



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS
Curso de Bacharelado em Direito

BEATRIZ DE OLIVEIRA MACHADO

**O AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS REFLEXOS DESSE
FENÔMENO NAS ATIVIDADES DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE:
eventual quebra do equilíbrio econômico-financeiro**

BRASÍLIA

2020

BEATRIZ DE OLIVEIRA MACHADO

**O AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS REFLEXOS DESSE
FENÔMENO NAS ATIVIDADES DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE:
eventual quebra do equilíbrio econômico-financeiro**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) na modalidade de artigo científico.

Orientador: Professor Hector Valverde Santana

BRASÍLIA

2020

BEATRIZ DE OLIVEIRA MACHADO

**O AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS REFLEXOS DESSE
FENÔMENO NAS ATIVIDADES DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE:
eventual quebra do equilíbrio econômico-financeiro**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito, pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) na modalidade de artigo científico.

Orientador: Professor Hector Valverde Santana

BRASÍLIA, _____ DE 2020

BANCA AVALIADORA

Professor Hector Valverde Santana

Professor(a) Avaliador (a)

**O AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS REFLEXOS DESSE
FENÔMENO NAS ATIVIDADES DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE:
eventual quebra do equilíbrio econômico-financeiro**

BEATRIZ DE OLIVEIRA MACHADO

Resumo: O objetivo do presente artigo é analisar a judicialização da saúde e os impactos desse fenômeno nas atividades das operadoras de plano de saúde, em especial, no aspecto econômico-financeiro dessas. A partir da análise da intervenção do Estado, o trabalho debate que, por não raras vezes, a intervenção judicial nos contratos securitários sem análise dos pilares econômicos gera um desequilíbrio econômico em desfavor das operadoras. O excesso de ações ajuizadas visando a obtenção de medicamentos, tratamentos e procedimentos excluídos da cobertura contratual representa uma ameaça à manutenção das operadoras de plano de saúde. Pormenorizada essa questão, o presente artigo chega à conclusão de que interferências – em excesso – acarretam em um efeito reverso, pois geram problemas imensuráveis ao setor de saúde privada, os quais atingem os seus principais destinatários: os próprios segurados.

Palavras-chave: Direito à saúde. Contrato securitário. Judicialização da saúde. Operadoras de plano de saúde. Equilíbrio econômico financeiro.

Abstract: The purpose of the article is to analyze the current judicialization of health and its impacts in the health insurance industry, particularly, the financial implications to policy providers. Examining the situation indicates that State interventions in the insurance contracts without regard to economic consequences generates a considerable economic disequilibrium. The excess of court decisions aimed at extending the medications, treatments, and procedures excluded from the contractual coverage represents a threat to financial stability of healthcare insurers. The article finally concludes that excess interventions lead to unintended, opposite results, since weakening the private health sector inevitably hurt those who were meant to be helped: policyholders.

Key words: Right to health. Insurance contract. Judicialization of health. Health insurance industry. Economic consequences.

Sumário: Introdução. 1 - Direito à saúde. 2 - Essencialidade do Sistema de Saúde Suplementar. 3 - Contrato de seguro. 4 - Fenômeno da judicialização da saúde e seus desdobramentos. 4.1 - Aumento da Sinistralidade das Operadoras. 4.2 - Risco em Potencial. 5 - Excessiva Intervenção Judicial. Considerações finais.

Introdução

O artigo discute o fenômeno da judicialização da saúde, realidade do cenário jurídico atual, que se refere à obtenção de medicamentos, tratamentos e procedimentos pela esfera judicial. Basta uma simples consulta ao acervo de julgados dos Tribunais pátrios para se constatar que a questão dos limites dos contratos de saúde é há muitos anos - e continua sendo

- judicializada. Via de regra, essas demandas ajuizadas pelos consumidores face às operadoras de planos de saúde têm como base o princípio do direito à saúde.

O estudo do aumento da judicialização da saúde e seus reflexos justifica-se pela enorme quantidade de ações judiciais que versam sobre este tema que tem sido um dos assuntos mais recorrentes no judiciário pátrio. Tal fato, em apertada síntese, pode ser explicado pelos seguintes fatores: grande quantidade de pessoas com acesso ao serviço de cobertura de plano de saúde; falta da devida compreensão dessas pessoas acerca dos requisitos e limites do serviço contratado e disponibilizado pela operadora; falsa crença de que o consumidor possui infinitos direitos dentro dessa relação contratual; aplicação do Código de Defesa do Consumidor com o objetivo de equiparar os direitos e garantias entre consumidores, considerados vulneráveis, e empresas, consideradas hipersuficientes.¹

O primeiro tópico dedicar-se-á ao direito à saúde e os dispositivos legais responsáveis por assegurar esse direito fundamental aos indivíduos. Em seguida, o segundo tópico abordará a essencialidade do Sistema de Saúde Suplementar que, de forma complementar, ampara funcionamento do Estado, o qual, por vez, não consegue cumprir com todas suas obrigações para manter a plenitude do sistema.² O terceiro tópico trata das questões ontológicas do contrato de seguro e as suas principais questões e elementos internos.

O quarto tópico aprofunda a questão da judicialização da saúde e seus desdobramentos, como os reflexos desse fenômeno nas atividades das operadoras de planos de saúde, especialmente no que se refere à eventual quebra do equilíbrio econômico-financeiro, elemento essencial para viabilizar a higidez das obrigações imputadas às operadoras. Conforme se verá adiante, essa possível quebra do equilíbrio econômico financeiro está relacionada às decisões tomadas pelos Tribunais de Justiça brasileiros, que dão procedência aos pedidos formulados pelos consumidores com embasamento na caracterização do direito à saúde como direito fundamental, bem como pela aplicação das normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor ainda que contrárias ao rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

¹ SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde.** 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

² *Ibidem*.

Ato contínuo, no tópico quinto, realizar-se-á análise do conflito entre a efetivação do direito à saúde e a interferência excessiva do Poder Judiciário. Entretanto, em que pese tal interferência, em um primeiro momento, seja benéfica aos consumidores, não se pode olvidar quanto aos prejuízos acarretados ao setor de saúde suplementar, em sentido amplo. Isso porque, as demandas judiciais em saúde, cada vez mais, são patrocinadas por indivíduos isoladamente que, em uma visão racional para a maximização e satisfação dos seus próprios interesses, acabam prejudicando um todo.³

O presente artigo, então, enfatiza os efeitos que essas demandas provocam no mercado, analisando até que ponto o benefício garantido para um indivíduo, com a justificativa de garantia do direito fundamental à saúde, se justifica ou se sustenta dentro de um sistema regido por regras específicas e que envolvem outros aspectos, tais como mutualidade, garantia de cobertura limitada e sinistralidade.

1 Direito à saúde

A saúde, em sentido amplo, é sobretudo uma questão de cidadania e de justiça social. Assim, o seu conceito vai além do mero estado biológico⁴. Atualmente, o direito à saúde é reconhecido como um direito fundamental e, no Brasil, foi erigido ao patamar de direito do homem pela Constituição Federal de 1988⁵.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde “é direito de todos e dever do Estado” e este deve garantir o acesso universal e igualitário à saúde, por meio de políticas sociais e econômicas.⁶ O artigo 197, por seu turno, atribui ao Poder Público – sem especificar qual ente federativo – a responsabilidade sobre a regulamentação, fiscalização e controle sobre a prestação de serviços de saúde.

O mesmo dispositivo legal confere, ainda, a possibilidade de a execução de serviços de saúde ser feita pelo Poder Público “diretamente ou através de terceiros e, também, por

³ GOMES, John Tenório. **A União e o Fenômeno da Judicialização da Saúde: Uma Análise Empírica Dos Possíveis Impactos Nas Políticas Públicas De Saúde.** 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/4551>. Acesso em: 26 jun. 2020.

⁴ VENTURA M, Simas L, Pepe VL, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** 2010; v. 20, 77-100.

⁵ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**, 24 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005.

⁶ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 set. 2020.

pessoa física ou jurídica de direito privado”⁷. Em outras palavras, tem-se que é atribuição exclusiva dos entes federativos a regulamentação e fiscalização do sistema de saúde, mas a execução e a prestação do serviço assistencial pode ser realizada por particulares, conforme expressa previsão constitucional.

Outro dispositivo legal de grande relevância para o tema abordado neste trabalho é o artigo 199, também da Constituição Federal de 1988. Isso porque, ele infirma que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada e, de forma complementar, prevê em seu §1º a possibilidade de as instituições privadas participarem complementarmente do Sistema Único de Saúde.⁸ Esse ponto será abordado de forma mais detalhada no tópico a seguir.

Portanto, percebe-se que a saúde é um direito fundamental de dupla natureza, pois, se habitua simultaneamente aos direitos de natureza negativa – uma vez que exige que o ente público se abstenha de prejudicar a saúde dos particulares – e aos direitos de natureza positiva, ao exigir do Estado realização de políticas públicas das quais depende a própria concretização do direito.⁹

2 Essencialidade do sistema de saúde suplementar

Inicialmente, faz-se necessário lembrar que nem sempre a saúde pública foi uma preocupação do Estado. Tanto é que, até o período absolutista, a preocupação com a saúde pública fazia parte da agenda política apenas em situações excepcionais, como por exemplo epidemias e calamidades públicas, tendo em vista que, nessas situações, o Estado sofria diretamente em sua arrecadação tributária. Posteriormente, o indivíduo passou a ser não só uma preocupação, mas sim um dever do Estado. Podemos dizer que a atenção com a saúde pública surgiu com a preocupação com os setores econômicos e financeiros do Estado.¹⁰

Conforme já abordado no primeiro tópico, no Brasil, a saúde adquiriu o status de direito fundamental após a promulgação da Constituição Federal de 1988, estando, portanto, elencada no rol de direitos sociais. Consagrou-se, assim, no art. 196 da Constituição Federal

⁷ *Ibidem.*

⁸ *Ibidem.*

⁹ SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à Constituição**, 2. ed, São Paulo: Malheiros Editores, 2006. p. 767.

¹⁰ GOMES, John Tenório. **A União e o Fenômeno da Judicialização da Saúde: Uma Análise Empírica Dos Possíveis Impactos Nas Políticas Públicas De Saúde**. 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/4551>. Acesso em: 26 jun. 2020.

de 1988, que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”. O referido direito está pautado, então, nos princípios da universalidade, igualdade e equidade.¹¹

Desse modo, a saúde vista como direito fundamental, deve padecer de prestação positiva do Estado, devendo este fornecê-la inquestionavelmente ao seu cidadão, que, além de ser sujeito de direito, é contribuinte, não apenas no estrito sentido tributário, mas também, como ser munido do poder de movimentação da máquina pública.¹²

A mesma Constituição, porém, não considerou os serviços e o financiamento da atenção à saúde como um monopólio estatal. Assim, é permitida a coexistência do Sistema Único com um mercado privado de saúde.¹³ Ou seja, a assistência à saúde no Brasil decorre de uma combinação de dois sistemas. De um lado está o setor público, de acesso universal e gratuito. De outro lado, está o setor privado autônomo, de caráter suplementar, estruturado sobre intermediação dos serviços de assistência à saúde, mediante a cobertura dos riscos assistências pelas nominadas Operadoras de Planos de Assistência à saúde. Essa organização, então, forma o mercado de saúde suplementar.¹⁴

A saúde suplementar é conceituada como aquela prestada pelo particular - fora do âmbito da atuação estatal (SUS) - por meio de rede própria ou terceirizada de prestadores de serviços, o que a configura como uma atividade especializada.¹⁵ Em outras palavras, saúde suplementar é a atividade econômica regida por princípios e regras de direito privado e possuem acesso a ela apenas aqueles com renda para contratar tais serviços. Todavia, embora

¹¹ ANDRADE, Eli Iola Gurge et al. **A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil**: gestão da clínica e medicalização da justiça. 2008. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1268>. Acesso em: 20 set. 2020.

¹² SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar**: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde. 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriootcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

¹³ VIARD, Henrique José Santos. **O Desenvolvimento do Marco Regulatório Brasileiro para o Mercado de Saúde Suplementar**. 2010. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k212261.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

¹⁴ VIARD, Henrique José Santos. **O Desenvolvimento do Marco Regulatório Brasileiro para o Mercado de Saúde Suplementar**. 2010. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k212261.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

¹⁵ SCHULMAN, Gabriel. **Planos de saúde**: saúde e contrato na contemporaneidade. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. p. 201.

seja uma atividade exercida por particulares, não passa despercebida pela Administração Pública, a rigor do art. 197 da Constituição Federal de 1988.¹⁶

Em relação ao setor privado autônomo, Guilherme Valdetaro Mathias ressalta a relevância da função social do Sistema de Saúde Suplementar para a sociedade, não só em razão da sua importância econômica, mas também pela sua determinante função social. Isso porque, o Sistema Único de Saúde deixou uma lacuna que impossibilita o atendimento adequado à totalidade da população.¹⁷ Portanto, sem a atividade dos planos de saúde privados, milhões de brasileiros ou ficariam sem o atendimento médico necessário ou recorreriam ao Sistema Único de Saúde, inviabilizando-o por completo.¹⁸

Não se pode negar a existência da lacuna deixada pelo Sistema Único de Saúde, que surge pelas diversas falhas que o escora, as quais inviabilizam o cumprimento de seus deveres, tendo a sua eficácia bastante limitada, pois, o Estado como garantidor de seu funcionamento, por vez, não consegue cumprir com todas suas obrigações para manter a plenitude do sistema.¹⁹ Assim, a insatisfação com o Sistema Único de Saúde promoveu o crescimento da prestação do serviço de saúde em sua forma privada, pois, muitos acreditam na ineficácia do sistema, que não consegue prestar atendimento com a qualidade e rapidez esperadas para toda a população, o que corroborou para a migração de pessoas para a cobertura de saúde suplementar.²⁰

Portanto, muito embora a Constituição Federal de 1988 confira ao Sistema Único de Saúde a tarefa de garantir o acesso à saúde, esse sistema, apesar de toda sua robustez constitucional e institucional, é ineficiente em parte. Daí a importância do Sistema de Saúde Suplementar, prestado a partir de uma atividade privada. Assim, percebe-se que a

¹⁶ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar**: manual jurídico de planos de saúde. São Paulo: MP, 2006.

¹⁷ Convém esclarecer que o objeto deste trabalho não é analisar a eficiência e capacidade do Sistema Único de Saúde. O que se pretende analisar é a judicialização que há em relação ao Sistema de Saúde Suplementar.

¹⁸ MATHIAS, Guilherme Valdetaro. **O Código Civil E O Código Do Consumidor Na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

¹⁹ SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar**: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde. 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

²⁰ SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar**: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde. 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

judicialização da saúde é uma realidade da gestão pública e que traz repercussões em várias outras ciências, merecendo destaque a análise jurídica sobre o tema.

3 Contrato de seguro

Neste tópico, serão abordadas as principais características do contrato de seguro, o qual é disciplinado pelos artigos 757 a 802 do Código Civil de 2002.

Evidencia-se, de início, que o contrato de plano de saúde é bilateral, comutativo, oneroso, típico e aleatório, na medida em que não é possível afirmar se os beneficiários irão obter a vantagem econômica que almejam daquele negócio jurídico.²¹ Orlando Gomes ressalta que a natureza aleatória do contrato de seguro – fundamentado sobre evento incerto – resulta de sua própria função econômico-social: a vantagem do segurador está condicionada à não ocorrência do sinistro – receber o prêmio sem contrapartida – conquanto a vantagem do segurado encontra-se na proteção contra evento incerto por meio do pagamento do prêmio em valor não tão alto.²²

Por meio desse tipo de contrato – instrumentalizado pela apólice – o segurador fica obrigado, mediante o pagamento de prêmio pelo segurado, a garantir interesse legítimo desse, relativo à pessoa ou coisa, contra riscos predeterminados.²³

A relação entre consumidor e fornecedor de serviços privados de saúde sempre esteve amparada por um contrato bilateral – haja vista os contratantes serem simultânea e reciprocamente credores e devedores uns dos outros – onde estão previstas as obrigações e os deveres das partes. Firmado esse instrumento, o consumidor almeja ver atendida a cobertura contratada e o fornecedor, em contrapartida, almeja o recebimento dos valores do consumidor de acordo com a cobertura ofertada.²⁴ Ou seja, ainda que as partes possuam ampla liberdade de disposição, não há somente interesses de ordem individual envolvidos na avença. Isso porque, devem ser observados por ambos os contratantes os interesses coletivos, de ordem pública e até constitucionais que permeiam o contrato.

²¹ SAMPAIO, Aurisvaldo Melo. **O regime jurídico dos contratos de plano de saúde e a proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

²² GOMES, Orlando. **Contratos**. 26. ed. Rev. atual. e aumen. de acordo com o Código Civil de 2002. Coordenador: Edvaldo Brito. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2009.

²³ BRASIL. Código Civil (2002). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 20 set. 2020.

²⁴ REZENDE, Paulo Roberto Vogel de - **Os contratos de plano de saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro: mutualismo, cálculo atuarial e o impacto econômico das decisões judiciais**. 2011. Disponível em: https://iess.org.br/cms/rep/1lugardireito2012_voovdpuv.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

Sobre o contrato de seguro, imperioso destacar a lição de Arnaldo Rizzardo, no sentido de que os riscos assumidos pelas operadoras devem ser exclusivamente aqueles assinalados na apólice, dentro dos limites fixados, de modo que não se deve admitir interpretação extensiva, tampouco analógica.²⁵ A interpretação do contrato de seguro está condicionada à observação de normas negativas – que asseguram a autonomia das partes e a liberdade da atividade econômica – bem como, à observação de preceitos de cunho social, que exigem do Estado uma atuação positiva que deve ser adotada com o intuito de corrigir eventuais desequilíbrios contratuais.

Sergio Cavalieri Filho aponta que o instrumento contratual securitário é amparado pela “santíssima trindade”, compreendida pelo risco, pela mutualidade e pela boa-fé.²⁶ Sergio Bermudes, por sua vez, acerca do contrato securitário, ressalta a sua natureza *suis generis* quando comparado a outras espécies contratuais. Isso porque, diferentemente dos demais contratos – que constituem pactos firmados entre duas pessoas – o contrato de seguro constitui um pacto entre uma pessoa e muitas outras e, por isso, constitui um esquema peculiar, pois todas as pessoas concorrem para um fundo do qual se retiram as somas necessárias a atender uma ou outra pessoa na hipótese de sofrer os efeitos de um risco segurado.²⁷ Portanto, a análise de um contrato securitário envolve, além vontade das partes, o mandamento da lei e os efeitos sociais daquela relação.

4 Fenômeno da judicialização da saúde e seus desdobramentos

Abordados os dispositivos do ordenamento jurídico civilista e constitucional que asseguram o direito à saúde e regem os contratos securitários, a seguir será analisado o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil e as deficiências inerentes a ele.

4.1 Aumento da sinistralidade das operadoras

A sinistralidade consiste em um índice calculado por meio da razão entre os sinistros realizados, ou seja, os custos de assistência e o prêmio da assistência, medida em percentual. Sendo que o valor do prêmio está umbilicalmente ligado à amplitude do risco assumido. Não

²⁵ RIZZARDO, Arnaldo. **Contratos**, 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2004. p. 844.

²⁶ CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 418.

²⁷ BERMUDES, 2002 apud. SANTOS, Ricardo Bechara. **Direito de Seguro no novo Código Civil e legislação própria**. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

se pode olvidar que os riscos do seguro devem ser, necessariamente, predeterminados (art. 757 e 760 do Código Civil e art. 16, VI, Lei nº 9656/98).

Sendo assim, a seguradora, para calcular o prêmio a ser cobrado dos segurados, leva em consideração os riscos apontados no momento da contratação da apólice. No sistema americano, esse cálculo recebe a denominação de *experience rating* e se baseia nos gastos esperados para aquela massa de segurados, de forma que indivíduos que apresentem maiores riscos pagarão prêmios mais altos.²⁸

O resultado obtido por meio do cálculo serve, então, como balizador do reajuste de preços das mensalidades cobradas pelas operadoras de saúde suplementar.²⁹ Ressalta-se que, por ser esse um serviço de interesse público, é necessário garantir sua sustentabilidade econômico-financeira. Uma maneira de fazer isso é, justamente, realizando o acompanhamento do índice de sinistralidade.³⁰ Assim, a saúde financeira das operadoras de saúde está relacionada à gestão da sinistralidade, que é um importante indicador financeiro.

No tocante à manutenção do mercado e solvência das operadoras, Luiz Augusto Ferreira Carneiro afirma que para tornar viável um mercado de planos de saúde que assegure a proteção dos beneficiários contra os riscos cobertos, é necessário preservar as condições de solvência das operadoras. Desse modo, para que o mercado preserve sua solidez e garanta os interesses dos segurados, os prêmios cobrados devem guardar relação com os respectivos riscos gerados ao grupo segurado.³¹ Por esse motivo, há a necessidade de manter controlada a sinistralidade para garantir que a rentabilidade das operadoras não seja comprometida.

Conceituado o termo “sinistralidade”, passamos à análise das mudanças ocorridas no setor de saúde suplementar. Dentre a principal alteração constatada, tem-se o aumento da sinistralidade no país e, em contrapartida, a diminuição do número de operadoras em

²⁸ ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-36, 2000.

²⁹ PIRES, Francisco Marcos de Sousa. **Estudo do impacto da medicina preventiva na diminuição da sinistralidade dos planos de saúde e sua aplicação ao sistema SAMMED/FUSEX**. 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/623200-Estudo-do-impacto-da-medicina-preventiva-na-diminuicao-da-sinistralidade-dos-planos-de-saude-e-sua-aplicacao-ao-sistema-sammed-fusex.html>. Acesso em: 26 jun. 2020.

³⁰ ARAUJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2763-2770, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802763&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2020.

³¹ CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira. **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 90.

atividade no país.³² Por isso, é importante que se verifique a sustentabilidade deste mercado, uma vez que essa relação inversa, conforme será demonstrado, oferece sérios riscos à manutenção e abertura de novas operadoras, as quais possuem inúmeras obrigações a serem cumpridas - além da necessidade de se atender a uma legislação que determina garantias financeiras mínimas para que as empresas atuem nesse mercado.

Portanto, demonstrada a importância em reconhecer essa relação inversa (aumento da sinistralidade e diminuição do número de operadoras em atividade no país), percebe-se a necessidade de traçar planejamentos para minimizar os potenciais riscos que atingem o setor de saúde, os quais serão abordados no tópico a seguir.

4.2 Risco em potencial

O aumento considerável da taxa de sinistralidade, nos últimos anos, traz incertezas para o setor de planos de saúde privados no Brasil, que tem decrescido progressivamente. Um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência desse fenômeno é a denominada “judicialização da saúde suplementar”. Segundo Luís Roberto Barroso, o consumidor, ao se sentir lesado pela operadora, atribui ao Poder Judiciário significativa expectativa de resolução de suas demandas.³³

A judicialização está atrelada à transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações consideráveis na linguagem, na argumentação, bem como no modo de participação da sociedade. Este fenômeno tem causas múltiplas, algumas que expressam uma tendência mundial; e outras diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro.³⁴

Desse modo, a judicialização da saúde é um perigo para a manutenção das operadoras de saúde. Isso porque, a relação existente os clientes de planos de saúde é de solidariedade e mutualismo, pois, mesmo que um não utilize do plano, o seu pagamento de

³² ARAUJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2763-2770, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802763&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2020.

³³ BARROSO, Luís Roberto. **Ano do STF: Judicialização, ativismo e legitimidade democrática**. 2008. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao_ativismo_legitimidade_democratica?pagina=2. Acesso em: 29 jun. 2020.

³⁴ *Ibidem*.

mensalidade servirá de fundo financeiro para arcar com as despesas dadas por outrem.³⁵ Tanto é que, nos contratos de plano de saúde, há a necessidade de se constituir um fundo mútuo, para que as operadoras prestem seus serviços aos beneficiários. Estes, por sua vez, pagam valores de acordo com a cobertura contratada. Porém, é certo que tais valores não são destinados apenas aos interesses individuais dos segurados, pois, há uma solidariedade de todos aqueles que compõem a carteira de usuários de determinada operadora.³⁶

Assim, as operadoras restam prejudicadas nas inúmeras hipóteses em que os beneficiários recorrem ao judiciário para obter liberação do plano para a realização de procedimentos excluídos da cobertura contratual, bem como do Rol da Agência Nacional de Saúde. Impor à seguradora o ônus de arcar com uma cobertura expressamente excluída das Condições Gerais do Seguro e do Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde causa inegável desequilíbrio econômico no contrato.

A partir desse cenário, inicia-se um ciclo em que os beneficiários acionam o Poder Judiciário tendo a certeza de que seu pedido relativo à saúde será acatado e o magistrado, no afã de atender a uma demanda que verse sobre a saúde de um indivíduo, dificilmente se furtará do poder de impor a obrigação a quem, supostamente, possui um maior poder econômico, ainda que não lhe caiba garantir tal demanda.³⁷

A jurisprudência, inclusive, corrobora tal ocorrência. Isso porque, havendo colisão entre as normas aplicáveis aos deslindes dessa natureza, deve prevalecer o direito fundamental à saúde, em conjunto com as normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor, em detrimento das normas regulamentares do sistema de saúde suplementar brasileiro. Nessa linha, foi editada pelo Superior Tribunal de Justiça a Súmula 469, a qual dispõe que: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.

Entretanto, ao contrário do que se possa imaginar, o Código de Defesa do Consumidor não veda a existência de cláusulas restritivas — o que, a toda evidência,

³⁵ SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar**: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde. 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

³⁶ SILVA, Joseane Suzart Lopes. **Planos de saúde e boa-fé objetiva**. Uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. Salvador: Podium, 2007. p. 155.

³⁷ MARTINEZ, Lilia. Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar. **Conhecimento Científico e Regulação – Contribuições para a Saúde Suplementar**. 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/LIVRO_de_MONOGRAFIAS_PREMIADAS.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

inviabilizaria a atividade securitária —, mas apenas prevê que ela deverá ser redigida de maneira clara e destacada (CDC, art. 54, § 4º). Nesses casos de expressa exclusão contratual em que a operadora não possui a responsabilidade de custear algo que não engloba a sua atividade, o adequado seria requerer ao Estado o fornecimento do tratamento.³⁸ Essa, inclusive, é a tese defendida pelas seguradoras, pois é dever do Estado fornecer a assistência adequada independentemente de o cidadão ter contratado um plano de saúde. Ou seja, a contratação de um plano de saúde não exclui o dever do Estado de arcar com a saúde pública quando esta é acionada.³⁹

A consequência dessa situação, que foge das previsões legais e contratuais, é a aberração jurídica que adentra as operadoras em um plano de sensibilidade e imprevisibilidade situacional. O judiciário brasileiro, ao assim se posicionar, não possui percepção de que agindo pró consumidor, atribuindo-lhe direitos não inerentes ao contrato, legislação ou regulamentação específica, quem arcará com a fruição do ônus dessas obrigações é, justamente, o próprio consumidor, pois, do contrário, a assistência de saúde privada se tornaria inviabilizada.⁴⁰

Como consequência desse posicionamento, os planos de saúde, na tentativa de se manterem ativos no mercado, irão repassar maior onerosidade ao consumidor, tornando-o cada vez mais seletivo e difícil de arcar. Dessa forma, percebe-se o impedimento da função social do contrato e da manutenção do interesse coletivo, barrados em proporções agravantes.⁴¹

Portanto, como exposto acima, há fortes evidências de que o setor de saúde privada entrou em um processo de declínio e precisa de boas soluções que sejam capazes de restabelecê-lo à plenitude e eficiência. É de grande importância que os planos possam continuar firmando o seu lugar no mercado, afinal, por ser um grande setor, o mesmo

³⁸ SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde.** 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriottcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

³⁹ REZENDE, Paulo Roberto Vogel de - **Os contratos de plano de saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro: mutualismo, cálculo atuarial e o impacto econômico das decisões judiciais.** 2011. Disponível em: https://iess.org.br/cms/rep/1lugardireito2012_voovdpuv.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

⁴⁰ SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde.** 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriottcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

⁴¹ *Ibidem.*

movimenta fortemente a economia e é geração de emprego e renda para milhões de pessoas, bem como, auxilia a saúde e a vida de milhões de usuários que utilizam do serviço. A queda do setor prejudicaria imensuravelmente os seus fornecedores, os hospitais, os clientes, os funcionários, o órgão regulador, entre outros envolvidos em seu funcionamento.⁴²

5 Excessiva intervenção judicial

A excessiva intervenção do Poder Judiciário nas demandas que envolvem as operadoras de saúde suplementar e seus beneficiários que almejam o alcance de qualquer tipo de prestação de serviços que lhe foram negados, seja por força do contrato estabelecido ou seja por estar em desacordo com as normas da Agência Nacional de Saúde, coloca em risco todo o planejamento orçamentário da sistematização financeira da empresa.⁴³

Isso porque, nessas situações, a empresa é compelida a cumprir a decisão não importando o quanto isso custará, sob a penalidade de altíssimas multas diárias de descumprimento. Assim, percebe-se o desprezo do judiciário à proteção do equilíbrio da empresa e aos artigos que firmam a competência da Agência Nacional de Saúde como órgão capaz de estabelecer normas sobre o assunto. Isso acaba por si só culminando no processo de abertura de precedentes para que situações do tipo se tornem mais frequentes e ameaçadoras aos planos.⁴⁴

Na tentativa de justificar esse raciocínio, os tribunais alegam que o rol da Agência Nacional de Saúde é meramente exemplificativo, devendo servir apenas como interpretação norteadora do que de fato venha ser a cobertura assistencial mínima, não cabendo a esta discordar da orientação e conduta médica. Como já explanado anteriormente, essa visão do judiciário brasileiro gera impactos imensuráveis às empresas do ramo da saúde privada, onerando-as a custos que à luz da própria Agência Nacional de Saúde seriam indevidos, portanto, podendo-as levar a situação de falência e fechamento.⁴⁵

Ao contrário do que se pretendem fazer prevalecer, o Rol de Procedimentos e as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde constituem listas exaustivas dos

⁴² *Ibidem.*

⁴³ SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar**: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde. 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ *Ibidem.*

procedimentos e tratamentos a serem cobertos pelos seguros de saúde no Brasil. Tanto é que em recente julgado, publicado em 20.2.2020, o Superior Tribunal de Justiça consignou o entendimento de que a lista de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde não é meramente exemplificativa.⁴⁶ O referido acórdão, de relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão, foi prolatado nos autos do Recurso Especial nº 1.733.013/PR⁴⁷.

⁴⁶ Para Quarta Turma, lista de procedimentos obrigatórios da ANS não é apenas exemplificativa. Superior Tribunal de Justiça. 2019. Publicado em: 13 dez. 2019. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/Para-Quarta-Turma--lista-de-procedimentos-obrigatorios-da-ANS-nao-e- apenas-exemplificativa.aspx>. Acesso em: 29 jun. 2020.

⁴⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). Recurso Especial 1733013/PR. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (OVERRULING). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE VISANDO HARMONIZAR OS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO ESTABELECIDADA PELA AGÊNCIA. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE. 1. A Lei n. 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. O art. 4º, III e XXXVII, atribui competência à Agência para elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656/1998, além de suas excepcionalidades, zelando pela qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar. 2. Com efeito, por clara opção do legislador, é que se extrai do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000, a atribuição dessa Autarquia de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Em vista dessa incumbência legal, o art. 2º da Resolução Normativa n. 439/2018 da ANS, que atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo caput do art. 10 da Lei n. 9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde. 3. A elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, apresenta diretrizes técnicas relevantes, de inegável e peculiar complexidade, como: utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS; observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE; e resguardo da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. 4. O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, em revisitação ao exame detido e aprofundado do tema, conclui-se que é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas. Esse raciocínio tem o condão de encarecer e efetivamente padronizar os planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas. 5. Quanto à invocação do diploma consumerista pela autora desde a exordial, é de se observar que as técnicas de interpretação do Código de Defesa do Consumidor devem reverência ao princípio da especialidade e ao disposto no art. 4º daquele diploma, que orienta, por imposição do próprio Código, que todas as suas disposições estejam voltadas teleologicamente e finalisticamente para a consecução da harmonia e do equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores. 6. O rol da ANS é solução concebida pelo legislador para harmonização da relação contratual, elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico. A uníssona doutrina especializada alerta para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar. A disciplina contratual exige uma adequada divisão de ônus e benefícios dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso tem de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto à identificação de deveres específicos do fornecedor para assegurar a

Segundo esse entendimento do Superior Tribunal de Justiça, consignar que o rol da Agência Nacional de Saúde é meramente exemplificativo obriga as seguradoras, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas. Desse modo, as Diretrizes da Agência Nacional de Saúde são imprescindíveis para que se defina objetivamente quais tratamentos devem ser obrigatoriamente cobertos, sob pena de se obrigar as Seguradoras a cobrirem todo e qualquer procedimento prescrito, independente da lei e do contrato firmado entre as partes.

Não obstante existam normas da Agência Nacional de Saúde para definir o equilíbrio atuarial das operadoras médico-hospitalares para a precificação de cada produto ofertado, o poder judiciário, muitas vezes, ainda ignora tal fato e define a amplitude de cobertura de cuidados com a saúde para assegurar um atendimento individual, desconsiderando as regras de contratos.⁴⁸

Desse modo, os usuários de plano de saúde, munidos pela inobservância contratual, em certos casos, possuem a falsa percepção de serem detentores de direitos ilimitados. Exatamente por cultivarem essa falsa percepção, o judiciário é a saída imediata à luz de quem teve alguma solicitação negada na esfera administrativa. Tal cenário colabora para dar continuidade a judicialização da saúde suplementar no Brasil, que busca a resolução de problemas inerentes ao direito à saúde de forma individual em detrimento das implicações coletivas.

O Poder Judiciário, então, ao tentar por suas próprias expensas solucionar o problema da saúde no país, acaba gerando o efeito inverso. Fernanda Vargas Terrazas destaca que "os juízes, nessa situação, veem-se e são vistos — pela comunidade jurídica e também

sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente. 7. No caso, a operadora do plano de saúde está amparada pela excludente de responsabilidade civil do exercício regular de direito, consoante disposto no art. 188, I, do CC. É incontroverso, constante da própria causa de pedir, que a ré ofereceu prontamente o procedimento de vertebroplastia, inserido do rol da ANS, não havendo falar em condenação por danos morais. 8. Recurso especial não provido. Recorrente: Victoria Teixeira Bianconi. Recorrido: Unimed de Londrina Cooperativa de Trabalho Médico. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Julgado em 10/12/2019. Publicado em 20/02/2020. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1901347&num_registro=201800740615&data=20200220&formato=PDF. Acesso em: 26 jun. 2020.

⁴⁸ SILVA, Antonio Sergio da. et al. Evolução dos Custos Médico-Hospitalares de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 1, janeiro/abril, 2018. p. 29-43.

pela sociedade em geral — como realizadores de uma ‘justiça social’⁴⁹ e neste anseio pela promoção do “bem-comum”, acabam satisfazendo interesses individuais em detrimento do coletivo.⁵⁰ Portanto, o judiciário ao agir imputando às operadoras responsabilidades além das estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde não percebe que está ferindo o princípio da segurança jurídica gerado pelo contrato realizado entre as partes.

Considerações finais

O presente artigo, ao discutir sobre o conflito entre a efetivação do direito à saúde e a excessiva intervenção do Poder Judiciário, adentrou no campo da judicialização da saúde suplementar e seus desdobramentos. O que se constatou é que o setor de planos de saúde se encontra em um cenário de incertezas, as quais afetam diretamente o equilíbrio econômico financeiro das operadoras.

Como consequência dessa situação, que foge das previsões legais e contratuais, as operadoras adentram em um plano de sensibilidade e imprevisibilidade situacional. Os recursos financeiros das operadoras de plano de saúde são limitados, como de qualquer agente econômico privado, uma vez que são provenientes das mensalidades recebidas de seus beneficiários. Por esse motivo, não se pode impor às seguradoras uma obrigação que vai além da atribuição que lhe foi destinada.

Ocorre que, esse cenário é corroborado pela postura adotada pelo Poder Judiciário, que acaba por satisfazer interesses individuais em detrimento do coletivo. Falta a percepção de que agindo pró consumidor, atribuindo-lhe direitos não inerentes ao contrato, legislação ou regulamentação específica, quem arcará com a fruição do ônus dessas obrigações é, justamente, o próprio beneficiário, pois, do contrário, a assistência de saúde privada se tornaria inviabilizada

Assim, o Poder Judiciário, ao tentar por suas próprias expensas solucionar o problema da saúde no país, acaba gerando o efeito inverso. O que se espera do Poder

⁴⁹ TERRAZAS, Fernanda Vargas. **O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais de medicamentos.** 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8047/6837>. Acesso em: 25 jun. 2020.

⁵⁰ GOMES, John Tenório. **A União e o Fenômeno da Judicialização da Saúde: Uma Análise Empírica Dos Possíveis Impactos Nas Políticas Públicas De Saúde.** 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/4551>. Acesso em: 26 jun. 2020.

Judiciário em relação às operadoras de plano de saúde é que aquele não permita que o sentimentalismo tome o lugar de decisões fundadas em bases jurídicas e critérios técnicos.

Não se pode impor às operadoras de saúde privadas a obrigação pela garantia e prestação universal do direito à saúde que é, por previsão constitucional, dever Estado. Então, é imprescindível que medidas sejam tomadas para restabelecer o setor de saúde privada à plenitude e eficiência. Isso porque a crescente judicialização da saúde é um perigo para a manutenção das operadoras de saúde, pois os impactos gerados são imensuráveis ao país como um todo, uma vez que esse é um setor que movimenta fortemente a economia; é fonte de geração de emprego e renda para milhões de pessoas; e auxilia a saúde e a vida de milhões de beneficiários que usufruem do serviço.

Referências

ANDRADE, Eli Iola Gurge et al. **A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil**: gestão da clínica e medicalização da justiça. 2008. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1268>. Acesso em: 20 set. 2020.

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-36, 2000.

ARAUJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2763-2770, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802763&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2020.

BARROSO, Luís Roberto. **Ano do STF**: Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. 2008. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao_ativismo_legitimidade_democratica?pagina=2. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Código Civil (2002). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Glossário Temático Saúde Suplementar**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Para Quarta Turma, lista de procedimentos obrigatórios da ANS não é apenas exemplificativa. Superior Tribunal de Justiça. 2019. Publicado em: 13 dez. 2019. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/Para-Quarta-Turma--lista->

de-procedimentos-obrigatorios-da-ANS-nao-e- apenas-exemplificativa.aspx. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). Recurso Especial nº 1733013/PR. Recorrente: Victoria Teixeira Bianconi. Recorrido: Unimed de Londrina Cooperativa de Trabalho Médico. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Julgado em 10/12/2019. Publicado em 20/02/2020. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1901347&num_registro=201800740615&data=20200220&formato=PDF. Acesso em: 26 jun. 2020.

CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira. **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 90.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 418.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos de saúde**. São Paulo: MP, 2006.

GOMES, John Tenório. **A União e o Fenômeno da Judicialização da Saúde: Uma Análise Empírica Dos Possíveis Impactos Nas Políticas Públicas De Saúde**. 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/4551>. Acesso em: 26 jun. 2020.

GOMES, Orlando. **Contratos**. 26. ed. Rev. atual. e aumen. de acordo com o Código Civil de 2002. Coordenador: Edvaldo Brito. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2009.

MARTINEZ, Lilia. Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar. **Conhecimento Científico e Regulação – Contribuições para a Saúde Suplementar**. 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/LIVRO_de_MONOGRAFIAS_PREMIADAS.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

MATHIAS, Guilherme Valdetaro. **O Código Civil E O Código Do Consumidor Na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

PIRES, Francisco Marcos de Sousa. **Estudo do impacto da medicina preventiva na diminuição da sinistralidade dos planos de saúde e sua aplicação ao sistema SAMMED/FUSEX**. 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/623200-Estudo-do-impacto-da-medicina-preventiva-na-diminuicao-da-sinistralidade-dos-planos-de-saude-e-sua-aplicacao-ao-sistema-sammed-fusex.html>. Acesso em: 26 jun. 2020.

REZENDE, Paulo Roberto Vogel de - **Os contratos de plano de saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro: mutualismo, cálculo atuarial e o impacto econômico das decisões judiciais**. 2011. Disponível em: https://iess.org.br/cms/rep/1lugardireito2012_voovdpuv.pdf . Acesso em: 20 set. 2020.

RIZZARDO, Arnaldo. **Contratos**, 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2004. p. 844.

SAMPAIO, Aurisvaldo Melo. **O regime jurídico dos contratos de plano de saúde e a proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

SANTOS, Ricardo Bechara. **Direito de Seguro no novo Código Civil e legislação própria**. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

SCHULMAN, Gabriel. **Planos de saúde: saúde e contrato na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. p. 201.

SILVA, Antonio Sergio da. et al. Evolução dos Custos Médico-Hospitalares de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 1, janeiro/abril, 2018. p. 29-43.

SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde**. 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 20 set. 2020.

SILVA, Joseane Suzart Lopes. **Planos de saúde e boa-fé objetiva**. Uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. Salvador: Podium, 2007. p. 155

SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à Constituição**, 2. ed, São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**, 24 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005.

STRECK, Lenio Luiz. O panprincipiologismo e a “refundação positivista”. In: COUTINHO, Jacinto Nelson de Miranda; FRAGALE FILHO, Roberto; LOBÃO, Ronaldo (org.). **Constituição & ativismo judicial**. Limites e possibilidades da norma constitucional e da decisão judicial. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 233-234.

TARTUCE, Flavio. **Manual de direito civil: volume único**. São Paulo: Método, 2016. p. 597.

TERRAZAS, Fernanda Vargas. **O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais de medicamentos**. 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8047/6837>. Acesso em: 25 jun. 2020.

VENTURA M, Simas L, Pepe VL, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2010; v. 20, 77-100.

VIARD, Henrique José Santos. **O Desenvolvimento do Marco Regulatório Brasileiro para o Mercado de Saúde Suplementar**. 2010. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k212261.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.