

A NOVA LEI DO ROL E A JUDICIALIZAÇÃO CONTRA PLANOS DE SAÚDE:

Efeitos da Lei 14.454/22 no Tribunal de Justiça
do Estado de São Paulo

Autores:

Marcelo Guedes Nunes

Marina Andueza Paullelli

Marina de Almeida Magalhães

Wylliam Eduardo Alves

Revisão Técnica:

Ana Carolina Navarrete



PUC-SP

idec
Instituto Brasileiro de
Defesa do Consumidor



O Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) é uma associação de consumidores sem fins lucrativos, independente de empresas e governo, que trabalha há mais de 35 anos por relações de consumo justas, sustentáveis e saudáveis.

Orientamos consumidores sobre seus direitos e atuamos em causas de diversas áreas, pressionando autoridades, denunciando práticas abusivas e mobilizando a sociedade.

Além disso, representamos milhares de vozes frente ao poder público e judiciário que exigem a garantia e o avanço dos direitos por acesso digno a serviços de saúde, uma alimentação mais saudável, educação financeira, segurança dos dados e muitas outras lutas importantes para o exercício da cidadania.

Acesse para saber mais sobre esse trabalho e junte-se a nós!

www.idec.org.br



PUC-SP

NÚCLEO DE DIREITO, TECNOLOGIA E JURIMETRIA DA PUC-SP

O Núcleo de Direito, Tecnologia e Jurimetria da PUC-SP visa criar cursos variados para a graduação e a pós-graduação nas áreas de tecnologia aplicada ao Direito e Jurimetria, desenvolver pesquisas e estudos e visa ainda contribuir para o aprimoramento nas ferramentas de busca de jurisprudência, desenvolvimento de pesquisas jurimétricas e discussões sobre os limites do uso da inteligência artificial no judiciário.

PUC SP

A Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com mais de 75 anos de tradição, destaca-se como uma instituição de ensino superior comprometida com valores humanistas e a excelência acadêmica.

A missão da PUC-SP vai além do ensino, buscando formar profissionais éticos e críticos, contribuindo para a transformação social.

pucsp.br



A NOVA LEI DO ROL E A JUDICIALIZAÇÃO CONTRA PLANOS DE SAÚDE:

Efeitos da Lei 14.454/22 no Tribunal de Justiça
do Estado de São Paulo

AUTORES:

Marcelo Guedes Nunes, Marina Andueza Pauledli, Marina de Almeida
Magalhães, José de Jesus Filho e Wylliam Eduardo Alves.

REVISÃO TÉCNICA:

Ana Carolina Navarrete.

REALIZAÇÃO:

Núcleo de Direito, Tecnologia e Jurimetria da PUC/SP
e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC

DIRETOR DA FACULDADE DE DIREITO DA PUC-SP:

Vidal Serrano Nunes Junior

DIRETORA EXECUTIVA DO IDEC:

Carlota Aquino Costa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	05
METODOLOGIA	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
EVOLUÇÃO DO VOLUME DE AÇÕES	14
DEMANDAS POR ASSUNTO	17
DEMANDAS POR CONDIÇÃO DE SAÚDE	18
OPERADORAS DEMANDADAS	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

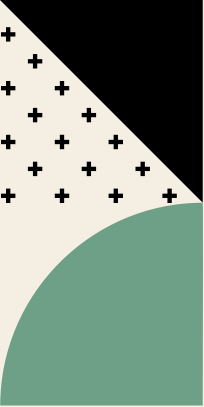
INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde no Brasil, termo que designa o “fenômeno crescente dos números de demandantes que pleiteiam questões relativas à saúde junto ao Judiciário” (CNJ, 2021), não é um objeto novo na literatura de direito sanitário ou da saúde coletiva. A garantia constitucional do direito à saúde por via do direito de petição é parte fundamental do seu próprio conteúdo no ordenamento, constituindo-se, inclusive, como um dos pilares da democracia sanitária brasileira (Aith, 2017, p. 155).

O sentido da judicialização, contudo, varia significativamente de acordo com a esfera em que se concretiza. Apesar de o fundamento ser sempre o do direito à saúde, reconhecido constitucionalmente enquanto direito social fundamental (art. 6º da Constituição Federal), as bases da reclamação judicial podem ser tanto o dever do Estado de provê-lo (art. 196) quanto o dever de agentes privados de, no livre exercício da assistência à saúde (art. 199), prestá-la observando os mandamentos da relevância pública (art. 197), o que inclui, naturalmente, a própria observância do mandamento de garantia dos direitos à saúde e à vida.

Também como reflexo desta divisão constitucional de competências, a legislação aplicável a agentes públicos e privados é diversa. Ao passo que as demandas opostas ao poder público se baseiam na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e no ordenamento sanitário do Sistema Único de Saúde (SUS), a judicialização envolvendo temas de saúde suplementar (SS) tem como seus principais fundamentos, além do texto constitucional, a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) e o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990).

Apesar de a maior parte da produção técnica e científica sobre judicialização da saúde focar na litigância contra o setor público, dada a sua relevância para o orçamento e a organização do sistema de saúde, a litigância privada foi a principal responsável pelo crescimento do fenômeno



nos anos pré-pandêmicos, concentrando a maior parte das ações de saúde propostas pelo menos até 2017 (CNJ, 2019). Em números absolutos, a judicialização contra o setor público tem prevalecido sobre a contra o setor privado pelo menos desde 2020 (CNJ, 2023), mas, ainda assim, é minoritária quando ponderada em relação à cobertura populacional de um e outro setor (respectivamente, de 100% no caso do SUS e de apenas 25% na SS).

Especialmente em anos recentes, o crescimento da judicialização da saúde no Brasil tem motivado movimentos administrativos no âmbito do Poder Judiciário voltados à mitigação deste tipo de litigância e da qualificação de sua atuação em temas de saúde. Exemplos disso são as iniciativas de implementação de Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJus) e de órgãos de conciliação nos tribunais, a criação de câmaras ou órgãos especializados de julgamento e a disponibilização de recursos técnicos virtuais para informar a decisão dos magistrados (CNJ, 2019; 2022; Marques, Rocha e Asensi et al., 2019; Vasconcelos, 2020). Até o momento de publicação deste relatório, contudo, não há evidências de que estas medidas tenham tido sucesso demonstrável em diminuir a quantidade de ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, ou de aumentar a adesão dos magistrados às instâncias de consulta técnica (CNJ, 2019).

Foi neste contexto institucional que, ao longo do ano de 2022, desdobraram-se dois eventos com grande potencial de impactar a judicialização contra a saúde suplementar: a finalização do julgamento dos Embargos de Divergência em Recurso Especial (EREsps) nºs 1.886.929 e 1.889.704 pela 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), em junho, e a consequente publicação dos respectivos acórdãos em agosto do mesmo ano, e a publicação da Lei nº 14.454, em setembro. Ambos dizem respeito à extensão da cobertura dos planos de saúde e, por este motivo, teriam o potencial de impactar significativamente o volume e a natureza das demandas ajuizadas, já que as negativas de cobertura correspondem, historicamente, à maior parte delas (variando em prevalência entre 48% e 57% do total das demandas contra planos, a

depende do estudo considerado) (Trettel, Kozan e Scheffer, 2018; GEPS, 2022; Wang et al., 2023).

O julgamento do STJ versou sobre a natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instrumento decorrente da previsão do art. 10, §4º da Lei de Planos de Saúde, que, em sua redação original, atribuía à ANS a competência para definir a “amplitude das coberturas” dos planos-referência. O cerne da controvérsia estava na determinação sobre se o rol, organizado na forma de uma lista de tecnologias, teria natureza taxativa (encerrando, portanto, todos os tratamentos de cobertura obrigatória por planos de saúde) ou exemplificativa (servindo, neste caso, como referência mínima de cobertura). Na ocasião, o entendimento final da 2ª Seção, segundo acórdão publicado em agosto de 2022, estabeleceu que:

1. O rol da ANS é taxativo, em regra;
2. A operadora de saúde não está obrigada a arcar com procedimento não incluído no rol da ANS se existir, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz e seguro já incorporado ao rol;
3. A contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento não incluído no rol da ANS é lícita e possível, e;
4. No caso concreto, poderá ser autorizada cobertura para tecnologias ainda não constantes na lista de eventos e procedimentos, desde que o procedimento pleiteado i) não tenha sido avaliado negativamente e expressamente pela ANS, culminando em sua exclusão do rol; ii) tenha comprovação de eficácia suficiente à luz da medicina baseada em evidências; iii) tenha sido recomendado por algum órgão técnico de saúde, tal como o NATJus ou a Conitec. Por fim, iv) caso avalie necessário, o magistrado responsável pela análise do caso pode desenvolver “diálogo interinstitucional” com entidades ou profissionais

com reconhecida expertise técnica no assunto, a exemplo da própria comissão da ANS responsável pela atualização do rol, sem que isso implique, necessariamente, a alteração do critério de competência de julgamento para a justiça federal.

O julgamento dos EREsps visou à unificação de entendimento das 3ª e 4ª Turmas do STJ, responsáveis por julgar matérias de Direito Privado. Apesar de não ter sido concluído sob a sistemática dos Recursos Repetitivos, o novo entendimento teve importante repercussão e desencadeou forte reação na sociedade civil pela superação do entendimento histórico do próprio Tribunal, que, até então, entendia que a lista de cobertura da ANS poderia comportar ampliação sendo, portanto, exemplificativa. Como resultado, pouco mais de um mês após o julgamento do STJ, o Congresso Nacional publicou a Lei nº 14.454, que alterou a Lei dos Planos de Saúde, para prever expressamente que o rol da ANS seria a referência mínima para a cobertura de planos de saúde no Brasil, garantida a cobertura de tratamentos ou procedimentos nele não previstos, desde que:

1. Exista comprovação de sua eficácia em evidências científicas;
2. Exista recomendação de uso semelhante ao demandado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), responsável por determinar os tratamentos cobertos no SUS, ou;
3. Exista recomendação de uso semelhante ao demandado por, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde com renome internacional.

Atualmente, a questão está em disputa no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF). Em novembro de 2022, ao arquivar as Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 7.193 e Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPFs) nº 986 e 990, que tratavam do rol da ANS, o STF concluiu, inicialmente, que a edição da Lei 14.454/2022 havia conferido solução adequada e suficiente à interpretação da natureza do Rol.



No entanto, ainda pendente de julgamento a ADI nº 7.265, ajuizada perante o Supremo Tribunal Federal (STF) em novembro de 2022 pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas). Dentre os argumentos contrários à Lei que embasam a ação, está a afirmação de que a não taxatividade do rol ensejaria insegurança jurídica sobre os limites contratuais das coberturas e incentivaria o questionamento judicial das decisões administrativas das operadoras. Como consequência do aumento da judicialização como um todo, haveria um efeito cascata de aumento de despesas assistenciais e administrativas, combinado com o afastamento de potenciais investidores, levando, em última análise, à inviabilização financeira do setor como um todo.

É no contexto deste debate que se insere a presente pesquisa, cujo principal objetivo é o de testar a hipótese, frequentemente tratada como pressuposto, de que a Lei nº 14.454/2022 pode causar o aumento da judicialização contra a saúde suplementar no Brasil.

Trata-se de um trabalho conjunto realizado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e pelo Núcleo de Direito, Tecnologia e Jurimetria da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (NDTJ PUC/SP). O Idec é uma associação de consumidores sem fins lucrativos, independente de empresas, partidos ou governos, voltada para a defesa dos direitos e interesses dos consumidores brasileiros. O NDTJ é um núcleo de estudos formado por professores, alunos e pesquisadores da PUC-SP, que tem como objetivo aplicar métodos empíricos quantitativos na compreensão do direito.

As duas entidades uniram sua experiência e especialidade para desenvolver a presente pesquisa, com a motivação de contribuir para a qualificação do debate da regulação da saúde suplementar e da judicialização da saúde a partir da produção de dados primários inéditos.

■ ■ ■

METODOLOGIA

A pergunta principal desta pesquisa pode ser enunciada nos seguintes termos:

“A Lei nº 14.454/2022 teve impacto sobre o volume e o perfil da judicialização contra a saúde suplementar?”

A partir dela, derivaram as seguintes perguntas específicas:

1. Houve aumento no volume de ações relativas a negativas de cobertura após setembro de 2022 (entrada em vigência da Lei)?
2. Em caso positivo, é possível identificar associação entre este aumento e a promulgação da Lei?
3. Quais são os réus mais frequentes?
4. Quais são os medicamentos e tratamentos mais recorrentes?

Para respondê-las, foram levantados dados sobre os processos distribuídos em 1ª instância no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) entre janeiro de 2019 e setembro de 2023. A limitação do levantamento ao TJSP se justifica pela necessidade de adequar o escopo da pesquisa à capacidade da equipe envolvida e ao tempo disponível. Tendo tais restrições em mente, o TJSP foi escolhido por corresponder ao Estado com o maior número absoluto de ações ajuizadas no âmbito da saúde suplementar (CNJ, 2019) e a maior taxa de cobertura de planos de saúde (ANS, 2023).

A escolha do período, além de também orientada pelas limitações materiais e temporais do projeto, buscou abarcar um intervalo que compreendesse ao menos algum tempo antes da eclosão da pandemia de COVID-19, até o máximo de tempo transcorrido desde a entrada em vigência da Lei. Considerando estes marcos, o estudo compreende o período de janeiro

de 2019 a (inclusive) agosto de 2023, um total de 56 meses, dos quais 45 transcorreram antes da entrada em vigência da Lei, e 11 após ela.

Todo o procedimento de coleta, armazenamento e análise dos dados processuais foi realizado com o uso de programas livres e gratuitos. Para baixar os dados processuais do TJSP, foi utilizada uma ferramenta (“pacote”) desenvolvida em linguagem de programação R. O pacote “tjsp” pode ser acessado gratuitamente via GITHUB¹. Além do R, foi utilizado o sistema de gerenciamento de banco de dados livre PostgreSQL para o armazenamento das informações processuais.

O e-SAJ TJSP não disponibiliza busca de processos distribuídos por assunto ou classe processual, e sim, apenas por número. Para superar essa limitação, optou-se por gerar números do CNJ para cada ano e distribuidor (foro) do TJSP, excetuando-se aqueles cujas varas são de competência exclusiva, e.g., fórum criminal ou de dívida ativa. Foram geradas sequências numéricas conforme as especificações da Resolução nº 65/2008 do CNJ para cada ano e foro. O número de processos distribuídos por ano em cada foro foi estimado via busca binária. Não é possível precisar, de antemão, quantos processos foram distribuídos por ano em cada um dos fóruns, mas as buscas em diários de justiça em dezembro de cada ano revelam que nenhum chega a 200 mil. Estabeleceu-se, a partir disso, 200 mil como o número máximo de processos criados por fórum e ano. O número de iterações para a busca binária foi estimado com $\log_2 200000 \sim 18$. Ou seja, no máximo 18 buscas para cada fórum para estimar o total de processos distribuídos por ano.

A partir da lista de números gerados, foi realizada a coleta automatizada de metadados no sistema processual do Tribunal (e-SAJ TJSP), que incluem dados sobre: classe processual; assunto; foro; vara; juiz; partes do processo, e movimentações processuais. A partir destes dados, foram realizadas duas etapas de filtragem, por assunto e por partes do processo.

1 Disponível em: <<https://github.com/jjesusfilho/tjsp>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

Foram incluídos na pesquisa apenas os processos que estivessem registrados sob algum dos seguintes assuntos, correspondentes a todas as categorias padronizadas segundo as tabelas processuais unificadas do CNJ que pudessem dizer respeito a demandas relacionadas a negativas de cobertura na saúde suplementar: fornecimento de medicamentos (12222 e 12487); tratamento médico-hospitalar (12223 e 12489); fornecimento de insumos (12490), e; unidade de terapia intensiva (UTI) ou unidade de cuidados intensivos (UCI) (12224).

Em seguida, foram excluídas da pesquisa todas as ações em que o poder público figurasse em qualquer um dos polos. Esta etapa envolveu, além da exclusão das ações em que a fazenda pública municipal ou estadual constasse de forma direta, a realização de procedimentos heurísticos para identificar a presença de outros entes da administração pública direta ou indireta ou autoridades públicas (e.g., mandados de segurança ajuizados contra a pessoa física dos mandatários, ou ações ajuizadas contra serviços de saúde públicos).

Por fim, o mesmo procedimento foi utilizado para incluir apenas as demandas em que, simultaneamente, o polo ativo fosse ocupado por pessoas físicas, e o passivo, por pessoas jurídicas. Após todas as etapas de filtragem, restaram **40.601 processos, que constituem a amostra desta pesquisa.**

Além dos metadados, também foram utilizadas como fonte as petições iniciais das ações incluídas.

A análise textual das petições iniciais foi utilizada especificamente para extrair dados sobre a condição de saúde para a qual o tratamento demandado foi negado. Para isso, foram buscadas menções à sigla CID precedendo uma sequência numérica correspondente às classificações do Código Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Optou-se pela extração destes dados para utilizá-los como

um proxy para identificar os principais tipos de tratamento negados, já que, diferentemente das doenças, a padronização de nomes de procedimentos e tratamentos é muito menos avançada e dificilmente adotada na instrução das ações judiciais. Ainda que não se possa, por esta via, chegar às demandas específicas de cada ação, trata-se de uma opção para identificar os principais grupos de tratamento ou procedimento solicitados.

■ ■ ■

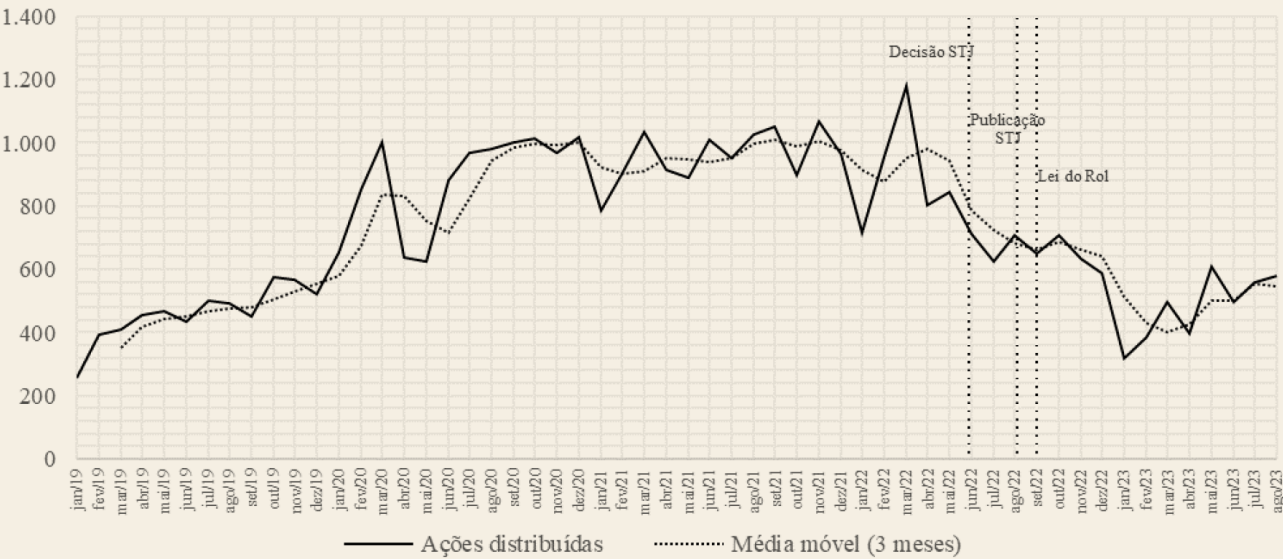
RESULTADOS E DISCUSSÃO

▶ EVOLUÇÃO DO VOLUME DE AÇÕES

Os Gráfico e Tabela 1 mostram a evolução da quantidade de demandas relacionadas a negativas de cobertura no tempo.

GRÁFICO 1

Demandas relacionadas a negativas de cobertura ajuizadas em 1ª instância contra operadoras de planos de saúde, por data de ajuizamento (TJSP, 2019-2023*)



*Até agosto de 2023.
Fonte: TJSP. Elaboração própria.

TABELA 1

Demandas relacionadas a negativas de cobertura ajuizadas em 1ª instância contra operadoras de planos de saúde, por data de ajuizamento (TJSP, 2019-2023*)

ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2019	256	395	409	457	468	435	500	492	452	576	566	522	5.528
2020	653	854	1.001	639	624	882	970	982	1.001	1.015	968	1.018	10.607
2021	788	903	1.037	916	891	1.010	951	1.028	1.050	897	1.068	963	11.502
2022	717	956	1.181	802	844	712	624	708	650	707	634	587	9.122
2023	318	384	499	397	609	499	558	578	-	-	-	-	3.842

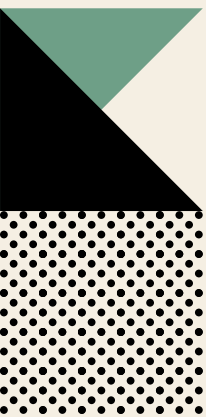
*Até agosto de 2023.
Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Observa-se, no período, grande variação na quantidade de ações ajuizadas, o que possivelmente guarda relação com as diversas intervenções sofridas pelo sistema de saúde entre 2019 e 2023, todas com potencial de elevado impacto nos litígios. Essa sucessão de intervenções em um período tão curto confunde causas e, por conseguinte, dificulta inferências sobre as possíveis causas das variações observadas na quantidade de casos no período analisado.

O primeiro destes fatores a ser reconhecido é a pandemia de COVID-19. Os dados revelam uma tendência de judicialização crescente ao longo de 2019, com um pico nos primeiros meses de 2020. Apesar da queda momentânea em abril e maio de 2020, o que pode estar relacionado à paralisação inicial decorrente da eclosão da crise sanitária, nota-se, durante todo o período pandêmico (encerrado, no Brasil, em abril de 2022), uma judicialização variável, mas em patamares significativamente superiores aos do período imediatamente anterior.

Estes achados parecem refletir um movimento mais amplo de aumento da judicialização da saúde como um todo, a nível nacional. Dados do CNJ revelam um crescimento relevante também da litigância contra o poder público entre 2021 e 2022, chegando a um crescimento de quase 50% no período. Em comparação, a judicialização contra o setor privado cresceu apenas 16,7% no mesmo intervalo (CNJ, 2023).

Após a declaração de encerramento da emergência nacional de saúde pública, em abril de 2022, os dados apontam para o arrefecimento na judicialização contra a saúde suplementar no Estado de São Paulo, com ênfase no segundo semestre, quando se verifica praticamente um retorno aos patamares de ajuizamento registrados no início de 2019. Este período coincide, também, com o intervalo em que houve o julgamento dos recursos especiais pelo STJ e a promulgação da Lei nº 14.454.





A relação de causalidade entre normas e precedentes, de um lado, e variações na quantidade de ações, de outro, não é determinística e adota comportamentos não usuais. Por exemplo, com a notícia do início do julgamento pelo STJ, os potenciais autores de medidas judiciais, receosos de uma restrição aos seus direitos, podem ter suspenso a propositura de ações para aguardar a decisão. Por essa razão, a queda no volume de ações no segundo semestre de 2022, mesmo que anterior ao julgamento do STJ, poderia refletir, em maior ou menor grau, uma antecipação a este evento. No mesmo sentido, a queda praticamente contínua da judicialização nos meses posteriores à conclusão do julgamento pelo STJ, seguida pela publicação da decisão e à promulgação da Lei, poderia ser ao menos parcialmente explicada como um período de adaptação de práticas, tanto da parte das operadoras quanto da parte de potenciais litigantes - o que, em tese, se refletiria nos padrões e no volume da litigância.

Em 2023, houve uma retomada do crescimento da judicialização, mas que, até agosto, não havia superado os patamares pós-pandêmicos registrados no segundo semestre de 2022. Para este período, não é possível comparar os resultados com dados do CNJ, já que, até o momento de escrita deste relatório, a compilação de dados disponível compreendia apenas até o mês de abril (CNJ, 2023).

Considerando que nos 11 meses seguintes à promulgação da Lei não houve variação significativa do padrão de judicialização observado em relação aos anos anteriores, verificando-se apenas flutuações condizentes com os padrões sazonais, não foi possível identificar, ao menos neste momento, impactos relevantes da alteração legislativa sobre a judicialização. Se, por um lado, não se pode afirmar que tenha havido crescimento no número de demandas ajuizadas em razão da Lei, por outro, tampouco se verifica queda na judicialização.

Uma conclusão preliminar possível, a partir destes indícios, é de que a Lei não prosperou em alterar os padrões de conduta das operadoras ou

dos usuários em relação a temas de cobertura assistencial. No entanto, por conta do curto período de tempo transcorrido entre a promulgação da Lei e a finalização desta pesquisa, tais dados e conclusões devem ser considerados com cautela, colocando-se a necessidade de realização de análises futuras capazes de confirmá-las, inclusive com análises de causalidade.

► DEMANDAS POR ASSUNTO

A Tabela 1 mostra a classificação por assunto das demandas incluídas no estudo.

TABELA 2

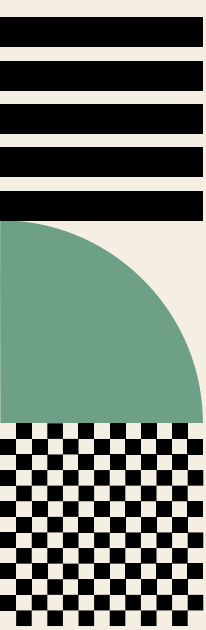
Demandas relacionadas a negativas de cobertura ajuizadas em 1ª instância contra operadoras de planos de saúde, por assunto (TJSP, 2019-2023*)

ASSUNTO	n	%
Fornecimento de insumos	519	1,28%
Fornecimento de medicamentos	6.493	15,99%
Tratamento médico-hospitalar	33.483	82,47%
Unidade de terapia intensiva (UTI) ou Unidade de cuidados intensivos (UCI)	106	0,26%
Total	40.601	100%

*Até agosto de 2023.

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

Notadamente, as ações envolvendo tratamento médico-hospitalar mostraram-se muito predominantes em relação às demais categorias incluídas no estudo, correspondendo a mais de 82% do total. Em segundo lugar, estão as demandas envolvendo especificamente o fornecimento de medicamentos, que representam 16% do total. As demais categorias, envolvendo o fornecimento de insumos e o tratamento hospitalar em UTIs ou UCIs, constituem pouco mais de 1,5% do total.



A princípio, estes dados poderiam ser interpretados como um reflexo da restrição da cobertura de medicamentos presente na Lei dos Planos, que isenta operadoras de cobrir fármacos de uso domiciliar oral (art. 10, §6º), à exceção de antineoplásicos domiciliares de uso oral e os demais medicamentos para controle de efeitos adversos e/ou adjuvantes ao tratamento do câncer. Contudo, a categoria “tratamento” inclui procedimentos que correspondem à administração de fármacos em ambiente ambulatorial, como é o caso dos medicamentos infusionais. Nestes casos, é frequente que a demanda, apesar de versar, essencialmente, sobre a cobertura de um medicamento e dos serviços para sua administração, seja classificada sob a categoria de tratamentos médico-hospitalares.

Além de compreender parte das demandas de medicamento, a categoria também inclui terapias que não são necessariamente realizadas em ambiente ambulatorial ou hospitalar. É o caso das psicoterapias, fisioterapias, terapias ocupacionais, dentre outras.

Dada esta amplitude das categorias de assunto, em que uma mesma categoria pode envolver desde sessões de quimioterapia, hemodiálise, cirurgias, outros procedimentos hospitalares, procedimentos ambulatoriais incluindo eventual administração de fármacos até terapias variadas, não é possível discorrer, apenas a partir desta informação, sobre a natureza das demandas. Para aproximar-nos dessa informação, é necessário levar em consideração as condições que motivaram o ajuizamento das demandas, analisadas a seguir.

DEMANDAS POR CONDIÇÃO DE SAÚDE

Do total de 40.601 ações incluídas no estudo, foi possível extrair de forma automatizada as condições de saúde relacionadas ao tratamento negado para 16.808 delas, correspondendo a 41,4% do total. Foram consideradas apenas a primeira condição citada em cada petição inicial,

desconsiderando-se eventuais menções a outras condições de saúde nos mesmos autos. A Tabela 3 compila os dados referentes às 20 condições de saúde mais frequentemente citadas nas ações.

TABELA 3

Condições de saúde mais comumente citadas em demandas relacionadas a negativa de cobertura ajuizadas em 1ª instância contra operadoras de planos de saúde, por número e frequência de menções* (TJSP, 2019-2023**)

Condição de saúde	n	%
Transtornos globais do desenvolvimento	3.027	18,01%
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	1.116	6,64%
Obesidade	752	4,47%
Neoplasia maligna da mama	564	3,36%
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	560	3,33%
Outros distúrbios metabólicos	486	2,89%
Paralisia cerebral	341	2,03%
Esclerose múltipla	322	1,92%
Neoplasia maligna da próstata	286	1,70%
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	247	1,47%
Dermatite atópica	223	1,33%
Episódios depressivos	209	1,24%
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	207	1,23%
Enxaqueca	194	1,15%
Transtornos esquizoafetivos	186	1,11%
Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos	186	1,11%
Neoplasia maligna do cólon	171	1,02%
Anomalias dentofaciais (inclusive a maloclusão)	159	0,95%
Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas	140	0,83%
Diabetes mellitus insulino-dependente	136	0,81%
Total***	16.808	100%

* Dados se referem apenas às demandas que contivessem, em suas petições iniciais, referência ao código CID correspondente à condição de saúde. Foram incluídas nominalmente na tabela apenas as vinte primeiras condições mais comumente citadas.

**Até agosto de 2023.

*** Correspondente ao total de ações nas quais foi possível identificar menção a algum CID na respectiva petição inicial. Foi considerada apenas a primeira condição de saúde citada em cada petição, desconsiderando-se eventuais menções a outras condições de saúde nos mesmos autos.

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

A partir da especificação das principais doenças envolvidas nas demandas, é possível, se não precisar os tratamentos negados em cada uma delas, desenvolver hipóteses mais específicas sobre as causas da litigância.

Nesse sentido, a prevalência de usuários com transtornos globais do desenvolvimento em 18% das demandas nas quais foi possível identificar o CID pode sugerir que tratamentos de autismo, condição abarcada sob esta categoria, são mais frequentemente negados do que tratamentos para outras condições. Neste caso, dadas as especificidades da condição, a categoria “tratamento” pode se referir a uma cesta muito diversa de serviços, variando desde a cobertura de psicoterapia até de técnicas terapêuticas próprias e específicas, como é o caso da Análise Aplicada de Comportamento (o chamado “método ABA”). Além disso, as demandas podem versar sobre a negativa de cobertura como um todo ou sobre a restrição do número de sessões de terapia cobertas, por exemplo.

Este dado é particularmente interessante quando considerado à luz de duas iniciativas regulatórias recentes da ANS. Em junho e julho de 2022, às vésperas do julgamento do STJ sobre a natureza do rol, a Agência editou, respectivamente, as Resoluções Normativas nº 539 e 541, ambas modificando a RN nº 465, atual norma do rol. A primeira determinou, em caso de pacientes autistas, a obrigatoriedade de fornecimento de tratamentos segundo “o método ou técnica indicados pelo médico assistente” e de cobertura de sessões ilimitadas com fonoaudiólogo. A segunda estendeu a cobertura ilimitada de sessões a todos os tipos de terapia (com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais ou fisioterapeutas), e a todas as condições de saúde.

Em tese, poder-se-ia imaginar que tais iniciativas, caso efetivamente incorporadas na prática das operadoras de saúde, teriam como resultado a diminuição da judicialização de pacientes autistas contra planos de saúde. No entanto, os resultados desta pesquisa não parecem apontar neste sentido, o que pode atestar tanto a ineficácia das decisões regulatórias em

face às práticas do setor (i.e., negativas indevidas de cobertura) quanto a sua inadequação em relação às demandas majoritárias deste grupo de pacientes (e.g., pode ser o caso de a maior parte destas demandas estar relacionada à cobertura de terapia ABA, que não pode ser propriamente enquadrada sobre as demais categorias terapêuticas abarcadas no rol). Ambas estas hipóteses são fortemente atestadas pelo fato de que, mesmo após as mudanças regulatórias, o movimento organizado de pacientes continuou fazendo pressão contrária à taxatividade do rol no STJ e, posteriormente, no Congresso Nacional.

É importante ressaltar que tais considerações são feitas em abstrato. Não foi feita a análise da evolução temporal segundo condições dos pacientes, motivo pelo qual, para quaisquer das doenças encontradas no levantamento, a presente discussão se limita a levantar hipóteses não testadas.

As segunda e quinta categorias de doenças mais reclamadas, presentes em 9,97% das demandas nas quais havia menção ao CID, são condições mentais e comportamentais relacionadas ao uso de drogas. Nestes casos, pode ser levantada a hipótese de que as demandas estão relacionadas à cobertura de internação psiquiátrica ou de terapias. As questões relacionadas à cobertura de terapias são as mesmas do caso dos pacientes autistas.

As questões relacionadas a internações psiquiátricas, de outro lado, guardam importantes particularidades: segundo a Lei nº 9.656, planos com cobertura hospitalar não podem limitar o prazo de cobertura de internação, seja pela via de tempo decorrido, de estabelecimento de valor máximo ou de rescisão contratual durante a internação. Contudo, em 2021 o STJ fixou entendimento vinculante pela legalidade da cobrança de coparticipação em até 50% no custeio de internações psiquiátricas, a partir do 30º dia de internação (Tema Repetitivo nº 1.032). Na prática, trata-se de uma admissão da limitação temporal de internações hospitalares para uma especialidade médica em particular, criando um regime diferenciado de cobertura para condições psiquiátricas, o que pode contribuir para o

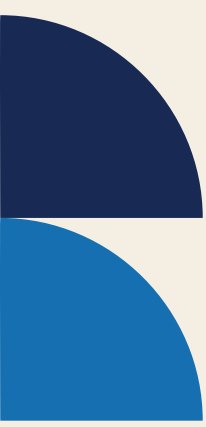
aumento na judicialização a elas relacionadas, conforme os dados parecem apontar (rememorando-se, aqui, que não foi feita análise da evolução temporal de demandas segundo a condição do paciente, motivo pelo qual não é possível, por ora, testar esta hipótese).

Diferentemente dos dois primeiros casos, as neoplasias de mama, quarta categoria mais demandada, motivando 3,36% das ações, não foram objeto de julgamentos vinculantes específicos. Neste caso, a principal hipótese explicativa para os achados é a de uma continuidade dos padrões anteriores de judicialização. Estudos passados atestam que os cânceres estão, historicamente, entre as principais motivações de demandas relacionadas a negativas de cobertura de planos de saúde no Estado de São Paulo (Scheffer, Trettel e Kozan, 2015; Wang, 2023).

Por fim, as terceira e sexta categorias mais reclamadas, somando 7,3%, são obesidade e condições metabólicas a ela provavelmente associadas. Nestes casos, as demandas majoritárias presumivelmente versam sobre cirurgias ou cobertura de medicamentos utilizados em tratamentos nutricionais.

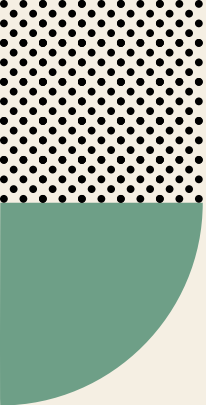
No caso das cirurgias, é possível levantar a hipótese de que uma parte destas disputas versa não especificamente sobre a cobertura do tratamento para a condição propriamente dita (i.e., cirurgias bariátricas), mas de cirurgias plásticas adjuvantes, de caráter reparador, posteriores à realização do procedimento principal. Assim como no caso das internações psiquiátricas, a hipótese da alta frequência deste tipo de demanda é aqui levantada por conta da organização de uma política judiciária própria para sua resolução. Em setembro de 2023, o STJ firmou julgamento vinculante determinando a obrigatoriedade de cobertura deste tipo de cirurgia, entendendo-a como parte do tratamento da condição original, desde que indicada por médico e, em caso de divergência técnica, confirmada sua necessidade por junta médica (Tema Repetitivo nº 1.069). Por se tratar de uma decisão muito recente, exarada pouco mais de um mês antes do fechamento deste relatório, não é possível antecipar seus efeitos sobre a judicialização.

A hipótese de que parte das demandas relacionadas à obesidade, em especial em tempos mais recentes, esteja relacionada a demandas por fármacos, por sua vez, está relacionada ao surgimento de novos tratamentos medicamentosos, caros e inacessíveis, com grandes taxas de efetividade. Apesar de se tratarem de medicamentos de uso domiciliar, de cobertura não obrigatória segundo os termos da Lei de Planos de Saúde, notícias do início deste ano dão conta de crescimento de reclamações apresentadas à ANS relacionadas à cobertura deste tipo de medicamento (Castro, 2023), o que é um forte indício do provável aumento da judicialização sobre o tema.



Neste ponto, importa fazer uma breve contextualização da regulação setorial no que tange à assistência farmacêutica. A Lei nº 9.656/1998 foi promulgada em um momento em que parte relevante das terapias disponíveis para doenças graves, como o câncer ou a AIDS, se apresentavam na forma de tratamentos ambulatoriais. Mais de trinta anos depois, com o avanço das tecnologias, a realidade é a de surgimento crescente de terapias de alta complexidade na forma de medicamentos orais - seja na classe de quimioterápicos, de antirretrovirais, ou outros. Na prática, esta discrepância entre a regulação e o mercado de tecnologias cria uma situação em que parte das terapias eficazes fica excluída do Rol da ANS, por conta da sua forma de apresentação.

Por fim, no tópico das condições de saúde mais prevalentes entre as demandas, cabe um comentário sobre a interpretação das informações encontradas. O comportamento dos médicos prescritores é uma importante variável de interesse tanto para determinar os contornos do objeto quanto o desfecho da demanda (Pepe e Ventura, 2011). Em particular, as petições iniciais deste tipo de ação serão praticamente integralmente baseadas nas prescrições e relatórios médicos, incluindo ou deixando de incluir as informações explicitamente previstas nestes documentos. Por este motivo, a baixa adesão de profissionais de saúde ao uso das classificações da CID impõe grandes limitações à coleta deste



tipo de informação entre as petições iniciais, bem como à sua posterior interpretação (ibid.).

Destacamos este fato não apenas para contextualizar o baixo número de demandas em relação às quais foi possível identificar menção a códigos CID, mas também para pontuar um possível viés de seleção entre as ações para as quais esta identificação foi feita. É possível, por exemplo, levantar a hipótese de que a menção nominal ao CID nas prescrições médicas e, por consequência, nas petições iniciais, seja mais frequente em determinadas categorias de demanda. Pensemos no caso dos pacientes autistas: por se tratar de um grupo que, conforme dão conta as evidências externas, é mais frequentemente alvo de negativas de cobertura e que, em resposta a isso, litiga com maior frequência, pode ser o caso de que as prescrições especificamente destinadas a este grupo sigam um padrão mais rígido e uniforme - incluindo, possivelmente, a menção nominal ao CID da condição a que se destinam. Este fator acabaria, então, por criar uma sobrerrepresentação deste grupo de pacientes entre as demandas nas quais foi possível identificar o CID. O estudo não se propôs a testar esta hipótese, mas ressaltamos o potencial peso de eventuais padrões comportamentais dos médicos prescritores sobre os resultados aqui apresentados diante, por exemplo, de estudos que utilizaram métodos diferentes de coleta e que acabaram encontrando outros padrões de prevalência de condições de saúde dentro de uma amostra muito similar (Wang et al., 2023).

► OPERADORAS DEMANDADAS

Para identificação das operadoras mais frequentemente demandadas nas ações abarcadas no estudo, as pessoas jurídicas demandadas foram inicialmente unificadas em categorias a partir dos CNPJs cadastrados no polo passivo, disponíveis nos metadados dos processos. Em seguida, ferramentas automatizadas de leitura foram utilizadas para identificar

similaridades entre as categorias encontradas, unificando-as, em sendo o caso (e.g., junção de todas as empresas operantes sob a marca “Unimed” em uma só categoria). Foram reunidas sob a categoria “Outros” todas as partes em relação às quais, após este tratamento, houvesse 65 ações ou menos. Este critério foi estabelecido discricionariamente a partir da constatação de que a frequência de aparição de novas pessoas jurídicas aumentava muito a partir deste limite, de forma que a sua inclusão individual no estudo prejudicaria a adequada visualização dos dados. Também foram unificadas sob a categoria “outros” as ações ajuizadas contra administradoras de benefícios ou contra o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe), em razão da impossibilidade de identificá-los a registros próprios na ANS.

Em alguns casos, as operadoras encontradas correspondiam a empresas que passaram por processos de fusão e aquisição, deixando de ter registro próprio na ANS. Nestes casos, as queixas registradas sob as empresas adquiridas foram somadas àquelas apresentadas contra a empresa adquirente. O número de beneficiários foi obtido somando-se aqueles vinculados ao registro atualizado da empresa adquirida, caso ainda ativo, com o da empresa adquirente; ou, em caso de desativação do registro, foi considerado apenas o número total de beneficiários vinculados à empresa adquirente. Essa escolha se justifica pela impossibilidade de averiguar, nestes casos, a quantidade de beneficiários associados à empresa adquirida, em razão da unificação ou alteração dos registros. Nos casos de fusões em que os registros das operadoras não tenham sido alterados, as empresas foram tratadas separadamente.

As Tabelas 4 e 5 trazem os resultados deste levantamento, organizando-os, respectivamente, segundo número absoluto de demandas por operadora e taxa de demandas ponderada pelo número de clientes vinculados a cada uma delas no Estado de São Paulo. Para cálculo desta última, foram utilizados os dados do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS, relativos a junho de 2023, unificando-os segundo os mesmos critérios utilizados no agrupamento das categorias de operadoras.

TABELA 4

Número de demandas relacionadas a negativa de cobertura ajuizadas em 1ª instância contra operadoras de planos de saúde, por operadora demandada* (TJSP, 2019-2023**)

OPERADORA	n	%
Unimed	9.108	22,43%
Sul América●	6.386	15,73%
Amil	5.315	13,09%
Bradesco	5.207	12,82%
NotreDame■	3.866	9,52%
outros	3.794	9,34%
Hapvida♦	792	1,95%
Prevent Sênior	635	1,56%
Santa Casa	620	1,53%
Porto Seguro	576	1,42%
São Cristóvão	413	1,02%
Cassi	374	0,92%
Santa Helena	352	0,87%
Itaú	298	0,73%
Trasmontano	258	0,64%
Caixas beneficentes	249	0,61%
Cesp	225	0,55%
Ana Costa	204	0,50%
Sobam	192	0,47%
Mediservice	170	0,42%
Cruz Azul	150	0,37%
Blue Med	148	0,36%
Ameplan	131	0,32%
Beneficência portuguesa	102	0,25%
Postal Saúde	96	0,24%
Geap	93	0,23%
São Lucas	89	0,22%
Hb Saúde	85	0,21%
Samaritano	84	0,21%
Omint	84	0,21%
Allianz	80	0,20%
Biovida	79	0,19%
Unihosp	77	0,19%
Qsaúde	71	0,17%
Usisaúde	69	0,17%
Economus	66	0,16%
Medical Health	63	0,16%
Total	40.601	100%

● Contabilizado conjuntamente com Sompo Seguros e Saúde; ■ Contabilizado conjuntamente com Green Line Saúde;

♦ Contabilizado conjuntamente com São Francisco Sistemas de Saúde.

* Foram reunidas sob a mesma categoria todas as operadoras que operem sob a mesma marca, ainda que com CNPJs e/ou nomes distintos entre si. Foram reunidas sob o rótulo "Outros" todas as operadoras que, organizadas segundo este critério, tenham registrado menos de 65 ações. Operadoras sem registro na ANS ou administradoras de benefícios foram contabilizadas na categoria "Outros".

**Até agosto de 2023.

Fonte: TJSP. Elaboração própria.

TABELA 5

Taxa de demandas relacionadas a negativa de cobertura ajuizadas em 1ª instância contra operadoras de planos de saúde, por mil beneficiários vinculados às operadoras* no Estado de São Paulo (TJSP, 2019-2023**)

OPERADORA	n	beneficiários	n/1.000 beneficiários
Medical Health	63	10.782	5,84
Geap	93	17.559	5,30
Sul América●	6.386	1.607.447	3,97
Usisaúde	69	17.886	3,86
Cassi	374	97.308	3,84
Allianz	80	21.752	3,68
Amil	5.315	1.482.397	3,59
Bradesco	5.207	1.590.920	3,27
São Cristóvão	413	153.410	2,69
Itaú	298	110.889	2,69
Cruz Azul	150	57.297	2,62
Economus	66	25.550	2,58
Trasmontano	258	102.847	2,51
Qsaúde○	71	28.341○	2,51
Ana Costa	204	90.115	2,26
Cesp	225	112.963	1,99
Unimed	9.108	4.675.988	1,95
Sobam	192	107.046	1,79
Santa Helena	352	203.388	1,73
Postal Saúde	96	57.137	1,68
Ameplan	131	79.083	1,66
Mediservice	170	110.847	1,53
Caixas beneficentes	249	164.233	1,52
Blue Med	148	98.837	1,50
Santa Casa	620	415.337	1,49
Porto Seguro	576	399.875	1,44
São Lucas	89	63.709	1,40
Beneficência portuguesa	102	74.691	1,37
NotreDame■	3.866	2.883.351	1,34
Unihosp	77	58.271	1,32
Omint	84	67.108	1,25
Prevent Sênior	635	514.005	1,24
Biovida	79	66.362	1,19
Hapvida♦	792	671.475	1,18
Hb Saúde	85	107.119	0,79
Samaritano	84	127.470	0,66

●Contabilizado conjuntamente com Sompo Seguros e Saúde; ■Contabilizado conjuntamente com Green Line Saúde;

♦Contabilizado conjuntamente com São Francisco Sistemas de Saúde; ○Referente ao número de beneficiários de Alice Operadora Ltda.

* Foram reunidas sob a mesma categoria todas as operadoras que operem sob a mesma marca, ainda que com CNPJs e/ou nomes distintos entre si. Foram reunidas sob o rótulo "Outros" todas as operadoras que, organizadas segundo este critério, tenham registrado menos de 65 ações.

**Até agosto de 2023.

Fonte: TJSP e SIB/ANS. Elaboração própria.



Como era de se esperar, há divergência significativa entre o ranking das operadoras mais demandadas em números absolutos e relativos, já que, presumivelmente, o número de beneficiários vinculados a cada operadora determinará o volume absoluto da judicialização contra ela. De fato, conforme ilustrado no Gráfico 2, as cinco operadoras mais demandadas são também as cinco operadoras com mais clientes no Estado de São Paulo, ainda que não na mesma ordem em que listadas no ranking: Unimed, Sul América, Amil, Bradesco e Notre Dame.

Considerada a ponderação de judicialização por clientes, contudo, ainda que algumas destas operadoras se mantenham em posições altas, ganham espaço, também, as operadoras de pequeno e médio porte. Chama a atenção, também, a mudança no perfil das empresas: ao passo que as operadoras da modalidade de cooperativa médica, medicina de grupo ou seguradora ocupam oito das dez primeiras posições em demandas absolutas (Unimed, Sul América, Amil, Bradesco, NotreDame, Hapvida, Prevent Senior e Porto Seguro), elas caem para cinco no ranking proporcional, dando espaço às entidades de autogestão (Geap, Cassi e Itaú) e filantrópicas (Usisaúde e São Cristóvão). Em relação a este ponto, rememoramos o fato de que a ADI nº 7.265, apesar de interessar a todas as operadoras de planos de saúde, foi especificamente ajuizada por uma entidade representativa de operadoras de autogestão.

As hipóteses explicativas para os padrões encontrados são não excludentes, e dizem respeito ao comportamento e características tanto das operadoras quanto dos diferentes grupos de segurados. Em relação às operadoras, as diferenças quanto à rede credenciada, aos procedimentos administrativos internos e às estratégias de negócios de cada uma acabam por determinar níveis também diversos de negativas de cobertura - que, por sua vez, determinam o nível de judicialização. Em relação às características dos grupos segurados, de outro lado, pode-se supor que grupos populacionais diversos terão demandas de saúde específicas, algumas maiores ou mais complexas do que outras, e adotarão, também, estratégias distintas para supri-las, caso ou quando negadas.

■ ■ ■

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização da saúde suplementar é, como destacado ao longo deste relatório, um objeto multicausal, com diversas nuances, e em relação ao qual podem ser constatados resultados muito variados, a depender da abordagem e dos métodos de estudo utilizados. O enfoque quantitativo, as fontes, os métodos automatizados de coleta e análise e os recortes temporal e espacial utilizados neste estudo, se por um lado permitiram a produção de dados inéditos, por outro impõem restrições na sua utilização em análises de causalidade. Por este motivo, serão aqui enumerados os principais achados descritivos da pesquisa, bem como algumas das principais hipóteses explicativas a eles vinculadas, sem, contudo, pretensões conclusivas.

Em relação à pergunta principal do estudo, os resultados, apesar de demonstrarem um aumento total no volume de judicialização verificado no período, não permitem identificar impactos específicos da Lei nº 14.454/2022 sobre esta tendência. O aumento no número de ações propostas parece acompanhar o período pandêmico, cujo fim foi marcado por uma simultânea queda no número de ações propostas, que, ao longo de 2022, chegaram a níveis próximos daqueles registrados em 2019. Mesmo considerada a alta registrada de 2023 em diante, contudo, os patamares de judicialização registrados até agosto deste ano não diferiram daqueles do mesmo período do ano anterior, momento em que aprovada a Lei. Da mesma forma, as curvas observadas desde o julgamento do STJ até o final do período de coleta apresentam padrões de flutuação próximos aos de anos anteriores, o que dificulta a sua atribuição a um ou outro fator específico.

Portanto, apenas a partir dos dados produzidos, não é possível observar impactos significativos de mudanças regulatórias da ANS, do julgamento do STJ ou da Lei nº 14.454/2022 sobre o volume de judicialização contra a saúde suplementar.

Uma hipótese secundária, derivada desta, é que nenhuma das iniciativas teve sucesso em alterar a continuidade das negativas de cobertura por parte das operadoras, de um lado, ou do apelo ao Judiciário a partir delas, de outro.

Quanto à classificação por assunto, identificou-se grande predominância de processos registrados como demandas por tratamento médico-hospitalar (82,47%) sobre as demais categorias, inclusive a de fornecimento de medicamentos (15,99%). Contudo, considerando que a primeira pode englobar a segunda, não é possível, a partir deste dado isolado, afirmar que isso reflete de forma fidedigna as demandas materiais apresentadas pelos pacientes.

Foi possível coletar informações sobre a condição de saúde dos demandantes para apenas 41,4% do total, o que limita também o alcance descritivo dos resultados quanto a este ponto, especialmente considerando a hipótese de que, por força de padrões comportamentais dos médicos prescritores, haja nesta amostra uma sobrerrepresentação de determinados grupos populacionais. Ainda assim, tratam-se de resultados muito expressivos, por sugerirem importante concentração de litigância em torno de determinadas doenças.

Considerando as doenças mais prevalentes, as condições são: transtornos globais do desenvolvimento (18,01%), transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas (6,64%), obesidade (4,47%), neoplasia maligna da mama (3,36%), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (3,33%) e outros distúrbios metabólicos (2,89%).

Chama atenção o fato de que todas dentre as cinco condições mais citadas foram objeto de políticas regulatórias ou judiciais recentes, com potencial repercussão sobre a judicialização em relação a estas causas. No caso dos pacientes autistas, pode-se citar as RN nº 539 e 541 da ANS,



editadas em junho e agosto de 2022. No caso dos transtornos mentais relacionados a usos de substâncias, o STJ decidiu o Tema Repetitivo nº 1.302 em dezembro de 2020. Em relação à obesidade e outros distúrbios metabólicos, o STJ recém decidiu, em setembro de 2023, o Tema Repetitivo nº 1.069. Por não ter sido aqui analisada a evolução temporal de demandas por condição, não é possível tecer comentários, apenas pelo número absoluto de demandas, sobre os efeitos das medidas adotadas em relação à judicialização, mas não deixa de ser interessante ressaltar o afinamento temático entre as políticas exaradas pela ANS e pelo Judiciário e os conflitos que acabam sendo mais judicializados.

Por fim, em relação às operadoras mais frequentemente demandadas, observa-se uma coincidência esperada entre as cinco mais demandadas (Unimed, Sul América, Amil, Bradesco e Notredame) e as cinco com maior cobertura no Estado, ainda que não na mesma ordem. Todas são, de forma compatível ao seu porte, da modalidade de cooperativa médica, medicina de grupo ou seguradora. De outro lado, a ponderação da taxa de judicialização por número de beneficiários revela que operadoras de autogestão e menor porte ocupam as duas primeiras posições. Entre as dez mais proporcionalmente demandadas, além de três das mais demandadas em absoluto, encontram-se três operadoras de autogestão. Este resultado é particularmente expressivo ao se considerar que, apesar de ser do interesse de todas as operadoras de saúde, a ADI nº 7.265, que questiona a constitucionalidade da Lei nº 14.454, foi proposta por uma entidade representativa de operadoras de autogestão.

■ ■ ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alth, Fernando. Direito à Saúde e Democracia Sanitária. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sistema de Informações de Beneficiários. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def>.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Conselho Nacional de Justiça; Instituto de Ensino e Pesquisa. Brasília: CNJ, 2019.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: CNJ, 2021.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Estatísticas Processuais de Direito à Saúde. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,currrel>>.

CASTRO, Danielle. Plano de saúde não cobre remédio para emagrecer, mas Justiça pode obrigar. Folha de São Paulo, 7 de abril de 2023. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrio/2023/04/plano-de-saude-nao-cobre-remedio-para-emagrecer-mas-justica-pode-obrigar.shtml>>.

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (GEPS). Decisões judiciais sobre planos de saúde têm recorde histórico em São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2022. Disponível em: <<https://sites.usp.br/geps/download/488/>>.

MARQUES, Aline; ROCHA, Carlos; ASENSI, Felipe et al. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. *Estudos Avançados*, v. 33, n. 95, 2019. 10.1590/s0103-4014.2019.3395.0014.

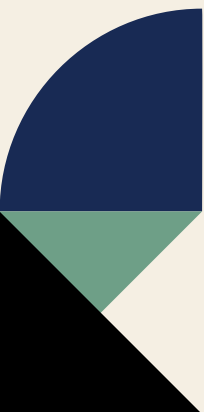
PEPE, Vera Lúcia Edais; VENTURA, Miriam (Org). Manual indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

SCHEFFER, Mário César; TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Rio de Janeiro: OPAS; ANS, 2015.

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

VASCONCELOS, Natalia Pires de. Solução do problema ou problema da solução? STF, CNJ e a judicialização da saúde. *Revista Estudos Institucionais*, v. 6, n. 1, p. 83-108, 2020. 10.21783/rei.v6i1.461.

WANG, Daniel (Coord) et al. A judicialização da saúde suplementar: uma análise empírica da jurisprudência de 1ª e 2ª instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo. São Paulo: FGV Direito SP, 2023.





PUC-SP

pucsp.br

idec
Instituto Brasileiro de
Defesa do Consumidor

idec.org.br