



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

EVELYN GABRIELLE ARAUJO PICOLLI

JUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EM RONDÔNIA

**ARIQUEMES - RO
2023**

EVELYN GABRIELLE ARAUJO PICOLLI

JUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EM RONDÔNIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Direito do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientador (a): Prof. Dr. Paulo Roberto Meloni Monteiro Bressan

**ARIQUEMES - RO
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P598j Picolli, Evelyn Gabrielle Araujo.

Judicialização dos planos de saúde em Rondônia. / Evelyn Gabrielle Araujo Picolli. Ariquemes, RO: Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, 2023.

41 f.

Orientador: Prof. Ms. Paulo Roberto Meloni Monteiro Bressan.

Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Direito – Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2023.

1. Direito à Saúde. 2. Amazônia Legal. 3. Saúde Privada. 4. Saúde Suplementar. I. Título. II. Bressan, Paulo Roberto Meloni Monteiro.

CDD 340

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

EVELYN GABRIELLE ARAUJO PICOLLI

JUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EM RONDÔNIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Direito do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientador (a): Prof. Me. Paulo Roberto Meloni Monteiro Bressan

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Paulo R, M. Monteiro Bressan
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

Prof. Me. Hudson Carlos Avancini Persch
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

Prof. Me. Camila Valera Reis Henrique
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

**ARIQUEMES – RO
2023**

Dedico este trabalho aos meus pais, familiares e amigos, que me apoiaram e incentivaram a seguir em frente com meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas e instituição que contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Agradeço aos membros da minha família pelo amor, incentivo e compreensão que me deram durante todo o processo de formação. Expresso minha profunda gratidão aos meus pais, Eleliane e Janio, pelo encorajamento incondicional, suporte emocional e amor inabalável. O apoio, conselhos e as palavras de incentivo foram um combustível essencial para minha perseverança durante os momentos desafiadores.

Agradeço por tantas vezes ter assumido responsabilidades extras e por acreditar em mim quando eu mesma duvidei. Agradeço esse trabalho a minha irmã e a minha sobrinha, as quais sempre estiveram ao meu lado, e me dando mais coragem e incentivo para seguir neste caminho.

Expresso minha gratidão ao meu orientador, Paulo R. Meloni Monteiro Bressan, por sua orientação e apoio ao longo deste processo, dedicou seu tempo, conhecimento e expertise para me guiar neste trabalho. Suas sugestões valiosas e insights ajudaram a moldar este trabalho. Agradeço a paciência, incentivo e pelos ensinamentos essenciais para minha formação profissional.

Agradeço aos professores e professoras do curso de Direito da UNIFAEMA, em especial ao Coordenador do Curso de Direito Hudson Carlos Avancini Persch, que sempre esteve presente em todos esses semestres, auxiliando e propiciando sempre um bom entendimento entre a faculdade e os alunos, além do conhecimento repassado e o auxílio para percorrer esse longo caminho da vida acadêmica.

Aos meus professores e professoras, que estiveram ao longo dos semestres, compartilhando seus conhecimentos e experiências, pela dedicação em transmitir conhecimentos e pela inspiração que forneceram ao longo da minha jornada acadêmica.

Sou grata aos meus amigos e colegas de turma, que me apoiaram e compartilharam momentos de aprendizado e crescimento durante essa jornada. Agradeço também as instituições e organizações que forneceram recursos e acesso a materiais importantes para a realização desse aprendizado.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a minha trajetória acadêmica, seja neste trabalho como em todos os demais

momentos destes 5 anos, compartilhando experiências e conhecimentos, minha eterna gratidão a todos. O resultado alcançado só foi possível com o apoio e contribuição de cada um de vocês, e sou grata por fazerem parte dessa jornada acadêmica. Agradeço a todos pela confiança em mim depositada e por tornarem possível a concretização desse projeto.

“O fim do Direito não é abolir nem restringir, mas preservar e ampliar a liberdade.”

(Jonh Locke)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo identificar, analisar e contextualizar com se configura a judicialização dos planos de saúde no Estado de Rondônia, bem como evidenciar a defasagem de informações quanto a esse processo conforme os dados apresentados pelo Tribunal de Justiça de Rondônia. O aporte teórico da pesquisa foi embasado na relação consumerista entre os beneficiários de planos de saúde e as operadoras de planos, evidenciando as normas necessárias que regulamentam este instituto jurídico. Sendo estas normas, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil Brasileiro e as normas e resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, orientada pelos instrumentos da bibliometria, em atenção aos objetivos, uma pesquisa exploratória e descritiva, com análise de conteúdo em abordagem hipotético-dedutiva. Com uma coleta inicial de dados fornecidos pelo Conselho Nacional de Justiça e também pelos próprios sistemas disponíveis de estáticas dos Tribunais de Justiça, após filtragem e análise individual dos dados que permitiram analisar a questão da judicialização, indicando que no contexto de Rondônia, há uma grande defasagem de informações quanto aos processos eletrônicos, devido a uma falta de conhecimento no cadastramento de processos, demonstrando que há inconsistência nos dados apresentados pelo TJRO e as demandas elencadas em Rondônia, sendo que estes dados não representam o real cenário do estado, sendo necessário evidenciar essa defasagem de informações para que seja criadas ações que minimizem o processo de judicialização.

Palavras-chave: direito; judicialização; plano de saúde; Rondônia; saúde suplementar.

ABSTRACT

This research aimed to identify, analyze and contextualize how configures the judicialization of health plans in the State of Rondônia, as well as highlight the gap in information regarding this process according to data presented by the Court of Justice of Rondônia. The theoretical research was based on the consumerist relationship between health plan beneficiaries and plan operators, highlighting the necessary standards that regulate this legal institute. These standards are the Consumer Protection Code, the Brazilian Civil Code and the standards and normative resolutions of the National Supplementary Health Agency. This is a qualitative-quantitative research, guided by bibliometric instruments, in attention to the objectives, an exploratory and descriptive research, with content analysis in a hypothetical-deductive approach. With an initial collection of data provided by the National Council of Justice and also by the Courts of Justice's own available static system, after filtering and individual analysis of the data that allowed analyzing the issue of judicialization, indicating that in the context of Rondônia, there is a large lag in information regarding electronic processes, due to a lack of knowledge in the registration of processes, demonstrating that there is inconsistency in the data presented by the TJRO and the demands listed in Rondônia, and this data does not represent the real scenario of the state, and it is necessary to highlight this gap in information so that actions can be created that minimize the judicialization process.

Keywords: judicialization; health insurance; Rondônia; right; supplementary health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 TRAÇOS RELEVANTES DA SAÚDE SUPLEMENTAR MUNDIAL	15
2.1 PROCESSO DE CRESCIMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	17
2.2 A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	18
3 DETERMINAÇÃO DO ROL DE COBERTURA	20
3.1 DIFERENCIAÇÃO DE ROL EXEMPLIFICATIVO X ROL TAXATIVO	21
3.2 CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR	23
4 O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE	26
4.1 CONSEQUÊNCIAS DAS AÇÕES JUDICIAIS	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental, garantido pela Carta Magna, conforme exposto no artigo 5º, onde é assegurado os direitos e garantias individuais. Ao abordar sobre saúde é necessário compreender a formação histórica, o desenvolvimento deste setor em relação ao crescimento do país, tendo em vista que, nas últimas décadas contamos com um sistema inabitual para atender aos cidadãos e poder garantir a todos o acesso a saúde.

Inicialmente, é necessário a classificação dos sistemas de saúde brasileiro para compreensão dos tipos de serviços ofertados e a maneira como são direcionados a população, para que seja compreensível a relevância e pertinência do tema.

A *priori*, no Brasil, é ofertado três maneiras de assistência médica, sendo a primeiro a Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é gratuito e custeado pelo Governo Federal, através de verbas públicas. A segunda, há os serviços da saúde suplementar o qual, tem caráter particular, oneroso e é contratado por qualquer indivíduo com condições de arcar com as despesas médicas, este por sua vez não tem relação com as demandas do setor público. Além, terceira maneira que é a assistência médica particular, fornecido a todos sem intermédio de administradoras e nem do setor público.

Embora, esses sistemas estejam em oposição quanto as suas regulamentações e direção, temos o SUS, o qual é regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde, nº 8080/1990 (LOS), por outro lado, o sistema de saúde suplementar possui órgão especial regulamentador, sendo este a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

É evidente que, se faz necessário realização de estudos aprofundados sobre estes, com destaque para o sistema de saúde suplementar e suas especificações. Haja vista, que este atende mais 50 milhões de brasileiros e tem crescido cada vez mais em nosso país, em razão da defasagem e demora dos atendimentos na rede pública.

Assim, ao analisar a viabilidade da manutenção dos serviços ofertados através da saúde suplementar, temos dois pontos principais que se destacam, e que ao mesmo tempo se opõe aos serviços prestados na rede pública, sendo estes a celeridade e garantia dos atendimentos médicos/hospitalares. No entanto, é necessário o aprofundamento sobre o desempenho da assistência fornecida, uma vez

que, encontram-se um número significativo de demandas judiciais nos tribunais de justiça.

Sendo necessário compreender onde está havendo mais necessidade de atenção, para que haja ações de caráter preventivo, a fim de que, sejam reduzidos os litígios na relação consumeristas dos usuários dos planos de saúde e suas administradoras.

Nesta pesquisa, temos como objetivos a identificação das normas vigentes no Brasil, a luz da Constituição Federal, Código de Defesa do Consumidor e as diretrizes dos planos de saúde, determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a verificação dos entendimentos do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Supremo Tribunal de Justiça (STJ) acerca da problemática discutida, além da demonstração de casos exemplificativos, para assim, discorrer sobre os impactos desta relação consumerista.

Ademais, ao longo do trabalho será possível compreender o funcionamento dos planos de saúde, além da previsão dos direitos do consumidor referente a relação contratual estabelecida entre as partes, além das normativas emitidas pela ANS, durante os anos. Além de identificar possibilidades legislativa para minorar os conflitos judiciais e a sobre carga do judiciário.

Ao abordamos a relação entre os contratantes de plano de saúde e as operadoras, é necessário orientar-se pelo princípio fundamental a qual se baseia esse vínculo, que é a garantia ao acesso a saúde de qualidade. Sendo assim, a violação desse direito causa consequências significativas a todos envolvidos.

Sob esta perspectiva, entender os panoramas relevantes da relação entre consumidores e operadoras de planos de saúde, estabelecendo as diferenças das modalidades do rol de cobertura, que tende a estabelecer o equilíbrio nas relações, permitindo vislumbrar avanços na formulação de normas que possam sanar e reduzir as demandas judiciais.

Dessa forma, a abordagem é relevante para munir a sociedade de forma acessível e prática sobre os seus direitos e deveres, e informações pertinentes ao conteúdo, tendo em vista a expressiva taxa de processos judiciais, os quais poderiam ser evitados através da elaboração de políticas públicas claras e pertinentes ao tema, que visem reduzir os desentendimentos quanto ao rol de cobertura.

O trabalho está dividido em 4 partes, sendo a primeira, a apresentação do instituto jurídico acerca dos planos de saúde, com as observações da sua criação, e

seus regulamentos, em seguida um capítulo sobre as determinações sobre o rol de procedimentos; no capítulo seguinte uma discussão sobre o processo de judicialização das operadoras de planos de saúde, dando ênfase para o estado de Rondônia, e como esse processo pode gerar consequências no âmbito da saúde suplementar; e por fim será apresentado os parâmetros para regulamentação dessa relação jurídica, através do Código de Defesa do Consumidor.

E teve como fonte a dados do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, além de dados da Agência Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Justiça e do Jus Brasil, o qual disponibiliza diversas informações, de forma quantitativa. Não houve exposição daqueles que buscam o Judiciário, portanto nesta forma de coleta, não será necessário a submissão ao Comitê de ética em Pesquisa.

Assim, utilizou-se de metodologia ativa de pesquisa e revisão bibliográfica da doutrina, além das normativas da ANS, os entendimentos do STF, e a Constituição Federal de 1988 e o Código de Defesa do Consumidor, para compreensão da temática e a possibilidade de atingir a uma solução para diminuição das demandas judiciais envolvendo plano de saúde.

Compreende-se que a relevância do tema devido suas peculiaridades, que cabe a interpretação além da legislação para poder decidir de formas que não onerem significativamente para as seguradoras de plano de saúde e nem violem o direito a saúde, sendo está uma garantia fundamental de todos.

2 TRAÇOS RELEVANTES DA SAÚDE SUPLEMENTAR MUNDIAL

A monetização dos atendimentos de saúde aconteceu no período correspondente a 1970, no qual compreende ao momento da história que se questiona sobre a importância das técnicas medicinais de prevenção a doenças, conforme estudos avançados. É neste cenário, que surgem as convenções internacionais para debater sobre políticas que incentivem a promoção de saúde no mundo, uma vez que está relacionada diretamente com o cotidiano das pessoas, e suas variantes têm relação direta com o estilo de vida. (BECKER; COSTA; FLORES; PELLEGRINI; PINHEIRO, 2004, *n. p.*)

Nesta perspectiva, de avanço nos estudos medicinais, a elevação dos custos dos procedimentos, a modernização e os grandes impactos externos sobre os hábitos dos indivíduos, que surgem os sistemas de saúde, sendo promovidos através de políticas públicas e convenções particulares de atendimento. (BECKER; COSTA; FLORES; PELLEGRINI; PINHEIRO, 2004, *n. p.*)

De acordo com a Fundação Rockefeller há uma “grande proporção da população que está disposta a pagar por serviços de saúde do setor privado” e “fortes agentes do mercado (indústria farmacêutica, empresas prestadoras, companhias de seguros) que incentivam as ações de financiamento da saúde, se opondo a um sistema popular e gratuito, favorecendo assim o processo da participação privada e corroborando para um crescimento do setor privado. (GIOVANELLA, 2018, p. 1764, *apud* ROCKEFELLER, 2012, *n. p.*)

Atualmente, a maioria dos sistemas de saúde disponíveis no mundo, são baseados em modelos privados, em que o oferecimento de serviços médicos e hospitalares são de forma onerosa e de alto custo, através de oferecimento de planos de saúde e seguradoras. Temos como alguns exemplos os Estados Unidos, que apresenta seis modelos diferentes, sendo três excepcionalmente públicos; dois são mistos, e um é predominantemente privado, vale ressaltar também que neste país, é considerado o único desenvolvido que não oferece serviços de saúde universais. (GARCIA, PINTO, 2020, p. 5)

Em contraponto, temos os países pertencentes à União Europeia que se subdividem em três formas principais de oferecimento de saúde, baseados em financiamentos em seguros compulsórios, sendo este o prevalecente, e o

financiamento em impostos e as contribuições voluntárias, havendo cobertura ampla a toda população (BARROS, GARCIA, 2002, *n. p.*).

Não obstante, os sistemas na América Latina são subdivididos conforme o modelo político atuante em cada região, ou seja, os países com hegemonia mínima do Estado, possui sistemas de asseguramento e o financiamento privado direto, em contrapartida, o Brasil, em que há maior atuação do Estado, vigora o Sistema Único de Saúde Pública (SUS), de forma abrangente a toda população, e os modelos de seguridade privada. (CARVALHO, LEVINO, 2011, *n. p.*)

Diante desses cenários, é preciso a compreensão de pontos importantes, sendo eles a divergência entre os seguros sociais e seguros privados, que se diferem nos aspectos da compulsória e pelas contribuições independentes dos riscos de adoecer. Esses sistemas, precisam combinar aspectos relevantes, sendo a distribuição de renda e faixa etária da população, para que haja equilíbrio na oferta, sendo essa forma principal nos países europeus. (GIOVANELLA, 2018, p. 1764)

Por outro lado, destaca-se negativamente o sistema de saúde dos EUA, o qual impõe condições restritivas para o direito à saúde, em que a maior parte da população carece de acesso aos serviços básicos, devido ao seu domínio no setor privado, o qual possui valores elevados, o que prejudica ainda mais a condição de vida neste quesito, tratando-se de um país altamente desenvolvido (GIOVANELLA, 2018, p. 1764).

Similarmente, destacam-se os principais modelos na América Latina, que se aparenta ao modelo ofertado nos Estados Unidos, em que a premissa maior é a economia, e não a preservação e garantia da saúde, estabelecendo uma relação direta de consumo, em que doentes são tratados como consumidores, e que dependem obrigatoriamente de condições financeiras para arcar com seus tratamentos (CARVALHO, LEVINO, 2011, *n. p.*).

Em contrapartida, evidencia-se o modelo aplicado no Brasil, o qual visa a equidade e a garantia do direito à saúde, mas que não supre a total necessidade, sendo necessário a implementação do sistema de saúde suplementar, o qual atende mais de um quarto da população, devido a evasão no sistema público ofertado, assim veremos a seguir, e como estes serviços são prestados no Brasil.

2.1 PROCESSO DE CRESCIMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

No Brasil, os atendimentos de saúde suplementar surgem na década de 80, através da “Reforma Sanitária”, a qual proporcionou, não somente, a criação do Sistema de Saúde Único, mas também foi a precursora, dos atendimentos de saúde suplementar. Os atendimentos promovidos por planos de saúde e seguros, foram frutos do acompanhamento das tendências mundiais de estruturação ofertadas por um modelo neoliberal presente neste período, além do baixo investimento na área médica, e a baixa qualidade dos serviços prestados nos serviços públicos de saúde (MALTA, 2001, *n. p.*).

Sob este aspecto, ressalta-se a necessidade de compreensão sobre a maneira em que é ofertado os atendimentos da Saúde Suplementar e sua estruturação no país, uma vez que, está se aproxima dos modelos ofertados no exterior, mas tem suas peculiaridades em relação as necessidades do país.

Neste sentido, em relação a quem tem a livre comercialização dos planos de saúde enquadra-se as empresas do segmento de autogestão, as que ofertam a medicina em grupo, além, das seguradoras e cooperativas, os quais são determinados da maneira a seguir:

Quadro 01: Tipos de Planos de Saúde

PLANO	DESCRIÇÃO
SEGMENTOS DE AUTOGESTÃO:	Aquele que a própria instituição é responsável pela administração do plano de assistência à saúde oferecido aos seus empregados, servidores ou associados e respectivos dependentes, sendo o único modelo que elimina a necessidade de contratação de intermediários.
MEDICINA EM GRUPO:	Em conformidade a Resolução Normativa nº 531/2022, a medicina de grupo, caracteriza-se pela comercialização de planos de saúde para pessoa física ou pessoa jurídica como público em geral.
SEGURADORAS E COOPERATIVAS	Sendo a primeira presididas principalmente por instituições bancárias, e a segunda a partir da iniciativa de médicos, na formação de grupo as quais ofertam serviços de saúde suplementar, de forma autônoma.

Fonte: Adaptado de Jorge e Malta, (2008)

Todos esses modelos, se submetem as regras da regulamentadora dos planos, sendo está a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a qual será detalhada a seguir, apontando seus principais aspectos, forma de atuação e seus impactos sobre a comercialização dos serviços da saúde suplementar;

2.2 A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Inicialmente, o sistema de saúde suplementar possuía regime de natureza especial e vinculada ao Ministério da Saúde, sendo subordinado às diretrizes fixadas pelo Consu (Conselho Nacional de Saúde Suplementar). Em que, o sistema adotado possuía a dicotomia, a qual havia submissão do controle de finanças ao Ministério da Fazenda, e as demandas de regulação de assistência de saúde, ficando a encargo do Ministério da Saúde.

No entanto, posteriormente, com as determinações legais, instaurou-se o domínio total do Ministério público, por meio do Consu, referente ao modelo de regulamentação, cabendo a estes órgãos o controle a parte financeira e a assistência à saúde. Porém, este sistema passou a ser ineficiente, sendo necessário a criação de uma instituição capaz para reger essas ações.

Assim, em virtude da necessidade de regulamentar e fiscalizar as organizações da saúde suplementar cria-se órgão competente, recepcionado pela Lei Federal 9.961/98, a qual dispõe em seu artigo 3º que a ANS, tem por finalidade a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, as quais contribuem para o desenvolvimento das ações de saúde no país (BRASIL, 1998).

Consoante a lei referida, a ANS é uma autarquia federal responsável por regular o setor de planos de saúde no Brasil. Entre as suas atribuições, está a de estabelecer normas e fiscalizar a atividade das operadoras de planos de saúde, além de garantir o cumprimento dos direitos dos beneficiários (BRASIL, 1998).

Compreende-se como competência da ANS, definir as obrigações contratuais das organizações de planos de saúde, estabelecendo o rol de procedimentos mínimos aos quais as operadoras devem oferecer aos seus beneficiários, as formas de criação das modalidades de assistencialismo, além das determinações essenciais para manutenção do equilíbrio da relação de consumo.

Destarte, ainda sobre o rol de cobertura da ANS, devido a sua função norteadora das operadoras, conforme está previsto no art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656/1998.

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação (BRASIL, 1998)

Embora, o rol de procedimentos tenha sua extrema importância, este passou por muitas divergências ao longo dos anos, devido a sua estrutura, haja vista, que este poderia ser taxativo ou exemplificativo, cabendo inúmeras discussões no sistema judiciário brasileiro, sobre a sua complementação. Adiante, será possível a compreensão da diferença destes dois modelos e seus impactos no processo de judicialização.

3 DETERMINAÇÃO DO ROL DE COBERTURA

Devido à obscuridade, quanto ao modelo adotado do rol de cobertura, inúmeras foram as discussões nos tribunais, acerca da cobertura de diversos procedimentos, não listados nas determinações da ANS, os quais eram requisitados judicialmente pelos segurados.

Para ilustrar, nos anos de 2019, houve um desentendimento entre as turmas do Supremo Tribunal Federal (STF) e acerca do rol de cobertura dos planos de saúde. No qual, a quarta turma decidiu através do Recurso Especial - REsp nº 1733013/PR, que os planos de saúde estariam desobrigados a custear procedimentos não listados no rol da ANS, estabelecendo o caráter taxativo do rol de cobertura.

Por outro lado, a Terceira Turma, no julgamento do REsp nº 1876630/SP, compreendeu que o rol possuía natureza exemplificativo. No entanto, o último entendimento, determinado por Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929-SP pela Segunda Seção, determinava a taxatividade, mas possuindo algumas exceções. Conforme, veremos a seguir:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDO NA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDO PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO. (REsp nº 1876630/SP)

Devido as divergências da obrigatoriedade da cobertura ou não dos procedimentos, possibilitou muitas demandas judiciais que solicitavam que procedimentos que não estavam inclusos fossem ofertados pelas operadoras, cabendo aos juristas compreenderem sobre os aspectos relevantes sobre aquele tratamento e a real necessidade da sua cobertura, conforme as exigências da Lei de cobertura dos planos de saúde, sendo que, esta função cabe a ANS.

Diante de um cenário complexo referente as decisões das turmas dos tribunais brasileiros, em 2022, houve a publicação da Lei nº 14.454 de 21 de setembro do ano referido, fica determinado a exigência da cobertura dos planos de saúde baseados no rol exemplificativo, conforme prevê o artigo 1º.

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. (BRASIL, 2022)

No entanto, é cabível a discussão a cerca da possibilidade da utilização de um rol exemplificativo, tendo em vista que este poderá compreender as exceções e a abertura para a implementação das novas modalidades de oferecimento de tratamentos médicos mais modernos, que ainda não há previsão de cobertura, e necessitam ser determinados através de decisões do poder judiciário.

3.1 DIFERENCIAÇÃO DE ROL EXEMPLIFICATIVO X ROL TAXATIVO

O rol taxativo é um conjunto de procedimentos ou serviços que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a cobrir, de acordo com a autoridade da ANS. Essa lista é reforçada periodicamente e estabelece um mínimo obrigatório de cobertura, a fim de garantir o acesso dos beneficiários a serviços essenciais para a promoção da saúde e prevenção de doenças (CAVALCANTE, 2021, *n. p.*).

A inclusão ou exclusão de um procedimento ou serviço no rol taxativo da ANS é baseada em critérios técnicos e científicos, avaliando a eficácia, e a segurança do tratamento. Além disso, a agência também realiza através de processo administrativo, consultas públicas para ouvir a opinião da sociedade antes de realizar mudanças no rol, essas ações estão previstas no artigo 4º, inciso III, da Lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000).

Por outro lado, o rol exemplificativo conforme a Lei nº 4.454/2022, determina que a cobertura de tratamentos que não estejam no rol de procedimentos deverá ser autorizada pela operadora de saúde observando três requisitos, sendo: a comprovação da eficácia; ou recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); e pôr fim a recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde com renome internacional, "desde que sejam aprovadas também para seus nacionais. (DINIZ, 2022, *n. p.*)

Tendo em vista, as diferentes modalidades de rol de procedimentos causaram diversas divergências entre os tribunais durante os últimos vinte e três anos da regulamentação da saúde suplementar, devido ao grande número de requisições judiciais para a cobertura de procedimentos não previstos, que surgiram em detrimento da ciência e de inovações. Assim, ficou fixado, no último ano, o rol exemplificativo, sendo atualizado, conforme prevê o art. 10, §3º da Lei 9.656/98 e da RN 555/22 (DINIZ, 2022, *n. p.*):

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:[...] (BRASIL, 1998)

Segundo entendimento da Quarta Turma do STJ, referente ao REsp. Nº 1.733.013/PR, a ideia de lista exemplificativa, destaca o relator que, ao contrariar os dispositivos legais que preveem o plano básico de referência e a possibilidade de contratação de outras coberturas, acaba por restringir a livre concorrência, estabelecendo, assim, conforme o relator ministro Luis Felipe Salomão, "a mais ampla, indiscriminada e completa cobertura a todos os planos e seguros de saúde" (REsp. Nº 1.733.013/PR).

Á medida que, as operadoras alegam que a determinação do rol obrigatório da ANS eleva os custos operacionais que são previstos dos planos de saúde, possibilita a argumentação, da elevação dos preços pagos pelos consumidores finais, assim, cominando na manutenção das demandas judiciais, envolvendo o processo inflacionário dos planos, visto que, dados indicam que a negativa de cobertura assistencial é a principal causa de litígio envolvendo operadoras de planos de saúde,

respondendo por mais da metade do total de decisões nas duas instâncias. (WANG, 2022, p. 24)

Desta maneira, cabe a agência regulamentadora fornecer um equilíbrio entre essa relação, para que ocorra a diminuição dos processos judiciais, que sobrecarregam a justiça brasileira. Para isso, cabe a reformulação do rol taxativo apresentando na Lei nº 9.656/1998, para que possa atender as demandas dos usuários, e a criação de estudos e pesquisas, que possam garantir a estabilidade e saúde financeiras das OPS (BRASIL, 1998).

3.2 CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

A *priori*, destacaremos, a relevância de discutir sobre as conjunturas que influenciam no processo de judicialização de ações contra os planos de saúde. Pois, há diversos fatores que irão influenciar, nesse processo. Entende-se que na relação de consumo entre os beneficiários da assistência médica e as OPS, pressupõe a necessidade de cumprimento de direitos e deveres de ambas as partes, assim como prevê o Código de Defesa do Consumidor (CDC) e o Código Civil brasileiro.

Nesse sentido o entendimento sobre o Código de Defesa do Consumidor, por Trettel, é que norma é de ordem pública e interesse social, que se apresenta como importante instrumento de promoção de justiça e de igualdade material ao equilibrar a relação entre consumidores e fornecedores, conforme preceitua o art. 4º deste código, veja: (TRETTEL; KOZAN; SCHEFFER, 2018, p. 173).

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: [...]. (BRASIL,1990)

Tendo em vista as determinações do parâmetro da relação consumerista entre os beneficiários da assistência de saúde suplementar e as operadoras de planos de saúde. A aplicação do CDC ocorreu de forma deliberativa nesse liame, somente após o final de 2010, sendo este o momento em que o Superior Tribunal de Justiça editou o enunciado nº 469 de sua Súmula STJ, a qual determina: "aplica-se o Código de Defesa do Consumido aos contratos de planos de saúde" (BRASIL, 2018).

No entanto, posteriormente essa sumula foi cancelada, e passou a vigorar a Súmula 608 do STJ, a qual determinava ressalvas quanto a aplicação do CDC, veja, "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor, aos contratos de planos de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão" (BRASIL, 2018).

A Lei nº 9.656/1998, em seu artigo 35-G, dispôs que se aplicam subsidiariamente aos contratos de planos privados de assistência à saúde as disposições do Código de Defesa do Consumidor. (BRASIL, 1998)

Conforme Gregori (2007), a atuação dos Procons, de entidades civis de proteção e defesa do consumidor e do Ministério Público na área de defesa dos consumidores, com subsídio do Código de Defesa do Consumidor (CDC), foi assegurado o direito das denúncias e queixas contra as OPS. Esse processo, tem extrema relevância, pois, é a partir dessa ação que houve as alterações jurídicas necessárias, para a manutenção dos planos de saúde até a atualidade.

De acordo, com as demandas apresentadas, foram elencadas as principais, sendo elas, dúvidas sobre reajuste, não cumprimento dos contratos por parte das seguradoras, negativas no fornecimento de guias para internação e exames, e cláusulas que excluam doenças. (GREGORI, 2007, p. 32).

Essas ações têm se perpetuado nesse sistema, tendo em vista que, ainda hoje é complexo a estabilidade dos planos de saúde quanto ao rol de cobertura e os valores de mensalidade, pois, durante um mesmo ano pode haver diversos fatores que influenciarão no processo do Estudo Atuário e as determinações quanto as coberturas e o valor dos reajustes.

Para além disso, atualmente a Lei dos Planos de Saúde passou por modificações, já citadas, quanto ao rol taxativo, no entanto a aprovação da Lei 14.454, de 21 de setembro de 2022, traz novamente a discussão a cerca da aplicação do Código de Defesa do Consumidor. O artigo 1º da Lei 9.656/1998 passa a dispor:

Artigo 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:.(BRASIL, 2022)

Em conformidade a essa alteração, o dispositivo revogou tacitamente o artigo 35-G, além da Súmula 608 do STJ, passando a não corresponder com o direito pátrio

vigente. Assim, a utilização do CDC está sendo aplicado para todos os contratos de planos de saúde oferecidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (GREGORI, 2023)

Não somente, evidencia-se que o CDC não é capaz de prever todas as condutas que envolvam relações de consumo. Essa, em verdade, não é a sua proposta, mas sim a de organizar normas gerais, perspectivas e diretrizes a serem aplicadas aos casos que envolvam tais relações. Diante disso, surge a necessidade de se promulgarem normas legais que se referem especificamente a determinados setores, sobretudo aqueles que demandam mais atenção, por envolverem bens sensíveis.

Contudo, não devemos nos abster somente sobre a discussão da aplicação do CDC na esfera das demandas judiciais, far-se-á também necessário a observância da relação contratual, estabelecendo os aspectos essenciais nessa relação consumerista. Sendo assim, classifica-se a relação de consumo, estabelecida via instrumento particular, a qual pressupõe determinadas obrigações, tanto por parte do contratante quanto pela parte contratada.

Nesse sentido, identificar alguns requisitos das OPS, é de extrema relevância, assim como podemos perceber, através do REsp nº 469.911/SP, o qual reforça a não importância da natureza jurídica da entidade que opera o plano de saúde para a caracterização da relação de consumo e a consequente incidência das normas consumeristas. Veja:

ASSOCIAÇÃO CIVIL - PLANO DE SAÚDE COMINATÓRIA - Entidade que se caracteriza como fornecedora pelas disposições do Código de Defesa do Consumidor - Relação de consumo caracterizada - Limitação de sessões de quimioterapia e radioterapia, para o tratamento de câncer da autora - Abusividade ante a sistemática da lei consumerista - Incidência, ademais, da Lei nº 9.656/98 ao contratos celebrados antes de sua vigência, por força da necessidade de adaptação às novas regras das empresas que operam no ramo da saúde - Recurso provido para julgar procedente a ação.

Diante dessas circunstâncias, destacasse também as regulamentações dos contratos entre seguradoras e segurados, os quais são precedidos pelos artigos 757 a 802 do Código Civil de 2002. Fica determinado que os contratos são, bilaterais, comutativos, onerosos, típicos e aleatórios, na medida em que não é possível afirmar se os beneficiários irão obter a vantagem econômica que almejam daquele negócio jurídico. (SAMPAIO, 2008, *n. p.*)

4 O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

Atualmente, cerca de 50 milhões de pessoas dependem do sistema suplementar de saúde no Brasil, conforme dados informados pela ANS, referente ao ano de 2021, referenciada pela pesquisa elaborada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Houve também o levantamento estatístico de que há 142 mil novas ações relativas à saúde suplementar e mais de 350 mil decisões relativas ao tema (GOMES; SOUSA, 2013, *n. p.*).

Neste panorama, a análise circunstancial das ações judiciais, temos a amostragem de que a maioria das ações que partem dos usuários, contra as operadoras de planos de saúde, tem maior probabilidade de obter sentença favorável. Tendo em vista que estas decisões são extremamente importantes para os reflexos futuros na organização das administradoras. Pois, a maior parte dos pedidos são referente a procedimentos de alto custo e indenizações, influenciando diretamente no processo inflacionário dos valores dos planos de saúde (WANG, 2022, p. 24).

Não somente, com base na pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) em 2022, sobre a judicialização dos planos de saúde a nível nacional, a maior parte das demandas são movidas por pacientes com transtornos mentais e comportamentais, com destaque para pacientes dentro transtorno do espectro autista e pacientes com tumores malignos (WANG, 2022, p. 24).

Ademais, vale ressaltar que 80% dos casos são relativos à negativa de cobertura assistencial. A luz do art. 10, da Lei nº 9.656/1998, temos o estabelecimento de um plano referencial, em que determina um rol mínimo de tratamentos em que todos os planos de saúde devem cobrir, assim, há a exclusão de procedimentos estéticos, inseminação artificial e terapias experimentais (BRASIL, 1998).

Por conseguinte, as ações além de serem prejudiciais as Operadoras de Plano de Saúde (OPS), refletem no consumidor final também, uma vez que, estes sofreram com reajustes de mensalidades, devido à elevação das despesas assistenciais anuais, como por exemplo, gastos com os tratamentos individuais de alto custo, tendo a prospecção nos estudos atuarial, sendo este a forma de cálculo dos percentuais para reajuste (WANG, 2022, *n. p.*).

Para aludir, de acordo com a Resolução Normativa (RN) nº 441/2018, o cálculo das taxas percentuais de reajuste, é calculado pela variação das despesas

assistenciais (VDA) e com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Temos que, as demandas judiciais refletem diretamente sobre as despesas assistenciais, ou seja, as despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde não previstos, não somente, o IPCA incide sobre as despesas não assistenciais das operadoras (RN ANS, 2018).

Nesse sentido, é notório a influência da judicialização sobre a base de cálculo do IPCA, em que há uma significativa onerosidade, considerando que as despesas não assistenciais, são compostas pelas condenações de pagamento de indenizações, despesas processuais e processos administrativos (WANG, 2022, *n. p.*).

Do mesmo modo, há diversos fatores que acarretam o processo de elevação dos custos da saúde suplementar, sendo algumas circunstâncias alheias e externas as operadoras. Cabendo o destaque para o aumento excessivo do valor dos produtos e tratamentos de saúde, devido ao processo de modernização e alto desenvolvimento tecnológico (ANTONIO, 2018, *n. p.*).

Além disso, há um alerta para o crescimento sistemático das despesas na área da saúde suplementar em taxas insustentáveis, sendo estas acima da inflação (geral) de preços ou do crescimento das rendas das pessoas e empresas. Assim, esses índices incidem significativamente no consumidor final, inviabilizando o sistema de saúde suplementar (CHECHIN, 2018).

Neste paradigma, é necessário avaliar as reações das Operadoras de Planos de Saúde (OPS), segundo Lobrigatti (2013), as OPS estão passando por um processo de coibição, devido as normatizações e regulamentações impostas pela ANS, e o grande número de decisões desfavoráveis referente as ações judiciais, sendo estes impactos refletem diretamente na saúde financeira dessas (SILVA, DIAS, p. 82, *apud* LOBRIGATTI, 2013, *n. p.*).

Sob esta perspectiva, compreende-se que as ações judiciais movidas por planos de saúde são uma constante no cenário brasileiro, conforme dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça, nos anos de 2008 a 2018 foram judicializados mais de o 116.518, com margem positiva, para um número maior de casos, devido a inconsistência de dados em diversos tribunais regionais. Principais demandas são: negativa de cobertura assistencial, reajuste de mensalidade, manutenção do contrato, e outros (CNJ, 2019).

Para além, disso temos como dado amostral mais recente, nos anos de 2018 a 2022, houve mais de 130.980 decisões em 1ª instância, levando em consideração

pedidos de tutela antecipada, agravos, sentenças e apelações, conforme demonstra a pesquisa elaborada pela FGV em 2022. Esse índice elevado de tramitações judiciais, comprova relação desequilibrada entre os dependentes do sistema de saúde suplementar e as OPS. Assim, compreende-se que há uma lacuna jurídica, sobre as regulamentações das operadoras (FGV, 2022).

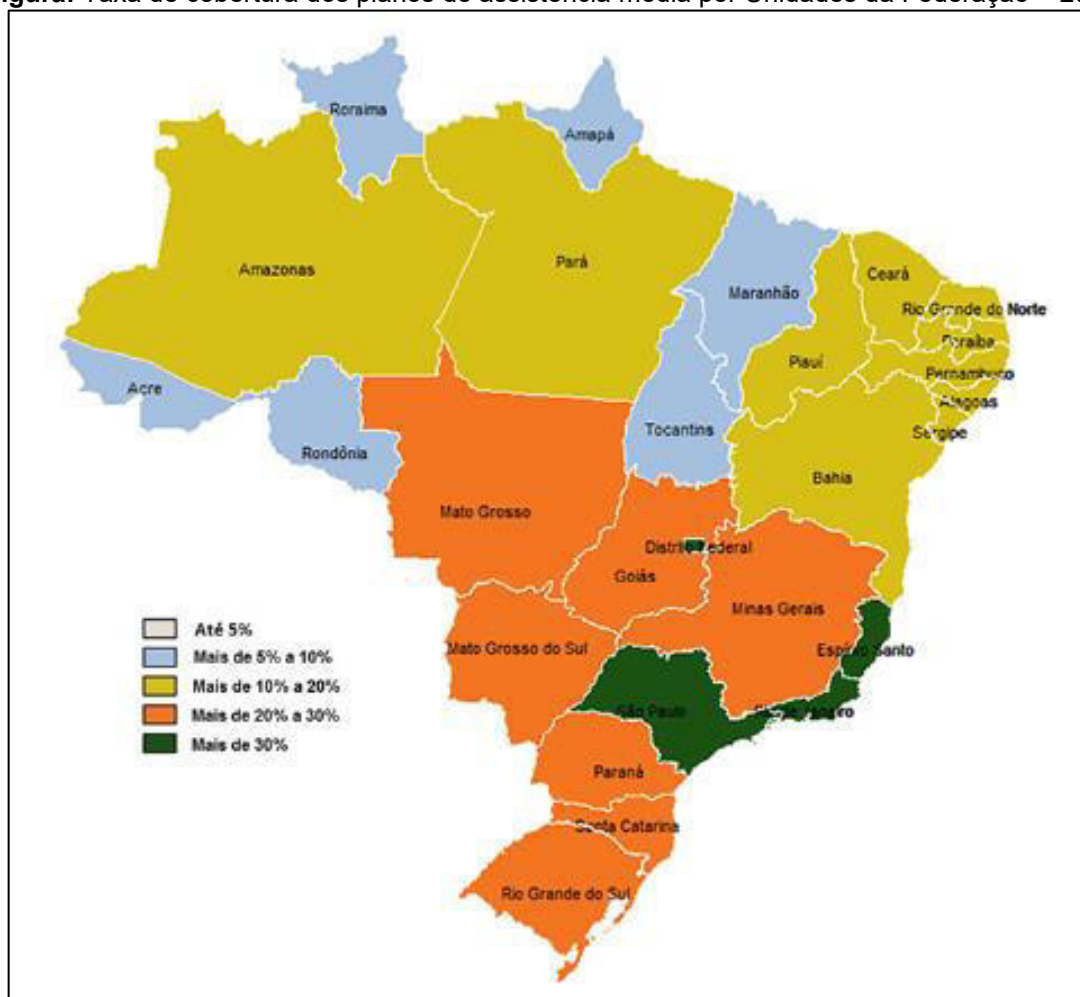
Esse déficit de normas jurídicas e fiscalização pelo órgão responsável, se reverbera por meio do significativo número de processos judiciais, e a quantidade de decisões emitida, tanto em primeira instância, como em segunda, sendo estas em maioria a favor dos consumidores, comprovando que há um desequilíbrio na relação, o qual precisa restaurado, principalmente para que não haja um declínio na saúde suplementar.

O expressivo percentual de ações favoráveis ao pleito dos consumidores e pacientes chama atenção para irregularidade das interpretações dada à legislação brasileira pelas operadoras de planos de saúde e pela ANS em relação aos tribunais, gerando alta conflitualidade (TRETTEL; KOZAN; SCHEFFER, 2018).

4.1 AS PRINCIPAIS AÇÕES JUDICIAIS EM RONDÔNIA

A população atual de Rondônia, segundo dados do último censo demográfico, sendo de 2022, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), é de 1.581.016 habitantes, sendo que somente 115.877 pessoas possuem plano de saúde conforme levantamento feito pela ANS em junho de 2023.

A escolha da abrangência geográfica da pesquisa, restrita ao Estado de Rondônia, justificou-se por ser esta a unidade da Federação que concentra uma das menores taxa de cobertura de saúde suplementar. Esses dados são demonstrados, em comparação a nível nacional, sendo que, no Brasil mais de 50 milhões de pessoas dependente do sistema de saúde suplementar. A imagem a seguir, demonstra que a taxa de cobertura de planos de saúde no estado de Rondônia é baixa, levando em consideração os demais estados, ou seja, somente 5% a 10% da população da região, possui alguma assistência médica da saúde suplementar.

Figura: Taxa de cobertura dos planos de assistência média por Unidades da Federação – 2023

Fonte: Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2023)

Além disso, deve ser levado em consideração a análise dos últimos três anos, em que houve um declínio no número de beneficiários de OPS em Rondônia. A pandemia do COVID-19, influenciou nesse processo, mas não somente, os percentuais de reajustes durante esse período, fez com que houvesse uma queda no número de beneficiários dos planos.

Quadro 02 - Número de beneficiários de planos de saúde em Rondônia nos anos de 2022 a 2023

ESTADO	JUNHO/2022	JUNHO/2023
RONDONIA	155.985	115.877

Fonte: adaptado da Agência Nacional de Saúde (2023)

Diante desse cenário, podemos identificar que houve uma queda significativa de beneficiários de planos de saúde em menos de um ano. O que é divergente com o

contexto nacional, tendo em vista que, em comparação aos anos de 2020 a 2021, em ocorreu a diminuição de usuários, devido a pandemia de COVID-19, os anos de 2022 a 2023, demonstrou a recuperação desse setor apresentando um percentual de crescimento (ANS, 2023).

Em consoante, a relação quantidade de beneficiários e o número de processos judiciais, é necessário o aprofundamento dos estudos quanto evolução da judicialização no estado de Rondônia, tendo em vista que, no cenário geral há demanda significa, estes dados podem refletir também no estado.

Para este estudo, usaremos os dados estáticos levantados pelo Tribunal de Justiça de Rondônia (TJRO), em que temos o acervo ativo de setenta e um processos tramitando entre os juizados e instâncias de primeiro e segundo grau. Na tabela a seguir, está demonstrado o número de casos por comarca, podendo observar um número alto de casos na comarca de Porto Velho, o que destoa das mais, que apresenta números irrisórios de casos (TJRO, 2023, *online*).

Quadro 03: Número de processos por comarca no acervo ativo.

COMARCA	Nº DE CASOS
PORTO VELHO	29
ARIQUEMES	7
Ji-PARANÁ	4
VILHENA	2
CACOAL	1
GUAJARÁ-MIRIM	1
ROLIM DE MOURA	1

Fonte: TJRO (2023)

Ademais, ao extrair os dados do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, envolvendo os processos de 2020 a 2023, com o assunto “plano de saúde” e “planos de saúde”, teve apenas o registro de 101 novos processos.

Tais processos estão 39 em Porto Velho, 7 em Ariquemes, 2 em Cacoal, 4 em Ji-Paraná e 5 em Vilhena, e 1 caso cada em Guajará-Mirim, Ouro Preto do Oeste, Rolim de Moura e Espigão do Oeste. Tais resultados do TJ-RO demonstram que não houve nenhum processo com assunto “planos de saúde” nas comarcas de Alta

Floresta, Buritis, Colorado, Costa Marques, Santa Luzia D'Oeste e São Miguel do Guaporé. Alvorada D'Oeste, Cerejeiras. Esses processos foram distribuídos anual, conforme tabela a seguir.

Quadro 01 - Processos referente a Planos de saúde nas comarcas de Rondônia acervo ativo de 2023

COMARCA	Total
Alta floresta D' Oeste	0
Alvorada D'Oeste	0
Ariquemes	7
Buritis	0
Cacoal	2
Cerejeiras	0
Colorado D'Oeste	0
Costa Marques	0
Espigão D'Oeste	1
Guajará-Mirim	1
Jaru	0
Ji-Paraná	4
Machadinho do Oeste	0
Nova Brasilândia D'Oeste	0
Ouro Preto do Oeste	1
Porto Velho	39
Pimenta Bueno	0
Presidente Médici	0
Rolim de Moura	1
Vilhena	5
Total	101

Ao analisar os dados emitidos pelo Tribunal de Justiça de Ronodnia, se faz de difícil comparação os anos de 2021, 2022 e 2023, tendo que há uma diferencia mínima por nos casos apresentados no acervo ativo de cada ano, sendo que, em 2021 o

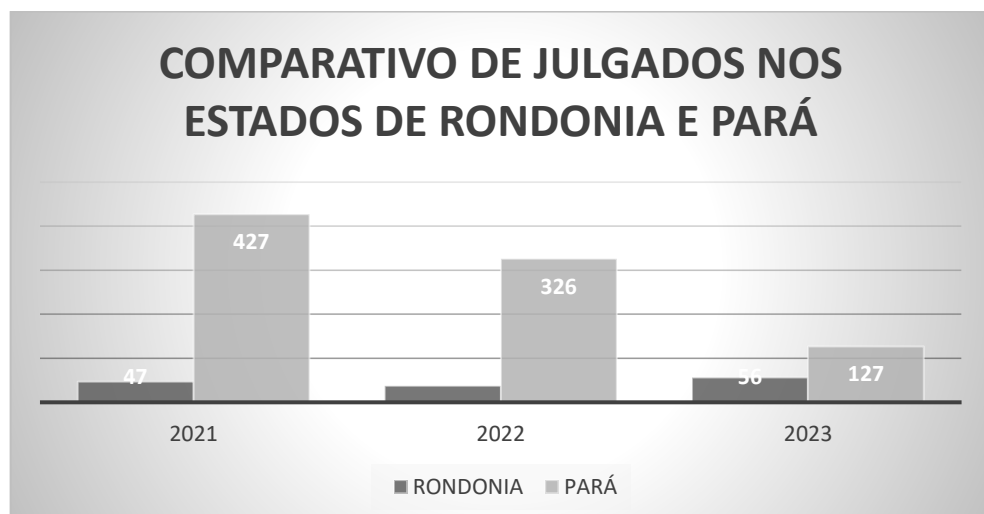
acervo era de 69, tendo mais 32 novos casos no ano de 2022, e em 2023 o surgimento de 68 novos processos. (TJRO, 2021, online)

Assim, a pesquisa pode afirmar que há um cadastramento errado dos processos envolvendo plano de saúde no sistema do PJ-e, devido ao baixo número de processos cadastrados. Cruzando as informações dos Diários de Justiça do Estado de Rondônia publicados no Jus Brasil, localizou-se o termo plano de saúde diversas publicações.

É sabido pelo Conselho nacional de saúde que há uma defasagem quanto os dados referentes a processos judiciais, pois, consideram que elevada proporção de litigância do setor, mas que devido à falta de dados explícitos, dificulta o entendimento em qual área está resultando maior volume de processos, sendo assim, compreende-se a real necessidade de uma investigação mais otimizada dos casos em Rondônia, conforme relatório analítico propositivo (CNJ, 2022, *n. p.*).

Portanto, não seria possível que 101 processos gerarem tantas publicações. Logo, fica evidente a necessidade de que os processos judiciais sejam cadastrados corretamente, tanto por parte dos advogados quanto os membros do Poder Judiciário. Tendo em vista essa circunstância, compararemos os estados de Rondônia e Pará. (TJRO, 2021, online)

Ao compararmos os dados levantados do Tribunal de Justiça do Pará, com o TJRO, teremos uma grande discrepância de dados, mesmo que ambos os estados pertençam a mesma região. Isso, se dá pelo processo de cadastramento de processos no PJ-e, corroborando para uma demonstração estatística mais precisa e passível de análise. Veja a seguir:



Comparando não somente o estado de Rondônia, com demais entes federativos haverá considerável desigualdade entre estes em várias regiões do país, no entanto isso não evidencia que temos poucos processos movidos contra as OPS, e sim, que há uma falha no levantamento dos dados, tendo em vista que há dados comprobatórios emitidos pelo Conselho Nacional de Justiça, que confirma esse cenário. (CNJ, 2023, p.45)

Portanto, compreende-se que há falta de dados prejudica significativamente a possibilidade de desenvolvimento de soluções de conflito dentro do estado, tendo em vista que não há base para esse levantamento e elencar as áreas dentro do sistema jurídico que está sendo mais requeridas nesses processos. Adiante, veremos a consequência do processo de judicialização na esfera nacional, e como tem afetado diretamente as OPS.

4.1 CONSEQUÊNCIAS DAS AÇÕES JUDICIAIS

Nesta perspectiva, considerando a excessiva intervenção judicial nos planos de saúde, demonstra a necessidade de realizar a análise dos riscos que pode ocorrer sobre as gestões das seguradoras e cooperativas de plano de saúde. Sendo a principal consequência o aumento da sinistralidade, e o risco em potencial que isso pode gerar. (SILVA, 2018, *n.p*)

Tendo em vista que, este setor tem colaborado fortemente com o setor de economia e de saúde, levando em consideração, a geração de emprego, o auxílio a saúde pública, sendo esta uma vertente que pode sim desafogar o sistema de saúde público, desde que tenha preços acessíveis. Além disso, a movimentação orçamentária dos planos de saúde é de forma expressiva para a economia do país, movimentando milhões de reais anualmente. (ANS, 2023, *online*)

Ano	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais	Receitas administrativas
2021	207.649.359.814	24.023.848.908	7.981.025.537	18.121.093.198	0
2022	208.138.594.141	25.930.435.596	8.363.982.290	20.728.471.337	22.600.492

2023	116.413.163.842	13.909.472.190	4.676.177.795	11.681.326.086	304.252.437
-------------	-----------------	----------------	---------------	----------------	-------------

Assim, deve-se destacar que a desvalorização deste setor, pode lesar as demais relações construídas, além da relação consumeristas entre beneficiários e OPS, os prejuízos que são incalculáveis pode atingir os seus fornecedores, os hospitais, os clientes, os funcionários, o órgão regulador, entre outros envolvidos em seu funcionamento. (SILVA, 2018, *n. p.*)

Além disso, há consequências que fogem das previsões legais e contratuais, as operadoras adentram em um plano de sensibilidade e imprevisibilidade situacional (MACHADO, 2020, p.18). Pois, entende-se que não há estabilidade financeira para as OPS, devido os valores arrecadados serem relacionados diretamente com os valores pagos mensalmente pelos beneficiários, sendo está a primeira e principal fonte de arrecadação das empresas seguradoras.

Diante disso, ressalva-se a teoria do risco-proveito do empreendimento, ou seja, a instituição de economia privada, responderá pelos danos mesmo sem ter culpa ou dolo, sendo estes causados ao consumidor em razão da atividade econômica, conforme preceitua o acordo:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. FORTUITO INTERNO. TEORIA DO RISCO DO EMPREENDIMENTO OU DO RISCO-PROVEITO. NEGATIVAÇÃO INDEVIDA. DANO MORAL IN RE IPSA. ANOTAÇÕES PREEXISTENTES, SÚMULA Nº 385 DO STJ. - A teoria do risco do empreendimento (ou do risco-proveito) estabelece que é objetiva a responsabilidade - ou seja, reconhecida independentemente da prova de culpa ou dolo do agente - por danos causados ao consumidor em razão de fatos que, embora não derivados diretamente de ação ou omissão do empresário, são decorrentes da própria organização de sua atividade econômica - os denominados "fortuitos internos" [...]"
(TJ-MG - AC: XXXXX21018310001 MG, Relator: Rui de Almeida Magalhães, Data de Julgamento 29/06/2022, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 29/06/2022)

Dessa maneira, admite-se a compreensão dos riscos explícitos as administradoras, pois, de acordo com as condições as quais tem sido exposta, as consequências trarão prejuízos não somente para estas, mas também para os consumidores finais, uma vez que, estes são os responsáveis pela manutenção desses serviços. Assim, reconhece-se a necessidade do emprego do Código de

Defesa do Consumidor com conjunto com as normas vigentes regulamentadora das OPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob esta perspectiva, temos o entendimento da relevância de realizar a redução do processo de judicialização dos planos de saúde, tendo em vista que, estes fazem parte do importante conjunto, que complementar o fornecimento de assistência médica para toda a população.

Essa importância se dá, a partir do momento em que compreendemos necessidade de termos um país com índices significativos em relação a saúde ofertada, uma vez que, temos uma sociedade doente, e que não é possível ser atendimento, teremos reflexos, nas demais áreas fundamentais.

Assim, compromete-se a educação, o lazer, o trabalho e a qualidade de vida de todos. Mesmo, havendo a predominância dos atendimentos pelo setor público, ainda se faz necessário a utilização das Operadoras de Planos de Saúde para o atendimento de uma parte relevante da sociedade.

Dessa forma, partir do momento que existe o processo de colaboração entre ambos os sistemas, sejam esses o sistema de saúde pública e o sistema de saúde suplementar, em consonância ao conjunto de políticas públicas eficientes, as quais fomenta o incentivo no desenvolvimento de tecnologias brasileiras, sem a necessidade de importação estrangeira, o investimento empresarial na medicina, a promoção da regulamentação das taxas inflacionárias dos planos de saúde.

Estabelecerá uma relação de equilíbrio entre o sistema de saúde público e o suplementar, para a formação de uma estabilidade entre os tratamentos ofertados a população, haja vista que, a Constituição Federal Brasileira, prevê em seus preceitos fundamentais a garantia a saúde, pois, entende-se que somente o sistema de saúde público não possui base suficiente para suprir toda a demanda, e nem a premissa contrária.

Além disso, priorizar o equilíbrio na relação consumerista é fundamental, para manter o investimento na área da saúde suplementar, uma vez que é possível a derrocada desse setor, tendo em vista o grande número de processos em desfavor. O grande número de processos tramitando dentro do setor judiciário, reflete um cenário de inconsistência e bipolaridade na relação, havendo assim, um processo de boicote a saúde suplementar.

Cabe também, a necessidade da conscientização e disciplinariação dos operadores do direito quando ao processo de cadastramento dos casos referente aos

planos de saúde no estado de Rondônia, para assim, ser possível ter com clareza a real situação do judiciário quanto a esses processos. Podendo formentar dessa maneira, a criação de leis e normativas jurídicas que possam auxiliar no desenvolvimento da minimização dos casos tramitando no judiciário brasileiro.

O fornecimento de cursos e informações quando ao cadastramento de processos no sistema PJ-e se faz de extrema importância, para que tenhamos o primeiro feito significativo quanto a transparência de informações neste aspecto. Cabendo, não somente, a organização por parte do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, realizar o levantamento correto de todos os processos que contam no acervo ativo nas disciplinas que envolvam, direito do consumidor, plano de saúde, direto a saúde e também.

Para além disso, é indispensabilidade a exigência do posicionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, quanto aos elevados números de processos. Sendo essa disposição, seja favorável para a regulamentação da relação beneficiário e operadoras de planos de saúde, visando através de normas regulamentadoras, transparentes e precisas para reduzir os impactos das ações judiciais e desafogar o sistema judiciário brasileiro, nas demandas que versão sobre o CDC, Código Civil e normas da ANS, dando autonomia para as partes poderem resolverem os conflitos e demandas de forma autônoma.

REFERÊNCIAS

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

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

ALPACA, Hanna Nathalie. **Planos de saúde registram mais de 49,5 milhões de beneficiários em maio, aponta ANS**. CNN Brasil. Rio de Janeiro. 07.07.2002 Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/planos-de-saude-registram-mais-de-495-milhoes-de-beneficiarios-em-maio-aponta-ans/>. Acesso em: 31 out. 2023.

ANTONIO, Gilka Lopes Moreira. **A política de reajuste dos planos de saúde: discussões sobre a alteração da metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares no âmbito da ANS**. 2018.

BARROS, Pedro Pita; GOMES, Jean-Pierre. Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. **Lisboa: Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/resolucao-do-conselho-nacional-de-saude-no-1961996>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL. Código Civil. (Lei nº 10.406 de 10/01/02) 54 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Para Quarta Turma, lista de procedimentos obrigatórios da ANS não é apenas exemplificativa. **Superior Tribunal de Justiça**. 2019. Publicado em: 13 dez. 2019. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/Para-Quarta-Turma-lista-20-de-procedimentos-obrigatorios-da-ANS-nao-e- apenas-exemplificativa.aspx>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Para Quarta Turma, lista de procedimentos obrigatórios da ANS não é apenas exemplificativa. **Superior Tribunal de Justiça**. 2019. Publicado em: 13 dez. 2019. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/Para-Quarta-Turma-lista-20-de-procedimentos-obrigatorios-da-ANS-nao-e- apenas-exemplificativa.aspx>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CAVALCANTE, Silvia de Souza. Exemplificativa ou taxativa? A natureza jurídica do "rol da ANS" à luz do RESP Nº 1.733. 013/PR. **A natureza jurídica do "rol da ANS" à luz do RESP**, n. 1.733, p. 013, 2021. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/17658/1/SSCavalcante.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

FERRER, Gustavo Gonçalves. **Operadoras de planos de saúde e burocracia: responsabilidade civil em caso de demora na prestação de serviços**. 2011.

GERSCHMAN, Silvia. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, 2008.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1763-1776, 2018

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

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA – INSPER. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Justiça Pesquisa – Relatório Analítico Propositivo. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: . <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL 61. **Censo 2022: Rondônia tem crescimento populacional de mais de 18 mil em relação ao último censo**. Disponível em: [https://brasil61.com/n/censo-2022-rondonia-tem-crescimento-populacional-de-mais-de-18-mil-em-relacao-ao-ultimo-censo-bras238736#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rond%C3%B4nia%20em,Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20\(IBGE\)](https://brasil61.com/n/censo-2022-rondonia-tem-crescimento-populacional-de-mais-de-18-mil-em-relacao-ao-ultimo-censo-bras238736#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rond%C3%B4nia%20em,Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20(IBGE)). Acesso em: 15 ago. 2023

LEVINO, Antonio; CARVALHO, Eduardo Freese de. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, p. 490-500, 2011. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14850/1/Beatriz%20Machado%20-%2021600379.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023

MACHADO, Beatriz de Oliveira. **O aumento da judicialização da saúde e os reflexos desse fenômeno nas atividades das operadoras de planos de saúde: eventual quebra do equilíbrio econômico-financeiro**. Artigo (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS, Centro Universitário de Brasília (UnICEUB). Brasília, p. 22. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do projeto de vida e acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte**, 1993-1996. Tese (Doutorado) Faculdade De Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2001. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/296829222.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; JORGE, Alzira de Oliveira. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1535-1542, 2008. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v13n5/18.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

MINISTÉRIO da Saúde. **Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2013-2023)**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 31 out. 2023

PINTO, Rosa Maria Ferreiro; GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, AM da S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Revista científica Intraciência**, v. 19, p. 1-9, 2020.

REZENDE, Francisco Matheus Cavalcante. **Procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): rol taxativo ou exemplificativo?** 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/49064/1/Procedimentoeventosemsa%20c3%bade_REZENDE_2022.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

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

SILVA, Felipe Alves da. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico-Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde**. 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriottcc/article/viewFile/972/859>. Acesso em: 31 out. 2023.

SOUSA, Lígia Maria de; GOMES, Flávio Marcelo. **A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**. 2012.

TEIXEIRA, Luís Edmundo Noronha et al. **A judicialização na saúde suplementar: uma avaliação das ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017. *Saúde em Debate* [online]. 2022, v. 46, n. 134, pp. 777-789. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n134/777-789/pt/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133>. Acesso em: 15 jun. 2023

WANG, Daniel Wei Liang et al. **A judicialização da saúde suplementar: uma análise empírica da jurisprudência de 1a. e 2a. instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo**. 2022.

RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Evelyn Gabrielle Araújo Picolli

CURSO: Direito

DATA DE ANÁLISE: 07.11.2023

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **5,94%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [△](#)

Suspeitas confirmadas: **5,44%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [△](#)

Texto analisado: **99,57%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).


Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.8.5
terça-feira, 7 de novembro de 2023 08:16

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho do discente **EVELYN GABRIELLE ARAÚJO PICOLLI**, n. de matrícula **42221**, do curso de Direito, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 5,94%. Devendo o aluno realizar as correções necessárias.

Documento assinado digitalmente
 HERTA MARIA DE AÇUCENA DO NASCIMENTO S/
Data: 08/11/2023 18:22:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA