

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA NA BIBLIOTECA DIGITAL / REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA ASCES - UNITA

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, de acordo com a Lei n. 9610/98, autorizo a **ASCES-UNITA**, a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, em meio eletrônico na Rede Mundial de Computadores, no formato especificado, para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela *Internet*, o TCC especificado abaixo, a título de divulgação dos **Trabalhos de Conclusão da graduação em BACHAREL EM DIREITO**, a partir desta data e por prazo indeterminado. Destaque-se, que as informações e opiniões expostas no trabalho são de inteira responsabilidade do autor.

1. Identificação do material bibliográfico: **TCC (TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO)**
2. Título/Tema: **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: a análise da regulamentação dos planos de saúde frente ao Código de Defesa do Consumidor.**
3. Identificação (Nome legível) do Autor/Aluno: **JOISSE DA SILVA MINEIRO**
4. Informações de acesso ao documento: **Liberação para disponibilização na Íntegra, (x) SIM () NÃO**

Assinatura do Autor/Aluno:

Caruaru, 21 de

Junho de 2020.

¹ Texto (PDF); Imagem (JPG ou GIF); Som (WAV, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPG, AVI, QT); Outros.

PARECER FINAL TCC

ALUNO: JOISSE DA SILVA MINEIRO

TEMA: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL:
Análise da regulamentação dos planos de saúde frente ao Código de Defesa do Consumidor

O tema do TCC mostra atual e relevante, pois o Judiciário Brasileiro tem constantemente se debruçado sobre o constante conflito entre usuários e planos de saúde, merecendo tal assunto estudo e reflexão.

Em relação aos aspectos metodológicos (ABNT) e ortográficos, o trabalho atende de forma razoável aos requisitos, existindo ainda mínimas inconsistências que não impedem o depósito.

A aluna foi assídua tendo prontamente atendido a todas as considerações feitas pelo orientador e ao término do período de orientação apresentou versão final adequada ao depósito.

Por tudo isso, autorizo o seu julgamento perante a Banca Examinadora, opinando, desde o presente momento, pela aprovação do TCC.

Caruaru, 04 de março de 2019.

Prof. Esp. **George Diógenes Pessoa**

**ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENNSINO SUPERIOR
CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA
(ASCES-UNITA)
CURSO: BACHARELADO EM DIREITO**

JOISSE DA SILVA MINEIRO

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: a
análise da regulamentação dos planos de saúde frente ao
Código de Defesa do Consumidor**

**CARUARU
2020**

JOISSE DA SILVA MINEIRO

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: a
análise da regulamentação dos planos de saúde frente ao
Código de Defesa do Consumidor**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Direito do Centro Universitário
Tabosa de Almeida, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de Bacharel
em Direito.

Orientador: Prof. George Diógenes Pessoa.

**CARUARU
2020**

RESUMO

Busca-se com o presente estudo entender a problemática da judicialização na suplementar no Brasil, o estudo irá partir da Constituição Federal promulgada em 1988. O presente estudo propõe-se a analisar a saúde suplementar adjunto a seu processo de normatização, tendo de um lado o consumidor usuário de plano de saúde e de outro, as entidades privadas de assistência à saúde. Nesse cenário, surge a necessidade de observar os possíveis impactos provocados pelas decisões judiciais no âmbito da saúde privada, trazendo a discussão sobre a aplicação do CDC versus a Lei de Planos de Saúde. Apontando o trabalho ao final, as ferramentas que podem dirimir a judicialização da saúde suplementar.

Palavras-chave: Saúde suplementar, Judicialização, Consumidor, Plano de saúde, Agencia Nacional de Saúde Suplementar.

ABSTRAC

The present study seeks to understand the issue of supplementary judicialization in Brazil, the study will start from the Federal Constitution enacted in 1988. The present study aims to analyze supplementary health in addition to its standardization process, having on the one hand the consumer using a health plan and another, the private health care entities. In this scenario, there is a need to observe the possible impacts caused by judicial decisions in the scope of private health, bringing the discussion about the application of the CDC versus the Health Plans Law. Pointing the work at the end, the tools that can resolve the judicialization supplementary health.

Keywords: Supplementary health, Judicialization, Consumer, Health plan, National Supplementary Health Agency.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE PRIVADA NO BRASIL.....	8
3. PLANO DE SAÚDE X ONTRATO DE CONSUMO.....	13
4. APLICABILIDADE DO CDC FRENTE A LEI DE PLANOS DE SAÚDE.....	16
5. A JUDICIALIZAÇÃO EM FACE DOS PLANOS DE SAÚDE.....	19
6. DAS DECISÕES JUDICIAIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR E SEUS REFLEXOS ECONÔMICOS NA INICIATIVA PRIVADA.....	25
7. DAS FERRAMENTAS NA REGULAÇÃO QUE DIMINUEM O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO.....	29
8. CONCLUSÃO.....	33
9. REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a judicialização na saúde suplementar, apresentando em números as ações ajuizadas no lapso temporal de 2008 a 2017. O texto irá abordar sucintamente sobre a regulamentação do sistema de saúde suplementar, apresentando inicialmente os dispositivos legais que regem a saúde suplementar no Brasil, referenciando a expressa permissão da Constituição Federal promulgada em 1988, que permitiu por meio da iniciativa privada a prestação de assistência à saúde de forma suplementar.

Comentar-se-á, também, sobre o Código de Defesa do Consumidor e sua aplicabilidade no âmbito privado de assistência à saúde, considerando a importância do papel desempenhado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ente Autárquico que incumbe, regulamentar, fiscalizar e monitorar o mercado de saúde suplementar. Será discutido o entendimento pacificado pela doutrina quanto a relação de consumo existente entre beneficiários e Operadoras de Planos de Saúde.

Analisar-se-á, também, a Lei de Planos de Saúde como mecanismo de defesa para o consumidor, comentando a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor como fonte subsidiária.

O trabalho discorrerá sobre o cenário da judicialização na saúde suplementar em âmbito nacional, considerando o crescimento de ações judiciais tombadas sob o assunto “Planos de Saúde”. O estudo tenciona-se a analisar superficialmente os impactos provocados pela intervenção do Poder Judiciário, considerando as decisões proferidas em desfavor da assistência privada à saúde. Como solução para a problemática apresentada, será abordada algumas ferramentas que poderão dirimir a desconstituição da judicialização na saúde suplementar.

O referido estudo se dará por meio de legislação, doutrina, jurisprudências do Supremo Tribunal de Justiça e Supremo Tribunal Federal, demonstrando por meio de pesquisa qualitativa, o excesso de judicialização na saúde suplementar nesta última década. O presente artigo utilizou os dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ, divulgado no ano de 2019.

2. A REGULAMENTAÇÃO DA A SAÚDE PRIVADA NO BRASIL

O direito à saúde no Brasil encontra fundamento no art. 6º da Constituição Federal de 1988¹, sendo tal direito, corolário do direito à vida, ligando-se, de modo inarredável, à dignidade da pessoa humana, haja vista que, a Carta Magna, elevou o direito à saúde ao plano dos direitos sociais, tal evento se deu em razão da elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, onde todos os países movimentaram-se para adotar em suas constituições vários preceitos ligados aos direitos sociais, inclusive o direito a ter uma saúde digna. (LENY, 2011, p.13).²

Por sua vez, esse preceito é complementado pela Lei nº 8.080/90, que dispõe em seu art. 2º que ³“a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).⁴

Especificamente o art. 197 da CF/88, reconheceu que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, sobre sua regulamentação, controle e fiscalização, ⁵devendo ser realizada a execução por ele diretamente ou por intermédio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Os artigos 196 a 200 da CF/88, define à saúde como direito público subjetivo inalienável, determinando ainda as diretrizes e preceitos para devida efetivação desse direito, pois à saúde “representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição”, sendo tal entendimento ratificado pelo STF ao consignar que:

[...]. O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem

¹ Art. 6º da Constituição Federal (1988).

² LENY, Pereira da Silva. **Direito a saúde e o princípio da reserva do possível**. Conselho Nacional de Justiça. 2011. Pag. 13. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf>. Acessado em 02 de maio de 2020. Acessado em: 02 de maio de 2020.

³ BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acessado em 02 de maio de 2020.

⁴ STF. RECURSO EXTRAORDINÁRIO: RE 271286 RS 2000/11 PP-00101. Relator: Celso De Mello. DJ: 24/11/2000. **JusBrasil**, 2000. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia-re-agr-271286-rs>>. Acessado em: 23 out. 2019.

⁵ Art. 197º da Constituição Federal (1998).

jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar.- O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional incosequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. Precedentes do STF. [...]. Cumpre não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (STF - AI: 452312 RS, Relator: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 31/05/2004, Data de Publicação: DJ 23/06/2004 PP-00019)⁶.

Corroborando com o posicionamento, o Supremo Tribunal de Justiça trata à saúde como de bem jurídico constitucionalmente tutelado, sendo competência do Poder Público tratar, de maneira responsável para efetivação desse direito, através de políticas sociais e econômicas que visem garantir aos cidadãos a assistência à saúde, nos seguintes termos:

[...]. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro (JOSÉ CRETELLA JÚNIOR, "Comentários à Constituição de 1988", vol. VIII/4332-4334, item n. 181, 1993, Forense Universitária) - não pode converter-se em promessa constitucional incosequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. Nesse contexto, incide, sobre o Poder Público, a gravíssima obrigação de tornar efetivas as

⁶ STF. RECURSO EXTRAORDINÁRIO: RE 271286 RS 2000/11 PP-00101. Relator: Celso De Mello. DJ: 24/11/2000. **JusBrasil**, 2000. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/779142/agregno-recurso-extraordinario-re-agr-271286-rs>>. Acessado em: 23 out. 2019.

prestações de saúde, incumbindo-lhe promover, em favor das pessoas e das comunidades, medidas - preventivas e de recuperação -, que, fundadas em políticas públicas idôneas, tenham por finalidade viabilizar e dar concreção ao que prescreve, em seu art. 196, a Constituição da República. O sentido de fundamentalidade do direito à saúde - que representa, no contexto da evolução histórica dos direitos básicos da pessoa humana, uma das expressões mais relevantes das liberdades reais ou concretas - impõe ao Poder Público um dever de prestação positiva que somente se terá por cumprido, pelas instâncias governamentais, quando estas adotarem providências destinadas a promover, em plenitude, a satisfação efetiva da determinação ordenada pelo texto constitucional. STF - AI: 452312 RS, Relator: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 31/05/2004, Data de Publicação: DJ 23/06/2004 PP-00019)

Diante disso, fora instituído pelo art. 198 da CF/88, o Sistema Único de Saúde (SUS), conferindo o texto constitucional, prioridade ao poder público a prestação de serviços à saúde de forma sistêmica, integrando todas as unidades da federação, visando à garantia do direito à saúde.

Nesse contexto, o art. 199 da CF/88, abre as portas expressamente para o sistema de assistência à saúde no setor privado ao dizer que: “A assistência à saúde é livre a iniciativa privada”. Corroborando com o mencionado artigo dispõe o § 1º, que: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde”⁷. Cumpre trazer à baila que, tal entendimento expresso na constituição é contrário a anotação de Maury Ângelo Bottesini, pois o mesmo entende que “A participação da saúde privada não será complementar, nem *suplementar*, mas *supletiva*”. E algumas vezes compulsória” (Bottessine, 2012, p. 58).

Já para Maria Stella Gregori “o sistema de saúde brasileiro é considerado híbrido devido a interação entre o sistema público e o sistema privado nos serviços de assistência à saúde” (2007, p. 32).

Apesar da divergência acima citada quanto a definição da função da saúde privada no sistema Estatutário, entende-se que no contexto geral, à saúde privada é complementar e tem por finalidade suprir a deficiência do setor Estatal

⁷ BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Vade Mecum Saraiva / obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Livia Céspedes e Fabiana Dias da Rocha. 24. Ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2017.

em prestar tal serviço, sendo, portanto, uma atividade-meio de assistência à saúde, a qual se comprometem a prestação do serviço por meio de pagamento de um prêmio mensal. Não pode as empresas privadas serem obrigadas a substituir a inoperância do Estado, vez que tal ente se encontra no desempenho de um dever universal constitucional. (SZTAJN; BARROSSI; 2016, p. 193).⁸

A expressa permissão dada pela Carta Magna, para que o setor privado proveesse a saúde de forma suplementar a população, acarretou o desenvolvimento do setor, e surgiram novos agentes econômicos, como seguradoras, operadoras de planos de saúde, autogestão e cooperativas, desenhando um mercado altamente competitivo e com grande movimentação de valores. Deste modo, crescia também a conscientização dos cidadãos em relação à defesa dos seus direitos, sobretudo na qualidade de consumidores de tais serviços. (Conhecimento Científico e Regulação - Contribuições Para A Saúde Suplementar – ANS, 2019, p. 117).

Decorrido dez anos, dentro de um cenário político e econômico, ocorreu outro marco regulatório da saúde suplementar no Brasil, qual seja, o advento da Lei nº 9.656/1998, também conhecida como Lei de Planos de Saúde, que veio a disciplinar diversos aspectos do setor com a criação de diretrizes básicas à atividade das operadoras de planos de saúde e à defesa dos consumidores, seguida pela edição da Lei 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

Verificou-se, portanto, que diante de uma legislação específica (Lei nº 9.656/98), houve a necessidade da criação de um órgão estatal responsável por regulamentar e fiscalizar o exercício dessas atividades conforme determinação legal do art.174 da CF/88. Sendo por sua vez criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que tem como objeto principal a regulação, a normatização, o controle e a fiscalização das atividades que garantem a manutenção e qualidade dos serviços privados de atenção médico-hospitalar ou odontológico prestados por intermédio da operação de planos de saúde.

Sendo de competência da ANS, à defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive

⁸ SZTAJN, Rachel; BARROSSI, Filho. **Saúde: bem público ou direito individual**. Revista de Direito Empresarial. vol. 04, pp 193, 2016. Disponível em: <<https://www.fearp.usp.br/item/6727-artigo-periodico-2016.html>>. Acesso em: 20 de out. 2019.

quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Antes de tal regulamentação, o serviço da saúde privada se submetia apenas às leis gerais, como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor, assim a Lei nº 9.656/98, trouxe preceitos normativos de suma importância, que permitiram disciplinar de forma minuciosa diversos aspectos⁹ do mercado de saúde suplementar, como aqueles relativos à constituição e registro das operadoras, modalidades de planos de saúde, procedimentos e tratamentos médicos de cobertura obrigatória, períodos de carência e reajustes de mensalidades, constituindo verdadeiro estatuto em defesa do mercado e dos consumidores.

Assim, os contratos de planos de saúde firmados após a edição da Lei nº 9.656/98, ficaram conhecidos como planos novos ou regulamentados, submetendo-se integralmente às normas ali dispostas. Já os contratos anteriores à lei, puderam ser adaptados ao novo regime ou permanecer como planos antigos não regulamentados, prevalecendo, neste caso, as regras estabelecidas nas cláusulas do próprio contrato, sendo este o entendimento do STF no Julgamento da ADI nº 1931 realizado no ano de 2004.

Dessa maneira, uma vez exposto o cenário no qual se desenvolveu a regulação da saúde suplementar no Brasil, podemos avançar no presente estudo revelando alguns aspectos que podem ter desencadeado o fenômeno da judicialização na iniciativa privada, especificamente a elevação do assunto plano de saúde que vem sendo discutido nos processos judiciais de primeira instância ao longo dessa década, conforme aponta os dados divulgados pelo CNJ, tendo por base o período de 2008 a 2018, delimitado o presente estudo ao Estado de Pernambuco em comparativo com o Estado de São Paulo.

⁹ PIETROBONI, Louise; LENISE, Martha do Pradoll; CAETANO, João Carlos. **SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Revista de Saúde Coletiva. vol. 18, 2008. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/physis/2008.v18n4/767-783/>>. Acessado em 29 de fev. 2020.

3. PLANO DE SAÚDE X CONTRATO DE CONSUMO

A regulamentação trouxe avanços ao setor de saúde privada, pois veio disciplinar diversos aspectos da saúde suplementar, dos quais podem-se destacar: ¹⁰a) uniformização dos tipos de planos e características dos produtos a serem disponibilizados aos consumidores, além de sua sujeição à autorização prévia da Agência para comercialização, suspensão e cancelamento; b) exigibilidade de garantias da manutenção da estabilidade administrativa e financeira da operadora, de modo a não prejudicar a continuidade do atendimento assistencial aos consumidores contratantes; c) normatização da amplitude das coberturas mínimas a serem observadas pelas operadoras. (ALVES; NETTO; 2016, p. 76).

As principais formas de compra e venda de serviços privados de assistência à saúde atualmente comercializadas no Brasil são: medicina de grupo; planos próprios das empresas; seguro-saúde; cooperativas médicas, sendo esta última, objeto do presente estudo, como veremos adiante.

Pois bem, cooperativas médicas caracterizam-se como sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas pela Lei nº 5.764/71, que dispõe sobre o ¹¹funcionamento das sociedades cooperativas que operam planos privados de assistência à saúde (CAMPOS, 2004, p. 38), popularmente denominadas de operadoras de planos de saúde.

Logo, operadoras de planos de saúde são pessoas jurídicas de direito privado, que apresentam liberdade em sua forma societária, que visam a cotação e administração de recursos necessários ao custeio de assistência à saúde ao consumidor, nos termos das avenças estipuladas em contrato, prestando-as diretamente ou por meio de terceiros à prestação do serviço médico. (GREGORE, 2007, p. 144).

Nesse diapasão, no entendimento de Gustavo Tepedino, as operadoras de planos de saúde “encontram-se obrigadas, nos termos das avenças

¹⁰ ALVES, Ana Cristina De Paula; PRESOTTO, Juliana Pereira Netto. **A judicialização da saúde suplementar e seus impactos nas operadoras de planos de saúde**. Revista Raízes Jurídicas. Vol. 08. n. 2. dez. 2016. Disponível em: <<https://www.academia.edu/>>. Acessado em: 29 de fev. 2020.

¹¹ CAMPOS, Carla da Costa. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviço**. 2004. 187 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/Gt3xjY>>. Acessado em: 20 out. 2019.

contratuais estipuladas com os consumidores, a garantir o acesso a profissionais e estabelecimentos que, por sua vez, são os responsáveis pela prestação do serviço médico”. (2011, pag.2).

Cumpra-se ainda que, o plano de saúde é um contrato que vigora por tempo indeterminado e com execução continuada, chamado de trato sucessivo, que possui natureza securitária, cuja obrigação da operadora de prestar assistência à saúde depende ¹²da ocorrência de evento futuro e incerto no tempo, mas tem uma segurança, no sentido de saber qual a prestação a esperar no tempo. (GREGORE, 2019, pag.5).

Diante disso, podemos afirmar que o contrato de plano de saúde gera obrigações recíprocas, tendo em vista, que o consumidor assume o compromisso de pagar mensalmente um prêmio correspondente aos serviços de cobertura dos procedimentos médicos hospitalares ou odontológicos ofertados pelas operadoras através da rede de prestadores, tais como, médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, etc. (Lei 9.656/98).

Para Maria Stella Gregori, os contratos de planos de saúde podem ser ofertados para os consumidores nas seguintes segmentações: plano referência; plano ambulatorial; plano hospitalar e plano odontológico. Quanto à forma dos contratos de assistência à saúde estes podem ser individuais, familiares ou coletivos. (2007, pag. 63-74).

Maria Helena Diniz, define o contrato como o acordo de duas ou mais vontades, na conformidade da ordem jurídica, destinado a estabelecer uma regulamentação de interesses entre as partes, como o escopo de adquirir, modificar ou extinguir relações jurídicas de natureza patrimonial. (1994, pag. 22).

Conforme dispõe o CDC, em seus artigos 2º e 3º, os contratos serão considerados de consumo quando as partes contratantes forem, de um lado, pessoa física que adquirir e utilizar serviços como destinatário final, de outro, o fornecedor do serviço. Portanto, os contratos de planos de saúde tratam de relação de consumo, consoante Súmula 608 do STJ, caracterizando-se como típicos contratos de adesão.

¹² GREGORI, Maria Stella. DESAFIOS PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE. Revista dos Tribunais. vol. 1004. jun. 2019. Disponível em: <<https://www.revistadostribunais.com.br>>. Acessado em: 29 de fev. 2020.

O contrato por adesão é definido pelo CDC em seu artigo 54º, como aquele que cujas cláusulas, tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.¹³

Nesse sentido, Cláudia Lima Marques e outros, dizem que ¹⁴contratos de adesão é aquele “cujas clausulas são preestabelecidas unilateralmente pelo parceiro contratual economicamente mais forte (fornecedor), e sem que o outro contratante (consumidor), possa discutir ou modificar substancialmente o conteúdo do contrato escrito”. (2006, pag. 645).

Diante da unilateralidade das cláusulas pré-estabelecidas, o CDC estabelece que é dever dos fornecedores de produtos e serviços, especificarem de maneira clara e objetiva todas as informações pertinentes que envolvam o negócio jurídico que está sendo celebrado. Além disso, dispõe que a presença de cláusula leoninas, em qualquer contrato de relação de consumo que venha a destoar os princípios norteadores das relações de consumo, em especial a boa-fé, a equidade e o equilíbrio, padecerá de nulidade.

Em razão da inequívoca relação de consumo, estes contratos submetem-se as regras do Código de Defesa do Consumidor, porém, trata-se de uma relação jurídica que apresenta várias especificidades, o que exige uma legislação específica para disciplinar a matéria, por se tratar de um tema extremamente delicado, posto que o direito à saúde é tratado pelo ordenamento jurídico como um dos direitos fundamentais. Assim veremos adiante a aplicabilidade desse instituto nos contratos de planos de saúde, bem como, a proteção delimitada ao consumidor na Lei nº 9.656/98.

¹³ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 de set. 1990 – Retificado no Diário Oficial da União de 10 de jan. de 2007. BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de jun. 1998.

¹⁴ MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIM, Antônio Herman Vasconcelos e.; MIRAGEM, Bruno. Comentários ao Código de Defesa do Consumidor. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2006, pag. 645.

4. APLICABILIDADE DO CDC FRENTE A LEI DE PLANOS DE SAÚDE

A regulamentação da saúde suplementar preconiza a busca pelo equilíbrio entre os interesses envolvidos nestas relações entre consumidores e fornecedores, ¹⁵percebe-se a conciliação de valores sociais, coletivos e individuais com valores econômicos. Na busca pelo balanceamento desta equação, o legislador desenvolve ferramentas técnicas e jurídicas que definem direitos e obrigações de beneficiários e fornecedores, desenhando limites destas atribuições, a fim de garantir a sustentabilidade do mercado, bem como a adequação do serviço prestado.

Sabendo-se que antes da Lei dos Planos de Saúde, o setor da saúde privada se submetia apenas às leis gerais, como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor, bem como, obedecia às regras editadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados. A Lei 9.656.98, trouxe preceitos normativos de suma importância, permitindo disciplinar de forma minuciosa vários aspectos do mercado de saúde suplementar, inclusive disciplinando à proteção do consumidor, haja vista, que estabeleceu em seu artigo 35-G, que o “Código de Defesa do Consumidor aplica-se subsidiariamente aos contratos de planos de saúde”.¹⁶

Entretanto, referido artigo trouxe divergência de interpretação na doutrina e jurisprudência adotada pelo Superior Tribunal de Justiça, eis que, contrariamente Maria Stella Gregori, adota o posicionamento de que o “CDC se aplica a toda relação de consumo por ser lei geral de natureza principiológica e por ter raiz constitucional” (2012, p.19-21). Sendo no seu entendimento a terminologia adota pelo legislador inadequada, pois o texto deveria constar a aplicabilidade do CDC de maneira complementar. Assim como, Maria Cláudia Marques, ao comentar sobre a matéria ensina que:

“Este artigo da lei especial não está dogmaticamente correto, pois determina que norma de hierarquia constitucional, que é o Código de Defesa do Consumidor (LGL\1990\40) (art. 48 do ADCT (LGL\1988\31)), tenha apenas

¹⁵ MARTINEZ, Lilia Estay. **Do impacto regulatório da judicialização da saúde suplementar**. Repositório Institucional da Escola Nacional de Administração Pública, 2018, pag. 6. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/>>. Acessado em 01 de maio 2020.

¹⁶ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1988. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acessado em 01 de maio de 2020.

aplicação subsidiária a normas de hierarquia infraconstitucional, que é a Lei 9.656/1998, o que dificulta a interpretação da lei e prejudica os interesses dos consumidores que queria proteger. *Sua ratio deveria ser a de aplicação cumulativa de ambas as leis, no que couber, uma vez que a ata com mais detalhes os contratos de planos privados de assistência à saúde do que o Código de Defesa do Consumidor (LGL\1990\40), que é norma principiológica e anterior à lei especial.* Para a maioria da doutrina, porém, a Lei 9.656/1998 tem prevalência como lei especial e mais nova, de vendo o Código de Defesa do Consumidor (LGL\1990\40) servir como Lei geral principiológica a guiar a interpretação da lei especial na defesa dos interesses do consumidor, em especial na interpretação de todas as cláusulas na maneira mais favorável ao consumidor (art. 47 do CDC (LGL\1990\40)). *Particularmente defendo, em visão minoritária, a superioridade hierárquica do CDC (LGL\1990\40)*¹⁷

Diante dos posicionamentos acima citados, percebe-se que a doutrina pertence à corrente minoritária, tendo em vista que a corrente majoritária defende que a lei especial (Lei 9656/98) tem prevalência sobre o CDC por ser mais recente que a Lei 8.078/90, servindo o CDC como lei geral para a interpretação dos casos concretos nas questões referentes a defesa do consumidor, isto é, servirá de complemento à lei regulamentar dos planos de saúde. (DINIZ. 2003, pag. 50)¹⁸.

Sendo inconteste à aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, frente a inequívoca relação de consumo entre operadoras de planos de saúde e beneficiários, a LPS veio para definir a relação entre operadoras e consumidores. Com isso passou a ter tratamento próprio sem precisar de outras esferas do Direito – como ocorria antes da vigência da lei (BOTTESINI; MACHADO, 2005). Porém, verifica-se nas lições acima citadas que persiste a divergência doutrinária no tocante a aplicação subsidiária do CDC diante da lei especial dos planos de saúde.

À vista disso, assume especial relevância o entendimento adotado pelo STJ, o qual se posicionou no sentido de que, as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde. Esclarecendo que “de qualquer maneira em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da

¹⁷ Marques, Cláudia Lima. **O “diálogo das fontes” como método da nova teoria geral do direito.** Um tributo a Erik Jayme. In: Marques Cláudia Lima, coordenação. *Diálogo das fontes: do conflito à coordenação de normas do direito brasileiro.* São Paulo: Editora. Revista dos Tribunais, 2012. p. 19-21.

¹⁸ DINIZ, Maria. Helena. **Conflito de Normas.** São Paulo: Saraiva, 2003, pag. 50.

especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova”. (STJ - REsp: 1632752 PR 2016/0273813-6, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 22/08/2017, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 29/08/2017).¹⁹

Assim, podemos dizer que o instituto do CDC apenas deverá ser aplicado quando existir lacuna na lei especial ou omissão (Lei 9.656/98).

¹⁹ STJ – Recurso Especial: REsp: 1632752 PR 2016/0273813-6. Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA. DJ: 30/042018. **JusBrasil**, 2018. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/574491576/recurso-especial-resp-1677957-pr-2016-0322963-5>>. Acessado em: 01 de maio de 2020.

5. A JUDICIALIZAÇÃO EM FACE DOS PLANOS DE SAÚDE

A judicialização da saúde, reflete o momento atual em que tudo se discute na justiça. Segundo Luís Roberto Barroso: ²⁰“Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário”. (BARROSO, 2012).

O fenômeno da judicialização na saúde, tem gerado efeitos em todos os entes federativos, considerando que o número de ações judiciais obteve um crescimento relevante nos últimos anos concernente dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), registrou-se que no período de 2008 e 2017 o setor foi responsável por 498.75 mil processos distribuídos em 17 tribunais estaduais de primeira instância e 277.411 mil processos distribuídos entre 15 tribunais de segunda instância, registrando o aumento da judicialização na saúde no percentual de 130%.²¹ (CNJ, 2019).

Dados fornecidos pelo Conselho Nacional de Justiça, mostram que na última década (2008/2017), em sede de antecipação de tutela foram submetidos a apreciação do Poder Judiciário cerca de 482.644 mil pleitos, envolvendo direito à saúde no território Nacional. Percebesse que deste total (482.644 mil), à saúde suplementar é discutida em caráter antecedente em aproximadamente 237.166 mil processos.

A pesquisa também aponta, que os principais assuntos discutidos nos processos de primeira instância são: “Seguro” e “Saúde”, seguidos de “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos” e “Plano de Saúde”.²² Contudo, nota-se, que há uma participação elevada quando o assunto é Plano de Saúde, eis que, este assunto representa 30,323% das ações

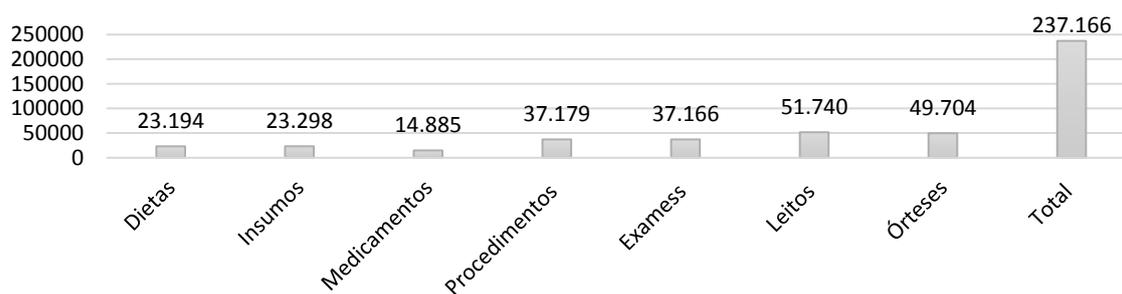
²⁰ BARROSO, Luiz Roberto. **A ascensão política das Supremas Cortes e do Judiciário**. Revista Consultor Jurídico. 2012. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2012-jun-06/luis-roberto-barroso-ascensao-politica-supremas-cortes-judiciario>>. Acessado em: 02 de maio de 2020.

²¹ Conselho Nacional de Justiça. Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/conteudo/arquivo>>. Acessado em 02 de maio de 2020.

²² Os tribunais para os quais foram obtidos dados de primeira instância em formato passível de análise foram: TJRJ, TJMG, TJPI, TJAL, TJPE, TJSP, TJMA, TJMS, TJES, TJAC, TJCE, TJRO, TJRN, TJDF, TJMT, TJSC, TJTO. Em segunda instância, os tribunais para os quais foram obtidos dados em formato passível de análise foram: TJCE, TJMA, TJRJ, TJPE, TJES, TJSC, TJAL, TJPI, TJMT, TJMS, TJMG, TJAC, TJRO, TJRN, TJTO. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2012-jun-06/luis-roberto-barroso-ascensao-politica-supremas-cortes-judiciario>>. 2019, pag. 15. Acessado em 20 out. 2019.

discutidas no Poder Judiciário, mostrando a litigância judicial em face das Operadoras de Planos de Saúde, em especial a relevância da discussão sobre o tema. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Nesse sentido, realizando um recorte na pesquisa, considerando as expressões regulares no conteúdo das decisões liminares, permite-nos, identificar que os temas com maior incidência de discussão na saúde suplementar são: dietas, insumos ou matérias, leitos e procedimentos, órteses e próteses, conforme demonstra os números abaixo.



É visível o aumento significativo de demandas judiciais envolvendo consumidores e planos privados de assistência à saúde, mesmo com a legislação específica do setor (Lei 9.656/98) e inúmeras Resoluções Normativas editadas pela Agência – ANS, por ora responsáveis pela regulamentação da prestação dos serviços de assistência à saúde no âmbito privado.²³ Os dados apontam que a judicialização afeta direta ou indiretamente as relações contratuais entre cerca de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde, operadoras e prestadores de assistência à saúde.

Verifica-se que a judicialização na saúde suplementar, reflete a busca dos consumidores por acesso a insumos serviços de saúde que, pleiteiam por intermédio do Poder Judiciário “maior cobertura de procedimentos, medicamentos e materiais não previstos nos contratos de planos de saúde”. (FELISBINO, 2014, p. única). Para Barroso (2009), este aumento de demandas se dá em razão de questões de relevância social estarem sendo discutidas pelo

²³ Conselho Nacional de Justiça. Instituto de Ensino e Pesquisa. **Jusbrasil**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2012-jun-06/luis-roberto-barroso-ascensao-politica-supremas-cortes-judiciario>>. 2019, p. 7. Acessado em 20 out. 2019.

Poder Judiciário, e não pelas instancias políticas tradicionais, tais como, o executivo e o legislativo.²⁴

Além disso, o direito de ação previsto na constituição e o excesso de informações sobre a saúde, fornecidas de forma equivocada, contribui para o aumento significativo de ações judiciais. Devido a este fato, atualmente há um grande número de ações judiciais visando maior cobertura de procedimentos, medicamentos e materiais não previstos nos contratos de planos de saúde” (FELISBINO, 2014, p. única).

Ainda de acordo com Riane, “inúmeras vezes os beneficiários ingressam em juízo, contra a operadora, com ação de obrigação de fazer, requerendo mais do que o previsto contratualmente ou do que é disposto na Lei nº 9.656/98”. (2011, p. 30).

Importante ressaltar, que as decisões judiciais favoráveis em face dos consumidores, estes que pleiteiam procedimentos não contemplados no contrato ou no rol de procedimentos da ANS, ameaçam a sustentabilidade das operadoras, tendo em vista que o contrato de planos de saúde é firmado com vistas ao equilíbrio das obrigações estipuladas para ambas às partes, sendo o valor custeado pelo beneficiário, proporcional às prestações assentidas pelas operadoras de planos de saúde.

No brilhante entendimento de Viegas o beneficiário “quer economizar na hora de contratar um plano, contando com decisões favoráveis a ele no tribunal, é como comprar um Fusca e querer andar de BMW”. (Revista Visão Saúde, 2016, p. 21).²⁵

Ainda para Viegas (2014), o Judiciário não percebe que, ao conceder aos clientes de planos de saúde direitos não previstos no contrato, na regulamentação ou na lei, faz com que os custos derivados desses posicionamentos judiciais sejam incluídos nos valores cobrados de todos os consumidores, caso contrário a saúde suplementar desde já se inviabilizaria.²⁶

²⁴ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2009.

²⁵ Revista Visão Saúde. **São Paulo**: out./nov./dez. 2016.

²⁶ VIEGAS, Beatriz. **As Consequências da judicialização da saúde suplementar**. 2014. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/justicadireito/>>. Acesso em: 03 de maio de 2020.

Sabe-se que um dos requisitos para validade dos negócios jurídicos celebrado entre particulares, é que o instrumento particular atinja a função social de que dela se espera. Quando um beneficiário busca o judiciário pleiteando direito o qual não fora previamente pactuado, há uma clara afronta ao princípio da função social, pois deixa de atingir o interesse da coletividade, já que a saúde suplementar não será capaz de auxiliar a saúde pública, em razão do impacto financeiro inesperado.

Cumpra fazer remissão ao Princípio da Pacta Sunt Servanda, ressaltando a importância funcional na relação privada, posto que, tal princípio é o que norteia a livre negociação - significa que: “O pacto não pode ser quebrado”, devendo as ²⁷partes respeitar as formas e conteúdo do que foi previamente pactuado. Caso as Operadoras de Planos de Saúde, fossem obrigadas a oferecerem cobertura ilimitada aos seus usuários, não haveria sentido regulamentar o setor eis que, já fora normatizado visando impor limitações para ambas as partes.

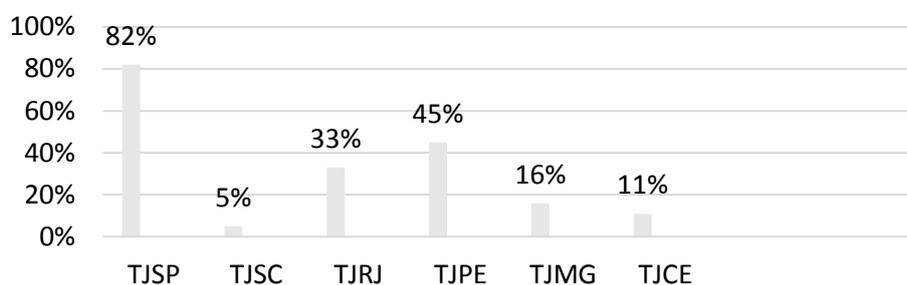
É relevante ainda citar que, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou dados apontando que cerca de cem Operadoras de planos de saúde encerraram suas atividades entre o período de 2014 a 2018. Os dados mostram que um dos principais fatores para a extinção das Operadoras de Planos de Saúde é o avanço da tecnologia utilizada em exames e procedimentos médicos, isto é, os custos para a prestação dos serviços médicos subiram, ou seja, se já vem sendo muito difícil as Operadoras de Planos de Saúde se manterem no mercado em razão do elevado custo dos procedimentos, imagine passar a custear procedimentos que não foram objeto de contrato, que sequer possuem cobertura obrigatória conforme resolução normativa da ANS, tornara indubitavelmente a manutenção das Operadoras de Planos de Saúde. ²⁸

Percorrendo ao estudo da judicialização no território nacional, percebe-se que há seis Tribunais no Brasil com mais casos classificados no assunto Planos

²⁷ WESCLEY, Francisco Alves de Sousa. **Os impactos financeiros da judicialização da saúde em prestadoras de saúde suplementar**. JusBrasil. 2019, p. 8. Disponível em: <<https://wescleysousa80.jusbrasil.com.br/artigos/>>. Acessado em 02 de maio de 2020.

²⁸ BRASIL. Agência Nacional da Saúde Suplementar. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 jan. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm>. Acessado em 02 de maio de 2020.

de Saúde, sendo estes os Tribunais de São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará.



A Justiça Estadual de São Paulo é a principal responsável pela concentração de processos no Brasil, cujo assunto mais discutido é indexado como “planos de saúde”, tendo referido Estado distribuído 116.518 mil casos nessa categoria durante o período em análise. (CNJ, 2019, pag. 49).

Logo em seguida encontra-se, a Justiça Estadual de Pernambuco sendo a segunda responsável pela concentração de demandas judiciais distribuídas em primeira instância com o tema saúde privada. Os dados apontam que as seguradoras são as principais demandadas, sendo justamente o principal assunto discutido “planos de saúde”. Isso reforça a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre o tema da judicialização da saúde suplementar.

Atente-se que, embora o fenômeno da judicialização possua caráter nacional, é preciso que se analise as questões inerentes a cada um dos estados da federação, tais como, a sua população, a sua densidade demográfica, o grau de estruturação do seu sistema de saúde e as condições econômicas do estado.

Analisando os dados em questão, nota-se que os termos mais utilizados nas demandas judiciais é “código” e “consumidor”, bem como ‘nulidade’ e ‘contrato’ que sugerem que o instituto de defesa do consumidor parece desempenhar um papel relevante na análise desses casos, eventualmente na revisão do contrato e extensão de sua cobertura.

Diante desse problema, Souza e Pires questionam: “Qual o limite de vinculação do plano de saúde com o cuidado da saúde de seu beneficiário? O

Poder Judiciário reconhece o necessário equilíbrio atuarial das entidades privadas, limitadas à receita proveniente de seus segurados? ”. (2008, p. 72).²⁹

Compreender a judicialização da saúde tem sido um esforço empreendido por pesquisadores de todo o Brasil. Na área da saúde, este tem sido um tema central das pesquisas acadêmicas desde meados dos anos 2000, quando se verificou o crescimento dos casos de judicialização Brasil afora e, conseqüentemente, de estudos científicos sobre o tema, que vêm aumentando ano a ano (OLIVEIRA; DELDUQUE; SOUZA; MENDONÇA. 2015).³⁰

²⁹ SOUZA, Jordana. M. PIRES, Danielle S. Relatório da pesquisa coletiva de jurisprudência “**Judicialização da Saúde Suplementar**”. In: PIRES, Danielle S. AGUIAR, Livia C. SOUZA, Jordana M. (Coord.). Judicialização da Saúde Suplementar. Belo Horizonte: Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. 2008, p. 25-74.

³⁰ OLIVEIRA, M.R.M.; DELDUQUE, M.C.; SOUSA, M.F.; MENDONÇA, A.V.M. “**Judicialização da Saúde: para onde caminham as produções científicas?**”. Saúde em Debate, v.39, n.105, Rio de Janeiro, Abr-Jun 2015.

6. DAS DECISÕES JUDICIAIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR E SEUS REFLEXOS ECONÔMICOS NA INICIATIVA PRIVADA

De acordo com Carneiro (2012), os planos privados de assistência à saúde têm os mesmos princípios dos contratos de seguro. Ao tratar de seguros, aduz que “no contrato são previamente estabelecidos os riscos cobertos pelo seguro, os limites de cada cobertura, o prazo de vigência da contratação e o prêmio a ser pago pelo segurado à seguradora por esta assumir os referidos riscos cobertos” (CARNEIRO, 2012, p. 70).

O mesmo autor entende que a ideia de assegurar todo e qualquer risco é equivocada, pois há várias premissas a serem avaliadas para que o risco seja “segurável”. Dentre as premissas a serem avaliadas, se destaca o valor da indenização/cobertura, o qual ³¹“deve ser calculável, com base na avaliação estatística da experiência de sinistros da seguradora”, e o qual deve ter limite máximo previamente estipulado (CARNEIRO, 2012, p. 77).

Segundo um levantamento da Associação Brasileira de Planos de Saúde - Abramge, realizada no Estado de São Paulo, o gasto do setor para atender as ³²demandas judiciais praticamente dobrou em apenas dois anos, saltando de R\$ 55 milhões em 2013 para R\$ 1,2 bilhão em 2015. Nas contas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de um quarto desse montante foi consumido com procedimentos não previstos em contrato, em outras palavras, não teriam direito a realização dos procedimentos apreciados pelo Poder judiciário.

Notável é a importância de se preservar as condições de solvência das operadoras de planos de saúde, devendo tal serviço ser prestado de forma limitada aos beneficiários. Nesse sentido:

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

³¹ CARNEIRO, Luiz A. F. **PLANOS DE SAÚDE: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 77.

³² CAMBRICOLI, Fabiana. **Gasto de planos de saúde com disputas judiciais dobra em 2 anos e vai a R\$ 1,2 BI**. Associação de Planos de Saúde. 2016. Disponível em: <<https://blog.abramge.com.br/>>. Acessado em: 03 de maio de 2020.

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

Aliny Felisbino (2014), afirma que alguns magistrados, utilizando-se dos artigos da Lei Consumerista, para decidir em favor dos consumidores ilimitadamente, sendo um dos argumentos para condenação a não regulamentação dos planos antigos pela Lei de Planos de Saúde, regendo-se assim ante as cláusulas do próprio contrato. Em outras palavras não haveria amplitude de cobertura destinada aos planos antigos, posto que o valor cobrado mensalmente corresponde a cobertura contratual, sendo menos oneroso para o consumidor permanecer com o plano antigo, optando assim por não o adaptar.³³

Assim deferir a cobertura, sem analisar a irretroatividade da Lei dos Planos de Saúde quanto aos contratos antigos gera sem dúvidas um desequilíbrio na relação de consumo existente entre Operadoras de Planos de Saúde e beneficiários, pois terá que arcar com custo superior ao que estava previsto.

Além dos consumidores poderem adaptarem os planos antigos, se faz necessário expor que os beneficiários têm a opção de contratar o plano de saúde e, aceitando-o, estará concordando com as disposições contratuais, não podendo exigir prestação diversa da contratada, conquanto, os contratos de planos de saúde possuem natureza essencialmente econômica e securitária, exigindo-se do Poder Judiciário não só a análise dos direitos do consumidor à luz do CDC, mas também aplicar os princípios da ordem constitucional. Pois, não se pode colocar em risco o interesse coletivo em detrimento de um particular, devendo ser levada em consideração a ordem econômica e a devida adequação do direito.

Dessa forma, proferir decisão judicial sem observância da limitação contratual ou legal, acabaria por gerar uma onerosidade para as operadoras, uma vez que o valor da mensalidade é cobrado do beneficiário com base na cobertura contratual. Ao decidir pelo fornecimento de material, medicamento ou pela realização de procedimentos não cobertos pelo contrato ao beneficiário,

³³ FELISBINO, Aliny. **A judicialização da saúde suplementar dos planos privados de assistência à saúde firmados antes da lei nº 9.656/98**. Maio 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/wwLWX2>>. Acesso em: 30 maio 2020.

como visto o magistrado passa um custo, além do previsto, à operadora, a qual terá que suportá-lo até poder aumentar a mensalidade do próprio beneficiário e de outros.

A Lei de Planos de Saúde veio para definir a relação entre operadoras e consumidores, com isso passou a ter tratamento próprio sem precisar de outras esferas do Direito – como ocorria antes da vigência da lei (BOTTESINI; MACHADO, 2005). Corroborando com tal entendimento vejamos o seguinte posicionamento:

Observa-se que a LPS instituiu um novo modelo de planos privados de assistência à saúde no Brasil, com diretrizes dadas pela ANS para equilibrar as relações existentes entre os consumidores, a parte mais fraca, e as operadoras de planos de saúde, a parte mais forte desta relação de consumo. Garantindo ao consumidor o menor prejuízo em face dos planos privados de assistência à saúde e as operadoras a “defesa do mercado” com a regulação deste setor que atinge parte expressiva da população brasileira. [...] é fundamental que o julgador, ao examinar as questões atinentes aos contratos celebrados entre usuários e plano de saúde, leve em consideração o mutualismo e a estrutura técnico-econômica, tendo sempre presente a ideia de que a concessão de benefícios não cobertos e a criação de novos direitos sem amparo contratual desfalcarão o fundo mútuo, formado pelas contribuições da coletividade de segurados, que será diretamente atingida por aquela decisão. (MATHIAS, 2012, p. 110).³⁴

A disposição da Lei nº 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde, disciplina que cabe aos estados e municípios a responsabilidade de elaborar o planejamento de saúde que é para os procedimentos no seu âmbito administrativo.³⁵

Assim o planejamento das ações de saúde impõe-se como base para a tomada de decisão dos procedimentos a serem estabelecidos pelo ente estatal no intuito de assegurar ao cidadão o seu direito à saúde, não podendo este papel ser atribuído pelo Poder Judiciário as operadoras de planos de saúde.

³⁴ MATHIAS, Guilherme Valdetaro. **O Código Civil e o Código do Consumidor na saúde suplementar**. In: CARNEIRO, Luiz A. F. **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 110.

³⁵ BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. **Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2011.

Pertinente apresentar a crítica de Riane, quanto a quantidade de decisões judiciais desfavoráveis em face das Operadoras de Planos de Saúde, ao asseverar que a atividade da saúde suplementar corre um sério risco de não suportar os custos advindos da judicialização, vejamos:

[...] corre-se o risco de bastar que no contrato de plano de saúde esteja contida uma única cláusula sobre cobertura para que a operadora faça tudo o que for possível para tratar da saúde do contratante, o que valeria para tratamento até no exterior. O consumidor deseja o que há de melhor para a proteção de sua saúde, porém, não está preparado economicamente para suportar os custos desta cobertura, levando para o Judiciário sua pretensão, a qual na grande maioria das vezes é concedida. A atividade econômica de operadora de plano de saúde pode entrar em risco a médio prazo, haja vista que também não suportará os custos advindos da judicialização. (2010, p. 89).³⁶

É possível afirmar que um dos elementos mais importantes na ³⁷atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde é preservar o equilíbrio econômico-financeiro. Sendo esse, importante fator prejudicado pelas decisões favoráveis aos consumidores, se pensarmos que os prejuízos serão sentidos tanto pela operadora quanto por toda a carteira de beneficiários. (RN n° 400/2016 da ANS).

Por fim, pelo que se aduziu nesse subcapítulo, conclui-se que o Poder Judiciário deve atentar-se aos ditames preconizados pela Lei n° 9.656/98, bem como ao rol de cobertura mínima editado pela ANS, além de observar as limitações impostas pelo contrato pactuado entre as partes, pois verifica-se a necessidade de separar as obrigações relacionadas a saúde suplementar e a saúde pública.

³⁶ RIANI, Marlus K. **Planos de saúde: a harmonização dos interesses na relação de consumo**. 2010, p. 89. Disponível em: < <https://www.iess.org.br>>. Acessado em: 03 de maio de 2020.

³⁷ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa – RN n° 400, de 25 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre os parâmetros e procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde e de monitoramento estratégico do mercado de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 de maio de 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>>. Acessado em 03 de maio de 2020.

7. DAS FERRAMENTAS NA REGULAÇÃO QUE DIMINUEM O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO

O Conselho Nacional de Justiça criou por via da Resolução ³⁸CNJ n. 107, de 6 de abril de 2010, o Fórum Nacional do Judiciário para Saúde, iniciativa que tem como objetivo monitorar e formular propostas para o alto número de processos judiciais envolvendo questões de saúde pública e privada.

Dentre as iniciativas do Fórum, destacam-se as duas Jornadas de Direito da Saúde, que aconteceram nos anos de 2014 e de 2015.³⁹ As jornadas tiveram por objetivo a formulação de enunciados interpretativos para orientar os magistrados em decisões que envolvam a temática da saúde.

Assim, a primeira jornada aprovou 45 enunciados, enquanto a segunda, 22, nas temáticas de Saúde Pública, Saúde Suplementar e Biodireito. (CNJ, 2019, pag. 138). Sendo pertinente citar o Enunciado nº 23, da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que dispõe sobre um meio de resolução do conflito judicial, quando a discursão for relacionada a cobertura contratual vinculada ao rol de procedimentos da ANS, vejamos:

ENUNCIADO Nº 23

Nas demandas judiciais em que se discutir qualquer questão relacionada à cobertura contratual vinculada ao rol de procedimentos e eventos em saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS recomenda-se a consulta, pela via eletrônica e/ou expedição de ofício, a esta agência Reguladora para os esclarecimentos necessários sobre a questão em litígio.

No entanto, segundo a pesquisa divulgada pelo CNJ os enunciados ainda são pouco utilizados pelos magistrados em suas decisões, ou seja, não há uma efetividade na aceitação da recomendação pelo judiciário. Entretanto, importante ressaltar a importância do Fórum de Direito da Saúde e as Jornadas na política judiciária atual, pois são mecanismo a disposição dos Magistrados para

³⁸ Conselho Nacional de Justiça. Institui o Fórum Nacional para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. **JusBrasil**. 06 de abril de 2010. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/173>>. Acessado em:

³⁹ Enunciados Aprovados Na I Jornada De Direito Da Saúde Do Conselho Nacional De Justiça. **JusBrasil**. 25 de maio 2014 – São Paulo-SP. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br>>. Acessado em: 03 de maio de 2020.

incrementam suas habilidades no sentido de utilizarem os referidos enunciados como parâmetros para suas decisões.

Com base nos dados coletados e na análise preliminar realizada, foram identificadas algumas situações - problemas que podem ser minimizadas ou superados por meio de uma Política de Formação de Magistrados que leve em conta a necessidade de ensino do direito sanitário. Para tal, sugere-se que os magistrados sejam qualificados em direito sanitário, entendido de modo amplo, contemplando o conhecimento sobre o direito à saúde, mas também sobre as políticas públicas na área de saúde e seus recursos limitados.⁴⁰

Orienta-se que essa formação se der em três momentos distintos: i) antes de seu ingresso na magistratura; ii) durante o curso de ingresso na carreira de magistrado e; iii) em sua preparação formal e permanentemente ao longo de sua carreira.

Conforme destacado na presente pesquisa, houve uma inovação importante verificada no âmbito de estados e municípios, como a criação de Núcleos ou Comitês Técnicos, envolvendo os diversos atores que movimentam a judicialização da saúde no Brasil, tais como secretarias de saúde, defensorias públicas, ministérios públicos e magistrados. Assim, a recomendação é que os Núcleos ou Comitês Técnicos, sejam incorporadas ao sistema de justiça para que passem a ser utilizados com habitualidade e eficácia.

Desta forma, percebe-se que a problemática da judicialização na saúde, tem crescido não tão somente no âmbito privado, mais também na esfera pública, um problema que envolve todos os entes da federação, portanto, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem investir na criação de órgãos ou processos extrajudiciais de solução de conflitos sobre saúde. CNJ, 2019, pag. 164).

A ferramenta abordada tem como objetivo analisar as demandas que estão discutindo por produtos e serviços que não estejam previsto em contrato, ou que não estejam previstas para serem fornecidas pelo SUS, passando essas demandas a análise em etapa prévia à judicialização.

⁴⁰ Conselho Nacional de Justiça. Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>>. Acessado em 02 de maio de 2020.

Estes órgãos de tramite administrativo serviriam para filtrar as demandas que têm potencial de solução extrajudicial, de um lado, e, de outro, poderiam servir como importante base técnica para os processos judiciais, auxiliando os magistrados na tomada de decisão.

Se as demandas forem previamente analisadas pelo órgão administrativo, elas podem ou ser solucionadas nesta via, o que já seria positivo. Não ocorrendo desta maneira, e na hipótese de haver a judicialização do conflito, os processos judiciais seriam impetrados instruídos de documentos mais robustos que analisarão a real necessidade daquele produto ou serviço pelo paciente e, também, a pertinência ou não de seu fornecimento pelo Sistema Único de Saúde, considerando os critérios de custo e eficácia terapêutica. (CNJ, 2019, pag. 165).

É importante ressaltar que essa política já vem sendo executada em alguns estados, muitas vezes o processo judicial é evitado, porque as partes encontram soluções alternativas do conflito, seja pelo fornecimento do que é requerido seja pelo fornecimento da alternativa terapêutica já disponível no sistema.

O estudo aponta que um tema recorrente na discussão sobre a organização do sistema judiciário é a constituição de varas especializadas, haja vista, à elevada quantidade de demandas como podemos perceber, observa-se, também, que o assunto saúde já é um tema dotado de particularidades, assim, para devida apreciação desses casos exige-se dos magistrados conhecimento específico.

A título exemplificativo as cidades de Curitiba e Porto Alegre já têm cinco varas federais especializadas em matéria de saúde funcionando (TRF4), sendo estas as primeiras do Judiciário Federal brasileiro.

A iniciativa atende à ⁴¹Recomendação de Número 43 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que solicita aos Tribunais de Justiça (TJs) e aos Tribunais Regionais Federais (TRFs) que promovam a especialização de varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e também priorizem o julgamento dos processos relativos à saúde complementar.⁴²

⁴¹ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/atos_normativos/>. Acessado em 12 de jan. 2020.

⁴² Disponível em: <<https://www.trf4.jus.br/>>. Acessado em 03 de maio de 2020.

Ressalta o Desembargador Federal João Pedro Gebran Neto, presidente do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, que nos dias atuais os processos de saúde têm uma expertise própria, que exigem do magistrado uma qualificação específica, pois envolvem questões técnicas e científicas para se chegar a uma decisão de qualidade e célere que vai atingir a vida das pessoas de modo tão significativo.⁴³

O desembargador lembra que “se o juiz analisa um caso de saúde dentre tantos outros, com certeza terá que despender mais tempo de estudo, enquanto com a qualificação necessária, é possível ter uma melhor e mais rápida compreensão do caso”. (GEBRAN, 2016).

A última proposta de política judicial aqui apresentada, para dirimir a judicialização na saúde, trata da organização administrativa dos dados judiciais nos tribunais. Este item não é diretamente relacionado à judicialização da saúde e a seus efeitos sobre a sociedade, pois diz respeito a elementos que afeta o campo de gestão de todo o sistema judiciário.

Nesse interim, relata a pesquisa do CNJ, que “foram identificadas inconsistências e idiosincrasias no modo que os tribunais organizam e disponibilizam acesso aos seus repositórios de jurisprudência”.⁴⁴

Por fim, conclui-se que a desorganização dos dados dificulta a adoção de ferramentas de gestão judicial que requerem a manipulação de grandes quantidades de informações e, por sua vez, possibilitam diversos ganhos de eficiência na gestão de tribunais, seja na qualidade e precisão de diagnósticos, seja na automação de processos, com a seqüência uniformização das decisões a qual norteia-se o princípio da segurança jurídica.

⁴³ GEBRAN, João Pedro Netto. TRF4 implanta as primeiras varas federais do país especializadas em saúde. Tribunal Regional Federal da 4ª Região, **TRF4**. 13 de jul. de 2016. Disponível em: <<https://www.trf4.jus.br/>>. Acessado em 03 de maio de 2020.

⁴⁴ Conselho Nacional de Justiça. Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/contendo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>>. Acessado em 02 de maio de 2020.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Posta assim a questão, concluiu-se que há de fato um aumento da judicialização na saúde, não somente em face das Operadoras de Planos de Saúde mais também em desfavor da Saúde Pública. Chegando a essa conclusão em razão dos dados que apontam o total de 482.644 mil processos terem sido distribuídos entre a primeira e segunda instância na última década, sendo discutida a saúde suplementar em 237.166 mil processos e 245.478 mil na saúde pública.

Na esfera privada, verifica-se que os consumidores recorrem ao Poder Judiciário, buscando acesso por insumos serviços de saúde, que em tese não teriam direito, seja em razão da não previsão contratual, ou pela falta de cobertura obrigatória pelo rol da ANS, tendo desencadeado dessa forma o fenômeno conhecido nos dias atuais como judicialização na saúde suplementar, o que sem dúvidas repercute de forma negativa nas finanças das Operadoras de Planos de Saúde, pois quando extrapola o limite sem a recomposição do valor devido, configura-se o desequilíbrio.

A impressão que fica é que o Estado defini regulamentação para os planos privados de assistência à saúde, seja de um lado a Lei nº 9.656/98, de outo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, porém, quando as ações chegam ao poder judiciário, este decide em favor dos beneficiários na maioria dos casos sob o argumento constitucional e consumerista, sem adotar as ferramentas já recomendadas pelo Conselho Nacional de Justiça como parâmetro para as decisões.

Por fim, é cristalino que a saúde é um direito fundamental consagrado pela Constituição Federal de 1988, sendo atribuído ao Estado o dever de efetivar este direito a todos os cidadãos brasileiros ou não. Contudo, houve a permissão para a iniciativa privada prestar os serviços médicos hospitalares a população de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, à vista disso, podemos dizer que não cabe ao Poder Judiciário transferir a responsabilidade desse dever as instituições privadas de assistência à saúde, devendo ser observado as limitações impostas pela regulamentação do setor e pela normatização da saúde suplementar

9. REFERÊNCIAS

ALVES, Ana Cristina De Paula; PRESOTTO, Juliana Pereira Netto. **A judicialização da saúde suplementar e seus impactos nas operadoras de planos de saúde.** Revista Raízes Jurídicas. Vol. 08. n. 2. dez. 2016. Disponível em: < <https://www.academia.edu/>>. Acessado em: 29 de fev. 2020.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** São Paulo: Saraiva, 2009.

BARROSO, Luiz Roberto. **A ascensão política das Supremas Cortes e do Judiciário.** Revista Consultor Jurídico. 2012. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2012-jun-06/luis-roberto-barroso-ascensao-politica-supremas-cortes-judiciario>>. Acessado em: 02 de maio de 2020.

BOTTESINI, Ângelo Machado; MACHADO; Mauro Conti. **Lei dos Planos e Seguros de Saúde.** São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 2005.

BOTTESINI, MAURY ÂNGELO MARCONI; **Planos de Saúde Aspectos Jurídicos e Econômicos.** 1º edição. Rio de Janeiro: FORENSE, 2012.

BRASIL. **Agência Nacional De Saúde Suplementar.** Brasília. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portalv4/site/hom/default.asp>>. Acessado em 17 de maio de 2019.

BRASIL. Constituição (1998)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Estratégia E Estrutura: Uma Operadora De Plano De Assistência À Saúde De Pequeno Porte.** (2019, pag.12). Disponível em:<https://www.unisantos.br/pos/revistapatrimonio/images/artigos/Artigo2_JanFevMar08.pdf>. Acessado em 24 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 de set. 1990 – Retificado no Diário Oficial da União de 10 de jan. de 2007.

BRASIL. Lei no 9.656, de 03 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de jun.1998.

CAMPOS, Carla da Costa. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviço**. 2004. 187 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/Gt3xjY>>. Acessado em: 20 out. 2019.

CONSELHO Nacional de Justiça. **Instituto de Ensino e Pesquisa**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2012-jun-06/luis-roberto-barroso-ascensao-politica-supremas-cortes-judiciario>>. 2019, p. 7. Acessado em 20 out. 2019.

CONSELHO Nacional de Justiça. Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/>>. Acessado em 02 de maio de 2020.

DINIZ, Maria. Helena. **Conflito de normas**. São Paulo: Saraiva, 2003, pag. 50.

FELISBINO, Aliny. **A judicialização da saúde suplementar dos planos privados de assistência à saúde firmados antes da Lei nº 9.656/98**. Maio 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/wwLWX2>>. Acesso em: 30 maio 2016.

GONÇALVES, Tamiris. MACHADO, Fabricio J. **Judicialização da Saúde Suplementar**. Anuário da Produção Científica Discente. Leme, vol. 14, n. 24, ano 2011, p. 44. Disponível em: <<http://www.sare.anhanguera.com>>. Acessado em 31 de junho de 2020.

GREGORI, Maria Stella. **Desafios para a Desjudicialização dos Planos de Saúde**. Revista dos Tribunais. vol. 1004. jun. 2019. Disponível em: <<https://www.revistadostribunais.com.br>>. Acessado em: 29 de fev. 2020.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. CARNEIRO, Luiz A. F. Princípios básicos de seguros e planos de saúde. In: CARNEIRO, Luiz A. F. (Org). Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 67-93.

MARQUES, Cláudia Lima. **O “diálogo das fontes” como método da nova teoria geral do direito**. Um tributo a Erik Jayme. In: Marques Cláudia Lima, coordenação. Diálogo das fontes: do conflito à coordenação de normas do direito brasileiro. São Paulo: Editora. Revista dos Tribunais, 2012. p. 19-21.

MARTINEZ, Lilia Estay. **Do impacto regulatório da judicialização da saúde suplementar**. Repositório Institucional da Escola Nacional de Administração Pública, 2018, pag. 6. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/>>. Acessado em 01 de maio 2020.

OLIVEIRA, Amanda Flávio. **Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98): Dez anos depois**. Revista do Direito do Consumidor – nº 67 (julho-setembro 2008). São Paulo: RT, 2008.

PIETROBONI, Louise; LENISE, Martha do Pradoll; CAETANO, João Carlos. **Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Revista de Saúde Coletiva. vol. 18, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/>>. Acessado em 29 de fev. 2020.

SCHWARTZ, Germano A. **Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SOUZA, Henrique Ferreira O. **Aspectos jurídicos da incorporação da tecnologia em saúde**. In: CARNEIRO, Luiz A. F. Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 148.

STF. **RECURSO EXTRAORDINÁRIO**: RE 271286 RS 2000/11 PP-00101. Relator: Celso De Mello. DJ: 24/11/2000. JusBrasil, 2000. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia-re-agr-271286-rs>>. Acessado em: 23 out. 2019

SZTAJN, Rachel; BARROSI, Filho. **Saúde: bem público ou direito individual.** Revista de Direito Empresarial. vol. 04, pp 193, 2016. Disponível em: <<https://www.fearp.usp.br/item/6727-artigo-periodico-2016.html>>. Acesso em: 20 de out. 2019.

WESCLEY, Francisco Alves de Sousa. **Os impactos financeiros da judicialização da saúde em prestadoras de saúde suplementar.** JusBrasil. 2019, p. 8. Disponível em: <<https://wescleysousa80.jusbrasil.com.br/artigos/>>. Acessado em 02 de maio de 2020.