

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

SIDRAK BRAZ DE LUCENA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Ferramenta de gestão de demandas judiciais com vistas à redução dos custos assistenciais: um exemplo aplicado numa operadora de saúde de autogestão.

SÃO PAULO
2021

SIDRAK BRAZ DE LUCENA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Ferramenta de gestão de demandas judiciais com vistas à redução dos custos assistenciais: um exemplo aplicado numa operadora de saúde de autogestão.

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde

Orientadora: Ana Maria Malik

SÃO PAULO
2021

Lucena, Sidrak Braz de.

Judicialização da saúde: ferramenta de gestão de demandas judiciais com vistas à redução dos custos assistenciais: um exemplo aplicado numa operadora de saúde de autogestão / Sidrak Braz de Lucena. - 2021.

92 f.

Orientador: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Assistência médica. 2. Operadoras de planos de saúde. 3. Saúde suplementar - Aspectos jurídicos. 4. Serviços de saúde - custos. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 614.2

SIDRAK BRAZ DE LUCENA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Ferramenta de gestão das demandas judiciais com vistas à redução dos custos assistenciais: um exemplo aplicado numa operadora de saúde de autogestão.

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Data da aprovação: 08/02/2021

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)
(FGV – EAESP)

Prof. Dr. Arthur Ridolfo Neto
(FGV – EAESP)

Prof. Dr. José Luiz Toro da Silva
(Prof. Convidado EPD e Univ. Coimbra)

AGRADECIMENTOS

Aos professores do MPGC, em especial a minha orientadora, Profa. Dra. Ana Maria Malik, um exemplo de grande pesquisadora dedicada ao ofício de ensinar. Obrigado pelo incentivo, pelo diálogo franco e pela sabedoria demonstrada nos muitos encontros presenciais e virtuais.

Aos professores membros da banca examinadora, Prof. Dr. José Luiz Toro da Silva, pelas palestras inspiradoras no âmbito da UNIDAS, que tanto me incentivaram ao mergulho neste mestrado, e ao Prof. Dr. Arthur Ridolfo Neto que, através dos ensinamentos da matéria Finanças em Saúde, despertou em mim as bases fundamentais para composição desta pesquisa.

À Infraero, na pessoa do Dr. Gilvandro Vasconcelos Coelho de Araújo, diretor de Soluções Jurídicas e Administrativas, e ao Dr. Cândido Ferreira de Assis Neto, superintendente de Gestão de Pessoas, indivíduos fundamentais na concessão da licença que me possibilitou realizar a presente pesquisa. Aos senhores, meus sinceros agradecimentos.

Aos colaboradores do RH da Infraero, em especial às equipes que tive o privilégio de liderar na Gerência do Plano de Saúde - RHPS, aos colegas da área Jurídica, da área Financeira e a todos que foram fundamentais na realização desta pesquisa, meu muito obrigado!

Aos amigos inesquecíveis da Turma 2019 do MPGC, os “Carretos MPGC” ficarão para sempre em nossos corações, ou, parafraseando o poeta, alguma coisa acontece no meu coração quando pegamos o traslado Congonhas-FGV-Congonhas com: Simone, Amilton, Fitti, Joatan, Luiz, Tiago e Cadore. Aos colegas residentes em São Paulo: Cid, Cyrillo, Gabriel, Graziela, Fernando, Fernanda, Jorge, Marcos, Marcia, Rafaella, Rute, Shirley, Thiago e Valéria, como foi bacana o compartilhamento de tantas experiências legais! Um aprendizado que não tem fim.

A Emerson, Iris, Mirella, Renata, Eytan, Cris, Rejane, Salete, Dorgi, José Antonio, Chico e Izabel, todos que leram este trabalho previamente e/ou debateram comigo as ideias propostas, tornando mais claras as exposições. Muito obrigado pelo apoio e colaboração.

Por fim, a minha grande família pelo carinho e presença de sempre, Maria Zacarias, Salete, Solange, Simone, Sandoval, Dorgi, Iraneide, Pedro, Vitória, além dos tios e primos queridos. Todos são um porto seguro com o qual a vida me presenteou.

“Toda teoria deve ser feita para poder ser posta em prática, e toda a prática deve obedecer a uma teoria. Só os espíritos superficiais desligam a teoria da prática, não olhando a que a teoria não é senão uma teoria da prática, e a prática não é senão a prática de uma teoria. Quem não sabe nada de um assunto, e consegue alguma coisa nele por sorte ou por acaso, chama “teórico” a quem sabe mais e, por igual acaso, consegue menos. Quem sabe, mas não sabe aplicar – isto é, quem afinal não sabe, porque não saber aplicar é uma maneira de não saber –, tem rancor a quem aplica por instinto, isto é, sem saber que realmente sabe. Mas em ambos os casos, para o homem são de espírito e equilibrado de inteligência, há uma separação abusiva. Na vida superior, a teoria e prática completam-se. Foram feitas uma para a outra.”

Fernando Pessoa,
Teoria e Prática – Palavras Iniciais – Revista de
Comercio e Contabilidade, Lisboa, 1926.

In memoriam

Ao meu pai, Severino Braz de Lucena, um homem da prática, a quem coube o meu despertar da importância da teoria.

RESUMO

São muitas as preocupações que inquietam os gestores do setor de saúde nestes últimos anos. O aumento dos custos na saúde se soma a um ambiente normativo bastante regulado, que convive com uma progressiva insegurança jurídica provocada pela crescente judicialização da saúde. No presente Trabalho Aplicado optou-se pelo desenvolvimento de uma solução de gestão que possibilite a melhoria do gerenciamento dos processos, no âmbito de uma operadora de autogestão. O objetivo geral deste estudo é desenvolver uma ferramenta de controle que proporcione a melhora do gerenciamento das demandas judiciais e que reduza os custos da judicialização da saúde. Seus objetivos secundários são medir o custo da judicialização da saúde numa operadora de saúde, identificar os diferentes tipos de regulação que disciplinam as ações judiciais associando-as aos custos apurados e propor ações estratégicas a partir da utilização da ferramenta criada visando diminuir os custos da judicialização. O estudo foi desenvolvido numa base documental, de abordagem quantitativa, descritiva e retrospectiva, baseado nas demandas judiciais, dos últimos 5 anos (de 2015 a 2019), no âmbito de uma empresa de autogestão do setor de saúde suplementar. Os resultados demonstraram que a ferramenta criada contribui para a melhoria da gestão dos processos por meio da medição dos custos provenientes da judicialização. Conclui-se que a ferramenta desenvolvida possibilitou, além do acompanhamento sistemático dos custos da judicialização, a proposição de adoção de melhorias estratégicas e de processos.

Palavras-chave: judicialização; judicialização da saúde; custo da judicialização; ferramentas de controle; autogestão.

ABSTRACT

In recent years, the increase in health costs in the context of a highly regulated environment is an important concern for health managers. This coexists with increasing uncertainty caused by the growth in health litigation. In this dissertation, we decided to develop an administrative solution that makes it possible to improve the management of the processes within the context of self-managed health on nonprofit plans. The general objective of this study is to develop an instrument to improve the management of lawsuits and reduce the costs of health litigation. The secondary objectives are to measure the cost of litigation for a health insurance plan; to identify the different types of regulations and to associate them with the costs incurred, and, finally to propose strategic actions based on the use of this instrument. The study was developed using legal documents and a bibliographic search. The approach used was quantitative, descriptive, and retrospective, based on lawsuits from the years 2015 to 2019, the context of a self-managed nonprofit company in the supplementary health sector. The results showed that the use of this tool can contribute to the improvement of management through the measurement of the costs of the lawsuits. The conclusion is that this instrument enabled the systematic monitoring of the costs of lawsuits, and the design of possible improvements in strategies and processes.

Keywords: judicialization of health; cost of judicialization; control tools; right to health care; self-insured.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Acordo Coletivo de Trabalho
AIR	Avaliação de Impacto de Regulação
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CGPAR	Comissão Interministerial de Governança e de Administração de Participações Societárias da União
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Infraero	Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária
Infraprev	Instituto Infraero de Seguridade Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
NAT	Núcleo de Análise Técnica
NI	Norma Interna
PAMI	Programa de Assistência Médica da Infraero
PDITA	Programa de Demissão e Transferência Incentivada da Infraero
SINA	Sindicato Nacional dos Aeroportuários
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A cartografia do campo regulatório da ANS.....	22
Figura 2 - Proposição de ações estratégicas.....	65
Figura 3 - Proposição das ações estratégicas	69
Figura 4 - Proposição das ações estratégicas aplicadas - PAMI	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Judicialização da Saúde no Brasil – 2019	34
Tabela 2 - Temas associados a gastos na saúde e judicialização	36
Tabela 3 - Dos processos judiciais analisados	45
Tabela 4 - Origem dos processos analisados.....	46
Tabela 5 - Dos pedidos pleiteados nas demandas judiciais.....	46
Tabela 6 - Detalhamento dos pedidos pleiteados nas demandas judiciais	47
Tabela 7 - Número de vidas ativas	48
Tabela 8 - Regras de coparticipação Acordo coletivo 2013-2015.....	52
Tabela 9 - Faixas salariais dos beneficiários titulares.....	52
Tabela 10 - Tabela de contribuição mensal dos beneficiários.....	53
Tabela 11 - Valor limite das contribuições mensais/ mensalidades	54
Tabela 12 - Limites de contribuição máximo por beneficiário.....	54
Tabela 13 - Do custo anual dos processos.....	55
Tabela 14 - Análises de custos consolidados	58
Tabela 15 – Percentual de custo de judicialização / custo total	58
Tabela 16 – Os 10 processos de maior custo acumulado	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Medidas dos quadrantes A e B em comparação aos valores totais	71
Quadro 2 - Medidas dos quadrantes C e D em comparação aos valores	72
Quadro 3 - Medidas dos quadrantes E e F em comparação aos valores totais	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Classificação da previsibilidade regulatória.....	63
Gráfico 2 - Classificação dos custos.....	63
Gráfico 3 - Classificação custo x previsibilidade regulatória	64
Gráfico 4 - Agrupamentos dos custos x previsibilidade regulatória	64
Gráfico 5 - Formação dos grupos arquétipos.....	65
Gráfico 6 - Apresentação dos quadrantes A + B.....	66
Gráfico 7 - Apresentação dos quadrantes C + D	67
Gráfico 8 - Apresentação dos quadrantes E + F.....	68
Gráfico 9 - Processos judiciais distribuídos por quadrante	69
Gráfico 10 - Processos e custos judiciais distribuídos por quadrante	70
Gráfico 11 - Processos e custos judiciais distribuídos nos quadrantes A e B	71
Gráfico 12 - Processos e custos judiciais distribuídos nos quadrantes C e D	72
Gráfico 13 - Processos e custos judiciais distribuídos nos quadrantes E e F.....	74
Gráfico 14 – Custos distribuídos conforme grau de previsibilidade regulatória	76

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1. Gerais	16
2.2. Específicos	16
3. REVISÃO TEÓRICA	17
3.1. Regulação da Saúde	17
3.2. Judicialização da Saúde	24
3.3 Os custos da Judicialização	30
3.4 A necessidade de melhoria de controle dos custos da judicialização	36
4. MÉTODO	40
4.1. Cenário da Pesquisa	40
4.2. Levantamento bibliográfico	40
4.3. Do ambiente de aplicação da pesquisa (Mercado de Saúde Suplementar)	40
4.4. Análise de Comissão de Ética	44
4.5. Da base de dados	44
5. DOS RESULTADOS	45
5.1. RESULTADO 1 - Dos custos da judicialização	45
5.2. RESULTADO 2 - Da ferramenta proposta	62
5.3. RESULTADO 3 - Da aplicação da ferramenta	70
6. CONCLUSÃO	79
7. LIMITAÇÕES DO TRABALHO E PROPOSIÇÕES FUTURAS	82
7.1. Limitações	82
7.2. Proposições	82
REFERÊNCIAS	84

1. INTRODUÇÃO

O aumento de custos na saúde tem se tornado motivo de preocupação das entidades do setor, elevando riscos financeiros das empresas, com possíveis repercussões na sustentabilidade dos serviços assistenciais a médio e longo prazo.

Além do cenário de elevação de custos, o ambiente regulatório da saúde é marcado por uma forte presença da regulação estatal em que se verifica uma ampla atuação disciplinadora dos agentes públicos. Por exemplo: em janeiro de 2020, estimava-se que cerca de 3,5 mil atos com força normativa vigente que foram criados apenas na Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, direcionando a atuação dos entes privados e cuja abrangência obriga as empresas a criar estruturas de controle que tendem a elevar ainda mais os custos operacionais do setor.

Nesse ambiente amplamente normatizado, o fenômeno da judicialização é adicionado aos motivos de preocupação das organizações públicas e privadas. O tema tem gerado grande repercussão social, como pode ser verificado no estudo *Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, causas e propostas de solução*, realizado pelo Insper e Conselho Nacional de Justiça – CNJ (2019). Neste foram evidenciados o aumento das demandas judiciais e sua ampla abrangência no setor de saúde brasileiro.

Nesse cenário, consta-se que o aumento da judicialização tem impactado nos resultados das organizações comprometendo seu planejamento orçamentário, não só na saúde pública como também na saúde suplementar, que eleva os custos financeiros e gera preocupação para toda a cadeia produtiva da saúde.

Dessa forma, em decorrência da dificuldade de eliminar fenômenos como o excesso de regulação ou de judicialização, é preciso desenvolver ferramentas capazes de reduzir os seus efeitos, especialmente em decorrência da elevação nos custos operacionais e administrativos percebidos pelas entidades provedoras de assistência médica no país. Assim, faz-se necessário buscar alternativas que possibilitem a melhoria da gestão visando a redução dos custos da judicialização na saúde.

Nessa perspectiva, após a realização de buscas em diversos periódicos e arquivos bibliográficos, foi constatado que existem poucos estudos que abordam a temática da utilização de ferramentas de controle de custos aplicados à judicialização

da saúde. Dessa forma, a partir da leitura dos estudos mapeados, foram construídas as bases do presente estudo sob a seguinte questão de pesquisa: como melhorar o gerenciamento dos processos judiciais visando a redução dos custos da judicialização da saúde?

Inicialmente, na revisão teórica, a partir da visão dos artigos, relatórios técnicos, dissertações e teses pesquisadas na literatura especializada, foram apresentados o conceito, a origem, a classificação e as possíveis consequências dos fenômenos: da regulação (1), da judicialização (2), do custo da judicialização (3) e eventuais ferramentas de controle e acompanhamento da judicialização (4).

Foi utilizada a seguinte proposta metodológica: 1) Natureza da pesquisa: aplicada; 2) Abordagem do problema: quantitativa, descritiva, pesquisa documental e estudo de caso; 3) Objetivos: o trabalho aplicado busca desenvolver uma ferramenta capaz de melhorar o gerenciamento das demandas judiciais, visando a redução dos custos decorrentes da judicialização da saúde numa operadora de médio porte, no modelo de autogestão, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar; 4) Fontes de dados: o estudo tomou como base o levantamento de todas as demandas judiciais envolvendo a atividade médica assistencial da operadora, em âmbito nacional, numa série histórica de 5 anos em que foram mapeados todos os processos judiciais e, em seguida, classificados conforme sua relevância financeira.

Na sequência, foi apresentada uma proposta de ferramenta de medição com a finalidade de possibilitar a gestão dos processos, dispondo-a em um gráfico cartesiano, no qual se tomou como eixos de análise o custo da judicialização e a previsibilidade regulatória das decisões judiciais.

Em seguida, foi descrita a aplicação da ferramenta com os dados pesquisados no âmbito da operadora de autogestão, bem como a proposta de adoção de estratégias de gerenciamento, visando a mitigação do fenômeno.

Os resultados obtidos foram apresentados, bem como a proposição do aprofundamento dos assuntos abordados, aspirando o aperfeiçoamento de uma ferramenta criada capaz de realizar o controle dos processos e dos custos da judicialização na saúde de forma a atender a uma necessidade da gestão da saúde em nosso país.

Por fim, a conclusão foi que a criação da ferramenta de gestão possibilita o aperfeiçoamento da gestão da judicialização da saúde, reduz a imprevisibilidade,

característica da gestão administrativa das demandas judiciais, e contribui como instrumento de controle para as entidades do setor de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Gerais

Desenvolver uma ferramenta de controle que possibilite melhorar o gerenciamento das demandas judiciais e reduzir os custos da judicialização da saúde no âmbito de uma operadora de saúde de autogestão.

2.2. Específicos

- Medir o custo da judicialização da saúde numa operadora de saúde;
- Identificar os diferentes tipos de regulação que disciplinam as ações judiciais associando-as aos custos apurados;
- propor ações estratégicas a partir da utilização da ferramenta criada, visando a diminuir os custos da judicialização.

3. REVISÃO TEÓRICA

3.1. Regulação da Saúde

Nos últimos anos, à medida em que o tema da judicialização da saúde passou a ter destaque na agenda econômica nacional, como pode ser visto no estudo CNJ (2019), uma questão de grande importância tornou-se evidente, especialmente no âmbito das entidades provedoras da assistência à saúde: a existência de um complexo conjunto de normativos, das mais variadas alçadas, que desafiam as entidades a manterem robustas estruturas administrativas de controle e cumprimento de procedimentos, contrariando um cenário cada dia mais exigente em relação à eficiência produtiva.

Um exemplo dessa problemática, podemos citar apenas no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme exposto pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial DIDES (AGUIAR, 2020), que existem cerca de 3,5 mil atos vigentes na ANS com força normativa. Isto naturalmente exige das entidades submetidas aos ditames da citada agência um grande esforço para o cumprimento adequado desses dispositivos.

- Regulação – conceito

O termo regulação possui uma ampla utilização e, por consequência, um vasto número de significados, o que gera uma grande dificuldade ao estabelecer uma definição, haja vista suas muitas finalidades. O conceito seminal do termo provém das atividades designadas pela figura do regulador, com forte presença nas ciências econômicas em Boyer (2009) e jurídicas em Posner (2004). No entanto, ele ainda incorporou muitos outros sentidos inerentes à atividade gerencial e assistencial nos sistemas de saúde (IBAÑEZ *et al.*, 2011).

Na Constituição Federal de 1988, no art. 197, foi estabelecido que cabe à autoridade legislativa constituída, nos termos da lei, a regulamentação da matéria, o que reforçou a tradição do uso do termo regulamentação como uma competência típica da autoridade legislativa.

Numa visão mais normativa, Silva (2008, p. 53) reforça, como os juristas Marçal Justen Filho e Washington Peloso Albino de Souza, que o termo *regulation* é

tomado da língua inglesa no sentido tanto de regulação quanto de regulamentação. Assim, para o autor, na citada obra, regulação corresponde a qualquer atividade do Estado voltada à interferência no mercado, seja de forma direta ou indireta. Ele considera regulamentação o poder das agências regulatórias de emitir comandos normativos infralegais.

Nesse contexto, pela forte caracterização que define o ente estatal como o agente prioritário na elaboração de regulamentos, e considerando o interesse do presente estudo em incorporar os agentes privados que estruturam dispositivos orientadores no âmbito de suas competências, foi feita opção pelo uso do termo regulação como definição mais apropriada.

- Regulação – origem

O sistema judiciário brasileiro, por sua origem romano-germânica, possui forte tradição da formulação de regramentos no âmbito do Direito Administrativo que disciplina a gestão de todo o aparato estatal. Porém, foi o modelo regulatório estadunidense que serviu de inspiração, a partir da década de 1990, para o movimento de reforma do Estado Brasileiro implantar o modelo de agências reguladoras existentes. A origem histórica das agências regulatórias estadunidenses difere substancialmente das agências europeias e latino-americanas, pois, ao contrário do modelo estadunidense que cresceu à medida em que aumentavam a regulação estatal e a produção legislativa, nos modelos europeus e latino-americanos foram construídos num processo de desregulação e privatização de serviços (OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende, 2015).

As linhas mestras norteadoras do sistema normativo brasileiro estão presentes no texto constitucional (1988), artigo 6º, e nos artigos 196 a 200. Tais dispositivos correspondem à base das conquistas dos direitos sociais, porém a efetivação dessas conquistas representa um grande desafio para os gestores do sistema de saúde brasileiro.

No entanto, o momento de mobilização pela saúde é anterior à Constituição de 1988, pois as conquistas foram objeto de uma grande mobilização social, especialmente do Movimento de Reforma Sanitária que, desde a década de 1970, lutou pelo direito à saúde para toda a população, em busca de ampliar a visão

prevalecente na época, a do direito à saúde como um “benefício” ou “um privilégio” de trabalhadores com carteira assinada (ASENSI, 2015).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma grande reformulação legislativa. Entre as grandes mudanças está a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, através da Lei nº. 8.080 de 1990, (1990b), que estabeleceu os fundamentos do SUS (ASENSI, 2015), (FERREIRA, Vanessa Rocha, 2020), bem como outros normativos foram promulgados com o objetivo de melhor estruturar o sistema público brasileiro por meio de políticas públicas da saúde em sintonia com os ditames constitucionais, tais como a Lei nº. 8.142 de 1990, (1990c), e Lei complementar nº 141/2012.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os principais fundamentos do modelo público assistencial, os quais destacamos: 1) universal; 2) descentralizado (art. 196); 3) integral e 4) com financiamento através dos entes federativos (art. 198). Ao setor privado foi concedida a liberdade da exploração da atividade de assistência médica, limitando a atuação privada no âmbito do SUS a contratação de direito público ou convênio (art. 199).

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha servido de fonte norteadora do sistema de saúde brasileiro atual, no âmbito do setor privado ainda persistiu um grande vazio regulatório durante a maior parte da década de 1990.

Na superação desse vazio, houve um grande debate em torno da definição das responsabilidades do setor privado, ocasião da apreciação das propostas de normatização da assistência à saúde privada nas casas legislativas federais (Câmara e Senado Federais). Inicialmente havia a proposição de que os entes privados proovessem a assistência à saúde de forma mais aproximada de uma cobertura universal, nos moldes do modelo público, porém, conforme (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 33), houve uma forte resistência do setor privado na aceitação dessa proposta.

A Lei nº 9.656/98 surgiu, então, num contexto de muitas divergências na formulação dos deveres atribuídos ao setor privado, porém a saúde suplementar passou a ter um disciplinamento mais rigoroso em relação aos agentes do mercado de planos de saúde no país.

Como ressalta Toro da Silva (2017), coube ao setor público o dever de fornecer uma assistência à saúde ampla, universal, gratuita e igualitária e ao setor

privado, embora deva cumprir alguns princípios ou regras que regem o setor público como a isonomia e legalidade, não são regidos por princípios como a universalidade e a integralidade presentes no art. 196 e 198 da CF, estando as coberturas dos plano de saúde, na maioria das vezes, restritas às condições contratuais pactuadas e conforme os normativos vigentes.

Se por um lado, no âmbito de suas responsabilidades, é dever do setor público desempenhar as atribuições constitucionais de direito econômico, nos termos da lei, buscando resolver ou reduzir as falhas de mercado do setor de saúde; ao setor privado cabe o cumprimento dos contratos pactuados, atentando as suas características onerosas, formais, bilaterais entre outros aspectos (SAMPAIO, 2010).

Dessa forma, o Estado regulador que surge no Brasil, a partir da década de 1990, com a criação das agências reguladoras, especialmente em decorrência da privatização de empresas estatais e da terceirização das atividades administrativas do Estado, provocou a descentralização dos poderes estatais, criando novos mecanismos de controle em diferentes setores e formulando as condições para um novo panorama regulatório da economia brasileira (MATTOS, 2017).

Nesse contexto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS foi criada pela Lei nº 9.961 de 2000, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar a saúde. A ANS surge num contexto regulatório em que o disciplinamento dos serviços de assistência privada era realizado basicamente de duas formas: 1) para os seguros privados, a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP realizava o disciplinamento regulatório do segmento; 2) para os demais modelos de planos privados de assistência médica, a regulação se dava no âmbito do Código Civil brasileiro e, posteriormente, foi incorporado no Código de Defesa do Consumidor – CDC, Lei nº. 8.078 de 11 de setembro de 1990a, que contribuiu para a proteção das relações de consumo, porém houve um aumento de conflitos interpretativos (GREGORI, 2019). Com a promulgação da Lei nº. 9.656 de 1998, a Saúde Suplementar passou a ter um regramento mais rigoroso em relação aos agentes do mercado de plano de saúde no país.

- Classificação

Podemos classificar o fenômeno da regulação de diferentes formas. Conforme as concepções disseminadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011), **quanto ao tipo de regulação**, podem ser:

- 1) **Regulação da Atenção à Saúde:** com a finalidade de promover a atenção à saúde.
- 2) **Regulação assistencial:** caracterizada pela aglutinação de relações, tecnologias, saberes e ações destinadas à assistência.
- 3) **Regulação de acesso:** disciplinamento dos meios de utilização assegurados pela Constituição Federal.

Segundo Menicucci (2007, p. 286), existem três formas regulatórias que caracterizam o setor de saúde brasileiro **quanto aos agentes reguladores**, principalmente levando-se em consideração o ambiente tecno-normativo vigente:

- a) **O de propriedade pública** – atuação caracterizada pela prestação de serviços diretamente pelo Estado.
- b) **A atividade regulatória** – prestada por órgão da atividade executiva, visando disciplinar as atividades de prestadores privados vinculados ao SUS.
- c) **A regulação da assistência supletiva (sic)** – atividades prestadas por meio do modelo regulador das agências independentes.

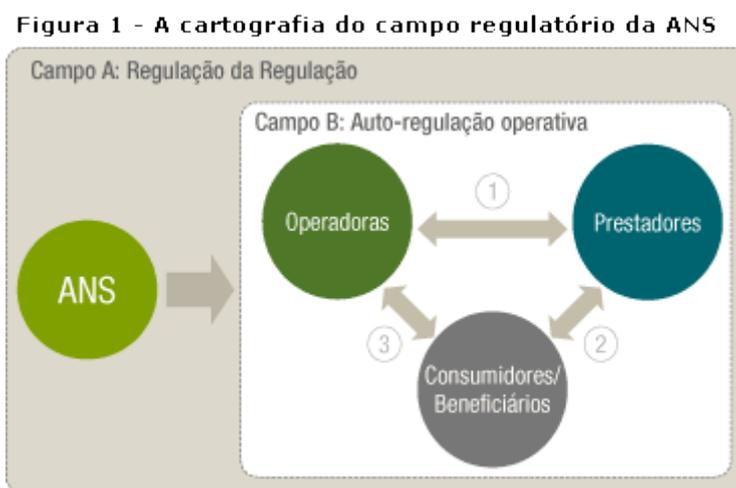
Numa perspectiva que busca inserir as reflexões objeto deste estudo, entende-se de relevância a classificação proposta por Oliveira (2015), que compreende quatro grupos **quanto às atividades dos agentes**:

- a) **Regulação estatal:** exercida pela Administração Direta ou por entidades de Administração Indireta (ex.: agências reguladoras).
- b) **Regulação pública não estatal:** exercida por entidades da sociedade, mas por delegação ou incorporação das suas normas ao ordenamento estatal (ex.: entidade desportivas).
- c) **Autorregulação:** realizada por instituições privadas, geralmente associativas, sem nenhuma delegação ou chancela estatal (ex.: Conselho Federal de Medicina).
- d) **Desregulação:** quando ausente, a regulação institucionalizada, pública ou privada, ficando os agentes sujeitos às mãos invisíveis do mercado.

Tomando como referência as classificações apresentadas pelo CONASS (2011) e por Oliveira (2015), e considerando que o objeto do presente estudo busca analisar o modelo regulatório brasileiro no contexto da judicialização da saúde, o enfoque priorizado pelo uso do termo regulação será: 1) quanto ao tipo de regulação: regulação de acesso; 2) quanto aos agentes reguladores: regulação da assistência supletiva (sic).

Por fim, no âmbito da saúde suplementar, existe uma forma de regulação proveniente das relações das operadoras, prestadores e compradores/beneficiários, a denominada micro regulação ou autorregulação operativa, conforme esclarece Cecílio (2005, p. 64) na figura 1 abaixo. Tal atividade é amplamente utilizada pelas operadoras no segmento da saúde suplementar e abrange o escopo do presente estudo quando associada ao tema da judicialização da saúde.

Figura 1 - A cartografia do campo regulatório da ANS



Fonte: Cecílio (2003)

- Consequências

O ambiente regulatório atual é consequência de uma série de movimentos e conquistas, especialmente dos consumidores brasileiros em decorrência de distorções históricas, conforme exemplificam Figueiredo e Vecina Neto (2016, p. 94), de queixas como: reajustes excessivos, negativas não justificadas de procedimentos, descredenciamento sem contratação de prestador de serviço equivalente, entre outros. Nesse contexto surgiu a Lei nº. 9.656 de 1998 e, em seguida, a criação da

ANS como principal agente regulador imbuído de fiscalizar as atividades das operadoras de saúde e reprimir as práticas ilegais existentes no mercado da saúde suplementar.

A ANS, no esforço de criação de um modelo de regulação na saúde suplementar que diminuísse os conflitos no setor, construiu um ambiente normativo bastante regulado, ou seja, um ambiente regulatório caracterizado pelo grande volume de normativos vigentes e que precisa ser melhorado. Afinal, o excesso de regulação, entre tantos impactos possíveis, pode provocar a diminuição da concorrência e, conseqüentemente, a diminuição de oferta de produtos ao mercado de saúde suplementar.

A saúde suplementar corresponde a uma atividade econômica de grande relevância social, e que precisa ter uma regulação com necessário equilíbrio de forma a possibilitar a sobrevivência do setor (TORO DA SILVA, 2017, p. 191).

Existem algumas ações que visam combater os impactos provocados pelo ambiente demasiadamente regulado existente no país, dentre as quais destacamos as seguintes:

1) A criação da Avaliação de Impacto da Regulação – AIR, importante instrumento de análise de impactos regulatórios para composição de novas decisões regulatórias, que possibilitam ao agente regulador maior transparência e maior compreensão das repercussões provocadas pelos regramentos estabelecidos (LIMA, Valéria Athayde Fontelles de, 2010).

2) O recrudescimento da interpretação jurídica a partir da valorização de princípios como Reserva do Possível e Mínimo Existencial (PEREIRA, Ana Lucia Pretto, 2014; VILLAS-BÔAS, 2014; SABINO, 2016).

3) A proposição de uma política específica com o compromisso da formação técnica dos magistrados na área de Direito Sanitário (CNJ, 2019, p. 161).

3.2. Judicialização da Saúde

- Judicialização – conceito

Inicialmente, é necessário destacar que não há um consenso quanto a definição do termo judicialização. Trata-se de fenômeno de natureza complexa e abrangente, capaz de gerar impacto em muitas áreas do nosso sistema produtivo e envolvendo diferentes especialidades do direito pátrio, o que instiga a investigação de algumas de suas diferentes abordagens.

A judicialização pode ser compreendida como a transposição de atribuições tradicionais dos Poderes Legislativo e Executivo da República que passam a ser desempenhadas pelo Poder Judiciário, especialmente em relação aos temas relevantes de interesse político e social submetidos ao crivo do Poder Judiciário (GALLI, 2016; BARROSO, 2017).

O termo pode ser ainda entendido como um movimento de cidadania na busca de direitos perante a autoridade judiciária dentro de um contexto jurídico, político e sociológico, com repercussão em políticas públicas, principalmente em relação à efetivação de direitos (VIANNA, 2014).

Numa análise valorativa do conceito, é preciso destacar: 1) uma *perspectiva otimista* do fenômeno em que a judicialização pode ser entendida como uma via de acesso legítima à concretização de direitos, bem como uma atuação positiva como alternativa às limitações impostas de ordem orçamentária ou fiscal e a materialização de um direito não efetivado (ALONSO, 2018; ALVES; RETES, 2018). Por outro lado, pode ser compreendida 2) sob uma *perspectiva negativa*, como sinônimo de decisões judiciais essencialmente baseadas em princípios e ações programáticas com sérias repercussões nas políticas públicas, muitas vezes baseadas em decisões judiciais que desconhecem a legislação sanitária vigente, e quase sempre sem fundamentação estatística capaz de justificar as práticas propostas (MAPELLI JÚNIOR, 2016). Assim, como numa pesquisa realizada com sete magistrados do estado de São Paulo, cinco afirmaram que a judicialização melhora o SUS (SEGATTO, 2018).

Visões mais objetivas como a de Barroso, otimistas como a de Alonso, ou pessimistas e/ou crítica como a de Mapelli Júnior, permitem constatar que o termo judicialização pode ser percebido sob diferentes aspectos: jurídicos, econômicos,

sociais e profissionais. Desta forma, podemos destacar que a visão de um defensor público quase sempre diverge da visão do gestor privado de uma entidade patrocinadora dos serviços médicos, principalmente por vivenciarem a experiência do fenômeno sob perspectivas distintas.

Porém, frente à impossibilidade de criar uma visão consensual sobre esse conceito, que por natureza reflete a complexidade do tema, é preciso um esforço coletivo de modo a promover a melhoria da gestão dos processos judiciais, sem deixar de considerar a multiplicidade de visões e conceitos.

- Judicialização – origem

O fenômeno da Judicialização se origina de uma transformação cultural nos países democráticos, onde as questões sociais e políticas da sociedade encontram no Poder Judiciário um esteio de concretização dos seus desejos (GOMES, 2015); trata-se de fenômeno antigo que mantém relevância na atualidade (ROCHA, 2019). Ele surge como consequência do progressivo desgaste da função legislativa inspirado nos ideais da Revolução Francesa, inicialmente abarcando os Estados Unidos e, na Europa, sedimentando o modelo do *Welfare State*, na qual a dignidade da pessoa humana possui relevância central (BUCCI; DUARTE, 2017, p. 459).

No Brasil, a judicialização se tornou tema de grande relevância, sobretudo com as discussões em torno dos dispositivos expressos na Constituição Federal de 1988, que produziu uma ampla composição de direitos sociais (ASENSI, 2015).

O Supremo Tribunal Federal – STF, instância máxima colegiada com poderes para estabelecer a interpretação última dos termos previsto na Carta Magna, tem diligenciado em diferentes momentos sobre o fenômeno da judicialização, como em audiências públicas, conforme descrita por Fogaça (2017) e Lima (2018) em que foram analisadas as diversas realidades vivenciadas nos tribunais brasileiros. Coube ao Conselho Nacional de Justiça – CNJ o empenho na realização de pesquisas capazes de diagnosticar o fenômeno (DESCH, 2017; CNJ, 2019).

Para Corvino (2016), a Judicialização origina-se de três problemas fundamentais que geram desequilíbrio na gestão das políticas assistenciais: a) *um problema institucional*, à medida em que são invertidos os papéis das entidades envolvidas gerando insegurança jurídica; b) *um problema de gestão* que impacta

diretamente na condução dos programas e políticas desenvolvidas; c) *um problema financeiro*, principalmente pela pouca previsibilidade existente nas ações assistenciais decorrentes de demandas judiciais.

No âmbito do setor público, a judicialização nasce principalmente da baixa efetividade das políticas públicas, responsáveis pelo acesso aos serviços assistenciais na saúde. Porém, com os sistemáticos contingenciamentos financeiros aos quais são submetidas as diversas políticas setoriais, o fenômeno da judicialização tem provocado a redução no volume de recursos e consequente impacto na efetivação das políticas (PEREIRA, Wilson Medeiros, 2015; CARLOS NETO, 2018).

No âmbito do setor privado, a judicialização decorre quase sempre dos impasses interpretativos do sistema regulamentar vigente. A simples constatação da existência do disposto no art. 196 da Constituição Federal, de que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado”, gera um amplo repertório de fundamentações principiológicas baseadas na Carta Magna, que estimula a concessão de direitos pouco fundamentados nos contratos e na regulação vigentes, gerando um tensionamento nas relações sociais e empresariais do setor de saúde (GONÇALVES, 2016).

- Judicialização – Classificação

A judicialização pode ser classificada em dois grupos essenciais: a qualitativa e a quantitativa (BARROSO, 2017). A *judicialização qualitativa* é caracterizada pela maior representatividade dos temas tratados nas decisões objeto das demandas, ou seja, a natureza da decisão torna-se prioritária frente ao volume de processos existentes. Por exemplo, ações de *impeachment*, ações de direitos afirmativos, prisão em segunda instância etc. Já a *judicialização quantitativa* é caracterizada pelo acompanhamento do volume de demandas, o que pressupõe a atenção prevalecente ao quantitativo dos processos, devendo ser observada a natureza das maiores incidências registradas. Segundo Barroso (2017), estima-se que existam entre 70 e 100 milhões de processos no âmbito dos tribunais brasileiros.

A judicialização possui características tanto positivas quanto negativas. As positivas decorrem de ações baseadas nos direitos subjetivos especialmente amparados em políticas públicas ou nas iniciativas assistenciais de políticas de saúde.

Já as negativas provêm do acesso diferenciado, via judicial, para a obtenção de tratamentos sem previsão regulatória. Entre uma decisão com característica positiva e outra negativa existe uma infinidade de possibilidades de demandas compondo uma pletera de gigantesca abrangência. Todas elas produzem repercussões econômicas, sociais e gerenciais que precisam ser avaliadas. O presente estudo pretende lançar uma luz sobre essa classificação.

- **Judicialização – Consequências**

Ocorrem algumas consequências decorrentes do aumento da judicialização no setor da saúde, entre as quais podemos destacar no âmbito do setor público:

- A **elevação dos custos** e, conseqüentemente, o comprometimento orçamentário de diversas atividades do setor da saúde. O planejamento operacional dos diversos entes patrocinadores fica bastante comprometido e os gestores não dispõem de diagnósticos confiáveis que possibilitem monitorar os diferentes tipos de judicialização. Assim, não conseguem gerar ações efetivas de combate para a redução do fenômeno (REIS, 2019).

- O **comprometimento da execução de algumas políticas públicas**, especialmente aquelas atreladas a alguma medida de acesso aos serviços assistenciais na área da saúde. Pela grande relevância do tema, muitos estudos têm sido publicados na última década, vários deles com revisões sistemáticas, como Oliveira (2015); Baptista; Azevedo; Machado (2015, p. 359–376); Freitas; Fonseca; Queluz, (2020), buscando realizar agrupamentos relevantes, análises do conteúdo das demandas, medidas de combate ao fenômeno, entre outros aspectos.

No âmbito da saúde suplementar, é necessário apresentar algumas consequências produzidas pela judicialização que impactam na gestão da assistência à saúde:

- **Impacto da sustentabilidade** – Segundo Dresch (2017), os gastos em saúde reforçam uma preocupação crescente com a sustentabilidade do segmento. Um dos principais fatores que demonstram este impacto tem sido o aumento da sinistralidade dos planos de saúde brasileiros. Para o referido autor, a sinistralidade dos planos de saúde tem sido majorada progressivamente e alcançando o índice de

cerca de 80% para o segmento da saúde suplementar (2015 - 2016), ao que devem ser somadas às despesas administrativas. Se forem analisados exclusivamente as operadoras da modalidade de Autogestão, os percentuais de sinistralidade podem ultrapassar 95%, o que representa um significativo impacto da sustentabilidade. Neste cenário, a imprevisibilidade das demandas judiciais tende a se tornar um fator agravante adicional a sustentabilidade das operadoras, especialmente as de autogestão.

- **Falta de previsibilidade orçamentária** – De acordo com Dresch (2017), há uma baixa previsibilidade de estimar os custos decorrentes do atendimento de decisões judiciais e, conseqüentemente, uma maior dificuldade na identificação dos impactos financeiros, inclusive com repercussões nas avaliações atuariais das operadoras de assistência médica.

- **Inobservância do princípio da igualdade** – Em pesquisa recente denominada *Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, causas e propostas de solução*, realizado pelo Insper e CNJ (2019), foram constadas que apenas 3,62% das ações remetem a demandas coletivas. Ou seja, há uma cultura proeminente de judicialização individualizada, o que gera maior subjetivação das decisões proferidas, e conseqüentemente a maior possibilidade de favorecimento dos entes demandantes.

- **Quebra do mutualismo** - Como destaca Carlini (2014), no modelo de sistema da saúde suplementar brasileiro, as formas de relação com seus beneficiários estão baseados no mutualismo, isto significa que na possibilidade da repartição de riscos de forma que o aumento de número de vidas tenderá a reduzir os riscos de possíveis prejuízos. Carlini (2014) destaca:

“as decisões judiciais que não levam em conta as características técnicas peculiares dos fundos mutuais como são as operações na área da saúde privada, são externalidades que tendem a diminuir a oferta no setor, forçam a concentração, diminuem significativamente as possibilidades de concorrência e não contribuem para o aprimoramento do setor.”

Para Sampaio (2010, p. 197), o mutualismo permite a pulverização dos riscos assistenciais dos beneficiários da mesma carteira, constituído fundo comum que suportará os riscos financeiros dos eventos cobertos. Nesse contexto, a judicialização da saúde gera um desequilíbrio nessa relação mútua e provoca a cisão

desse vínculo, especialmente quando a autoridade judiciária concede um direito a um beneficiário que não seja possível adotarmos de forma assemelhada aos demais entes que mantem fundos mutuais.

Há, no entanto, várias alternativas que visam a diminuição dos impactos decorrentes do aumento da judicialização na saúde, a partir dos diversos atores que atuam no processo. Podemos destacar:

1) Busca por instrumentos de mediação e arbitragem dos entes envolvidos, como ferramenta extrajudicial de negociação, possibilitando a redução do contencioso judicial (ASSIS BUOSI, 2018).

2) Atuação mais ativa do Ministério Público e da Defensoria Pública, principalmente pelas demandas originadas dos menos favorecidos, ressaltando que o cumprimento das autorizações implica na redução de orçamento para os programas previstos (WANG, Daniel Wei Liang, 2009, p. 81).

3) Atuação mais ativa do poder judiciário por meio da criação dos NATs - Núcleos de Atendimento Técnico junto aos tribunais estaduais e federais, que prestam assessoramento à autoridade judiciária e colaboram com a instrumentalização técnica das decisões judiciais (CNJ, 2019).

3.3 Os custos da Judicialização

- Custo – conceito

Custo é todo gasto oriundo da produção de algum bem ou serviço que deverá trazer um resultado e decorre da execução da atividade fim de uma entidade (PAVAN; PAVAN, 2019).

Para Coura (2009), o conceito de custo, oriundo da Ciência Contábil, mais especificamente da Contabilidade de Custos, pode abranger três segmentos: de acordo com a destinação para a aquisição de mercadoria (para o comércio), para a manufatura de produtos (para a indústria) ou para a execução de serviços (para o segmento dos serviços).

Embora na cadeia produtiva da saúde tenhamos exemplos dos três modelos de custos citados, a execução dos serviços é o modelo de custo prevalecente na prestação de assistência. Ou seja, os custos correspondem aos dispêndios decorrentes da prestação de serviços assistenciais.

Há uma ampla utilização de outros termos associados ao dispêndio financeiro dos processos na cadeia produtiva da saúde. (HECKTHEUER; CASTRO; HECKTHEUER, 2018; MORAES, Israel Silva, 2016; MORAES, Vânia Maria Silva, 2016) utilizam o termo “gasto em saúde”, em função de sua maior abrangência, pois nele são incorporados fatores externos à assistência realizada.

No presente estudo foi feita a opção pela utilização do termo “custo da saúde” em função das demandas judiciais corresponderem principalmente a solicitações de acesso, que são essencialmente pedidos assistenciais, correspondendo ao conceito técnico de custo. Dessa forma, conceitos como despesas e desembolsos não serão objeto de estudo por não abrangerem o escopo da medida proposta.

- Custo – Origem

Num cenário em que as receitas são cada vez mais limitadas e as despesas cada dia mais elevadas, o setor de saúde tem cotidianamente se deparado com o desafio de aperfeiçoar o gerenciamento de capital de suas entidades.

A busca por maior eficiência da gestão financeira tem progressivamente instado as empresas a buscar melhores formulações nas políticas de preços dos serviços (exemplo: serviço baseado no valor) e, por consequência, de uma melhor gestão de custos.

Para que sejam gerados melhores resultados, é preciso análise e clareza nos atos de gestão. O gerenciamento dos resultados na saúde, conforme Beulke (2008), pode ser obtido mediante o desenvolvimento e a implantação de um conjunto de medições variáveis, dentre as quais a gestão dos custos. Trata-se de fontes fundamentais para a análise e diagnóstico do setor visando a obtenção dos resultados desejados.

Dessa forma, a compreensão dos diferentes tipos de custo é fundamental para um melhor gerenciamento dos processos e, por consequência, dos resultados.

- Custo – Classificação

Conforme define Souza (2013, p. 33), os custos podem ser diretos ou indiretos. Os diretos são claramente identificados na prestação do serviço (exemplo: mão de obra direta e materiais diretos); já os indiretos não são verificáveis de maneira clara na identificação de um determinado serviço (exemplo: energia elétrica ou manutenção de equipamentos).

Quanto à tomada de decisão, ainda segundo Souza (2013), os custos podem ser classificados como relevantes ou não relevantes, sendo considerados relevantes aqueles capazes de impactar significativamente na tomada de decisão, e não relevantes aqueles que não apresentam impacto substancial no processo decisório.

No presente estudo, de maneira análoga à classificação de custos “quanto à tomada de decisão”, utilizamos a classificação de alto e baixo custo por entendermos que essa divisão possibilitará maior clareza para os tomadores de decisão.

- Consequências

Passamos a dar maior importância ao estudo dos custos no setor de saúde à medida em que foram notados os impactos provocados pelo tema nos resultados das entidades. São muitas as consequências decorrentes do aumento do custo, tanto operacional quanto administrativo na área da saúde. Apresentamos abaixo os principais pontos analisados, que dividimos em dois grupos: 1) Consequências do aumento dos **custos da saúde em geral** e 2) Consequências da elevação dos **custos da judicialização** da saúde.

- Consequência da elevação dos custos da saúde em geral

O Sistema Único de Saúde – SUS representou uma conquista civilizatória para a sociedade brasileira, como destaca Vecina Neto (2018). Porém, desde a sua criação, o patrocínio de suas políticas representou um grande desafio para os gestores públicos, haja vista os habituais contingenciamentos, o que naturalmente impacta no resultado dos serviços prestados.

Dentre os muitos fatores que têm provocado a elevação dos custos na saúde, podemos destacar: 1) **o incremento tecnológico** (ZUCCHI; FERRAZ, 2010), (DE SÁ; ALMEIDA; COSTA, 2013), (ALCÂNTARA, 2014) e 2) no âmbito da Saúde Suplementar, a **atualização do rol de procedimentos** que acontece a cada dois anos, conforme legislação federal vigente, tem sido objeto de preocupação de parcela significativa do setor, especialmente as operadoras de planos de saúde.

- Consequência da elevação dos custos decorrentes da judicialização da saúde

No âmbito do SUS, pode ser constatado que o comprometimento do planejamento orçamentário é uma das principais consequências decorrentes do fenômeno da judicialização, gerando desequilíbrios na execução das políticas existentes (MARTINS, 2013), (MAZZA, 2013), (VASCONCELOS, 2016).

Em relação aos estados e aos municípios da federação, onde a assistência à saúde é majoritariamente executada, os desafios de gestão orçamentária, em consequência ao aumento da judicialização, se tornam ainda mais críticos, como pode ser visto em diversos estudos, a gerar impactos diretos nas políticas e programas assistenciais regionais e locais (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014), (PEREIRA,

José Gilberto; PEPE, 2015), (LISBOA; SOUZA, 2017), (FARIAS, 2018), (FERREIRA, Tatiana de Jesus Nascimento *et al.*, 2019), (IZIDORO *et al.*, 2019), (SAAD; BRAGA; MACIEL, 2019), (PEÇANHA; SIMAS; LUIZA, 2020), (ARAÚJO *et al.*, 2020).

- Das medidas que buscam diminuir os efeitos do aumento de custo e da judicialização da saúde

O Relatório *Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, causas e propostas de solução* (2019), pesquisa realizada pelo Insper e Conselho Nacional de Justiça – CNJ, teve o objetivo de levantar o quantitativo de demandas judiciais envolvendo os serviços de saúde, em todos os tribunais existentes no país e, a partir do levantamento, realizar a análise dos processos conforme classificação e categorização capazes de compreender o fenômeno da judicialização e os principais perfis demandados. O relatório corresponde ao primeiro grande “raio x” a partir dos dados solicitados às autoridades judiciárias, por meio da Lei de Acesso à Informação - LAI, das demandas em todo o país. Teve o mérito de apresentar as principais inovações implantadas no âmbito do assessoramento técnico, entre os quais:

1) Criação dos NATs – Núcleos de Atendimento Técnico aos tribunais Estaduais e Federais que prestam importante assessoramento à autoridade judiciária. 2) A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS – Conitec, criada em 2011, que avalia as incorporações de novas tecnologias ao SUS, atuando de maneira mais transparente e responsiva a diferentes atores – pacientes, médicos, indústria farmacêutica e gestores, e, por fim, 3) A realização do estudo representou um avanço a respeito da temática e, de forma programática, da sugestão de políticas a serem adotadas, tais como: a) Políticas de articulação entre os diversos atores que movimentam a judicialização da saúde e b) Esforço para a formação dos profissionais magistrados em Direito Sanitário.

Porém, em relação à criação da CONITEC, criada com o objetivo de prestar assessoramento técnico na incorporação tecnológica ao SUS, em estudo por (WANG, Daniel *et al.*, 2020) buscou analisar se as decisões judiciais dos tribunais brasileiros realizam, no âmbito de suas alçadas, a deferência técnica das análises da CONITEC. Foram obtidos alguns achados:

- 1) Os pesquisadores constataram que mesmo com a criação da CONITEC em 2011 não houve evidência quanto a existência de uma deferência judicial aos pareceres técnicos expedidos pela Comissão.
- 2) Mesmo quando havia uma análise contrária da CONITEC ao fornecimento de um medicamento pelo ente governamental, os pacientes que eventualmente não tivessem êxito na primeira instância obtinham êxito quando recorriam a segunda instância.
- 3) Ficou evidenciada a necessidade de adoção de estratégias de comunicação entre os diversos entes, e que haja maior transparência nas decisões técnicas de forma a construir um diálogo mais efetivo com as autoridades judiciárias.

Pode destacar que a pesquisa acima citada foi desenvolvida a partir da amostra em três estados, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, dentre os quais dois deles (Rio Grande do Sul e São Paulo) são as instâncias judiciárias que mais remetem as análises da CONITEC, como pode ser vista na figura abaixo:

Tabela 1 - Judicialização da Saúde no Brasil – 2019

Processos referenciados com menção a CONITEC

	CONITEC (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)	TOTAL
AC	0	0	384
AL	0	0	1.519
AM	0	0	261
BA	5	1,4%	356
CE	0	0	1.273
DF	0	0	3.193
ES	0	0	1.008
MG	0	0	583
MS	1	0,02%	4.630
MT	2	0,5	399
PA	8	0,48%	1.656
PB	0	0	1.837
PI	0	0	33
PR	13	0,14%	9.193
RJ	17	0,31%	5.502
RN	0	0	2.364
RO	5	11,36%	44
RR	0	0	21
RS	635	1,92%	33.131
SC	0	0	1.102
SP	72	0,09%	80.355
TRF1	0	0	9
TRF4	359	2,28%	15.731
TRF5	0	0	3
Total	1.117	0,68%	164.587

Fonte: Conselho Nacional de Justiça – Relatório Analítico Propositivo - 2019

Ao serem analisados os dados apresentados no Relatório *Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, causas e propostas de solução* (2019), pesquisa realizada pelo Insper e CNJ, em comparação com os dados apresentados por (WANG, Daniel *et al.*, 2020), constatamos que o cenário nacional tende a ser ainda mais restrito quando a incidência da Teoria da Deferência no âmbito das decisões judiciais.

3.4 A necessidade de melhoria de controle dos custos da judicialização

- Da busca por ferramentas

Segundo Ribeiro (2017, p. 17), ferramenta de gestão é qualquer medida, instrumento ou recurso utilizado por gestor no desenvolvimento de atividades laborais. A utilização de boas ferramentas é fundamental para a construção de um sistema de controle e acompanhamento de resultados efetivos.

Para Costa (2018, p. 261), em exercício análogo, a ferramenta de solução é o recurso, apoiado em leis, regras, princípios, procedimentos e políticas que não só ajudem na tomada de decisão, como também na resolução dos problemas investigados.

A partir da perspectiva conceitual supracitada, foi realizada uma busca das possíveis ferramentas utilizadas como forma de controle pelos gestores da área de saúde no gerenciamento do custo da judicialização da saúde.

- Dos modelos de controle existentes

A partir da busca realizada nos periódicos que serviram de base para o presente estudo, foi possível identificar os estudos abaixo, que se caracterizam pela atenção dada ao tema custos em saúde, assim como das possíveis ações para melhorar o gerenciamento do processo.

Tabela 2 - Temas associados a gastos na saúde e judicialização

Estudos	Título da pesquisa publicada	Ano
1	Análise do impacto orçamentário de tratamentos medicamentosos solicitados por demandas judiciais e administrativas em um hospital universitário.	2017
2	Análise dos gastos com ações judiciais na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco no ano de 2014.	2016

3	Uma análise dos gastos hospitalares sob o ponto de vista da saúde suplementar.	2016
4	Direitos <i>versus</i> orçamentos: uma análise sobre o custo da judicialização da saúde no município de Cerro Largo/RS.	2017
5	Os impasses entre a judicialização da saúde e o processo orçamentário sob a responsabilidade fiscal: uma análise dos fundamentos decisórios do STF.	2013
6	judicialização da saúde e sustentabilidade de gastos : o caso dos medicamentos para o estado do Ceará.	2011
7	A judicialização da assistência farmacêutica e o comprometimento orçamentário da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Ceará (COASF-CE).	2014
8	Judicialização da saúde: como reduzir os gastos do Ministério da Saúde?	2016
9	A judicialização da saúde no estado de Pernambuco: análise do impacto das decisões judiciais sobre o orçamento público.	2010
10	A Judicialização das políticas públicas da saúde e os reflexos econômicos para o sistema federativo.	2019
11	Judicialização no âmbito do sistema único de saúde - um estudo descritivo sobre os custos das ações judiciais na saúde pública do município de Juiz de Fora.	2016
12	Judiciário e orçamento público - considerações sobre o impacto orçamentário de decisões judiciais.	2014
13	A possibilidade de dispensação de medicamentos em fase experimental e seu custeio pelo estado à luz do direito fundamental à saúde.	2017
14	Terapia antiangiogênica para edema macular diabético: impacto orçamentário no SUS e influência dos acordos mercadológicos.	2018

Fonte: Banco de Dados Periódicos CAPES

Nos 14 estudos citados acima, há empenho dos pesquisadores em realizar um diagnóstico com base nos dados financeiros provocados pela judicialização e incremento tecnológico associado ao fenômeno, buscando soluções que possibilitem compreender os reais impactos provocados no setor da saúde.

Foi constatado que não há registro, dentre os estudos citados, de mecanismo de controle que tenha como objetivo executar o acompanhamento sistemático das demandas, classificando os diferentes tipos de processos judiciais em comparação com a regulação vigente, assim como monitorando os respectivos custos dos processos.

Dessa forma, restou o entendimento quanto à necessidade de criação de uma ferramenta de controle que possibilite o monitoramento da judicialização nos

serviços de saúde, a partir de diferentes tipos regulatórios e dos custos das demandas judiciais.

- Da Ferramenta e da Gestão de Riscos

A gestão de riscos, conforme definem Vieira e Barreto (s, p. 97), é um *conjunto de procedimentos por meio dos quais as organizações identificam, analisam avaliam, tratam e monitoram os riscos que podem afetar negativamente o alcance dos objetivos.*

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, por intermédio da Consulta Pública nº 83, está propondo a mudança no atual modelo de solvência das operadoras de assistência à saúde, que deixará de ser baseada apenas em receitas e despesas e passará a adotar uma nova sistemática na avaliação da solvência das operadoras, tomando como referência o Capital Baseado em Riscos – CBR conforme Resolução Normativa 443.

Essa mudança implica numa tendência de aprimoramento do gerenciamento de riscos no setor, que incentivará a avaliação de vários tipos de risco: como o risco legal e o risco operacional, o que poderá racionalizará o emprego de capital nas constituições das reservas estabelecidas atualmente e estimulará o aperfeiçoamento da gestão de riscos das operadoras de saúde no país.

Dois conceitos são necessários para a compreensão do normativo exposto:

Risco Legal – conforme a atuária Tatiana Gouveia, risco Legal está relacionado às perdas decorrentes da aplicação de multas por órgãos reguladores, falhas ou deficiências nos termos de contratos existentes; ou decisões judiciais desfavoráveis.

Risco Operacional - relacionado às perdas decorrentes de falhas de processos; sistemas, nas ações dos agentes e representantes da entidade.

No contexto desses conceitos apresentados acima pode-se destacar que a ferramenta a ser desenvolvida na presente pesquisa servirá como forma de contribuir

na análise das demandas judiciais visando diminuir e/ou mitigar os riscos legal e operacional.

4. MÉTODO

4.1. Cenário da Pesquisa

Estudo documental, de abordagem quantitativa, descritiva e retrospectiva, baseado nas demandas judiciais dos últimos 5 anos (2015 a 2019) e no âmbito de uma empresa de autogestão do setor de saúde suplementar de abrangência nacional.

4.2. Levantamento bibliográfico

Iniciamos a revisão bibliográfica por meio do serviço de busca do Sistema de Bibliotecas da Fundação Getúlio Vargas (FGV), nos idiomas: 1) português das seguintes palavras: “Judicialização da saúde”; “custo da judicialização”; “ferramentas de controle” + Judicialização e 2) inglês, “ health judicialization”; “right to health”+ cost, nas seguintes bases de dados disponibilizada pelo portal: 1) EBSCO (Business Source Complete): 06 estudos; 2) SciELO (Scientific Eletronic Library Online): 89 estudos; 3) Portal de Teses e Dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior): 59 estudos e 4) Repositório Digital de estudos publicados da Fundação Getúlio Vargas, <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/discover>: 47 estudos.

Foram selecionados artigos publicados dos últimos 10 anos (2011 a 2020) nos idiomas português e inglês, nacionais e internacionais, com textos completos. Também, realizou-se buscas em revistas especializadas, livros, jornais, *sites* do governo e de organismos internacionais.

4.3. Do ambiente de aplicação da pesquisa (Mercado de Saúde Suplementar)

Na definição do Escrivão Junior e Kishima (2015), mercado de saúde suplementar corresponde a uma complexa rede de agentes (operadoras de planos de saúde, hospitais e clínicas prestadores de serviços de saúde, laboratório de análises, entre outros) que formam a cadeia produtiva da saúde e atuam buscando o provimento da assistência médica, de maneira direta ou indiretamente.

No mercado de saúde suplementar existem várias modalidades de operadoras de planos de saúde, dentre as quais foram destacadas as quatro mais representativas no mercado:

➤ **Administradora de benefícios**

As administradoras de benefícios foram reguladas pela Resolução Normativa nº 196/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estabelecendo como pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

As administradoras não são operadoras como estabelece a Lei nº 9.656/1998, elas realizam a intermediação entre o mercado empresarial e as operadoras, oferecendo apoio especializado de negociação, alteração de rede assistencial, entre outros (art. 2º, IV, RN 196/2009).

Exemplo de administradoras de benefícios atualmente no mercado brasileiro: Qualicorp, Benevix e All Care.

➤ **Seguradoras em Saúde**

O modelo surgiu no mercado brasileiro baseado no Decreto-Lei nº 73/1966 exclusivamente para reembolsos de pagamentos efetuados decorrente de assistência médica. Com a criação do seguro de assistência médica pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, vinculada ao Ministério da Fazenda, na década de 1980, foi incluído no referido modelo contratual a garantia da assistência médica (ZUCCHI; FERRAZ, 2010).

Com a regulamentação do mercado de saúde suplementar, consequente das operadoras de planos de saúde a partir da Lei nº 9.656/1998, e posteriormente a Lei nº 10.185/2001, houve a equiparação das operações de seguros saúde e de planos de assistência à saúde, bem como foi estabelecido que as seguradoras especializadas em saúde não deverão atuar em quaisquer outros ramos da atividade securitária.

Exemplos de administradoras de benefícios atualmente no mercado brasileiro: Bradesco Saúde, Sul América Saúde e Caixa Seguro.

➤ **Medicina e Odontologia de grupo**

Trata-se de empresa médica que administra diversos planos de saúde para empresas (planos coletivos, individuais e familiares). A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39 de 2000, estabelece como Medicina de Grupo as organizações que exploram a atividade de assistência à saúde, exceto as modalidades de autogestão, cooperativa médica, administradora ou instrução filantrópica (ESCRIVÃO JUNIOR; SAYURI CHAER KISHIMA, 2015).

Comumente conhecida como a modalidade classificada por exclusão, ou seja, caso não haja uma especificidade que classifique dentre os demais grupos, a empresa será classificada como medicina de grupo.

Exemplo de medicina e odontologia de grupo atualmente no mercado brasileiro: Amil, Hapvida, Prevent Senior e Odontogroup.

➤ **Cooperativa médica e cooperativa odontológica**

As cooperativas médicas são sociedades de pessoas sem fins lucrativos conforme previsto pela Lei das Cooperativas, Lei nº 5.764/71, destinada à operação de planos privados de assistência à saúde. Já as cooperativas odontológicas operam planos exclusivamente odontológicos (ANDRÉ, 2014).

Trata-se de modalidade que se caracteriza pela mutualidade de sócios e prestadores de serviço. A rede de atendimento é composta por serviços ligados aos cooperados e ou credenciados (ESCRIVÃO JUNIOR; SAYURI CHAER KISHIMA, 2015).

Exemplos de cooperativas médicas e cooperativas odontológicas, representando quase a totalidade do segmento atualmente no mercado brasileiro: UNIMED e UNIODONTO.

➤ Autogestões

A principal diferença da autogestão em relação aos demais tipos de operadoras de planos de saúde consiste na ausência da exploração comercial no provimento da assistência, por se tratar de assistência destinada à população específica (IBAÑEZ *et al.*, 2011, p. 127).

A União Nacional de Autogestão em Saúde - Unidas, entidade que representa as autogestões em saúde no país, estabelece como diferenciais para utilização da modalidade:

- ✓ *É uma alternativa econômica para a instituição, que paga apenas os serviços realmente efetuados pelos profissionais e prestadores de serviços de saúde;*
- ✓ *Não há gastos com comissão de corretores e propagandas;*
- ✓ *Confere liberdade às empresas participantes para decidir o formato do plano a ser adotado, de acordo com as necessidades existentes;*

As autogestões foram as primeiras operadoras do setor de saúde privada surgidas no Brasil em meados da década de 1930 (IBAÑEZ *et al.*, 2011, p. 126). Trata-se da modalidade que nasceu e se fortaleceu dentro do propósito de prover a assistência à saúde sob os cuidados diretos das instituições provedoras e de seus beneficiários.

Tipos de Autogestão:

Conforme definição estabelecida a partir das Resoluções Normativas 137, 148, 272 e 355 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pela UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, as entidades podem ser divididas em três grupos fundamentais:

- 1) **entidades públicas ou privadas vinculadas a patrocinadora, instituidora ou mantenedora** – são pessoas jurídicas de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde.

Exemplos: CASSI e GEAP.

2) **Associações** – pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional.

Exemplos: Assefaz e Amagis Saúde.

3) **Operações através de departamento de Recursos Humanos** – pessoa jurídica que opera plano de saúde privado de assistência à saúde por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado.

Exemplos: Petrobrás, Caixa Econômica Federal e Infraero.

O presente estudo está focado na realidade de uma operadora no modelo de autogestão do tipo 3, ou seja, no modelo de autogestão por intermédio de departamento de Recursos Humanos. A Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária – Infraero, empresa pública federal vinculada ao Ministério da Infraestrutura e responsável pela administração de parte da infraestrutura aeroportuária brasileira, disponibiliza aos seus empregados e dependentes o benefício da assistência à saúde.

Para isso, criou o Programa de Assistência Médica da Infraero – PAMI, gerido pela área de Recursos Humanos da empresa. Ele se destina à prestação de serviços de assistência médica em âmbito nacional, exclusivamente aos seus beneficiários e dependentes, por meio de ações assistenciais desenvolvidas pela sua rede credenciada composta por prestadores de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e auxiliares de diagnose e terapia e assistência especializada.

4.4. Análise de Comissão de Ética

O presente projeto de pesquisa, foi submetido ao Comitê de Ética da FGV-EAESP em 16/10/2020 e aprovado em 13/11/2020.

4.5. Da base de dados

Realizou-se o levantamento dos processos judiciais, cujas demandas envolvem o programa de assistência médica da autogestão da Infraero,

correspondentes a 137 (cento e trinta e sete) processo baseados em relatório do sistema de gerenciamento de processos da área jurídica da empresa, devidamente atualizado até 31 de dezembro de 2019. Foram excluídos os processos que não tiveram repercussão nos custos assistenciais da operadora, cujo o total representou 71 (setenta e um) processos com repercussão nos custos operacionais e foram analisados os custos dos exercícios de 2015 a 2019.

Tabela 3 - Dos processos judiciais analisados

Ano	Número de processos judiciais
2015	27
2016	9
2017	5
2018	13
2019	17
Total	71

Fonte: Assessoria Jurídica da Infraero.

Foram acrescentados processos de exercícios anteriores aos processos do exercício 2015, que tiveram repercussão financeira no exercício de 2015 e, portanto, devem ser considerados para efeito de análise dos custos do exercício.

5. DOS RESULTADOS

5.1.RESULTADO 1 - Dos custos da judicialização

Dentre os processos mapeados, conforme descrito no capítulo anterior (item 4.5), tendo em vista que a operadora em análise possui produto com abrangência nacional, apresenta-se, a seguir, a distribuição dos processos judiciais no território nacional:

Tabela 4 - Origem dos processos analisados

Localidade	Número de processos
Rio de Janeiro	16
Brasília	15
São Paulo	7
Salvador	7
Belo Horizonte	7
Campo Grande	4
Porto Alegre	3
Recife	3
João Pessoa	3
Manaus	2
Goiânia	2
Belém	1
Teresina	1
Total	71

Fonte: Assessoria Jurídica da Infraero.

Os processos foram distribuídos conforme a classificação administrativa interna da Infraero e centralizados nas capitais dos estados em que são tramitados. Exemplo: os processos que tramitam em todo o estado da Bahia foram centralizados na capital, Salvador.

Relatado o quantitativo de processos e sua localização, foram apresentados os principais tipos de pedido formulados por meio das demandas jurídicas avaliadas:

Tabela 5 - Dos pedidos pleiteados nas demandas judiciais

Pedidos dos processos	Quantidade	%
Reativação no plano	30	42,25
Revisão das condições de cobrança	26	36,62
Procedimentos cirúrgicos	10	14,08
Medicamentos	3	4,23
Home care	1	1,41
Procedimento médicos (exceto cirúrgicos)	1	1,41
Total	71	100%

Fonte: Assessoria Jurídica da Infraero.

Após análise das maiores incidências dos pedidos apresentados na tabela acima, foi constatada grande incidência principalmente de dois grupos em especial: 1) reativações no plano da operadora e 2) revisão das condições de cobrança, conforme abaixo decompostos em seus respectivos subgrupos constituintes:

Tabela 6 - Detalhamento dos pedidos pleiteados nas demandas judiciais

Pedido dos processos	por subgrupo	Quantidade	%
Reativações no plano de saúde	De aposentados e dependentes	12	16,90
	De ex-empregados e dependentes	8	11,27
	Apenas de dependentes	10	14,08
Revisão das condições de cobrança	Revisão de coparticipações	13	18,31
	Exclusão de mensalidade	13	18,31
Procedimentos cirúrgicos		10	14,08
Medicamentos		3	4,23
<i>Home care</i>		1	1,41
Procedimento médicos (exceto cirúrgicos)		1	1,41
Total		71	100%

Fonte: Assessoria Jurídica da Infraero.

No capítulo seguinte, serão apresentados mais detalhadamente os pedidos acima citados, bem como os aspectos técnicos mais específicos relacionados à ocorrência das demandas registradas.

Do contexto das demandas judiciais mapeadas

Com aproximadamente 31,8 mil beneficiários em dezembro de 2019, segundo a tabela 6, e regulada conforme previsto no Acordo Coletivo de trabalho, a revisão das regras do programa é realizada a cada biênio, sempre objeto de negociação com a categoria dos aeroportuários.

Tabela 7 - Número de vidas ativas

Tipo de beneficiário	Qtde beneficiários	% Beneficiários
Titular	12.859	40,44%
Cônjuge/Companheiro	8.417	26,47%
Filhos/Enteados/ Menor sob guarda/ tutela/ curatela	7.735	24,32%
Pai/Mãe	2.770	8,71%
Outros dependentes/irmão inválido	20	0,06%
Total	31.801	100,00%

Fonte: Sistema FACPLAN.

Concomitante a esse processo de negociação coletiva, nos últimos anos foi executada a reformulação na política de concessão dos benefícios de assistência médica no âmbito do Governo Federal, que disciplinou a governança dos planos assistenciais das estatais, especialmente os de Autogestão em RH, por meio das disposições constantes nas Resoluções 22 e 23 da Comissão Interministerial de Governança e de Administração de Participações Societárias da União – CGPAR.

As Resoluções 22 e 23 da CGPAR correspondem ao disciplinamento da governança das empresas estatais federais sobre benefícios de assistência à saúde na modalidade de autogestão e diretrizes e parâmetros de custeio para as empresas estatais federais sobre benefícios de assistência à saúde na modalidade de autogestão, respectivamente.

A Infraero buscou cumprir as novas diretrizes normativas estabelecidas pelo Governo Federal e negociou a revisão das regras assistenciais com os representantes dos empregados, passando a realizar um acompanhamento sistemático dos resultados da operadora.

Assim, nesse contexto de austeridade orçamentária, pode-se destacar que a natureza das demandas judiciais mais frequentes encontradas na presente pesquisa decorre desse contexto de ajustamento das regras assistenciais das operadoras, conforme tabela 5, que correspondem a 42,25% e 36,62% dos processos judiciais no âmbito das operadoras, e serão mais detalhadamente analisados a seguir.

- Dos processos judiciais de Reativação no Plano

O PAMI é um plano coletivo empresarial sem fins lucrativos, cujas regras estão estabelecidas na NI-18.02/B – Norma Interna de disciplinamento do PAMI e no Acordo Coletivo de Trabalho 2015/2017. A prestação de serviços se dá por meio da contratação de rede credenciada direta e indireta, cujo pagamento aos médicos credenciados é realizado após o atendimento ao beneficiário.

A cobertura do PAMI contempla o atendimento em enfermaria ou apartamento, consultas médicas, procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos, internação, bem como exames de diagnóstico e terapia, de acordo com a Listagem de Procedimentos Médicos de cobertura mínima, definidos pela ANS.

Conforme o Acordo Coletivo de Trabalho 2015/2017, são beneficiários do programa:

1) Titulares:

- a) empregados da Infraero de qualquer categoria;
- b) aposentados cadastrados e vigentes na data do desligamento;
- c) membros da diretoria e contratados que exercem cargo em comissão não pertencentes a seu quadro funcional, na qualidade de associados temporários, enquanto no desempenho de suas funções;
- d) os pensionistas habilitados após o falecimento do beneficiário titular, enquanto permanecer na condição de pensionistas do Órgão Oficial da Previdência Social e/ou outra caixa de previdência dos empregados da Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária – Infraero, sendo vedada a inclusão de novos dependentes;
- e) empregados que aderiram e/ou não ao PDITA, estando a cinco anos da aposentadoria, poderão optar pela permanência no PAMI, estendido esse benefício ao cônjuge ou companheiro(a), pagando integralmente o valor da Tabela Valor Limite de Contribuição Mensal até a data da respectiva aposentadoria (a ser informada à Infraero). Após a aposentadoria, passará a pagar a mensalidade de acordo com sua remuneração de aposentado.

2) Dependentes Legais:

- a) cônjuge;
- b) companheiro(a) que comprove união estável com a entidade familiar com declaração cartorial ou que tenha filhos em comum;
- c) filhos(as) solteiros(as) até 21 anos, 11 meses e 29 dias de idade;
- d) filhos(as) solteiros(as), com mais de 21 anos, 11 meses e 29 dias até completar 24 anos, 11 meses e 29 dias de idade, comprovadamente frequentando cursos de graduação e/ou pós-graduação, *stricto sensu* (mestrado e doutorado), sem economia própria;
- e) filhos inválidos de qualquer idade, sem economia própria;
- f) enteados(as), nas mesmas condições impostas para filhos(as);
- g) menor(es) tutelado(s)(as) e/ou sob guarda judicial, mesmo que provisória, sem economia própria;
- h) menor solteiro(a) de até 21 anos sem economia própria, que mediante autorização judicial ou justificativa de dependência econômica devidamente homologada judicialmente, viva na companhia e às expensas do aeroportuário e conste de sua Declaração de Imposto de Renda;
- i) pai e/ ou mãe já incluídos no PAMI até 30/6/2018, devendo ser realizado o recadastramento anual (em maio) para fins de comprovação da renda de até dois salários mínimos (cada) e constar na declaração de imposto de renda do titular. Caso residam juntos, a renda mensal conjunta não poderá ultrapassar 04 (quatro) salários mínimos ou o mesmo limite, se apenas um dos beneficiários receber renda mensal. No caso de a renda anual do pai ou da mãe exceder o limite para dependente na Declaração de Imposto de Renda do titular, exigida a própria Declaração de Imposto de Renda do pai ou da mãe, conforme for o caso.
- j) não será permitida a inclusão de novos dependentes “pai” e “mãe” a partir de 1/7/2018.

Aos empregados do quadro regular que estejam aposentados pelo INSS na data do desligamento, desde que tenham mais de 10 anos de serviços prestados à Infraero, é permitida a continuação como beneficiário do PAMI juntamente com seu cônjuge ou companheiro (a), desde que atendidos os requisitos estabelecidos na NI-

18.02/B(APE) de 4 de junho de 2007 e no Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

Por fim, a Infraero implementou um conjunto de ações visando a atender as regras estabelecidos pela Contabilidade Internacional ou CPC 33 – Benefícios a Empregados, que estabelece os procedimentos para o registro contábil e a divulgação dos benefícios concedidos a empregados, alinhado com os tratamentos previstos na *International Accounting Standard* – IAS nº 19.

O cumprimento de tais determinações se deve à ocorrência de ex-empregados que permanecem com o benefício assistencial, o que é classificado como passivo pós-emprego, conforme art. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

...

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (BRASIL, 1998).

Nesse processo de reformulação da concessão do Programa, a empresa implantou uma política de benefícios que se aproximasse ao estabelecido na Lei nº 9.656/98, revendo as condições de participação, porém limitadas às condições estabelecidas numa negociação coletiva de trabalho o que, em último grau, aumentou a quantidade de demandas judiciais no âmbito do PAMI.

- Dos processos judiciais de revisão das condições de cobrança

Até 2018, o PAMI era custeado majoritariamente pela Infraero, com a participação do empregado conforme tabela definida no ACT da época, havendo incidência de coparticipação do empregado quanto a utilização, variando de 4% a 20% do valor do procedimento realizado, conforme tabela abaixo.

Tabela 8 - Regras de coparticipação Acordo coletivo 2013-2015

Categoria/Padrão		Faixa Salarial	Participação	
De	Até	RG ou FG+QCR	% Participação Empregado	% Participação Infraero
C/12	A/22	-	4%	98%
A/23	A/38	XI	8%	92%
A/39	B/59	XIV - X - IX - VIII - VII	15%	85%
B/60	D/84	Especial - X - XII - VI - V - IV - III - II - I	20%	80%

Fonte: Acordo Coletivo 2013-2015 da SINA-Infraero.

A partir do ACT de 2018, a Infraero revisou as regras de concessão do benefícios de assistência médica do PAMI, visando: 1) a preservação da qualidade da assistência à saúde dos empregados oferecida no PAMI atual; 2) a redução do passivo financeiro referente ao pós-emprego em função da concessão do benefício aos aposentados; 3) a redução do risco financeiro de todos os envolvidos - patrocinador (Infraero) e empregado (coparticipação) - nos tratamentos de alto custo, possibilitando a ambos a previsibilidade financeira.

Foi criada a contribuição mensal (ou mensalidade) calculada por critério *per capita*, observando a faixa remuneratória/rendimento e os limites de variação de contribuição por faixa etária. Veja os parâmetros estabelecidos:

I. A Tabela de Cobrança Mensal, de forma per capita, nos valores percentuais conforme faixa remuneratória/rendimento do titular, nos percentuais a seguir:

Tabela 9 - Faixas salariais dos beneficiários titulares

FAIXAS - REMUNERAÇÃO	2018	2019	2020	2021
Até R\$ 3.000,00	1,78%	2,10%	2,38%	2,71%
Entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.000,00	2,19%	2,58%	2,92%	3,33%
Entre R\$ 5.000,01 e R\$ 10.000,00	2,49%	2,94%	3,32%	3,79%
Entre R\$ 10.000,01 e R\$ 15.000,00	2,79%	3,29%	3,72%	4,24%
Entre R\$ 15.000,01 e R\$ 20.000,00	3,09%	3,65%	4,13%	4,70%
Entre R\$ 20.000,01 e R\$ 25.000,00	3,39%	4,00%	4,53%	5,15%
Entre R\$ 25.000,01 e R\$ 30.000,00	3,69%	4,35%	4,93%	5,61%
Acima de R\$ 30.000,01	3,99%	4,71%	5,33%	6,07%

Fonte: Acordo Coletivo 2017-2019 da SINA-Infraero.

Para composição da remuneração, considera-se:

- a) **Empregado ativo:** salário base, função gratificada ou remuneração global, acumulação de função e, quando houver, incorporação de função de confiança.
- b) **Ex-empregado aposentado:** valor da aposentadoria do INSS e do Infraprev, havendo atualização cadastral anual, no mês de junho de cada ano para a atualização da renda ou a qualquer tempo se houver alteração da remuneração.

II. Tabela de contribuição mensal, cobrada de forma per capita, nos valores percentuais conforme a contribuição mensal do titular para cada dependente, a seguir demonstrados:

Tabela 10 - Tabela de contribuição mensal dos beneficiários

BENEFICIÁRIO	PERCENTUAL SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO TITULAR
Titular (ativo)	100%
Aposentado (ex-empregado)	150%
Cônjuge/companheiro(a)	80%
Filho(a)/menor sob guarda	80%
Pai/Mãe	200%

Fonte: Acordo Coletivo 2017-2019 da SINA-Infraero.

III. Tabela de limites de cobrança mensal, utilizando a idade do beneficiário, abaixo apresentada:

Tabela 11 - Valor limite das contribuições mensais/ mensalidades

VALOR LIMITE DE CONTRIBUIÇÃO MENSAL (Por Beneficiário)				
IDADE	2018	2019	2020	2021
00-18	R\$143,84	R\$152,47	R\$161,62	R\$171,32
19-23	R\$181,24	R\$192,11	R\$203,64	R\$215,86
24-28	R\$228,79	R\$242,52	R\$257,07	R\$272,49
29-33	R\$284,80	R\$301,89	R\$320,00	R\$339,20
34-38	R\$319,33	R\$338,49	R\$358,80	R\$380,33
39-43	R\$348,09	R\$368,98	R\$391,11	R\$414,58
44-48	R\$384,09	R\$407,14	R\$431,56	R\$457,46
49-53	R\$445,46	R\$472,19	R\$500,52	R\$530,55
54-58	R\$595,49	R\$631,22	R\$669,09	R\$709,24
> 59	R\$861,59	R\$913,29	R\$968,08	R\$1.026,17

Fonte: Acordo Coletivo 2017-2019 da SINA-Infraero.

IV. Fica estabelecido o limite máximo de desconto de contribuição total em relação à remuneração do titular, conforme segue:

Tabela 12 - Limites de contribuição máximo por beneficiário

Limitador da Remuneração	2018	2019	2020	2021
Percentual Máximo de Contribuição Total em Relação à Remuneração	15%	16%	18%	20%

Fonte: Acordo Coletivo 2017-2019 da SINA-Infraero.

Dessa forma, pode-se constatar que a Infraero necessitou reformular as regras de concessão do benefício de assistência médica aos seus beneficiários do Programa, o que aumentou o nível de participação financeira dos beneficiários no custeio da operadora, que correspondia historicamente, em meados do 2015, a menos de 10% do custo total, e passou a ser progressivamente ajustado de forma a buscar uma paridade de participações entre empregador e empregado. Nesse contexto, as diversas demandas judiciais verificadas decorrem principalmente de ações que buscam questionar as alterações realizadas.

Por fim, reforça-se que foram adotadas duas políticas de visavam ajustar as regras financeiras de concessão dos benefícios do PAMI: 1) a revisão do custeio do programa, conforme as regras já expostas da Resolução 23 da CGPAR,

especialmente com a implementação da cobrança de mensalidades, pois, até o ACT 2015-2017, só havia a cobrança exclusiva de coparticipação e 2) a revisão das regras de coparticipação, que deixaram de serem realizadas conforme a tabela 7, de 4% a 20%, de acordo com a faixa salarial, e passaram a ser cobradas participações de 15% e 30% conforme os procedimentos realizados.

Dos custos dos Processos judiciais

A partir da análise dos processos judiciais mapeados, inicialmente 137 (cento e trinta e sete) deles, conforme relatório detalhado da área jurídica da Infraero, foram excluídos todos aqueles que não tiveram repercussão nos custos da Operadora.

Dentre os processos que produziram repercussão financeira, pudemos realizar o levantamento, caso a caso, dos 71 (setenta e um) processos com repercussão nos custos operacionais, conforme tabela 13 abaixo, para os exercícios de 2015 a 2019.

Tabela 13 - Do custo anual dos processos

Processos	2015	2016	2017	2018	2019	Somatório
Até 2015						
1	6.188,98	21.256,12	14.380,96	96.703,76	78.343,00	216.872,82
2	6.864,00	1.771,81	0	0	0	8.635,81
3	1.653,24	3.842,00	1.790,00	5.397,50	0	12.682,74
4	3.505,51	1.161,49	0	0	0	4.667,00
5	1.331,00	0	0	0	0	1.331,00
6	35.810,00	48.448,95	304.576,01	0	0	388.834,96
7	4.568,00	2.830,00	9.584,82	978,44	367,34	18.328,60
8	1.431,98	0	0	0	0	1.431,98
9	3.625,08	4.562,00	0	0	0	8.187,08
10	52.210,00	42.254,00	65.361,78	10.333,86	0	170.159,64
11	35.643,42	22.751,55	0	21.307,81	31.262,38	110.965,16
12	192.162,76	0	0	0	0	192.162,76
13	8.123,20	1.012,08	1.781,53	5.459,64	4.911,67	21.288,12
14	R\$102.834,02	0	0	0	0	102.834,02
15	626.456,16	297.822,36	17.614,12	0	0	941.892,64
16	5.412,00	2.830,00	1.110,00	0	0	9.352,00
17	6.602,37	28.176,19	27.683,50	0	0	62.462,06
18	586.540,00	358.250,00	2.584,72	450,07	1.742,53	949.567,32
19	5.378,16	0	0	0	0	5.378,16
20	10.482,21	6.721,91	1.334,30	4.831,19	3.474,22	26.843,83
21	12.343,00	0	0	0	0	12.343,00
22	171.609,11	104.569,29	6.938,89	2.110,13	0	285.227,42
23	153.568,00	161.457,00	166.000,00	195.800,00	202.764,00	879.589,00
24	1.426.602,37	532.475,00	27.683,25	5.932,27	2.536,86	1.995.229,75
25	1.122.340,00	123.455,00	93.676,00	434.845,50	143.503,00	1.917.819,50
26	8.992,56	22.388,60	21.678,00	18.546,00	45.768,00	117.373,16
27	2.668,77	4.458,84	611,06	8.856,77	4.026,77	20.622,21

2016						
28	0	11.446,95	3.456,00	0	0	14.902,95
29	0	7.978,00	1.174,01	0	0	9.152,01
30	0	52.314,68	96.238,53	15.834,39	36.839,09	201.226,69
31	0	1.118,49	47,75	19.836,00	492,62	21.494,86
32	0	107.579,88	1.535,52	738.706,34	1.232,70	849.054,44
33	0	18.360,06	0	0	0	18.360,06
34	0	20.288,36	72.033,62	7.418,74	678.250,00	777.990,72
35	0	21.679,30	0	0	0	21.679,30
36	0	21.638,33	60.638,97	10.920,40	5.903,05	99.100,75
2017						
37	0	0	46.493,42	1.339,57	1.955,04	49.788,03
38	0	0	4.700,29	0	0	4.700,29
39	0	0	170.856,00	0	0	170.856,00
40	0	0	2.301,39	31.338,52	4.477,03	38.116,94
41	0	0	617.355,46	557.212,00	192.329,98	1.366.897,44
2018						
42	0	0	0	10.333,86	91.582,36	101.916,22
43	0	0	0	28.089,49	65.361,78	93.451,27
44	0	0	0	0	564.678,00	564.678,00
45	0	0	0	2.252,50	90,95	2.343,45
46	0	0	0	49.768,65	37.263,10	87.031,75
47	0	0	0	545,56	678	1.223,56
48	0	0	0	6.783,00	1.259,00	8.042,00
49	0	0	0	330.765,47	328.287,88	659.053,35
50	0	0	0	34.945,67	22.982,13	57.927,80
51	0	0	0	4.450,96	22.982,13	27.433,09
52	0	0	0	1.394.450,96	153.327,13	1.547.778,09
53	0	0	0	18.546,00	82.766,00	101.312,00
54	0	0	0	123.144,00	0	123.144,00
2019						
55	0	0	0	0	1.053.327,13	1.053.327,13
56	0	0	0	0	555.655,68	555.655,68
57	0	0	0	0	25.972,63	25.972,63
58	0	0	0	0	42.765,00	42.765,00
59	0	0	0	0	2.530,25	2.530,25
60	0	0	0	0	344.416,99	344.416,99
61	0	0	0	0	392.594,94	392.594,94
62	0	0	0	0	784.531,00	784.531,00
63	0	0	0	0	295.380,41	295.380,41
64	0	0	0	0	135,87	135,87
65	0	0	0	0	2.658,88	2.658,88
66	0	0	0	0	501,5	501,5
67	0	0	0	0	3.567,00	3.567,00
68	0	0	0	0	7.566,00	7.566,00
69	0	0	0	0	3.850,80	3.850,80
70	0	0	0	0	7.462,22	7.462,22
71	0	0	0	0	140,35	140,35
	R\$4.594.945,90	R\$2.054.898,24	R\$1.841.219,90	R\$4.198.235,02	R\$6.334.494,39	R\$19.023.793,45

Fonte: Relatório de custo do PAMI (sistema Benner/Fácil Informática) /Infraero

A partir do levantamento realizado, foi feita a consolidação dos custos de todos os processos judiciais mapeados e comparado com o histórico de custos assistenciais e administrativos, conforme tabela a seguir:

Tabela 14 - Análises de custos consolidados

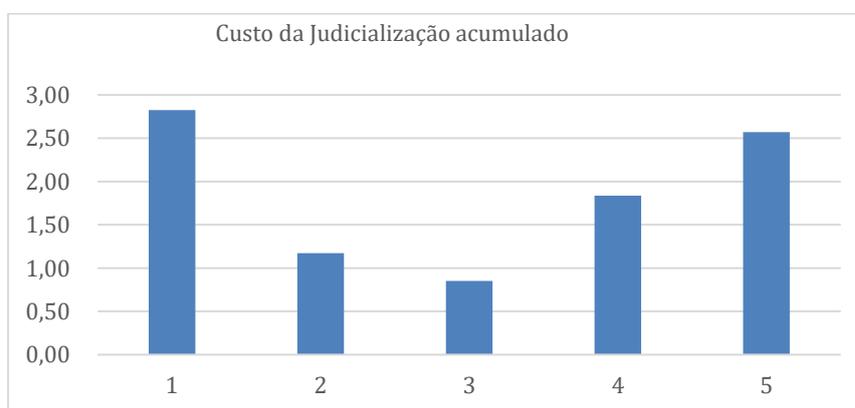
ITEM	2015	2016	2017	2018	2019
Custo Administrativo	17.885.057,00	19.269.514,00	18.607.742,95	14.729.963,52	18.030.668,89
Custo Assistencial	162.575.376,56	175.092.573,00	216.250.042,35	228.663.367,31	246.523.647,02
TOTAL	180.460.433,56	194.362.087,00	234.857.785,30	243.393.330,83	264.554.315,91
Judicialização	R\$4.594.945,90	R\$2.054.898,24	R\$1.841.219,90	R\$4.198.235,02	R\$6.334.494,39
	2,83	1,17	0,85	1,84	2,57

Fonte: Relatório de custo PAMI (sistema Bennet/Fácil Informática) / Infraero

Percebe-se que houve uma aparência de estabilidade no perfil dos custos administrativos da operadora, exceto uma pequena variação no exercício de 2018. Os custos assistenciais, por sua vez, apresentaram tendência de elevação.

Quando comparado o custo da judicialização com o custo assistencial da operadora, podemos constatar que há uma variação entre 0,85% e 2,83% nos cinco anos pesquisados, conforme tabela abaixo:

Tabela 15 – percentual de custo de judicialização / custo total



Fonte: autoria própria

Embora não haja, na literatura consultada para o presente trabalho aplicado, dados percentuais de custo da judicialização que possibilitem comparar os aspectos positivos ou negativos dessa análise percentual realizada, pode-se verificar

que, no exercício 2015, houve a contabilização de 27 processos judiciais, sendo 9 deles oriundos do exercício de 2014, porém com repercussão financeira só do exercício de 2015 em função da série histórica abranger apenas cinco exercícios (2015 a 2019), o que gerou uma elevação para o exercício de 2015 acima do cômputo real.

Porém, prevalece como maior mérito desse índice a possibilidade de realizar o acompanhamento sistemático da evolução do custo da judicialização, em termos percentuais, em relação aos custos assistenciais e/ou totais na operadora pesquisada.

Por fim, como consequência dos diversos aprendizados no exercício da presente pesquisa, a partir da análise dos custos da judicialização na operadora, tomando como referência os dados dos exercícios apurados, foram constatados alguns impactos decorrentes da judicialização na operadora:

1) Elevada presença de pedidos trabalhistas com repercussão no Plano de Saúde

Foi constatado que 55% (cinquenta e cinco por cento) dos processos judiciais que repercutiram nos custos da operadora origina-se de demandas trabalhistas (27 processos decorrentes de revisão ou reativação de vínculo contratual e 12 processos questionando as regras de cobranças constantes nos Acordos Coletivos da categoria).

Em função da operadora atuar por meio do departamento de Recursos Humanos (Autogestão em RH), e estas decisões judiciais serem de natureza trabalhistas, não houve o acompanhamento sistemático das demandas, embora houvesse a repercussão indireta nos custos do plano de saúde. A partir dessa constatação, foi iniciada uma revisão da rotina de acompanhamento e a melhoria deste processo.

2) Fluxo de informações com algumas falhas

Foi constatada na presente pesquisa a ocorrência de vários processos que não tiveram o conhecimento da área de Gestão de Plano de Saúde,

especialmente em função da natureza trabalhista da demanda judicial, tendo sido instruídas essencialmente pelas áreas de relações trabalhistas da entidade. Após a constatação dessas ausências de direcionamento da informação para a área afetada, foram revistos os fluxos de informação de maneira a segurar o acompanhamento dos processos atuais e futuros.

3) Alto custo é evidenciado nas demandas ajuizadas contra a operadora

Embora tenha sido constatado que 55% (cinquenta e cinco por cento) dos processos judiciais que repercutiram nos custos da operadora originaram-se de demandas trabalhistas, foi verificado que dentre os dez processos mais custosos, oito foram oriundos de demandas de matéria da saúde (processos cirúrgicos de alta complexidade), como pode ser visto na planilha abaixo (processos: 15; 18; 24; 25; 32; 41; 52 e 55).

Tabela 16 – os 10 processos de maior custo acumulado

Processos	2015	2016	2017	2018	2019	Somatório
15	626.456,16	297.822,36	17.614,12	0	0	941.892,64
18	586.540,00	358.250,00	2.584,72	450,07	1.742,53	949.567,32
23	153.568,00	161.457,00	166.000,00	195.800,00	202.764,00	879.589,00
24	1.426.602,37	532.475,00	27.683,25	5.932,27	2.536,86	1.995.229,75
25	1.122.340,00	123.455,00	93.676,00	434.845,50	143.503,00	1.917.819,50
32	0	107.579,88	1.535,52	738.706,34	1.232,70	849.054,44
41	0	0	617.355,46	557.212,00	192.329,98	1.366.897,44
52	0	0	0	1.394.450,96	153.327,13	1.547.778,09
55	0	0	0	0	1.053.327,13	1.053.327,13
62	0	0	0	0	784.531,00	784.531,00
Total	3.915.506,53	1.581.039,24	926.449,07	3.327.397,14	2.535.294,33	10.559.262,67

Fonte: Relatório de custo do PAMI (sistema Benner/Fácil Informática) /Infraero

Dessa forma, foi constatada a necessidade de que os processos das demandas que envolvem procedimentos assistenciais de alta complexidade deverão permanecer sendo objeto de máxima atenção da operadora, sobretudo pela

constatação de que os custos de apenas 8 (oito) processos citados acima, num universo de 71 (setenta e um processos), representaram 50% de todo o custo apurado.

5.2. RESULTADO 2 - Da ferramenta proposta

Como iniciativa para melhorar o gerenciamento dos processos decorrentes da judicialização na saúde, foi desenvolvida uma ferramenta de apresentação de dados que permite o lançamento das informações dos custos apurados, assim como do ambiente regulatório das decisões, contribuindo de forma sistemática com a agilização e aperfeiçoamento do processo decisório, conforme modelo apresentado a seguir:

Num plano cartesiano foi utilizada uma dimensão denominada previsibilidade regulatória, ou seja, a classificação das demandas judiciais conforme as previsões regulatórias vigentes:

a) Na linha das abscissas – linha horizontal (previsibilidade regulatória) – apresentados três níveis de previsibilidade regulatória:

1) baixa previsibilidade regulatória – BP (contexto em que não há previsão de regras ou normativos que disciplinem o pedido da ação. Exemplo: medicamento em fase experimental e autorização sem lastro em regulação vigente);

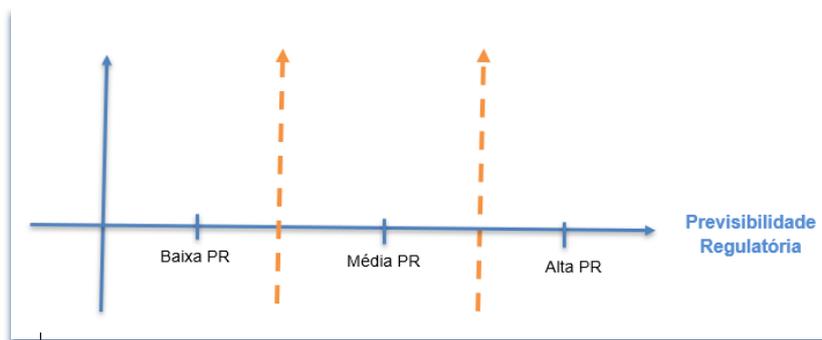
2) média previsibilidade regulatória – MP (cenário em que pode haver algum disciplinamento normativo e regulamentar, porém, sem consenso quanto ao pedido da ação. Exemplo: divergência com diretriz de utilização e divergência de junta médica);

3) alta previsibilidade regulatória – AP (contexto com amplo reconhecimento quanto à legitimidade do pedido, havendo regramentos ou normas que justificam o pedido. Exemplo: plena concordância com uma diretriz de utilização e problemas de operacionalização de processos da operadora).

O uso da ferramenta consiste em analisar os processos judiciais, essencialmente sob aspecto quantitativo, ou seja, a classificação quanto a previsibilidade regulatória busca agrupar as demandas judiciais em baixa, média e alta previsibilidade regulatória, sem que sejam avaliadas as opções processuais adotadas na condução das demandas ou as estratégias de defesa desenvolvidas nos processos.

As três medidas estão apresentadas no gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Classificação da previsibilidade regulatória



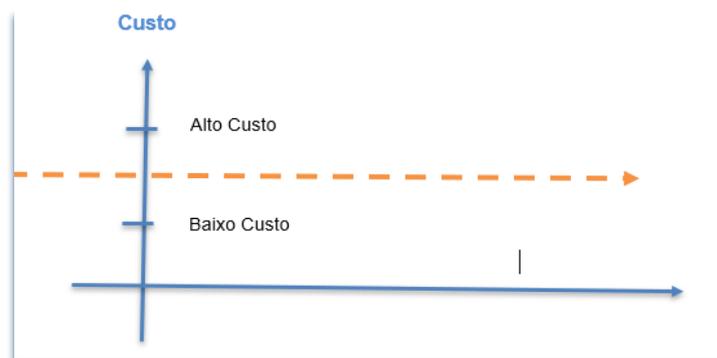
Fonte: autoria própria

b) No sentido das ordenadas – linha vertical (o custo judicial) – posiciona-se, numa escala ascendente, os custos de forma a compor dois grupos de interesse:

1) Alto Custo – AC: os valores mais representativos ficam acima da linha divisória que separa o alto do baixo custo e deverá ser estabelecida conforme a linha de interesse do processo a ser medido. No exercício realizado para o presente estudo, foi adotada a linha (laranja) de corte de R\$ 100 mil/ano.

2) Baixo Custo – BC: os valores menos representativos ficam abaixo da linha divisória que separa o alto do baixo custo e deverá ser estabelecida conforme a linha de interesse. Valores menores de R\$ 100 mil/ano serão considerados como de baixo custo. Ambos podem ser demonstrados graficamente conforme gráfico a seguir:

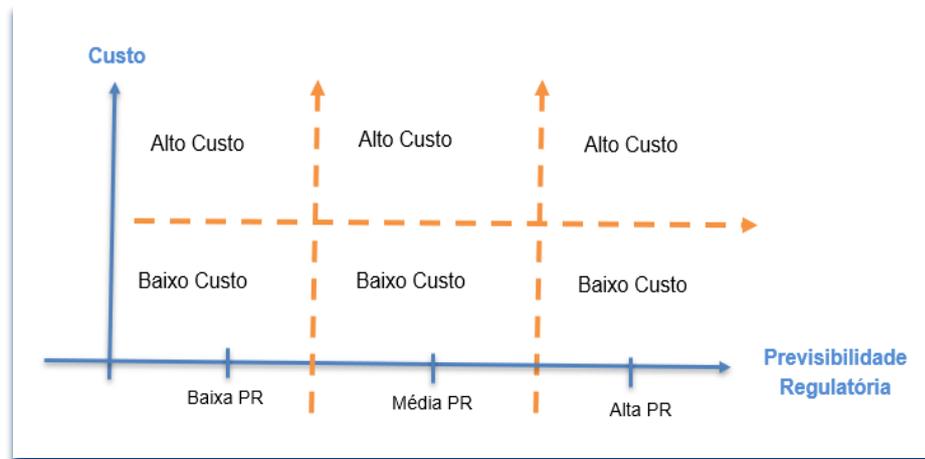
Gráfico 2 - Classificação dos custos



Fonte: autoria própria

Dessa forma, unindo as duas variáveis (custo x previsibilidade regulatória), fica demonstrada graficamente a composição a ser analisada:

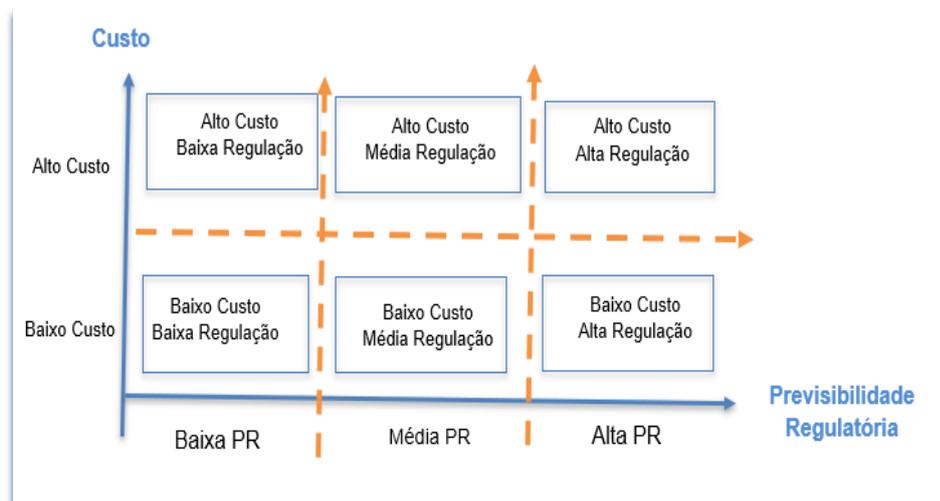
Gráfico 3 - Classificação custo x previsibilidade regulatória



Fonte: autoria própria

A partir dos quadrantes formados, pode-se realizar os agrupamentos dos processos judiciais que possuem variáveis assemelhadas e permitem a elaboração de um diagnóstico com tendências prevalentes:

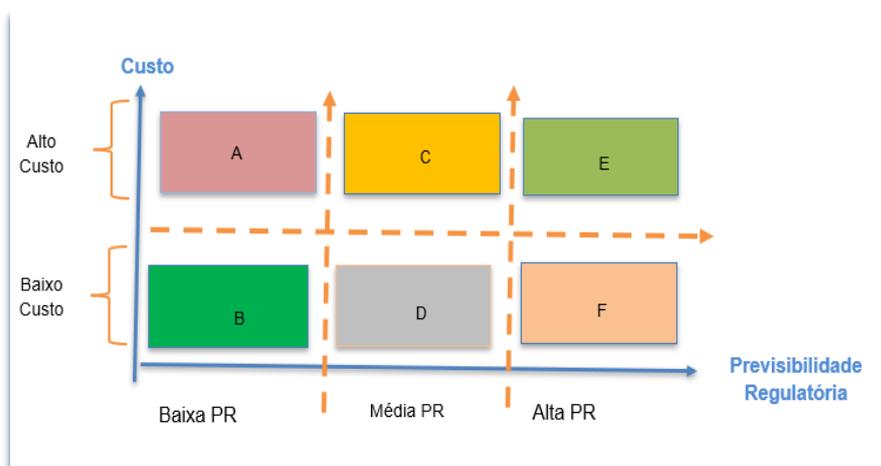
Gráfico 4 - Agrupamentos dos custos x previsibilidade regulatória



Fonte: autoria própria

Nos seis quadrantes formados, conforme o gráfico 5, estão inscritas as letras de “A” a “F”, que representam os seis grupos arquetípicos, com o objetivo de demonstrar os diferentes modelos de processos agrupados e permitir um diagnóstico das demandas analisadas:

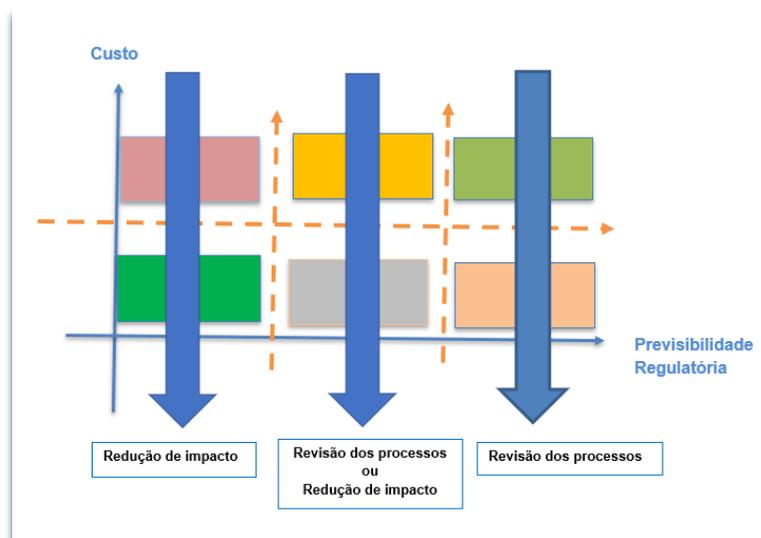
Gráfico 5 - Formação dos grupos arquetípicos



Fonte: autoria própria

Inicialmente é necessário esclarecer de maneira detalhada as possíveis análises decorrentes dos agrupamentos realizados conforme a classificação dos processos, especialmente em relação à previsibilidade regulatória:

Figura 2 - Proposição de ações estratégicas



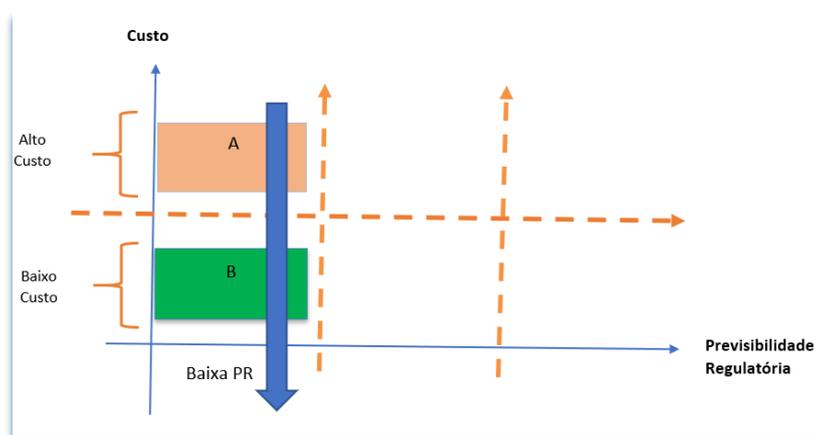
Fonte: autoria própria

Conforme o modelo acima, figura 2, as três faixas azuis representam um conjunto de estratégias baseadas nas análises dos processos constantes nos quadrantes interligados. Ou seja, para os processos judiciais classificados nos quadrantes A e B, de baixa previsibilidade regulatória – BP, ações de redução de impacto financeiro do fenômeno apurado; para os processos judiciais classificados nos quadrantes C e D, de média previsibilidade regulatória – MP, ações de revisão de processos ou redução de impacto financeiro do fenômeno apurado; e, por último, para os processos judiciais classificados nos quadrantes E e F, de alta previsibilidade regulatória – AP, ações de revisão de processos. Será demonstrada abaixo uma análise pormenorizada explicando cada uma das estratégias arquetípicas e suas possíveis aplicações.

- Dos quadrantes A e B (baixa previsibilidade regulatória):

Os processos judiciais classificados nos quadrantes A e B, de baixa previsibilidade regulatória – BP, devem ser objeto de ações de redução de impacto do fenômeno. Isso porque se trata de um fenômeno de baixa previsibilidade regulatória, ou seja, não há previsão nos regulamentos vigentes que discipline o cumprimento das ações objeto das demandas.

Gráfico 6 - Apresentação dos quadrantes A + B



Fonte: autoria própria

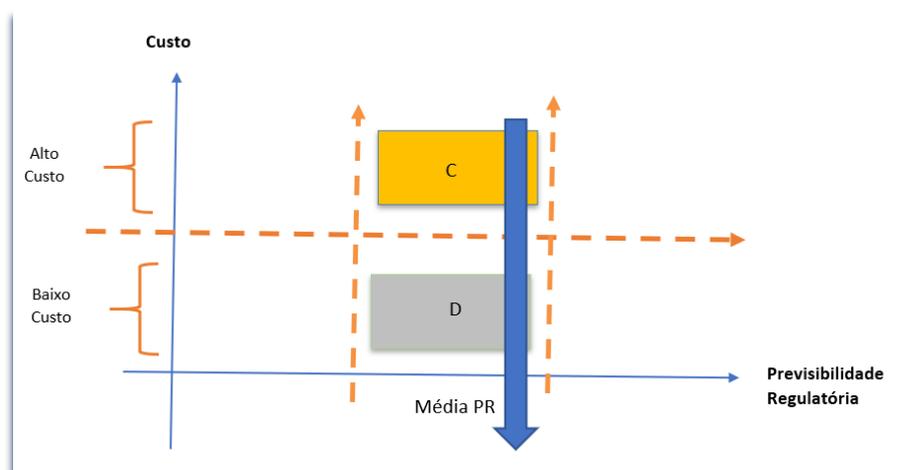
Exemplos de demandas judiciais classificáveis nos quadrantes A e B: 1) medicamento em fase experimental; 2) autorização sem lastro na regulação vigente; 3) concessão de benefícios apenas baseados em princípios constitucionais, sem uma previsão normativa.

Sabemos que, em função das evidentes dificuldades existentes em promover qualquer mudança regulatória, recomenda-se a adoção de ações que busquem diminuir os riscos e impactos financeiros decorrentes das decisões.

- Dos quadrantes C e D (média previsibilidade regulatória):

Os processos judiciais classificados nos quadrantes C e D, de média previsibilidade regulatória – MP, devem ser objeto de ações de redução de risco e impacto financeiro ou de revisão dos processos. Isso porque, por se tratar de fenômeno de média previsibilidade regulatória, há alguma previsão possível nos regulamentos vigentes que disciplina o cumprimento das ações objeto das demandas, porém não há clareza ou evidência objetiva na decisão judicial proferida.

Gráfico 7 - Apresentação dos quadrantes C + D



Fonte: autoria própria

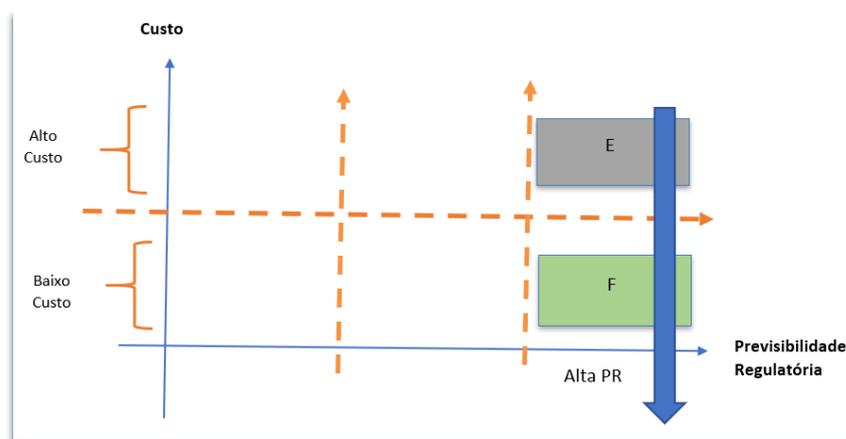
Exemplos de demandas judiciais classificáveis nos quadrantes C e D: 1) divergência com diretriz de utilização – DUT constante no rol da ANS; 2) divergência de análise a partir da composição de junta médica; 3) *home care* para os casos em que haja previsão contratual, porém com regulação divergente; 4) autorização de órteses, próteses e materiais especiais com divergência de regulação. Todos têm previsão normativa, porém apresentam alguma divergência regulatória.

Desses quadrantes recomenda-se tanto a adoção de ações que busquem diminuir os riscos e impactos financeiros ou a revisão dos processos decorrentes das decisões.

- Dos quadrantes E e F (alta previsibilidade regulatória):

Os processos judiciais classificados nos quadrantes E e F, de alta previsibilidade regulatória – AP, devem ser objeto de ações de revisão dos processos. Isso porque, por se tratar de fenômeno de alta previsibilidade regulatória, há expressa previsão nos regulamentos vigentes que discipline o cumprimento das ações objeto das demandas, pois há uma maior clareza do disciplinamento da matéria objeto da decisão judicial proferida.

Gráfico 8 - Apresentação dos quadrantes E + F



Fonte: autoria própria

Exemplos de demandas judiciais classificáveis nos quadrantes E e F: 1) plena concordância com diretriz de utilização – DUT constante no rol da ANS; 2) *home care* para os casos em que haja previsão contratual; 3) autorização de órteses,

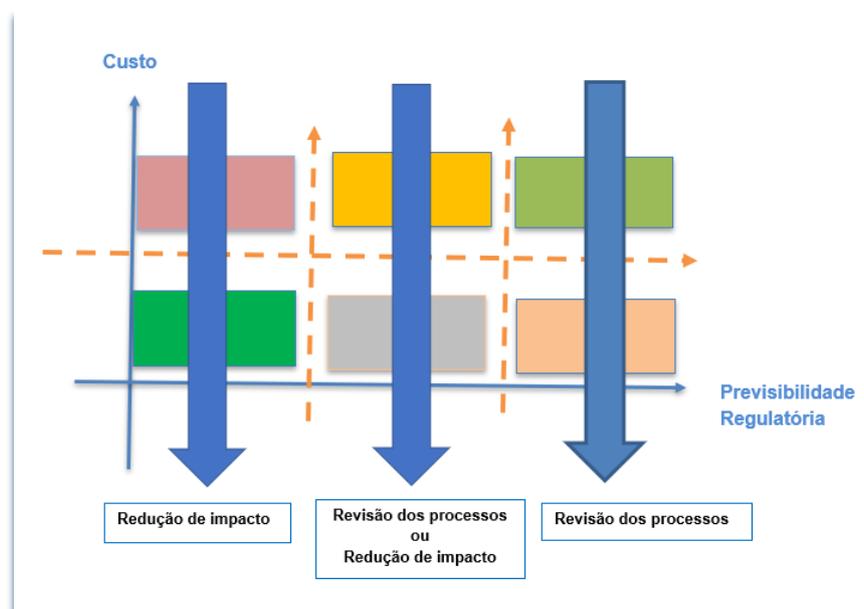
próteses e materiais especiais sem divergência a respeito da regulação e 4) problemas de operacionalização de processos da operadora.

A partir destes quadrantes expostos, recomenda-se a adoção de ações que busquem a revisão dos processos decorrentes das decisões. Pois, se há alta previsibilidade regulatória, isso implica na necessidade de os processos assistenciais atenderem a todos os regramentos vigentes.

- Dos quadrantes A e F (consolidado)

A partir da análise dos processos e da formação de um diagnóstico das demandas existentes, poderemos estabelecer estratégias e ações táticas que possibilitem a melhoria dos processos afetados, bem como a proposição para a redução dos riscos e impactos financeiros, quando não for possível rever os processos envolvidos, conforme figura abaixo:

Figura 3 - Proposição das ações estratégicas

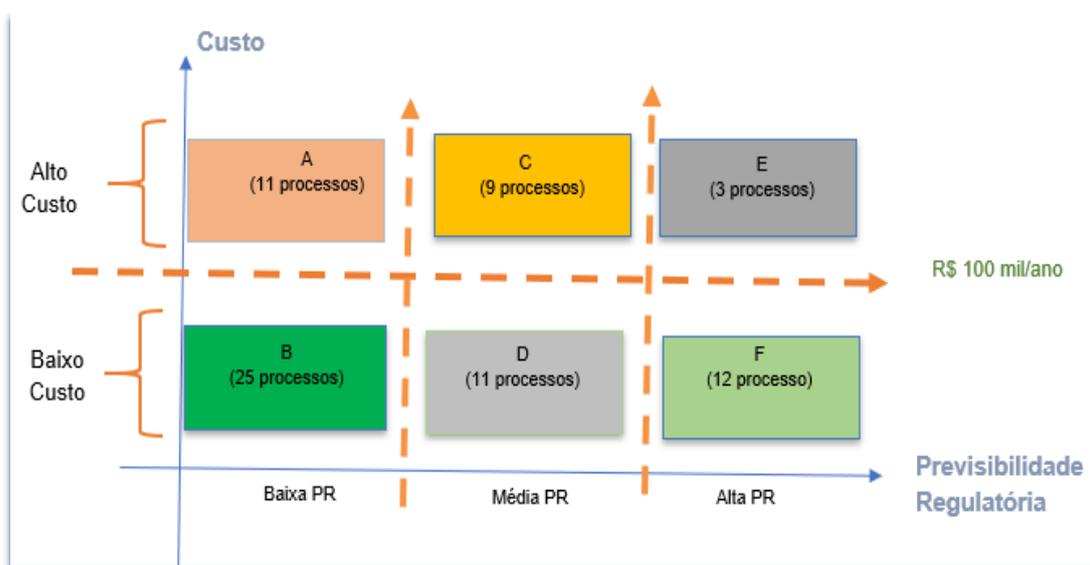


Fonte: autoria própria

5.3. RESULTADO 3 - Da aplicação da ferramenta

Após a conclusão do levantamento dos processos judiciais, foi realizada a classificação destes conforme sua natureza quanto ao custo (alto ou baixo) e quanto a sua previsibilidade regulatória (baixa, média ou alta). A seguir, foram agrupados abaixo:

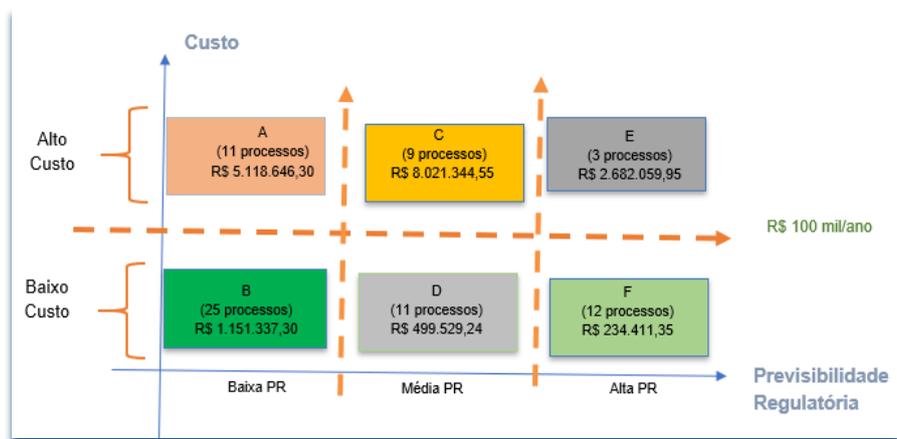
Gráfico 9 - Processos judiciais distribuídos por quadrante



Fonte: autoria própria

Na sequência, após a conclusão do agrupamento dos processos judiciais, foi realizada a consolidação dos custos dos processos de forma análoga à classificação dos processos. Assim, foram obtidos os custos totalizados pelos quadrantes, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 10 - Processos e custos judiciais distribuídos por quadrante

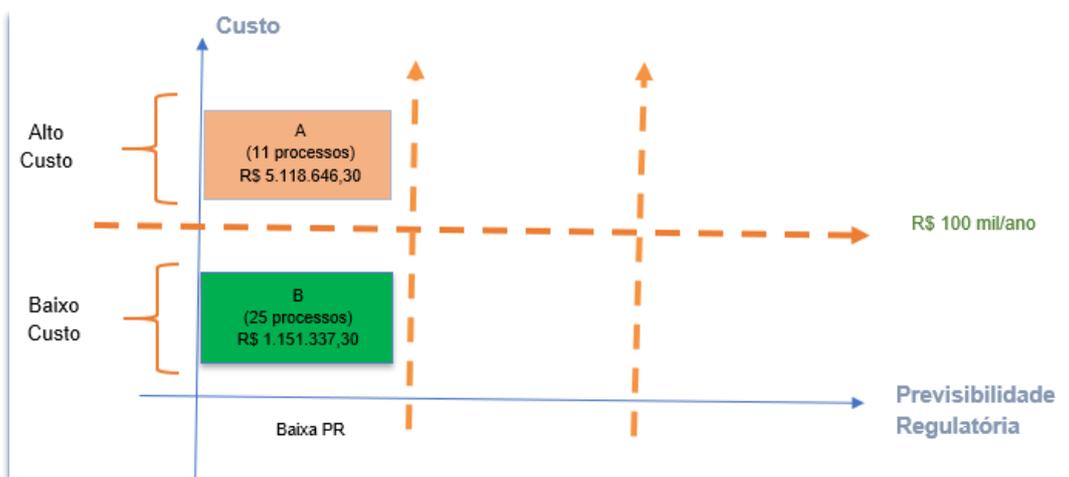


Fonte: autoria própria

Com a finalização do agrupamento de todos os processos judiciais e a totalização de seus respectivos dados, foi iniciada a análise comparativa dos quadrantes referentes à previsibilidade regulatória, exposta a seguir:

- **Da Análise dos quadrantes (A e B):**

Gráfico 11 - Processos e custos judiciais distribuídos nos quadrantes A e B



Fonte: autoria própria

1. Medidas dos quadrantes A e B:

Quadro 1 - Medidas dos quadrantes A e B em comparação aos valores totais

Processos (%):	50,70% dos processos analisados
Custo (%):	32,95% do custo total
Objetivo:	Redução do impacto

Fonte: autoria própria

2. Análise

As principais ocorrências verificadas nos quadrantes A e B foram os seguintes tipos de demandas: 1º – reativação no plano (especialmente aposentados e ex-empregados); 2º – revisão das condições de cobrança (exclusivamente os casos de exclusão de pagamento de mensalidade); 3º – fornecimento de medicamento não previsto no rol de procedimentos da ANS.

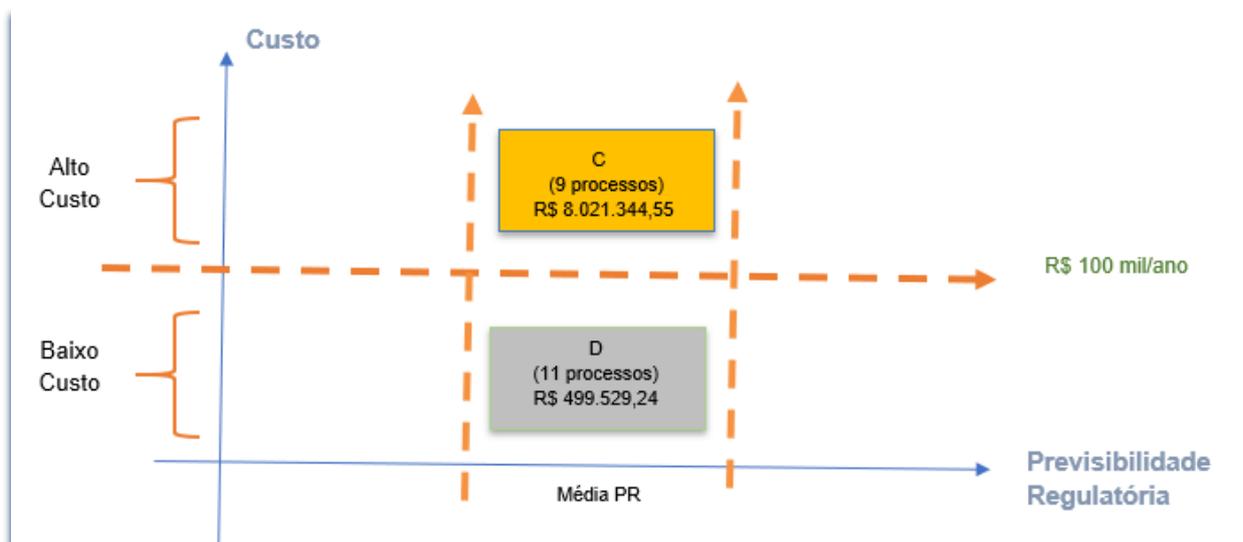
Existem normativos vigentes que disciplinam as ações requeridas para os pedidos constantes nos processos judiciais agrupados nos quadrantes A e B. Assim, caso não haja condições de realizar revisão dos regulamentos vigentes, é preciso analisar as possibilidades de redução dos impactos provocados por esse conjunto de demandas judiciais.

3. Proposição:

Rever os regramentos que estabelecem a política de permanência dos aposentados, ex-empregados e dependentes do programa de assistência médica dos beneficiários da empresa, assim como as condições de cobrança, principalmente dos casos de exclusão de pagamento de mensalidade.

- **Da Análise dos quadrantes (C e D)**

Gráfico 12 - Processos e custos judiciais distribuídos nos quadrantes C e D



Fonte: autoria própria

1. Medidas dos quadrantes C e D:

Quadro 2 - Medidas dos quadrantes C e D em comparação aos valores

Processos (%):	28,16% dos processos analisados
Custo (%):	44,79% do custo total
Objetivo:	Revisão de processo ou redução do impacto

Fonte: autoria própria

2. Análise

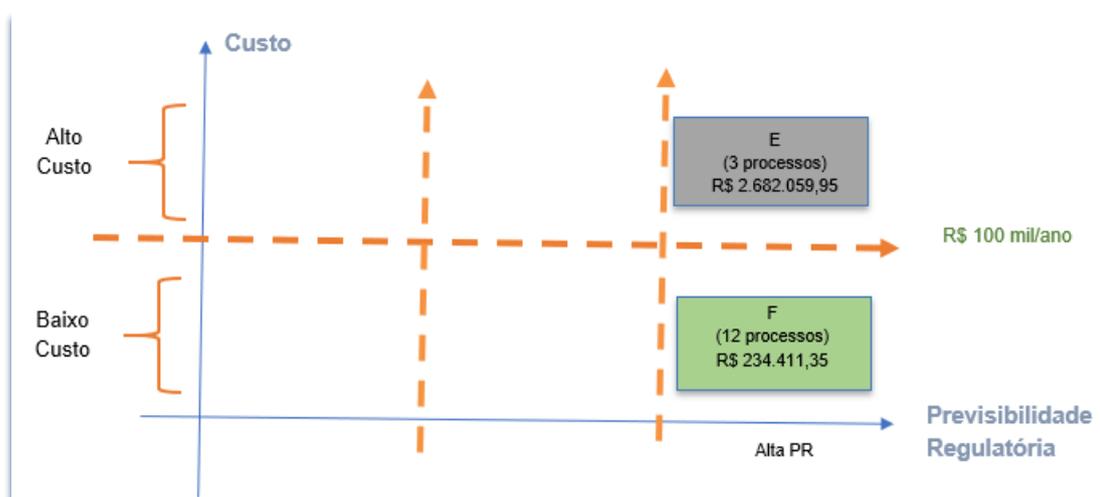
As principais incidências de processos judiciais verificadas nos quadrantes C e D foram dos seguintes tipos: 1º - procedimentos cirúrgicos; 2º fornecimento de medicamentos e *home care* (tipificados nesses quadrantes tendo em vista a existência de previsibilidade regulatória, embora tenha havido discordância de códigos e/ou meios de operacionalização dos procedimentos).

3. Proposição:

Revisar o modelo de regulação existente, especialmente a micro regulação, ou seja, os regramentos estabelecidos pela operadora para autorização e disciplinamento das aprovações dos procedimentos assistenciais. O objetivo era racionalizar as regras como forma de reduzir as discussões e impasses futuros com os prestadores. Ações como a contratação de empresas especializadas ou *Business Process Outsourcing - BPO* podem colaborar com esse tipo de ocorrência.

- **Da Análise dos quadrantes (E e F):**

Gráfico 13 - Processos e custos judiciais distribuídos nos quadrantes E e F



Fonte: autoria própria

1. Medidas dos quadrantes E e F:

Quadro 3 - Medidas dos quadrantes E e F em comparação aos valores totais

Processos (%):	21,12% dos processos analisados
Custo (%):	15,33% do custo total
Objetivo:	Revisão de processo

Fonte: autoria própria

2. Análise

As principais incidências verificadas nos quadrantes E e F foram sobre os seguintes tipos de demanda: 1º - revisão das condições de cobrança (casos de divergência de cobranças dos beneficiários); 2º - ausência de realização de junta médica.

Existem normativos vigentes que disciplinam as ações requeridas para os pedidos constantes nos processos judiciais agrupados nos quadrantes E e F, no entanto, elas não foram cumpridas. Dessa forma, é preciso que sejam analisadas as possíveis falhas que ocasionaram o descumprimento dos regramentos vigentes, e sejam propostas soluções de ajuste do processo como forma de eliminar os erros futuros.

3. Proposição:

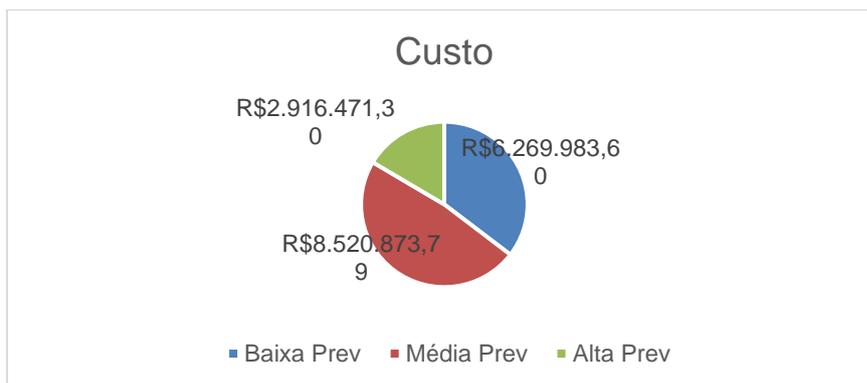
Revisar o processo de cobrança de participações médicas assistenciais dos beneficiários e analisar possibilidade de revisar o processo de junta médica ou, na sua impossibilidade, contratar empresa especializada para a execução do citado serviço técnico.

- **Da Análise conjunta dos quadrantes (A a F):**

Foram consideradas as análises realizadas a partir dos seis quadrantes mapeados na ferramenta desenvolvida, tomando como base os processos judiciais do Programa de Assistência Médica da Infraero – PAMI. Foi possível chegar às seguintes conclusões:

1) Dos custos apurados – o valor acumulado dos custos e a análise de cada um dos quadrantes possibilitou a verificação de quais decisões judiciais produziram maior repercussão financeira. As de média previsibilidade regulatória foram as que produziram mais impacto financeiro no resultado (R\$8.520.873,79), como pode ser visto no quadro abaixo.

Gráfico 14 – Custos distribuídos conforme grau de previsibilidade regulatória



Fonte: autoria própria

Outra análise importante é constatar que as demandas de média e alta previsibilidade possuem maior possibilidade de serem corrigidas, se comparadas com as demandas de baixa previsibilidade regulatória. Assim, tomando como exemplo os valores de média e alta previsibilidade (R\$2.916.471,30 e R\$8.520.873,79, respectivamente), existe o potencial de redução do custo da judicialização em R\$ 11,4 milhões, caso sejam adotadas ações que busquem eliminar os riscos e fatores motivadores para a ocorrência da judicialização, especialmente nas médias e altas previsibilidades regulatórias.

Dessa forma, a análise conjunta dos processos judiciais, tomando como referência as evidências mapeadas no estudo, poderá potencializar a capacidade de eliminar futuros litígios, à medida em que ficam transparentes os custos da judicialização, principalmente a partir da análise do histórico existente.

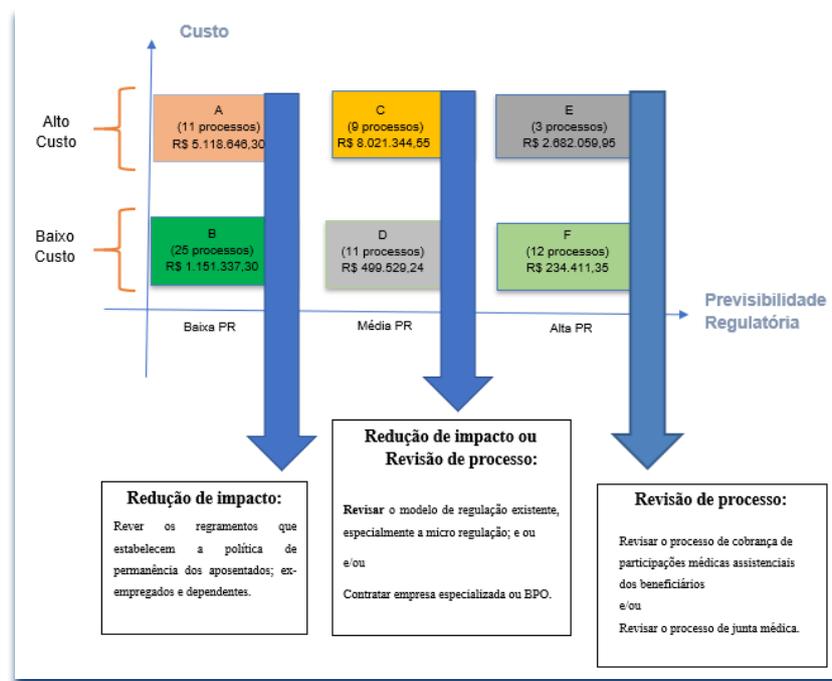
2) Da previsibilidade regulatória apurada – a compreensão dos três níveis de previsibilidade regulatória (baixa, média e alta previsibilidade regulatória), a partir do cenário de macro e micro regulação da Infraero, foi fundamental para que tivéssemos as condições básicas de realizar a apuração comparativa e, portanto, o diagnóstico necessário para realizar as proposições de melhorias a partir da análise dos processos judiciais pesquisados.

3) Das melhorias propostas – propomos as seguintes ações estratégicas ou melhorias de processos:

- a) Rever os regramentos que estabelecem a política de permanência dos aposentados, ex-empregados e dependentes, baseado na análise de redução de impacto financeiro (para os processos de baixa previsibilidade regulatória).
- b) Revisar o modelo de regulação existente, especialmente a micro regulação; e/ou contratar empresa especializada ou BPO, com base na redução de impacto financeiro ou na revisão de processo (para os processos de média previsibilidade regulatória).
- c) Revisar o processo de cobrança de participações (copagamento) médicas assistenciais dos beneficiários da operadora pesquisada e/ou revisar o processo de junta médica, baseado na revisão de processo (para os processos de alta previsibilidade regulatória).

Assim, podemos traduzir graficamente as ações propostas, especialmente as ações estratégicas ou melhorias de processos, conforme figura abaixo:

Figura 4 - Proposição das ações estratégicas aplicadas - PAMI



Fonte: autoria própria

Deve-se ressaltar que a ferramenta apresentada pode servir como instrumento de avaliação e acompanhamento dos riscos legais (em especial as demandas localizadas nos quadrantes A e B) e dos riscos operacionais (em especial das demandas localizadas nos quadrantes E e F), que embora não sejam conceitos coincidentes, apresentam grande similaridade de abordagens e que poderão resultar na busca de ações estratégicas, visando diminuir os custos da judicialização e o aperfeiçoamento do gerenciamento de riscos nas entidades provedoras de assistência à saúde.

Por fim, acredita-se que o potencial de utilização da ferramenta não se esgota neste trabalho. Ela poderá ser utilizada em diferentes tipos de entidades, públicas ou privadas, após verificação de viabilidade. Caso seja viável, seu uso deve ser incentivado, seja por meio da criação de painéis de controle internos, seja como instrumento de análise comparativa para a medição dos processos judiciais.

6. CONCLUSÃO

Este Trabalho Aplicado nasceu da busca de alternativas para responder a um problema que aflige uma parcela considerável dos gestores da área de saúde: Como gerenciar a judicialização da saúde?

Inicialmente, buscou-se compreender mais profundamente os fenômenos da regulação, da judicialização e dos custos em saúde. Ou seja, bem no espírito de um mestrado profissional, buscou-se alinhar a experiência com o conhecimento técnico e com publicações teóricas.

Foi executada revisão bibliográfica que possibilitou compreender mais profundamente os assuntos e buscar, por meio da pergunta de pesquisa e dos objetivos definidos, as respostas necessárias para a inquietação inicial.

No esforço para a construção do trabalho, após pesquisa inicial sobre o tema, constatou-se que não existe variedade de estudos que tenham como perspectiva criar uma ferramenta de gestão dos processos judiciais focada no controle de custos.

Há profusão de estudos do fenômeno da judicialização na saúde, mas poucos se propõem a realizar o monitoramento do cenário regulatório sob a perspectiva da gestão administrativa dos processos.

Dessa forma, foi construída uma ferramenta de controle capaz de colaborar com o gerenciamento dos três fenômenos pesquisados (a judicialização, seu custo e sua regulação). A ferramenta incorpora a medição conjunta dos três fenômenos a partir da análise das demandas judiciais existentes, pois uma das maiores dificuldades na gestão dos processos decorrentes da judicialização é a pouca previsibilidade das demandas. Dessa forma, a criação de uma ferramenta de controle representaria um avanço no gerenciamento dos processos judiciais da saúde.

Tal ferramenta foi construída tomando como base as seguintes medidas: 1) a classificação das decisões judiciais, 2) o levantamento dos custos judiciais decorrentes das decisões e 3) a previsibilidade regulatória das demandas.

Assim, foi realizada efetivamente a classificação das demandas judiciais, executada a medição dos custos da judicialização e a classificação quanto à previsibilidade regulatória. Na sequência, foram aplicados os dados consolidados na

ferramenta de controle da gestão desenvolvida, no plano cartesiano, com o objetivo de ordenar as demandas judiciais.

A partir da geração da ferramenta e da consolidação dos dados analíticos, fizemos um agrupamento que possibilita a criação de ações estratégicas de controle e mitigação dos fenômenos a partir do diagnóstico das principais ocorrências verificadas.

Dessa forma, a partir do exemplo desenvolvido, e considerando os objetivos definidos para execução deste trabalho aplicado, foi constatado, em relação ao objetivo geral:

1) foi possível desenvolver a ferramenta de gerenciamento da judicialização, tornando viável o agrupamento das medidas (custo da judicialização X previsibilidade regulatória) e contribuir com a análise das principais incidências dos eventos, assim, como da proposição de ações de melhoria de processos e redução de riscos financeiros.

Em relação aos objetivos específicos:

1) foi possível realizar a medição dos custos da judicialização da saúde na operadora de saúde de autogestão, do total de seus 137 (cento e trinta e sete) processos judiciais, 71 (setenta e um), com repercussão nos custos operacionais, dos exercícios de 2015 a 2019;

2) foram identificados os diferentes tipos de regulação que disciplinam as ações judiciais associando-as aos custos ocorridos; e

3) foram propostas ações estratégicas a partir da utilização da ferramenta criada visando diminuir os custos da judicialização, no exemplo aplicado no Programa de Assistência Médica da Infraero – PAMI, no qual houve a possibilidade de sugestão da implantação das seguintes melhorias: **a)** Redução de impacto (para os processos de baixa previsibilidade regulatória): rever os regramentos que estabelecem a política de permanência dos aposentados, ex-empregados e dependentes; **b)** Redução de impacto ou Revisão de processo (para os processos de média previsibilidade regulatória): revisar o modelo de regulação existente, especialmente a micro regulação, e/ou contratar empresa especializada ou BPO; e **c)** Revisão de processo (para os processos de alta previsibilidade regulatória): revisar o processo de cobrança de participações médicas assistenciais dos beneficiários da operadora pesquisada e/ou revisar o processo de junta médica.

Por fim, com a criação e o desenvolvimento da presente ferramenta, estima-se que seja possível o aperfeiçoamento da gestão da judicialização da saúde, reduzindo a imprevisibilidade que caracteriza a gestão administrativa das demandas judiciais e, assim, colaborar com medidas de aperfeiçoamento da governança das entidades do setor de saúde.

7. LIMITAÇÕES DO TRABALHO E PROPOSIÇÕES FUTURAS

7.1. Limitações

A ferramenta desenvolvida foi pensada como um instrumento capaz de expressar um conjunto diversificado de demandas judiciais tornando possível a representação gráfica dessa diversidade. No entanto, no exemplo aplicado, não houve grande diversidade de pedidos dos processos judiciais, de forma que mais de 90% dos casos foram concentrados em três grupos básicos: 1º - Reativação no plano, 42,25%; 2º - Revisão das condições de cobrança, 36,62%; 3º - Procedimentos cirúrgicos, 14,08 %.

Em função do quantitativo de processos elegíveis para a pesquisa (71 processos) foi feita a opção pela análise conjunta da série histórica (período de 2015 a 2019) em apenas uma aplicação da ferramenta. Na medida em que haja maior quantidade de processos envolvidos, essa ferramenta poderá ser aplicada numa série histórica mais detalhada, expressa em anos, semestres ou meses.

Entre as avaliações de custos decorrentes dos atendimentos das demandas judiciais, especialmente os processos de alto custo (ou seja, acima de R\$ 100 mil/ano), houve a necessidade de convencionar alguns procedimentos, tendo sido incorporadas aos custos as atividades assistenciais diretas e indiretas decorrentes do cumprimento da ação judicial.

Desta forma, sintetizam-se os pontos acima elencados, 1) reforçando-se as limitações decorrentes da pouca diversificação dos processos analisados; 2) a aplicação de uma análise apenas anual e 3) com alguns processos incorporando custos de atividades assistenciais diretas e indiretas.

7.2. Proposições

Como novos desafios para o aperfeiçoamento da ferramenta desenvolvida, são propostas a aplicação em outros modelos de entidades na área de saúde, não só privadas, como também em instituições públicas. Afinal, em secretarias de estados e municípios, a judicialização é um fenômeno que tem se intensificado e agravado as condições orçamentárias desses entes estatais.

Tendo em vista que a judicialização é um fenômeno que ocorre não só na área da saúde, mas em outros segmentos de interesses coletivos, acredita-se que a ferramenta poderá ser aplicada em outros segmentos, como por exemplo: atividades do setor aéreo, previdenciário etc.

Além das proposições acima, a aplicação da ferramenta, a partir da ocorrência de demandas, permitirá um diagnóstico mais proativo dos pedidos, com possibilidade de gerar ações mais eficazes na redução dos efeitos decorrentes da judicialização da saúde, ou seja, ao invés da análise retrospectiva (como neste estudo), pode ser executada uma análise concomitante que possibilite avaliar os eventos no momento em que ocorrem. Entende-se que uma pesquisa na qual a aplicação da ferramenta seja implementada à medida em que forem sendo tratadas as demandas judiciais, corresponde ao próximo passo de evolução da ferramenta desenvolvida.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. R. **Regulação da Saúde Suplementar**. 2020. 55 slides.
- ALCÂNTARA, D. A. D. **A Judicialização da Assistência Farmacêutica e o Comprometimento Orçamentário da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Ceará (COASF-CE)**. 2014. Dissertação de Mestrado – UNIFOR, Fortaleza, CE, 2014.
- ALONSO, L. **Judicialização de Saúde: Custeio dos Tratamentos Experimentais pelo Estado**. Juiz de Fora: CreateSpace, 2018.
- ALVES, L. de S.; RETES, T. A. L. **Judicialização da Saúde**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2018.
- ANDRÉ, A. M. **Gestão Estratégica de Clínicas e Hospitais**. 2ª ed. São Paulo: editora Atheneu, 2014.
- ARAÚJO, I. C. de S.; MACHADO, F. R. de S.; ARAÚJO, I. C. de S.; MACHADO, F. R. de S. **A judicialização da saúde em Manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017**. Saúde e Sociedade, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902020000100316&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 out. 2020.
- ASENSI, F. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Aluminus, 2015.
- ASSIS BUOSI, D. **Judicialização do Direito à Saúde Suplementar [S. l.: s. n.]**, 2018. Disponível em: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-201804152524>. Acesso em: 7 out. 2020.
- BAPTISTA, T. W. de F.; AZEVEDO, C. da S.; MACHADO, C. V. (Orgs.). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- BARROSO, L. R. **A judicialização da vida e o papel do Supremo Tribunal Federal**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.
- BEULKE, R.; BERTÓ, D. J. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BOYER, R. **Teoria da Regulação: Os Fundamentos**. Tradução: Paulo Cohen. São Paulo: Estação Liberdade, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
- BRASIL. **Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm.
- BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL. **Lei 9.961, de 26 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm.

BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Orgs.). **Judicialização da Saúde: A Visão do Poder Executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

CARLINI, Angélica. **Judicialização da Saúde Pública e Privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.

CARLOS NETO, D. **Judicialização da Saúde Pública: Uma Análise Contextualizada**. Porto Velho: Editora Motres, 2018.

CNJ, I. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Relatório Analítico Propositivo. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>.

CONASS. **Regulação em Saúde**. Para Entender a Gestão do SUS. Vol. 10. Brasília, DF: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf.

CORVINO, J. D. F. **A crise do sistema único de saúde e o fenômeno da judicialização da saúde**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

COSTA, N. P. **Administração para Empreendedores**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2018.

COURA, B. **Gestão de custos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

DE SÁ, M. C.; ALMEIDA, M. R.; COSTA, J. A. F. **Os riscos do Mercado de Saúde Suplementar: Uma revisão bibliográfica do impacto da transição demográfica e epidemiológica nas operadoras de planos de saúde no Brasil**, p. 16, 2013.

DESCH, R. L. **As Medidas de Otimização da Judicialização. O NAT-JUS e as Câmaras Técnicas**. Revista de Direito da Saúde Suplementar, v. 1, p. 121–135, 2017.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. de C.; PENALVA, J. **A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 591–598, fev. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200591&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 out. 2020.

EDITOR APM. **Entrevista Gonzalo Vecina Neto**. Revista da Associação Paulista de Medicina, n. 696, fev. 2018. Disponível em: <http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/gonzalo-vecina-neto-o-acesso-universal-a-saude-e-o-que-torna-um-pais-civilizado>.

FARIAS, R. N. **Direito à Saúde & Sua Judicialização**. Curitiba: Juruá Editora, 2018.

FERREIRA, T. de J. N.; MAGARINOS-TORRES, R.; SANTOS-PINTO, C. D. B.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira**. Saúde em Debate, v. 43, p. 668–684, 25 nov. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43n122/668-684/pt/>. Acesso em: 21 out. 2020.

FERREIRA, V. R. **Direito Fundamental à Saúde: uma análise do posicionamento do STF à luz do liberalismo de princípios**. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Editora Lumen Juris, 2020.

FIGUEIREDO, L. F.; VECINA NETO, G. **Estrutura do Serviços Privados de Saúde no Brasil**. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (orgs.). *Gestão em Saúde*. 2a edição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Guanabara Koogan, p. 84–100, 2016.

FOGAÇA, V. H. B. **Judicialização da Saúde & Audiência Pública no STF: Soluções de Conflito à Luz do Diálogo Social**. Curitiba: Juruá Editora, 2017.

FREITAS, B. C. de; FONSECA, E. P. da; QUELUZ, D. de P. **A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. 1-17, 10 fev. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2020.v24/e190345/pt/>. Acesso em: 21 out. 2020.

GALLI, J. E. **Judicialização Democrática: os novos atores da cena político-eleitoral republicana**. Florianópolis, SC, Brasil: Empório do Direito, 2016.

GOMES, E. T. de C. **A atuação do Supremo Tribunal Federal e a judicialização do cotidiano: entre a eficiência e revisão da resposta**. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Editora Lumen Juris, 2015.

GONÇALVES, S. K. **Judicialização do direito à saúde e o sistema de saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Editora Lumen Juris, 2016.

GREGORI, M. S. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. 4a edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

HECKTHEUER, P. A.; CASTRO, R. V. de; HECKTHEUER, F. R. **Os impactos da judicialização da saúde no estado de Rondônia no período de 2010 a 2015 e a**

previsão de gastos para o biênio 2016-2017. Revista Eletrônica Direito e Política, v. 13, n. 2, p. 792, 29 ago. 2018. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rdp/article/view/13360>. Acesso em: 7 out. 2020.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D.; FOSTER, A. C. (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Hucitec Editora, 2011.

IZIDORO, J. B.; PIAZZA, T.; ANDRADE, E. I. G.; ALVARES-TEODORO, J. **Impacto orçamentário da incorporação de medicamentos para tratamento em segunda linha do edema macular diabético no SUS sob a perspectiva da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais,** Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 8, p. e00145518, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001005004&lng=pt. Acesso em: 21 out. 2020.

LIMA, V. A. F. de. **A Avaliação de Impacto Regulatório e sua aplicação no Brasil.** 2010. Dissertação de Mestrado – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.

LIMA, F. R. de S. **Saúde e Supremo Tribunal Federal.** 2a. Curitiba: Juruá Editora, 2018.

LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. de. **Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1857–1864, jun. 2017. DOI 10.1590/1413-81232017226.33922016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601857&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 21 out. 2020.

MALTA, D. C.; BRAZIL (Orgs.). **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar.** 1a. ed. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2005.

MAPELLI JUNIOR, R. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS.** Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-23022016-162923/>. Acesso em: 9 out. 2020.

MARTINS, C. M. F. **Os efeitos da judicialização da saúde no orçamento público federal: A desprogramação na Assistência Farmacêutica.** 2013. Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2013.

MATTOS, P. T. L. **Direito, regulação e economia: estudos para o debate brasileiro.** 1a. edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017.

MAZZA, F. F. **Os impasses entre a judicialização da saúde e o processo orçamentário sob a responsabilidade fiscal: uma análise dos fundamentos decisórios do Supremo Tribunal Federal.** 2013. Dissertação (Mestrado em Serviços

de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-21052013-162419/>. Acesso em: 9 out. 2020.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007.

MORAES, I. S. **Judicialização da saúde: Como reduzir os gastos do Ministério da Saúde?**. Dissertação (Mestrado em administração), Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

MORAES, V. M. S. **Análise dos gastos com ações judiciais na Secretaria De Saúde do Estado de Pernambuco no ano de 2014**. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

OLIVEIRA, M. dos R. M.; DELDUQUE, M. C.; SOUSA, M. F. de; MENDONÇA, A. V. M. **Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?** Saúde em Debate, v. 39, p. 525–535, jun. 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2015.v39n105/525-535/pt/>. Acesso em: 21 out. 2020.

OLIVEIRA, R. C. R. **Novo perfil da regulação estatal: administração pública de resultados e análise de Impacto regulatório**. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

PAVAN, F. R.; PAVAN, P. A. R. **Gestão de Custos Hospitalares: Uma Abordagem Gerencial**. Campinas, SP: Editora Auster, 2019.

PEÇANHA, L. de O.; SIMAS, L.; LUIZA, V. L. **Judicialização de medicamentos no Estado do Rio de Janeiro: evolução de 2010 a 2017**. Saúde em Debate, v. 43, p. 61–70, 19 jun. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe4/61-70/pt/>. Acesso em: 21 out. 2020.

PEREIRA, A. L. P. **Reserva do Possível - Judicialização das Políticas Pública e Jurisdição Constitucional**. Curitiba: Juruá Editora, 2014.

PEREIRA, J. G.; PEPE, V. L. E. **Acesso a medicamentos por via judicial no Paraná: aplicação de um modelo metodológico para análise e monitoramento das demandas judiciais**. Revista de Direito Sanitário, v. 15, n. 2, p. 30, 6 jan. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/88355>. Acesso em: 7 out. 2020.

PEREIRA, W. M. **Judicialização das políticas públicas de saúde**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2015.

REIS, J. B. D. **A Judicialização das políticas públicas da saúde e os reflexos econômicos para o sistema federativo**. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Estadual Paulista, Franca, São Paulo, 2019.

RIBEIRO, O. M.; RIBEIRO, N. M. **Gestão Organizacional com ênfase nas organizações hospitalares**. São Paulo: Saraiva, 2017.

ROCHA, G. C. **Judicialização da Política e Efetivação de Direitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2019.

SAAD, E. M.; BRAGA, J.; MACIEL, E. M. G. de. **Bases jurídicas e técnicas das sentenças dos Juizados Especiais Fazendários do Rio de Janeiro (RJ), 2012-2018**. Saúde em Debate, v. 43, n. spe4, p. 71–82, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000800071&tlng=pt. Acesso em: 21 out. 2020.

SABINO, M. A. da C. **Saúde & Judiciária - A Atuação Judicial Limites, Excessos e Remédios**. Curitiba: Juruá Editora, 2016.

SAMPAIO, A. **Contratos de Planos de Saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

SHEFFER, M. BAHIA, L. **Planos e Seguros de Saúde – o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

SILVA, R. A. C. **Regulamentação Econômica da Saúde - Constituição de 1988 - CMED - ANVISA -ANS - CADE**. São Paulo: LCTE Editora, 2008.

SOUZA, A. A. **Gestão Financeira de Custos em Hospitais**. São Paulo: Atlas, 2013.

TORO DA SILVA, J. L. **Plano de Saúde - limites ao poder de regular**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

VASCONCELOS, N. P. de. **Judiciário e orçamento público: considerações sobre o impacto orçamentário de decisões judiciais**. 2016. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-03082016-144546/>. Acesso em: 9 out. 2020.

VIANNA, G. L. **Judicialização da Saúde Suplementar - A concepção do Direito como Integridade Contra a Discricionariedade Judicial**. Belo Horizonte: Del Rey, 2014.

VIEIRA, J. B. BARRETO, R. T de S. **Governança, Gestão de Riscos e Integridade**. Brasília: Enap, 2019.

VILLAS-BÔAS, M. E. **O direito à saúde no Brasil: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

WANG, D. W. L. Poder **Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 14, n. 54, 1 jan. 2009. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/44185>. Acesso em: 11 nov. 2020.

WANG, D. W.L.; VASCONCELOS, N. P.; POIRIER, M. JP.; CHIEFFI, A.; MÔNACO, c.; SRITHARAN, I; VAN KATWYK, S. R.; HOFFMAN, S. J. **Health technology assessment and judicial deference to priority-setting decisions in healthcare: Quasi-experimental analysis of right-to-health litigation in Brazil**. Social Science & Medicine. November 1, 2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306201>

ZUCCHI, P.; FERRAZ, M. B. **Guia de Economia e Gestão em Saúde**. São Paulo: Manole, 2010.