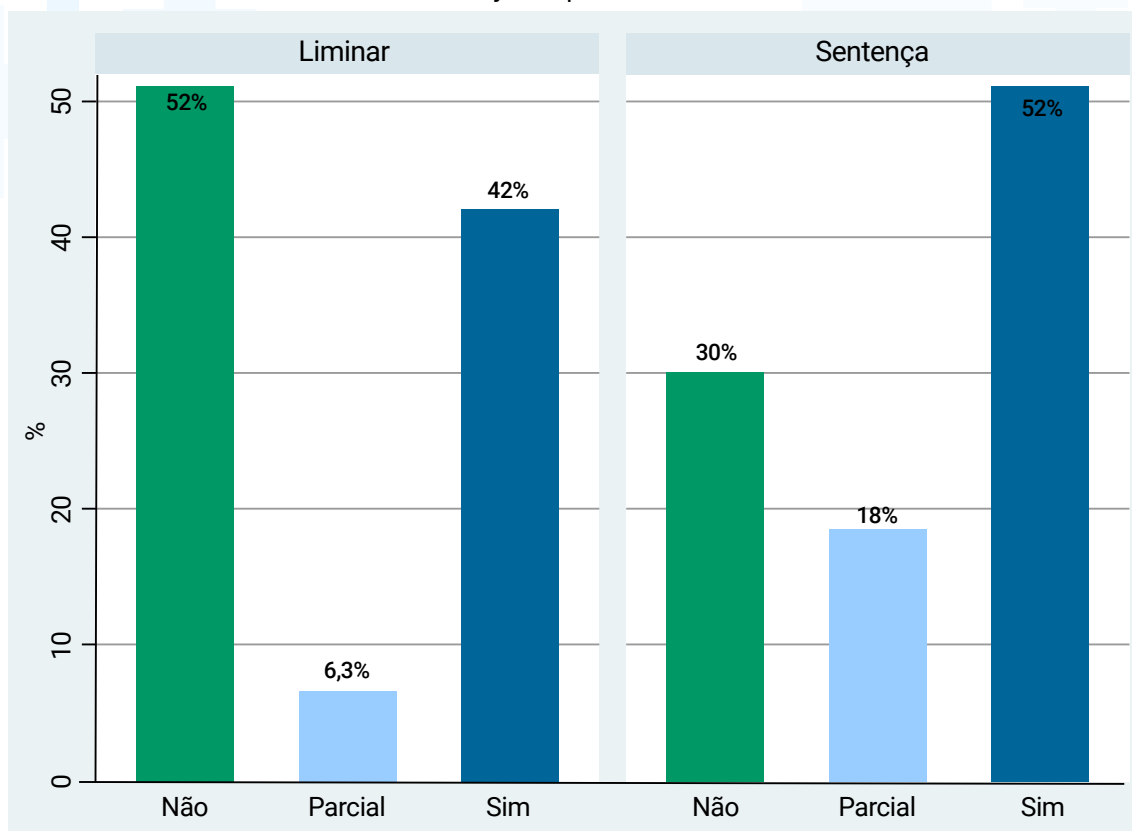
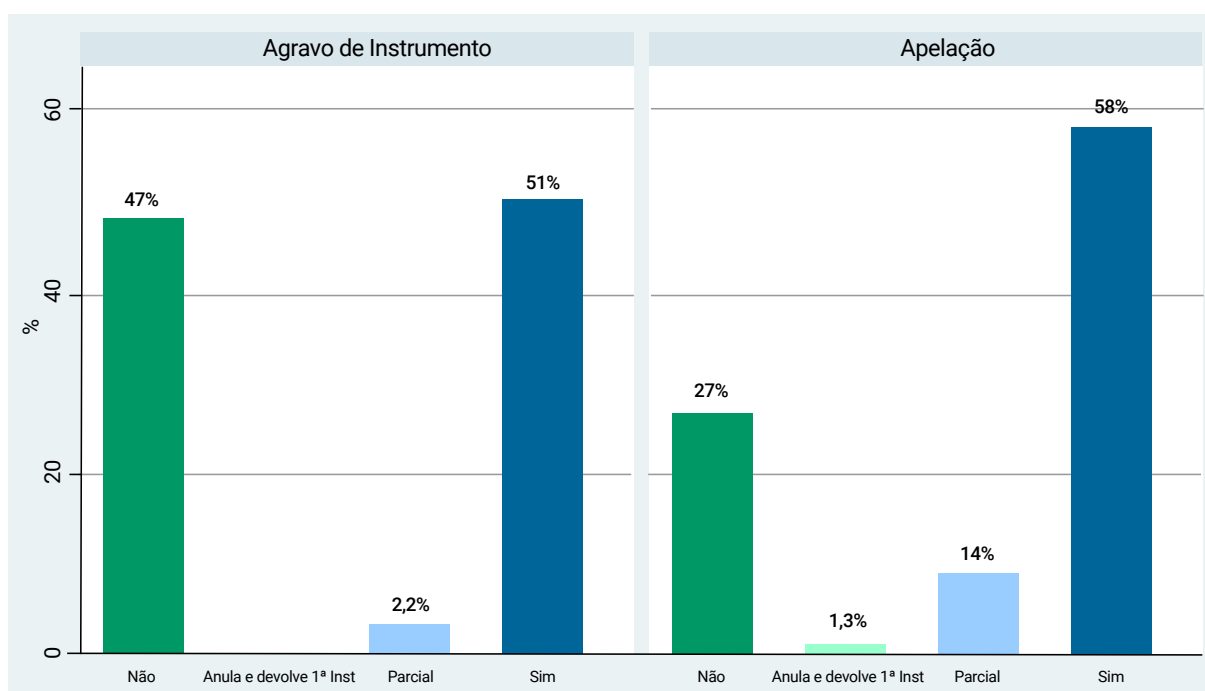


Gráfico 22: Condenação da operadora em casos de 2ª Instância para questionamentos de reajuste por idade



Outro dado interessante é que, dentre as decisões que revisam o reajuste imposto pela operadora de plano de saúde, a principal fundamentação é quanto à falta de clareza ou detalhe na forma como reajuste está feito ou previsto. A questão gira menos em torno da interpretação ou legalidade da regulação, e mais de questões de fato e de redação contratual (Ver Tabelas 22 e 23). Diferentemente da discussão no eixo de negativa de cobertura, quando o TJSP contraria a regulação e não aceita a taxatividade do rol preconizada pela ANS, no tema de reajuste não se questiona a legalidade das normas que regulam os reajustes na saúde suplementar, mas o cálculo do reajuste.

Tabela 22: Condenação da operadora e justificativas do Tribunal para não aceitar reajuste – 1ª instância

Justificativa	Frequência Absoluta
Cláusula ou cálculo do reajuste genérico/ obscuro ou não justificado	111
Reajuste deve estar limitado ao percentual máximo estabelecido pela ANS	70
Cláusula de reajuste por idade viola do Estatuto do Idoso Lei 10.741/03 e ou CDC	28
Alega ilegalidade no reajuste por idade/ mas não especifica a razão	16
Incapacidade financeira de arcar com novo valor após reajuste	14
Nulidade da cláusula de reajuste por sinistralidade ou revisão técnica	8
Vedação de reajuste de plano de paciente idoso vinculado ao plano há mais de 10 anos	6
Não há previsão expressa de cláusula de reajuste por idade	4
Outros	12
Não identificável	13

* Totais de argumentos presentes em decisões que condenam a operadora. Uma decisão pode conter mais de um argumento.

Tabela 23: Condenação da operadora e justificativas do Tribunal para não aceitar reajuste – 2ª instância

Justificativa	Frequência Absoluta
Cláusula ou cálculo do reajuste genérico/obscuro/não justificado	259
Reajuste deve estar limitado ao percentual máximo estabelecido pela ANS	85
Cláusula de reajuste por idade viola do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) e ou CDC	45
Alega ilegalidade no reajuste por idade/ mas não especifica a razão	22
Nulidade da cláusula de reajuste por sinistralidade ou revisão técnica	19
Vedação de reajuste de paciente idoso vinculado ao plano há mais de 10 anos	19
Não há previsão expressa de cláusula de reajuste por idade	13
Empresa não apresentou provas atuariais que justificam o índice do reajuste	11
Clausula viola RN 63/2003	9
Faixas de reajuste não se adequam a Resolução CONSU nº 6/1998	3
Aumentos desarrazoados e desproporcionais	3
O plano é um "falso coletivo"	2
Desrespeito à RN 39/2012 ANS	1
Ausência de comprovação da majoração dos custos por parte da operadora	1
Onerosidade excessiva	1
Conduta discriminatória contra o idoso	1
Contrato omissivo no que se refere ao cálculo do reajuste	1
Descumprimento da Resolução Normativa 389/2015	1
Não identificável	5

* Totais de argumentos presentes em decisões que condenam a operadora. Uma decisão pode conter mais de um argumento.

Percebe-se, ainda, que as decisões estão fundamentadas sobretudo na jurisprudência do próprio TJSP e no Código de Defesa do Consumidor, que prevalecem sobre a Lei 9656/98 em número de citações nas decisões (ver Tabelas 24 e 25). Nota-se, também, a relevância do Tema 952 do STJ.

Como questões fáticas quanto ao cálculo do reajuste são centrais para a decisão, seria esperável que perícias técnicas tivessem papel mais relevante nas decisões. Na 1ª instância, em 27 há indicação de que houve perícia e em 4 a decisão indica que a perícia precisa ocorrer. Ou seja 6% das decisões (31 de 482) há menção de que a perícia ocorreu ou deverá ocorrer. Esse número sobe significativamente na 2ª instância: em 38 decisões há indicação de que houve perícia e em 45 a decisão indica que a perícia precisa ocorrer. Isto é, em 12% dos casos (83 de 666) há indicação de que a perícia ocorreu ou deverá ocorrer. Portanto, a perícia técnica figura com mais frequência na fundamentação das decisões sobre reajuste que em decisões relativas a negativa de cobertura.

Tabela 24: Fundamentos jurídicos e condenação da operadora em 1ª instância

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Jurisprudência do TJSP	80	34%	42	18%	109	47%	1	232
CDC	29	17%	35	20%	108	62%	1	173
STJ - Tema 952 REsp 1.568.244	57	40%	20	14%	64	45%	1	142
Lei 9656	31	32%	16	17%	48	50%	1	96
Jurisprudência do STJ	31	39%	18	23%	30	38%	0	79
RN 63/03	27	45%	12	20%	21	35%	0	60
ADI 1.931/2018	26	44%	12	20%	21	36%	0	59
Menção geral à ANS	26	45%	12	21%	20	34%	0	58
Necessária manifestação da parte contrária	56	97%	0	0%	1	2%	1	58
Código Civil	26	49%	5	9%	21	40%	1	53
Estatuto do Idoso Lei 10.741/03	9	20%	6	13%	31	67%	0	46
Sumula 100 do TJSP	9	20%	8	17%	29	63%	0	46

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Sumula 608 do STJ	7	22%	4	13%	21	66%	0	32
Resolução CONSU 06/1998	4	24%	6	35%	7	41%	0	17
Súmula Normativa 3/2001 da ANS	4	24%	5	29%	8	47%	0	17
Sumula 91 TJSP	0	0%	0	0%	11	100%	0	11
RN 171/2018	5	45%	2	18%	4	36%	0	11
RN 195 ANS	7	70%	2	20%	1	10%	0	10
RN 309 ANS	3	30%	4	40%	3	30%	0	10
Constituição Federal	2	33%	1	17%	3	50%	0	6
IRDR 004394625/2017	3	50%	2	33%	1	17%	0	6
Enunciado 22 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ	2	40%	2	40%	1	20%	0	5
Outros	9	47%	6	32%	4	21%	0	19
Não identificável**	48	58%	2	2%	32	39%	1	83

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Fundamentos usados em menos do que 5 casos foram desconsiderados.

** A taxa de "Não identificável" se deve principalmente a casos de tutela de emergência, em que é comum que se mencione probabilidade de direito sem especificar que o que embasaria o pleito.

Tabela 25: Fundamentos jurídicos e condenação da operadora em 2ª instância

Fundamento jurídico	Não		Anula ou devolve à 1ª Inst		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Jurisprudência do TJSP	85	24%	7	2%	57	16%	198	57%	1	348
CDC	31	11%	0	0%	54	18%	208	71%	2	295
STJ - Tema 952 (REsp 1.568.244)	69	24%	2	1%	50	17%	170	58%	2	293
Jurisprudência do STJ	57	29%	2	1%	29	15%	106	55%	0	194
Lei 9656	26	19%	1	1%	21	16%	87	64%	0	135
RN 63/03	39	42%	0	0%	18	20%	34	37%	1	92

Fundamento jurídico	Não		Anula ou devolve à 1ª Inst		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Outras referências à ANS	37	42%	0	0%	17	19%	33	38%	1	88
Sumula 608 do STJ	7	9%	0	0%	14	18%	58	73%	0	79
Sumula 100 do TJSP	1	2%	0	0%	16	25%	48	74%	0	65
Estatuto do Idoso	12	19%	0	0%	11	17%	40	63%	0	63
Súmula Normativa 3/2001 ANS	8	14%	0	0%	7	13%	41	73%	0	56
Código Civil	7	20%	0	0%	5	14%	23	66%	0	35
Resolução CONSU 06/1998	3	9%	0	0%	10	29%	21	62%	0	34
Contrato/Sumula 469 STJ	6	22%	0	0%	2	7%	18	67%	1	27
IRDR (tema 11)	13	54%	0	0%	3	13%	8	33%	0	24
RN 309/2012 ANS	2	9%	0	0%	6	27%	14	64%	0	22
Sumula 91 do TJSP	1	5%	0	0%	3	16%	15	79%	0	19
CPC	10	56%	1	6%	2	11%	5	28%	0	18
Constituição Federal	2	15%	0	0%	2	15%	9	69%	0	13
RN 389/2015 ANS	3	38%	0	0%	0	0%	5	63%	0	8
RN 195/2009 ANS	2	25%	0	0%	1	13%	5	63%	0	8
Decreto 3.327/2010	1	14%	0	0%	1	14%	5	71%	0	7
Resolução Normativa 128/2006 ANS	6	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	6
ADI 1.931/2018	0	0%	0	0%	1	17%	5	83%	0	6
Sumula 101 do TJSP	4	80%	0	0%	0	0%	1	20%	0	5
Não identificável**	25	50%	1	2%	5	10%	14	28%	5	50

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Fundamentos usados em menos do que 5 casos foram desconsiderados.

** A taxa de "Não identificável" é explicada principalmente por decisões focadas em discussões factuais.

Conclusões

Destacamos as seguintes conclusões extraídas da análise dos dados relativos a decisões em ações que questionam o reajuste na mensalidade de plano de saúde:

1. Os casos de reajuste discutem reajustes por mudança de faixa etária e reajustes anuais por aumento de sinistralidade.
2. A taxa de sucesso dos usuários em demandas relativas a reajuste é menor, se comparada a demandas relativas à negativa de cobertura, e há significativa diferença entre as decisões sobre antecipação de tutela (liminar e agravo) e as de mérito (sentença e apelação). É mais provável que um usuário não consiga uma decisão liminar a seu favor, seja em 1ª ou 2ª instância.
3. O TJSP, quando afasta o reajuste do plano, faz mais por considerar que o cálculo do reajuste é obscuro ou genérico, e menos por questionar a legalidade das normas que regulam o reajuste por idade ou por aumento de sinistralidade.
4. Jurisprudência do TJSP e o CDC, por aparecerem com maior frequência, parecem ser mais relevantes como fundamento das decisões que a própria Lei 9656/98. O Tema 952 também aparece com frequência na fundamentação das decisões.
5. Comparado com os achados na análise dos casos relativos a negativa de cobertura, a perícia técnica atuarial parece ter papel um pouco mais importante com relação a questões de reajuste, sobretudo nas decisões de 2ª instância.



MANUTENÇÃO DO CONTRATO

Existe um número considerável de ações que buscam a manutenção do usuário em um contrato de plano de saúde, ou a manutenção ou mudança das cláusulas de um contrato de plano de saúde. Em comparação com os outros dois temas – negativa de cobertura assistencial e reajuste de mensalidade – a taxa de sucesso dos pacientes é mais baixa. Vale notar que, ao contrário de todas as outras amostras, a chance de um usuário ter uma decisão de apelação favorável é menor que a de uma decisão desfavorável. Esse é o único caso em que a posição da operadora tende a prevalecer sobre a do usuário.

Gráfico 23: Condenação da operadora para Liminares e Sentenças – 1ª Instância

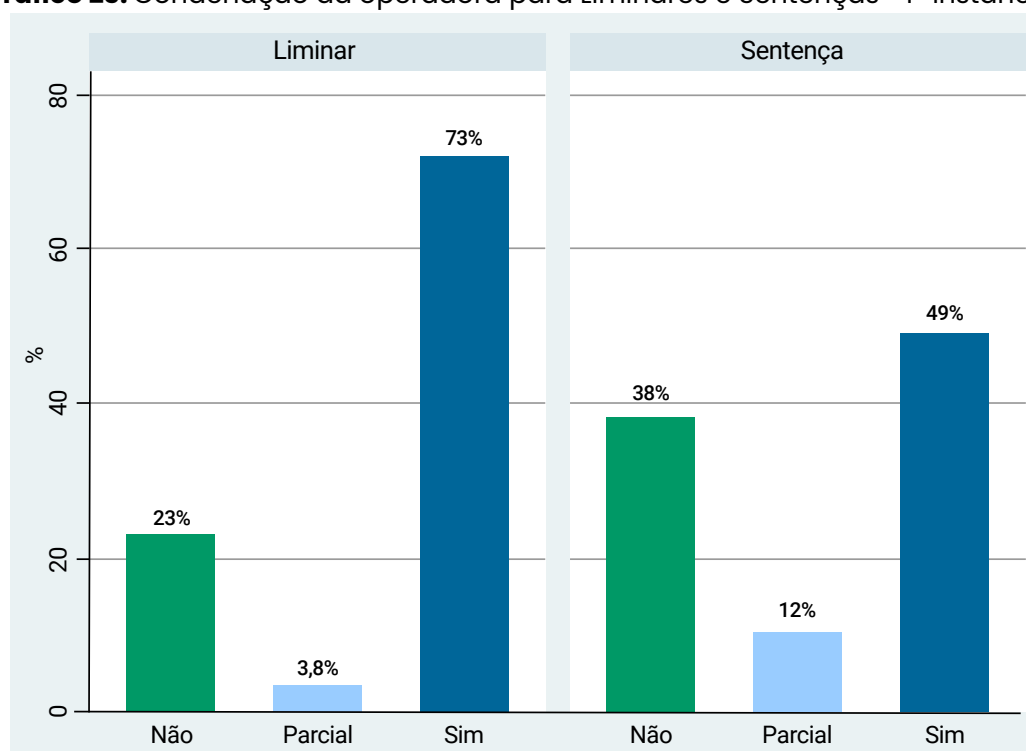
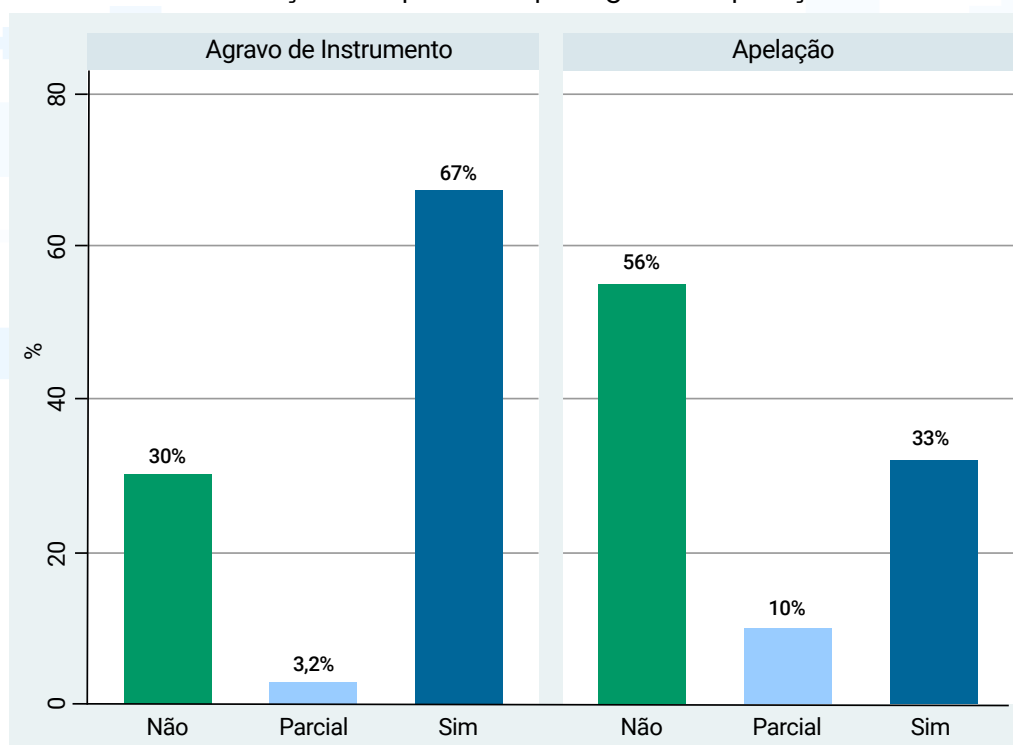


Gráfico 24: Condenação da operadora por Agravo e Apelação – 2ª Instância

A maior parte desses casos envolve beneficiários aposentados/ex-empregados de empresas ou usuários inadimplentes (ver Tabelas 26 e 27). Para melhor analisar as questões jurídicas em disputa, analisaremos com mais detalhes os pedidos jurídicos para os tipos principais de beneficiários que questionaram a manutenção de seu contrato ou questionaram suas cláusulas. Importa ressaltar que, em grande número de casos em que há presença de dependentes, estes apareciam na ação junto com aposentados ou ex-empregados de empresas. Portanto, essas decisões não serão analisadas em separado.

Tabela 26: Tipo de Beneficiário e Condenação da Operadora em 1ª Instância

Tipo de beneficiário	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Aposentado ou ex-empregado demitido	99	39%	20	8%	134	53%	1	254
Dependente de beneficiário	9	12%	8	10%	61	78%	0	78
Empresa contratante de plano de saúde	3	30%	3	30%	4	40%	0	10

Tipo de beneficiário	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Beneficiário alegadamente inadimplente	1	20%	1	20%	3	60%	0	5
Dependente de beneficiário falecido	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Outros	6	35%	0	0%	11	65%	0	17
Não identificável**	20	27%	6	8%	47	64%	1	74

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas (tipo de beneficiário). NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

** O alto número de “Não identificável” se deve principalmente a casos de tutela de emergência, em que é comum que se mencione probabilidade de direito sem especificar que o que embasaria o pleito.

Tabela 27: Tipo de Beneficiário e Condenação da Operadora em 2ª Instância

Tipo de beneficiário	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Aposentado ou ex-empregado demitido	206	54%	33	9%	143	37%	0	382
Beneficiário alegadamente inadimplente	3	6%	0	0%	46	94%	0	49
Dependente de beneficiário	15	31%	2	4%	31	65%	0	48
Empresa contratante de plano de saúde	4	24%	0	0%	13	76%	0	17
Funcionários de empresa	0	0%	0	0%	2	100%	0	2
Beneficiário que deseja migrar de plano	2	100%	0	0%	0	0%	0	2
Beneficiário de empresa familiar	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Empregada	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Representante legal de empresa falida	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Ex-dependente do beneficiário (dissolução de união estável)	1	100%	0	0%	0	0%	0	1

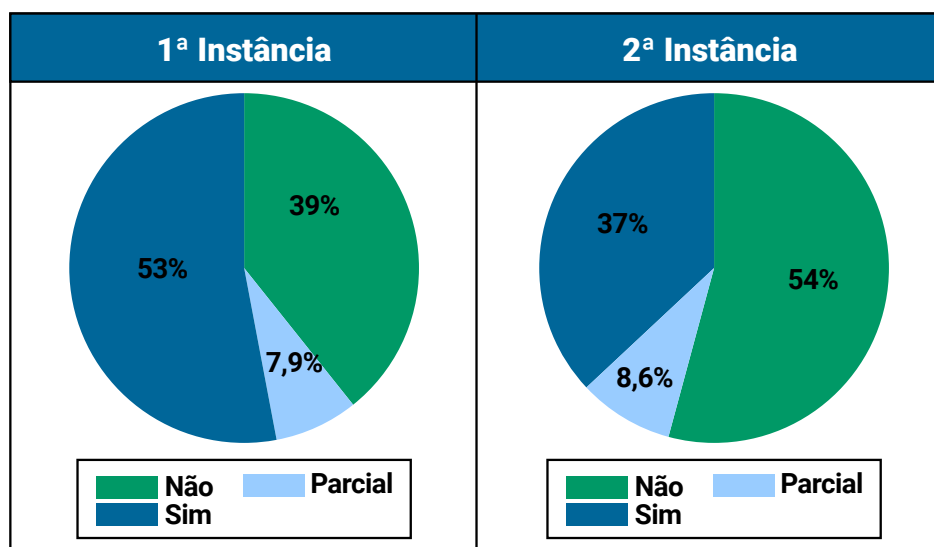
Tipo de beneficiário	Não		Parcial		Sim		NI	Total Geral
Cooperado da empresa contratante do plano de saúde	1	100%	0	0%	0	0%	0	1
Membros da associação pleiteando inclusão no plano	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Beneficiários de apólice coletiva	0	0%	0	0%	1	100%	0	1
Beneficiário que quer incluir dependente	1	100%	0	0%	0	0%	0	1
Não identificável	3	20%	2	13%	7	47%	3	15

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas (tipo de beneficiário). NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Manutenção do plano para ex-funcionários

Grande parte das ações refere-se a pedidos de ex-funcionários – aposentado ou demitido sem justa causa – que questionam mudanças em seus planos de saúde após terminarem seu vínculo de trabalho. A maior parte dessas demandas é resolvida de forma contrária a operadora em 1ª instância, mas em 2ª instância a tendência se inverte, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 25: Condenação da operadora em ações que se referem a pedidos de ex-funcionários



O art. 30 da Lei 9.656/98 garante ao trabalhador demitido sem justa causa o direito de manter sua condição de beneficiário do plano de saúde a que tinha direito durante o vínculo empregatício e para o qual contribuiu, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que passe a assumir o seu pagamento integral. O direito à manutenção do plano, porém, é temporário e será de um terço do tempo de permanência do trabalhador no plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

O art. 31, por sua vez, garante o mesmo direito de manutenção do plano nas mesmas condições de cobertura assistencial para aposentados que contribuíram para o custeio do plano vinculado ao seu contrato empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, passando a assumir o seu pagamento integral após a aposentadoria. Porém, diferentemente das pessoas demitidas sem justa causa, não há um limite temporal para o direito dos aposentados de se manterem no plano.

Nas ações que discutem a manutenção do contrato de plano de saúde, a coparticipação tem sido questionada na interpretação dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, que disciplinam a manutenção do plano de saúde para os aposentados e empregados demitidos sem justa causa que contribuíram para o custeio do plano de saúde. Em muitas ações, passou-se a questionar se a contribuição exigida poderia equivaler à modalidade de coparticipação prevista em alguns contratos, em que o custeio do plano era integralmente realizado pela empresa contratante, pagando os beneficiários parcela dos serviços efetivamente utilizados. O § 6º do art. 30 da Lei 9.656/98 estabelece que “nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar”. Ao analisar o tema em sede de recursos repetitivos, o Superior Tribunal de Justiça considerou que não se caracteriza “contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto” (Tema Repetitivo 989).

As ações na nossa amostra mostram que a maior parte dos ex-funcionários e aposentados pedem a manutenção do plano com as mesmas condições de quando o beneficiário estava ativo ou com as mesmas condições dos trabalhadores atualmente na ativa na empresa onde trabalhavam. As condições do plano que são objeto de disputa, em regra, referem-se a preços e critérios de reajuste, mas há casos em que o que se discute é a continuidade do próprio plano.

Essa discussão gira em torno da interpretação do termo “nas mesmas condições de cobertura assistencial”. De um lado, isso é interpretado como significando apenas o acesso aos mesmos serviços disponíveis aos funcionários na ativa; de outro, que isso significaria a manutenção dos mesmos serviços, do preço e das condições de reajuste. Nesta segunda interpretação, existe ainda a discussão sobre se a equiparação de preço e condições de reajuste deve ser com relação à quando o funcionário estava na empresa ou aos funcionários que estão atualmente na ativa na referida empresa.

Na 2ª instância, há também um número significativo de casos que questionam o pagamento integral do plano por parte do ex-empregado.

Tabela 28: Demandas contratuais para ex-funcionários e funcionários aposentados – 1ª instância

Demanda contratual	Freq.	%
Manutenção do plano nas mesmas condições de quando beneficiário estava na ativa	109	43%
Manutenção do plano sem especificar se igual a quem está na ativa/estava na ativa	68	27%
Manutenção do plano com as mesmas condições de trabalhadores na ativa na empresa	36	14%
Manutenção da vigência do contrato por tempo superior àquele designado pelo empregador	21	8%
Manutenção do contrato mesmo após o encerramento do plano para funcionário	15	6%
Manutenção do contrato após o fim do período de remissão	8	3%
Possibilidade de migração para plano individual ou familiar após término da relação de trabalho	4	2%
Manutenção do contrato	2	1%

Demanda contratual	Freq.	%
Manutenção do plano apesar de pedido de rescisão pela operadora	2	1%
Apesar de inadimplência alegada pela operadora	2	1%
Realização de downgrade sem período de carência e com redução da rede de cobertura	1	0,39%
Não identificável	7	3%
Outros	6	2%

* Percentuais sobre as 254 decisões sobre demandas apresentadas por aposentados e ex-funcionários em 1ª instância.

Tabela 29: Demandas contratuais para ex-funcionários e funcionários aposentados – 2ª instância

Demanda contratual	Freq.	%
Manutenção do plano nas mesmas condições de quando beneficiário estava na ativa	208	54%
Manutenção do plano sem especificar se igual a quem está na ativa/estava na ativa	127	33%
Manutenção do contrato	57	15%
Apesar de inadimplência alegada pela operadora	55	14%
Manutenção do plano com as mesmas condições de trabalhadores na ativa na empresa	38	10%
Manutenção da vigência do contrato por tempo superior àquele designado pelo empregador	29	8%
Manutenção do contrato mesmo após o encerramento do plano para funcionário	8	2%
Manutenção do contrato após o fim do período de remissão	7	2%
Possibilidade de migração para plano individual/familiar após rel trabalho	6	2%
Não identificável	5	1%
Realização de downgrade s/ período de carência e redução rede cobertura	4	1%
Extinção do contrato sem aviso prévio cf. cláusula contrato	2	1%

* Percentuais sobre as 382 demandas apresentadas por aposentados e ex-funcionários.

Tabela 30: Aspecto do contrato questionado por ex-funcionário/aposentado – 1ª instância

Aspecto contratual questionado	Freq.	%
Preço e critérios de reajuste	104	41%
Pede simplesmente a continuidade do plano	81	32%
Cobertura assistencial	18	7%
Custeio integral pela empresa ou repartição de custeio	4	2%
Não identificável	50	20%

* Percentuais sobre as 254 demandas apresentadas por aposentados e ex-funcionários. Nos casos de não identificável, não foi identificada na decisão a indicação específica da razão específica da parte, mas apenas de manutenção do contrato.

Tabela 31: Aspecto do contrato questionado por ex-funcionário/aposentado – 2ª instância

Aspecto contratual questionado	Freq.	%
Preço e critérios de reajuste	210	55%
Cobertura assistencial	35	9%
Custeio integral pela empresa ou repartição de custeio	5	1%
Pede extinção do contrato	1	0%
Não identificável	155	41%

*Percentuais sobre as 382 demandas apresentadas por aposentados e ex-funcionários. Nos casos de não identificável, não foi identificada na decisão a indicação específica da razão específica da parte, mas apenas de manutenção do contrato.

Conforme mostra o Gráfico 25, a taxa de sucesso nas ações demandadas por esse grupo não tende a ser muito alta se comparada com outras demandas contra planos de saúde. É interessante notar que, em matéria de manutenção de contrato, a Lei 9.656/98 é a principal fonte normativa usada na fundamentação das decisões, à frente da própria jurisprudência (Tabelas 32 e 33).

Tabela 32: Principais elementos de fundamentação do TJSP para decisões em casos de ex-funcionário/aposentado – 1ª instância

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim			Total Geral
Lei 9656/98	63	39%	16	10%	82	51%	0	161
Jurisprudência do TJSP	30	34%	9	10%	49	56%	0	88
CDC	10	21%	4	9%	33	70%	0	47

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim			Total Geral
Jurisprudência do STJ	27	59%	1	2%	18	39%	0	46
Tema Repetitivo STJ 989 REsp 168318	26	81%	3	9%	3	9%	0	32
Resolução Normativa 279/11 da ANS	13	45%	1	3%	15	52%	0	29
CONSU 19/99	4	31%	2	15%	7	54%	0	13
outros	5	38%	3	23%	5	38%	0	13
Tema Repetitivo STJ 134 Recursos Especiais 1818487/ 1816482 e 1829862	1	11%	3	33%	5	56%	0	9
Constituição Federal	2	25%	0	0%	6	75%	0	8
Código Civil	2	40%	0	0%	3	60%	0	5
Não identificado**	12	27%	2	5%	29	66%	1	44

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Fundamentos usados em menos do que 5 casos foram desconsiderados.

** A taxa de "Não identificável" se deve principalmente a casos de tutela de emergência, em que é comum que se mencione probabilidade de direito sem especificar que o que embasaria o pleito.

Tabela 33: Principais elementos de fundamentação do TJSP para decisões em casos de ex-funcionário/aposentado – 2ª instância

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim			Total Geral
Lei 9.656/98	141	44%	29	9%	152	47%	0	322
Jurisprudência TJSP	79	39%	16	8%	110	54%	0	205
Jurisprudência STJ	70	56%	17	14%	37	30%	0	124
Tema Repetitivo STJ 989 (REsp 1680318)	93	82%	7	6%	14	12%	0	114
RN 279/11 ANS	30	44%	8	12%	30	44%	0	68
Tema Repetitivo STJ 1034 (REsp 1.818.487/1.816.482/ 1.829.862)	13	27%	8	16%	28	57%	0	49
CDC	13	32%	2	5%	26	63%	0	41
CPC	10	38%	0	0%	16	62%	0	26
CONSU 19/99	4	24%	2	12%	11	65%	0	17

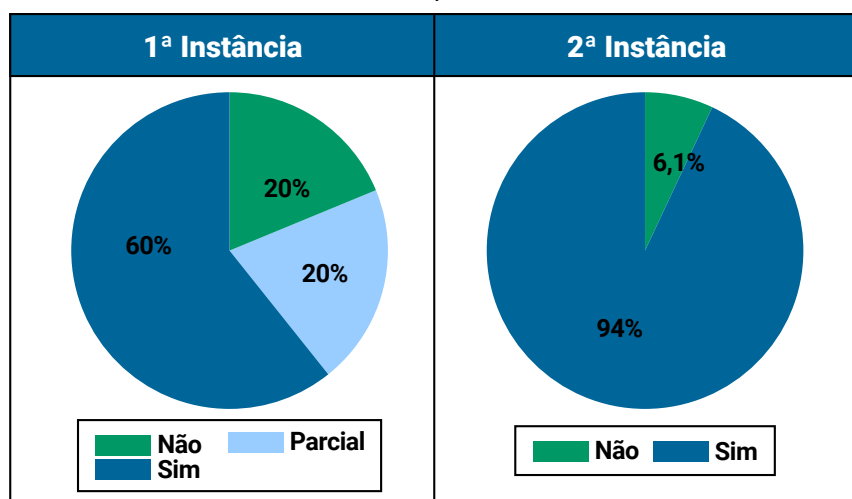
Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim			Total Geral
RN 195/09 ANS	3	21%	1	7%	10	71%	0	14
Súmula 94 TJSP	2	15%	0	0%	11	85%	0	13
Sumula 608 STJ	4	33%	1	8%	7	58%	0	12
CLT	8	80%	1	10%	1	10%	0	10
CC	1	14%	1	14%	5	71%	0	7
Constituição Federal	1	14%	1	14%	5	71%	0	7
Sumula 100 TJSP	0	0%	2	33%	4	67%	0	6
Sumula 101 TJSP	4	67%	2	33%	0	0%	0	6
Súmula 13 ANS	1	20%	0	0%	4	80%	0	5
Enunciado 36 TJSP	2	40%	0	0%	3	60%	0	5
Não identificado	4	17%	0	0%	17	71%	3	24

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Fundamentos usados em menos do que 5 casos foram desconsiderados.

Beneficiário inadimplente

Um dos tipos de demandas analisadas sob o ponto de vista contratual refere-se aos pedidos de restabelecimento de planos de saúde cancelados por inadimplência dos beneficiários. Aqui, diferentemente de decisões sobre manutenção de preço e condições de reajuste, a taxa de sucesso dos pacientes é muito alta, sobretudo na 2ª instância.

Gráfico 26: Condenação da operadora em ações que se referem a pedidos de funcionários inadimplentes



*Não há casos de condenação parcial em 2ª instância nesse recorte.

O art. 13. II, da Lei 9.656/98 veda “a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência”. A Súmula 94 do Tribunal de Justiça de São Paulo possui conteúdo semelhante: “A falta de pagamento da mensalidade não opera, per si, a pronta rescisão unilateral do contrato de plano ou seguro de saúde, exigindo-se a prévia notificação do devedor com prazo mínimo de dez dias para purga da mora”.

Nessas demandas, é comum as partes discutirem a existência e a validade da notificação enviada pelas operadoras dos planos de saúde. Questões como a forma de notificação, se por e-mail, carta ou presencial; e a pessoa notificada, se o próprio beneficiário, parente ou pessoa estranha à lide, são analisadas pelo tribunal para obrigar ou não a operadora a reativar planos de saúde cancelados por inadimplência. O pagamento das mensalidades em atraso no curso do processo também contribui para que os autores tenham seus planos de saúde restabelecidos por decisão judicial.

Nesse grupo, as decisões de 2ª instância citaram mais frequentemente a Lei 9656/98 que a própria jurisprudência do TJSP ou o CDC, embora as decisões tenham sido majoritariamente a favor de usuários. Isso é interessante considerando os achados da pesquisa em outros temas.

Tabela 34: Principais elementos de Fundamentação do TJSP para decisões em casos de beneficiário inadimplente – 1ª instância

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim		Total Geral
CDC	0	0%	1	33%	2	67%	3
Jurisprudência do STJ	0	0%	0	0%	3	100%	3
Jurisprudência do TJSP	0	0%	1	33%	2	67%	3
Lei 9656/98	0	0%	1	33%	2	67%	3
Constituição Federal	0	0%	1	50%	1	50%	2
CONSU 19/99	0	0%	0	0%	1	100%	1
Código Civil	0	0%	0	0%	1	100%	1

Fundamento jurídico	Não		Parcial		Sim		Total Geral
RN 195/29 da ANS	0	0%	0	0%	1	100%	1
Outros	0	0%	0	0%	1	100%	1
Não identificado	1	100%	0	0%	0	0%	1

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas.

Tabela 35: Principais elementos de Fundamentação do TJSP para decisões em casos de beneficiário inadimplente – 2ª instância

Fundamento jurídico	Não		Sim		Total Geral
Lei 9.656/98	3	13%	20	87%	23
Jurisprudência TJSP	1	6%	16	94%	17
Súmula 94 TJSP	2	15%	11	85%	13
CPC	1	11%	8	89%	9
CDC	0	0%	5	100%	5
Jurisprudência STJ	0	0%	4	100%	4
CC	0	0%	3	100%	3
CONSU 19/99	1	50%	1	50%	2
Constituição Federal	0	0%	1	100%	1
RN 438/18 ANS	0	0%	1	100%	1
RN 455/20 ANS	0	0%	1	100%	1
Sumula 469 STJ	0	0%	1	100%	1
Sumula 608 STJ	0	0%	1	100%	1
Tema Repetitivo 480 STJ	0	0%	1	100%	1
Não identificado	0	0%	5	100%	5

* Percentuais calculados sobre os totais das linhas. NI se refere a casos em que o resultado não foi identificado. Casas decimais de percentuais arredondadas. Não há casos de condenação parcial ou sem informação sobre condenação para este grupo.

Conclusões

Sobre o conjunto de decisões relativas à manutenção do contrato ou a suas cláusulas, podemos tirar as seguintes conclusões gerais:

1. As ações concentram-se em demandas movidas por ex-funcionários

que pedem a manutenção do plano com as mesmas condições de preço e reajuste e por usuários que tentam impedir na Justiça o término de seus contratos de planos de saúde devido à sua alegada inadimplência.

2. Comparada com os outros dois temas – negativa de cobertura assistencial e reajuste de mensalidade – a taxa de sucesso dos pacientes é mais baixa. Vale notar que, ao contrário de todas as outras amostras, a chance de um usuário ter uma decisão de apelação favorável é menor que a de uma decisão desfavorável. Esse é o único caso em que a posição da operadora tende a prevalecer sobre a do usuário.

3. A taxa de sucesso de usuários, porém, varia conforme o tipo de demanda. Ex-funcionários têm uma taxa de sucesso mais baixa que usuários alegadamente inadimplentes que buscam manter a continuidade de seus contratos de plano de saúde.

4. Nos julgados, a Lei 9.656/98 é a principal fonte normativa usada na fundamentação das decisões, à frente da própria jurisprudência, o que também contrasta com as decisões em outros temas, quando o CDC e a jurisprudência do TJSP aparecem com mais frequência.



CONCLUSÕES GERAIS

O presente relatório buscou oferecer uma análise da jurisprudência do TJSP relativas a planos de saúde, em 1ª e 2ª instâncias e no período entre 2018–2021, que fosse ao mesmo tempo ampla e com espaço para nuances. As conclusões gerais que ele traz são as seguintes:

1. Entre 2018–2021, houve 205 mil decisões relativas a planos de saúde na 1ª e 2ª instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo. Isso representa uma média de mais de 50 mil decisões por ano. O aumento no número de decisões de apelação referentes a demandas por negativa de cobertura no período representa uma exceção à tendência de estabilidade ou mesmo de redução no número de decisões. Esse número é significativo considerando que o estado de São Paulo responde por um terço dos usuários da saúde suplementar.
2. A maioria dessas decisões versam sobre negativa de cobertura assistencial por parte do plano. Decisões relativas a reajuste de mensalidade ou a manutenção do contrato de plano de saúde também respondem por parcela importante dessa judicialização.
3. A taxa de sucesso dos usuários nas ações contra as operadoras é de 60% nas duas instâncias. Esse número aumenta para cerca de 70% se considerarmos as decisões parcialmente favoráveis. Porém, existe enorme variação na taxa de sucesso de usuários a depender do tema no qual se encaixa a demanda judicial. Ela é maior nas demandas relativas a negativa de cobertura assistencial, menos frequentes em ações envolvendo reajustes e manutenção de contrato.
4. Um fator que parece aumentar a propensão do TJSP em decidir favoravelmente ao usuário é o risco de o usuário ficar desassistido. Isso se torna claro quando a taxa de sucesso em demandas envolvendo negativa de cobertura é maior que quando se discute reajuste ou

manutenção de contrato. Dentro de negativa de cobertura, demandas envolvendo rede de atendimento do plano e co-participação acabam tendo menor chance de êxito se comparada com outras em que usuário pode ficar sem o tratamento prescrito. Por outro lado, em matéria de contrato, decisões tendem a pender mais a favor de usuário quando existe o risco de perda do plano pelo seu inadimplemento do que quando se discute manutenção de preço e reajuste.

5. Perícia técnica e outras fontes de informação técnica independente das partes (como o NAT-Jus) aparecem com pouca frequência nas decisões, embora apareçam com mais frequência em casos de reajuste que de negativa de cobertura. Isso é surpreendente considerando que há questões técnicas envolvidas tanto em casos envolvendo negativa de cobertura (por exemplo, a eficácia de um tratamento fora do rol ou se um tratamento é de urgência ou emergência) quanto naqueles relativos a reajuste (por exemplo, se o cálculo do reajuste é abusivo).

6. Decisões de negativa de cobertura e reajuste o TJSP fundamenta suas decisões sobretudo na sua própria jurisprudência e no CDC, mais do que na Lei 9656/98. Isso pode indicar um peso menor que o TJSP dá às normas que regulam o setor.

Espera-se que esses achados sejam úteis para melhor compreensão do fenômeno e sejam um ponto de partida para futuros estudos que detalhem ou expandam as análises aqui realizadas.



REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR. ANS TABNET – *Informações em Saúde Suplementar*. Disponível: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados gerais**. Dados do setor. Brasília, set. 2021. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Judicialização da Saúde Suplementar** – análise quantitativa das demandas assistenciais ajuizadas pelos beneficiários nos últimos cinco anos. Apresentação realizada em Setembro de 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de tópicos da Saúde Suplementar para o Programa Parceiros da Cidadania**: Uma abordagem sob a perspectiva regulatória. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021.

ARTSTEIN, Ron; POESIO, Massimo. Inter-coder agreement for computational linguistics. **Computational linguistics**, v. 34, n. 4, p. 555–596, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Estatísticas Processuais de Direito à Saúde**. Disponível em: <<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,currsel.>>.

DE AZEVEDO, Paulo Furquim et al. **A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil**: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas. White Paper Nº 1, Insper – Centro de Estudos em Negócios, mai. 2016. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE. **Cresce o número de ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo**. 10 fev. 2020. Disponível: <<https://sites.usp.br/geps/download/274/>>.

HANSON, F. Allan. **From key numbers to keywords**: how automation has transformed the law. Law Library Journal, v. 94, p. 563–600, 2002.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA – INSPER. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Justiça Pesquisa – Relatório Analítico Propositivo. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>>.

LARA, Natalia. **Análise do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2015 e 2020**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, out. 2021. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/analise-especial-do-mapa-assistencial-da-saude-1>>.

MACCORMICK, Neil. **Rhetoric and the rule of law**: A theory of legal reasoning. Oxford: Oxford University Press, 2010, 2005.

RAMALHO, Bruno Araujo. **A interface institucional entre a ANS e o Poder Judiciário**: Análise de acórdãos sobre a cobertura de emergências médicas em planos de saúde. Revista de Direito Sanitário, v. 17, n. 1, p. 122-144, mar./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117050>>.

RODRIGUES, Eduardo Calasans. **Regulação versus Judicialização**: O Duplo Sistema Regulatório da Saúde Suplementar. 2020. (Mestrado em Direito da Regulação) – Escola de Direito do Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28743>>.

SANTOS, Ezequiel Fajreldines dos. **Diferenças de avaliação entre o Poder Judiciário e a ANS sobre a necessidade de oferecimento de home care nos contratos de plano de saúde**. Orientadora: Flavia Portella Püschel. 2018. 73 p. Dissertação (Mestrado) – Direito e Desenvolvimento, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24160>>.

SCHEEFFER, Mario César. **Os planos de saúde nos tribunais**: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. Orientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias. 2006. 212 p. Dissertação (Mestrado) – Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062006-105722/pt-br.php>>.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Tema Repetitivo 952**. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=952&cod_tema_final=952>.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Tema Repetitivo 1016**. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&sg_classe=REsp&num_processo_classe=1715798>.

TEIXEIRA, Luís Edmundo Noronha et al. **A judicialização na saúde suplementar**: uma avaliação das ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010–2017. Saúde em Debate [online]. 2022, v. 46, n. 134, pp. 777–789. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213413>>.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. **Judicialização em planos de saúde coletivos**: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166–187, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p166-187>>.

WANG, Daniel Wei Liang. **Right to Health Litigation in Brazil**: The Problem and the Institutional Responses. Human Rights Law Review, v. 15, n. 4, p. 617–641, dez. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/hrlr/ngv025>>.