

EDIÇÃO: Nº 10

SÉRIE CAMINHOS DA SAÚDE

SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS 2035

ELABORADO EM: DEZEMBRO DE 2025

SÉRIE
CAMINHOS DA SAÚDE
SUPLEMENTAR

20
35

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

EDIÇÃO: Nº 10

SÉRIE CAMINHOS DA SAÚDE

SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS 2035

ELABORADO EM: DEZEMBRO DE 2025

Estudo Especial

JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: Desafios Regulatórios e Caminhos para a Sustentabilidade do Setor até 2035

Autor: Felipe Delpino e Clenio Schulze

Revisão: Bruno Minami e Natalia Lara

Superintendente Executivo: José Cechin



SÉRIE

CAMINHOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

2035

A judicialização da saúde tornou-se um dos fenômenos mais complexos e desafiadores para a sustentabilidade dos sistemas de saúde no Brasil, afetando tanto o setor público quanto o privado de maneira crescente e preocupante. O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em sua missão de antecipar e analisar as transformações estruturais do setor, apresenta este estudo sobre a evolução da judicialização na saúde suplementar e seus impactos esperados até 2035.

O crescimento exponencial das demandas judiciais relacionadas à saúde nos últimos anos revela não apenas lacunas na comunicação entre os diversos atores do sistema, mas também lacunas regulatórias importantes que precisam ser endereçadas com urgência. Enquanto o Sistema Único de Saúde já desenvolveu mecanismos institucionais como os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) para lidar com essa realidade, o setor de saúde suplementar ainda busca construir respostas coordenadas e efetivas para esse desafio.

A análise das tendências atuais indica que, sem mudanças estruturais significativas, o volume de ações judiciais contra operadoras de planos de saúde pode triplicar até 2035, comprometendo não apenas a sustentabilidade econômica do setor, mas também a qualidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Este cenário demanda ação coordenada envolvendo operadoras, prestadores, órgãos reguladores, poder judiciário e sociedade civil na construção de soluções que equilibrem direitos individuais e coletivos.

Este documento integra a série "Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035" e propõe-se a mapear o panorama atual da judicialização, identificar seus principais motivadores, analisar experiências bem-sucedidas de enfrentamento do problema e, principalmente, antecipar desafios e tendências para os próximos dez anos, e apresentar recomendações práticas para que o setor de saúde suplementar possa desenvolver mecanismos técnicos e institucionais capazes de reduzir a necessidade de intervenção judicial, garantindo acesso adequado aos serviços de saúde dentro de parâmetros sustentáveis.

Para mais detalhes sobre o contexto e os objetivos do projeto, consulte o preâmbulo da série, disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/caminhos-da-saude-suplementar-perspectivas-2035>.

SUMÁRIO EXECUTIVO

- A judicialização na saúde suplementar registrou crescimento expressivo nos últimos anos, com aumento de 112% entre 2020 e 2024, alcançando 298.755 novos processos em 2024, segundo dados do CNJ divulgados pelo Conjur. Mantida essa tendência, o volume de ações pode superar 900 mil processos anuais até 2035, pressionando a sustentabilidade financeira do setor e reforçando a necessidade de soluções coordenadas entre os diferentes atores institucionais;
- As recentes decisões do Supremo Tribunal Federal, especialmente as Súmulas Vinculantes nº 60 e 61 (2024) e a ADI 7265 (2025), estabeleceram novos marcos jurídicos ao exigir consulta obrigatória ao NAT-JUS, fortalecer a taxatividade mitigada do rol da ANS e condicionar coberturas excepcionais à comprovação científica robusta e à análise administrativa prévia. Tais medidas sinalizam avanço na busca por maior previsibilidade e fundamentação técnica nas decisões judiciais;
- O Sistema e-Natjus já acumula mais de 272 mil notas técnicas e registrou crescimento de 40% nas consultas em 2024, demonstrando o papel crescente do apoio técnico à magistratura. O fornecimento de medicamentos continua sendo o principal motivo das ações judiciais, representando 35% do total, seguido por tratamentos médico-hospitalares (30%) e reajustes contratuais (20%). As demandas relacionadas a órteses, próteses e materiais especiais (10%) e home care (3%) completam o panorama das principais causas;
- No campo regulatório, a Lei nº 14.307/2022 e a Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS instituíram a atualização contínua e semestral do rol de procedimentos, reduzindo defasagens e fortalecendo a previsibilidade para operadoras e beneficiários. Paralelamente, a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) mantém índices de resolução superiores a 90% das demandas, e as Câmaras de Mediação estaduais (como as do Rio de Janeiro e Bahia) evitaram mais de 80 mil judicializações, confirmando a eficácia de mecanismos consensuais;
- Entre 2019 e 2023, a judicialização representou R\$ 17,1 bilhões em custos ao setor, segundo estimativas da Abramge. Em 2024, as operadoras de planos médicos e odontológicos movimentaram R\$ 350 bilhões em receitas e apresentaram R\$ 11,1 bilhões em lucro líquido, conforme dados da ANS, resultados que evidenciam a importância de uma governança regulatória que equilibre sustentabilidade financeira e proteção ao beneficiário;

SUMÁRIO EXECUTIVO

- Para o horizonte de 2035, os cenários possíveis variam conforme o grau de coordenação institucional. O cenário pessimista projeta até 1,2 milhão de processos anuais, caso não haja reformas estruturais. O cenário realista prevê estabilização do crescimento com maior base técnica nas decisões, enquanto o cenário otimista depende da criação de um NAT-JUS específico para a saúde suplementar, da ampliação da mediação pré-processual obrigatória e da consolidação de um modelo regulatório transparente e baseado em evidências;

1. CONTEXTO E EVOLUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito fundamental, criando simultaneamente o Sistema Único de Saúde e permitindo a atuação complementar da iniciativa privada. Essa arquitetura dual resultou em arranjo institucional único no mundo, onde convivem um sistema público universal e um robusto setor privado que atende cerca de um quarto da população (1). O despertar da judicialização em saúde ocorreu no final dos anos 1990, catalisado pela epidemia de HIV/AIDS e a luta pelo acesso aos antirretrovirais. As primeiras vitórias judiciais criaram precedente poderoso: quando o sistema de saúde falha em prover o necessário, o Judiciário pode e deve intervir (2,3).

Este movimento coincidiu com o Código de Defesa do Consumidor (1990), que fortaleceu a posição dos usuários de serviços (4), e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, que trouxe maior regulamentação, mas também tornou mais visíveis os direitos dos beneficiários (5). A democratização do acesso à informação através da internet permitiu que pacientes se informassem sobre tratamentos disponíveis em outros países, criando expectativas e demandas (6). Paralelamente, o próprio conceito de saúde passou por transformações profundas, com a definição da OMS expandindo enormemente o escopo do que pode ser considerado necessidade de saúde, embora represente avanço humanitário importante, também criou desafios práticos para sistemas com recursos finitos.

A trajetória quantitativa da judicialização nas últimas duas décadas revela crescimento que pode ser caracterizado como exponencial. A judicialização cresceu 112% entre 2020-2024, chegando a 298.755 novos processos em 2024 (7). Este ritmo representa novo processo a cada 1 minuto e 45 segundos, em média. Entre 2019 e 2023, o custo acumulado chegou a R\$ 17,1 bilhões, sendo R\$ 5,5 bilhões apenas em 2023 (8). Esses valores, no entanto, capturam apenas parte do custo real, pois os gastos com departamentos jurídicos especializados, equipes dedicadas à análise de processos e o desgaste reputacional não aparecem nessas estatísticas, mas afetam significativamente a operação e a precificação dos planos de saúde. Além disso, a judicialização também representa um custo relevante para o próprio Poder Judiciário e, portanto, para o setor público, que arca com a estrutura necessária para processar, julgar e executar essas ações, incluindo despesas com pessoal, perícias e infraestrutura.

Em setembro de 2024, o STF publicou as Súmulas Vinculantes 60 e 61, que estabeleceram requisitos rigorosos para fornecimento de medicamentos e fortaleceram o papel do NAT-JUS (9,10). A Súmula 61 determina consulta obrigatória ao NAT-JUS e estabelece que decisões não podem se basear unicamente em prescrições médicas apresentadas pelos autores.

Este aspecto representa mudança de paradigma fundamental, pois tradicionalmente decisões judiciais em saúde baseavam-se primariamente nas prescrições médicas apresentadas pelos autores das ações, com limitada avaliação técnica independente. Para a saúde suplementar, embora as súmulas tenham sido formuladas no contexto do SUS, seus efeitos práticos já se fazem sentir, com a deferência que conferem às decisões da Conitec sendo invocada por analogia em processos contra operadoras de planos de saúde.

A ADI 7265, julgada em setembro de 2025, enfrentou diretamente a controvérsia mais candente da saúde suplementar brasileira: a natureza jurídica do rol de procedimentos da ANS (11,12). O acórdão estabeleceu o conceito de "taxatividade mitigada": o rol da ANS é, em regra, taxativo, mas permite exceções quando cumpridos requisitos técnicos e jurídicos rigorosos.

Foram estabelecidos cinco critérios cumulativos:

1. Registro na Anvisa;
2. Prescrição por profissional responsável;
3. Inexistência de alternativa terapêutica no rol;
4. Comprovação de eficácia baseada em evidências científicas robustas;
5. Análise administrativa prévia.

Além desses critérios materiais, o acórdão estabelece exigências processuais rigorosas, incluindo:

- Verificação de requerimento administrativo prévio;
- Análise de eventual ato de não incorporação pela ANS;
- Consulta prévia ao NAT-JUS.

Compreender não apenas quantos processos são ajuizados, mas o que motivam essas ações, é fundamental para desenhar intervenções efetivas.

As principais causas identificadas são:

- Fornecimento de medicamentos (35%), com destaque para medicamentos oncológicos de alto custo, biológicos para doenças autoimunes e fármacos para doenças raras;
- Tratamentos médico-hospitalares (30%), abrangendo desde procedimentos cirúrgicos não cobertos até terapias específicas como radioterapia com técnicas avançada;
- Reajustes contratuais (20%), que ganharam proeminência após os cancelamentos unilaterais observados em 2024;
- Órteses, próteses e materiais especiais (10%);
- Home care (3%), com tendência de crescimento devido ao envelhecimento populacional.

A distribuição geográfica não é uniforme: São Paulo concentra 38% das ações, seguido por Rio de Janeiro (15%), Minas Gerais (9%) e Rio Grande do Sul (8%). Esta concentração reflete tanto a distribuição da população de beneficiários quanto o grau de maturidade do mercado jurídico especializado em cada região. Estudos indicam que o perfil socioeconômico dos demandantes contradiz parcialmente percepções populares, pois embora existam casos de hipossuficiência econômica genuína, uma parcela significativa dos autores possui renda média a alta e acesso a assessoria jurídica especializada, sugerindo que o problema não é apenas de acesso à informação ou recursos (14).

2. ATORES, INCENTIVOS E DINÂMICAS SISTÊMICAS

A judicialização decorre de uma interação complexa entre agentes que atuam sob incentivos distintos e, por vezes, não totalmente alinhados, em um ambiente com lacunas regulatórias. A indústria farmacêutica e de dispositivos médicos combina a produção de inovações relevantes com estratégias de acesso que, em alguns contextos, incluem apoio a organizações de pacientes e iniciativas de informação. A literatura relata situações em que a busca por acesso se dá paralelamente aos processos regulatórios tradicionais. Ao mesmo tempo, há casos em que tecnologias com boa evidência clínica aguardam incorporação por questões de custo-efetividade e priorização, o que ajuda a explicar parte das tensões.

O incentivo econômico é claro: um único medicamento de alto custo, concedido judicialmente a centenas ou milhares de pacientes, pode representar mercado de centenas de milhões de reais, independentemente da decisão administrativa sobre incorporação. O preço praticado nessas vendas compulsórias frequentemente é superior ao que seria negociado em processo de incorporação formal, onde haveria avaliação de custo-efetividade e negociação de preços. Este fenômeno não se limita a tecnologias experimentais ou de eficácia duvidosa, mas mesmo medicamentos com evidência científica robusta podem ser objeto dessas estratégias quando seu custo não foi considerado custo-efetivo em avaliações de tecnologias em saúde (14).

Escritórios especializados em litigância de saúde expandiram-se na última década, ampliando o acesso de usuários ao sistema de Justiça. Seu modelo de remuneração frequentemente prevê honorários de êxito, o que pode criar incentivos econômicos específicos. Mudanças recentes na jurisprudência, notadamente a ADI 7265, tendem a elevar o grau de fundamentação técnica, beneficiando estruturas que investem em análise crítica das evidências científicas e em dialogar previamente com instâncias administrativas.

Juízes e juízas frequentemente precisam decidir sobre matérias de alta complexidade técnica, muitas vezes em regime de urgência e com informações clínicas limitadas. Nessas circunstâncias, é natural que fatores humanos e cognitivos influenciem a tomada de decisão. Estudos indicam que podem operar três vieses principais: o viés da identidade, em que o caso concreto desperta empatia e senso de urgência; o viés da autoridade, pelo peso atribuído à prescrição médica como manifestação técnica; e o viés do imediatismo, em que a urgência do caso concreto se sobrepõe a uma análise mais ampla (15,16).

A institucionalização do NAT-JUS representa importante avanço no apoio técnico às decisões judiciais, contribuindo para maior embasamento científico e uniformidade nos julgamentos. Mesmo com crescimento de aproximadamente 40% nas consultas em 2024, dados indicam que ainda há variações regionais quanto à frequência de utilização da ferramenta, influenciadas por fatores estruturais e de acesso. A formação continuada da magistratura em temas relacionados à saúde e à avaliação de tecnologias em saúde permanece essencial, considerando que a complexidade crescente da medicina moderna exige atualização permanente (17).

As operadoras de planos de saúde atuam sob uma lógica empresarial voltada ao equilíbrio entre a prestação de serviços e a sustentabilidade financeira, elemento essencial para a continuidade do sistema. Essa dinâmica, contudo, pode ser percebida de forma ambígua pelos beneficiários, especialmente em situações de negativa de cobertura ou demora na resposta a solicitações. Diversos fatores contribuem para essa percepção: comunicações padronizadas e com linguagem excessivamente técnica, prazos de análise que nem sempre acompanham a urgência assistencial e casos em que negativas posteriormente se revelaram indevidas, o que reforça o sentimento de insegurança por parte dos consumidores (18).

A Resolução Normativa nº 623/2024 da ANS representou um avanço relevante ao estabelecer parâmetros mais claros de transparência e fundamentação técnica nas decisões administrativas das operadoras. A norma exige comunicações individualizadas, linguagem acessível e a indicação expressa dos dispositivos contratuais e normativos aplicáveis, além de reforçar o dever de registro e monitoramento dessas ocorrências pela própria ANS. Tais medidas buscam aprimorar a confiança e reduzir a judicialização decorrente de falhas de comunicação, promovendo maior previsibilidade e diálogo entre operadoras, beneficiários e o órgão regulador.

Por outro lado, operadoras enfrentam pressões estruturais, como envelhecimento de carteiras, inflação médica acima do IPCA e incorporação constante de inovações. Em 2024, planos médicos e odontológicos registraram lucro líquido de R\$ 11,1 bilhões sobre receita total de R\$ 350 bilhões (19). Esses resultados, entretanto, não são homogêneos: grandes grupos verticalizados tendem a apresentar margens mais confortáveis, enquanto pequenas e médias operadoras, inclusive de autogestão, frequentemente operam com margens reduzidas. Em termos agregados, a margem líquida próxima de 3% é compatível com atividades de risco assistencial elevado.

Médicos ocupam posição central na dinâmica da judicialização, pois são eles que prescrevem os tratamentos que posteriormente podem ser objeto de demanda judicial. Sua atuação é moldada por princípios éticos de beneficência e autonomia profissional, mas também por pressões estruturais. A formação médica, focada no cuidado individual, raramente inclui discussões sobre sustentabilidade sistêmica ou alocação justa de recursos. A medicina defensiva adiciona outra camada de complexidade, com tendência de alguns profissionais a prescreverem tratamentos de última geração mesmo quando alternativas estabelecidas seriam igualmente eficazes, visando minimizar risco de responsabilização futura.

A ANS, criada em 2000, desempenha papel central ao definir o rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória. Historicamente, a defasagem temporal contribuiu para parte das controvérsias. Esse quadro começou a mudar com a Lei nº 14.307/2022 e a RN nº 539/2022, que instituíram atualização contínua com deliberações periódicas, atualmente próximas ao ritmo semestral, e critérios técnicos mais previsíveis. A modernização reduziu o hiato entre inovação e cobertura, embora persistam desafios de capacidade e coordenação entre ANS, Conitec e o setor suplementar.

3. EXPERIÊNCIAS EXITOSAS E MODELOS INTERNACIONAIS

Os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário representam a iniciativa mais estruturada e bem-sucedida de enfrentamento da judicialização da saúde no Brasil. Criados pela Resolução CNJ nº 238/2016, os NAT-JUS nasceram do reconhecimento de que magistrados, embora profundamente versados em direito, necessitam de suporte técnico especializado para julgar demandas que envolvem complexidades médicas e científicas (20). O modelo é relativamente simples, mas revolucionário: quando um juiz recebe ação pedindo determinado medicamento ou procedimento, pode solicitar análise técnica ao NAT-JUS antes de decidir. Uma equipe multidisciplinar elabora nota técnica fundamentada em evidências científicas, avaliando eficácia do tratamento, registro na Anvisa, alternativas disponíveis no SUS, e adequação da indicação para o caso clínico específico.

Os resultados quantitativos são impressionantes. Até janeiro de 2025, o sistema e-NatJus acumulava mais de 272.000 notas técnicas (21). Em 2024, houve crescimento de 40% nas solicitações em relação ao ano anterior, indicando crescente adoção pelos magistrados. O NAT-JUS Nacional, ferramenta criada para atendimento em casos de urgência 24 horas por dia, ultrapassou a marca de mil notas técnicas em seus primeiros cinco meses de operação (22). Estudos indicam que, quando magistrados utilizam as notas técnicas do NAT-JUS, há redução significativa na concessão de liminares para tratamentos sem evidência científica adequada, e a fundamentação das decisões torna-se mais robusta (23).

A decisão (no julgamento da ADI 7265 e correlatas, em 2022–2024) reforça que o magistrado deve considerar pareceres técnicos e fundamentar a decisão com base em evidências, mas mantém a autonomia judicial: ou seja, o juiz pode decidir sem o parecer, desde que fundamente adequadamente. A heterogeneidade de estrutura e qualidade entre estados é significativa, e o foco exclusivo no SUS significa que expertise, protocolos e sistemas são voltados para a realidade do sistema público. Questões específicas da saúde suplementar - como interpretação de coberturas contratuais e aplicabilidade do rol da ANS - não são o foco principal. No entanto, a experiência oferece lições valiosas: é possível construir pontes entre o mundo jurídico e o técnico-científico; disponibilização de informação técnica qualificada pode influenciar positivamente decisões judiciais; e colaboração institucional entre diferentes poderes é essencial.

A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) da ANS é talvez o exemplo mais bem-sucedido de resolução extrajudicial de conflitos na saúde suplementar brasileira. Quando um beneficiário tem problema com sua operadora, pode registrar reclamação na ANS antes de recorrer ao Judiciário. A ANS notifica a operadora, que tem prazo para apresentar resposta ou solucionar o problema. Os números são eloquentes: a NIP resolve mais de 90% das reclamações ainda na fase pré-processual (24). O sucesso não é acidental - há efeito reputacional, o mecanismo é acessível, e há prazos definidos. No entanto, a NIP apresenta melhor desempenho em questões objetivas e enfrenta desafios em demandas complexas envolvendo tratamentos fora do rol.

O Rio de Janeiro desenvolveu modelo pioneiro com a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), criada em 2013. Entre 2013 e 2020, realizou mais de 80.000 atendimentos, evitando a judicialização de milhares de casos (25,26). O modelo funciona com equipe multidisciplinar avaliando pedidos antes do ingresso judicial, verificando alternativas disponíveis e tentando viabilizar atendimento administrativamente. Mais de 60% dos atendimentos resultam em solução sem processo judicial. A Bahia seguiu caminho semelhante com sua Câmara de Conciliação de Saúde (CCS), criada em 2015, envolvendo ainda mais atores institucionais (27).

A experiência brasileira sugere princípios para mediação efetiva: voluntariedade com incentivos adequados; imparcialidade e expertise dos mediadores; prazos curtos, mas realistas; integração com apoio técnico; e monitoramento de acordos. Experiências internacionais em avaliação de tecnologias e racionalização de coberturas oferecem insights valiosos. O “National Institute for Health and Care Excellence” (NICE) britânico é frequentemente citado como padrão-ouro. Criado em 1999, o NICE é responsável por avaliar novas tecnologias e recomendar se devem ou não ser incorporadas ao NHS (28). O que torna o NICE especial não é apenas o rigor técnico, mas a transparência e participação social em seu processo. Cada avaliação segue metodologia padronizada, mas o NICE consulta não apenas estudos acadêmicos, mas também ouve pacientes, familiares, sociedades médicas e fabricantes (29).

O conceito de custo-efetividade é central, utilizando o indicador QALY (“quality-adjusted life-year”). O limiar geralmente aceito é de £20.000 a £30.000 por QALY ganho - tratamentos mais caros por QALY tendem a não ser recomendados, exceto em circunstâncias especiais (30). A experiência do NICE inspirou a criação da Conitec no Brasil, com delegações visitando o instituto britânico e intercâmbio de metodologias. A Holanda adotou abordagem diferente com um “pacote básico” de cobertura obrigatória definido por lei e revisado periodicamente, sempre baseado em quatro critérios: necessidade médica, efetividade, custo-efetividade, e não pode ser responsabilidade individual do paciente (31,32). A Alemanha oferece exemplo de governança compartilhada, com decisões sobre incorporação tomadas pelo G-BA, comitê composto paritariamente por representantes de médicos, hospitais, seguros e pacientes (33).

4. HORIZONTE 2035: CENÁRIOS E RECOMENDAÇÕES

Cenário pessimista

A técnica de cenários auxilia a compreender futuros possíveis sem pressupor que exista apenas um caminho. No cenário pessimista, as reformas estruturais avançam lentamente, e a ampliação da demanda judicial segue tendência de crescimento observada nos últimos anos. De acordo com dados divulgados pelo portal ConJur, com base em informações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foram registrados quase 300 mil novos processos contra operadoras de planos de saúde em 2024, o maior volume desde o início do monitoramento, em 2020, e mais que o dobro do observado três anos antes. As principais causas envolvem solicitações de cobertura de tratamentos e questionamentos sobre reajustes contratuais.

No estado de São Paulo, por exemplo, 21.334 novas ações foram ajuizadas em 2024, das quais 64,7% relacionadas a tratamentos médicos e 17,9% ao fornecimento de medicamentos, segundo o Tribunal de Justiça paulista. A ANS também registrou 5.648 reclamações nos quatro primeiros meses de 2024, 31% a mais que no mesmo período de 2023. Estimativas da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) indicam que a judicialização custou R\$ 17,1 bilhões ao setor entre 2019 e 2023, o que demonstra a relevância econômica e regulatória do tema.

Mantida a taxa média de crescimento anual de aproximadamente 12% desde 2020, o volume de novos processos poderia alcançar entre 1,0 e 1,2 milhão de ações por ano até 2035, com crescimento acumulado de cerca de 300% em relação a 2024. Esse avanço implicaria aproximadamente 90 mil novos processos adicionais a cada triênio, com custo potencial estimado em R\$ 4,5 bilhões por ano no final do período. Em termos de proporção populacional, a taxa de judicialização passaria de 5,7 processos por 1.000 beneficiários em 2024 para cerca de 9 por 1.000 em 2035, tornando o cenário financeiramente insustentável para diversas operadoras de médio porte. Esse quadro reforça a importância de fortalecer mecanismos de mediação, transparência e apoio técnico, para que questões assistenciais recorrentes encontrem solução preferencialmente por vias administrativas qualificadas e com maior previsibilidade regulatória.

Cenário realista

No cenário realista, algumas reformas estruturais são implementadas de forma gradual e incompleta. A decisão do Supremo Tribunal Federal na ADI 7265, que consolidou a tese da taxatividade mitigada do rol da ANS, começa a surtir efeito prático, com maior exigência de comprovação científica e administrativa nas ações judiciais. Paralelamente, o NAT-JUS amplia sua atuação em apoio técnico às decisões, com experiências-piloto envolvendo casos de saúde suplementar em alguns tribunais estaduais.

A ANS, por sua vez, consolida o novo modelo de atualização contínua do rol de procedimentos, implementado após a Lei nº 14.307/2022, o que reduz parte da defasagem entre incorporação de tecnologias e cobertura obrigatória. Persistem, no entanto, diferenças regionais e operacionais que limitam o alcance dessas melhorias.

Nesse contexto, a tendência seria de estabilização gradual do crescimento da judicialização, mantendo-se níveis elevados, mas com aumento de fundamentação técnica nas decisões. A resolução administrativa via NIP-ANS e o fortalecimento de câmaras de mediação estaduais (como as do Rio de Janeiro e Bahia) contribuem para redução de litígios em temas mais recorrentes, como negativas de cobertura e reajustes contratuais. O sistema, portanto, passaria a operar em patamar mais previsível, com maior diferenciação entre operadoras que investem em relacionamento e transparência e aquelas ainda fortemente dependentes da via judicial.

Ainda assim, mantida a taxa média de crescimento observada desde 2020, o volume de novos processos poderia alcançar entre 1,0 e 1,2 milhão até 2035, embora a consolidação da jurisprudência do STF e a ampliação do uso de pareceres técnicos do NAT-JUS possam mitigar parte desse avanço. Considerando o impacto moderador dessas medidas, projeta-se um crescimento anual efetivo em torno de 3%, resultando em aproximadamente 400 mil novos processos por ano em 2035, um aumento acumulado de cerca de 35% em relação a 2024, mas significativamente inferior à triplicação esperada no cenário pessimista.

Nesse cenário, a taxa de judicialização tenderia a estabilizar-se próxima de 6 processos por 1.000 beneficiários, com custos diretos estimados em cerca de R\$ 2 bilhões anuais. A resolutividade administrativa subiria gradualmente de 65% para cerca de 75%, e o tempo médio de resposta das operadoras cairia para menos de 15 dias úteis. Assim, embora o setor ainda enfrente pressão judicial relevante, o ritmo de crescimento desacelera e se torna mais previsível, indicando um equilíbrio parcial entre regulação, mediação e poder judiciário.

Cenário otimista

No cenário otimista, há coordenação efetiva entre ANS, CNJ, Conitec, Ministério da Saúde e o setor suplementar, com implementação de medidas estruturantes e cooperativas. Um NAT-JUS nacional adaptado à saúde suplementar é criado, integrando informações técnicas e pareceres sobre coberturas contratuais e tecnologias avaliadas pela Conitec, permitindo maior uniformidade nas decisões judiciais.

A atualização do rol da ANS ocorre de forma permanente e transparente, com ciclos semestrais e participação ampliada de especialistas e usuários. As câmaras de mediação pré-processual tornam-se amplamente utilizadas, apoiadas em resoluções do CNJ e acordos de cooperação firmados com tribunais estaduais.

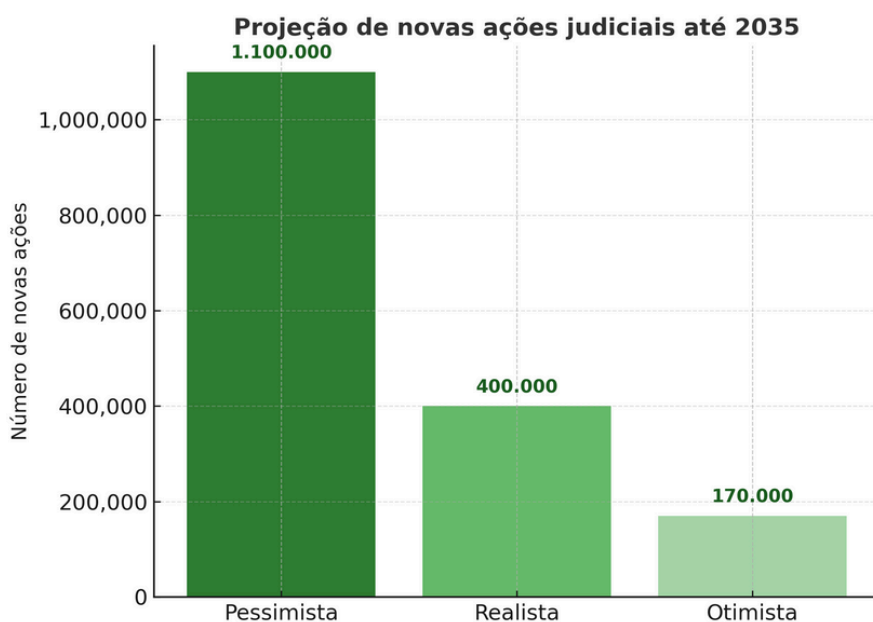
Nessa configuração, observa-se redução progressiva do número de novas ações judiciais, acompanhada de aumento da resolutividade administrativa e técnica, tendência já verificada nas experiências da NIP-ANS, que resolve mais de 90% das demandas antes da judicialização. O fortalecimento de mecanismos de diálogo e informação gera maior previsibilidade para operadoras e beneficiários, reduzindo o uso do Judiciário como via de primeira escolha e consolidando um ambiente mais equilibrado e sustentável.

Com a consolidação de parâmetros técnicos e jurisprudenciais, esse cenário impediria a escalada rumo ao patamar de 1,0 a 1,2 milhão de processos anuais projetados, estabilizando o sistema e promovendo maior segurança regulatória. Considerando a adoção plena dessas medidas, projeta-se uma redução média anual de 5% no volume de novas ações, o que levaria o total de aproximadamente 298 mil processos em 2024 para cerca de 170 mil em 2035, uma diminuição acumulada de 43%, retornando a níveis semelhantes aos observados em 2018.

Nesse cenário, a taxa de judicialização cairia de 5,7 para cerca de 2,8 processos por 1.000 beneficiários, alinhando-se à meta estabelecida no estudo. O custo da judicialização se reduziria gradualmente até representar menos de 2% das despesas assistenciais do setor, e a resolutividade administrativa superaria 85%, com tempo médio de resolução inferior a 10 dias úteis.

O Gráfico abaixo ilustra a evolução projetada do volume de novas ações judiciais nos três cenários distintos, com base nas tendências históricas e nos diferentes níveis de coordenação institucional previstos até 2035.

Gráfico 1: Projeção do número de novas ações judiciais na saúde suplementar até 2035, segundo cenários prospectivos



Integração da Inteligência Artificial no Judiciário e perspectivas para 2035

Em linha com as iniciativas recentes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), merece destaque o acordo firmado com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP para o desenvolvimento de ferramentas de inteligência artificial voltadas ao apoio das decisões judiciais em saúde. Conforme analisado por Aith (2025), essas soluções, integradas à plataforma e-NatJus e baseadas em modelos de linguagem especializados, poderão ampliar significativamente a capacidade de análise e padronização das decisões judiciais, promovendo maior uniformidade e previsibilidade na jurisprudência relacionada à saúde. Embora o impacto direto sobre a redução das demandas ainda seja incerto, tais tecnologias tendem a aumentar a eficiência do julgamento e a qualificação técnica das decisões, sobretudo se combinadas com políticas de capacitação e regulação ética do uso de IA no sistema de justiça. Essa tendência reforça que, até 2035, o avanço tecnológico poderá se tornar vetor central de racionalização da judicialização da saúde, tanto pública quanto suplementar. Diante do crescimento exponencial das demandas, uma das ações mais promissoras consiste em fornecer instrumentos tecnológicos que facilitem o exame das ações por parte dos magistrados, permitindo fazer mais em menos tempo. Assim, ainda que o uso da IA possa não reduzir o número de processos, tende a acelerar significativamente o tempo de decisão e a produtividade do sistema judicial.

Recomendações estratégicas

As recomendações estratégicas centram-se em cinco pilares fundamentais. Primeiro, a criação do NAT-Saúde Suplementar (NAT-SS), com núcleos vinculados aos tribunais estaduais dotados de expertise específica em contratos de planos de saúde, rol da ANS e avaliação de tecnologias no contexto privado. As equipes multidisciplinares seriam compostas por médicos, farmacêuticos, economistas da saúde e analistas de coberturas contratuais, com governança compartilhada entre CNJ, ANS, operadoras, beneficiários e sociedades médicas. O funcionamento incluiria solicitação via sistema integrado, triagem de documentação, análise técnica em até 10 dias úteis (48h para casos urgentes), e parecer estruturado alimentando banco de dados público.

Segundo, o aperfeiçoamento do processo de atualização contínua do rol da ANS, previsto na Lei nº 14.307/2022, com fortalecimento dos prazos e ampliação dos mecanismos de transparência. Recomenda-se a criação de um procedimento fast-track para tecnologias inovadoras e de alto impacto, garantindo celeridade sem comprometer a avaliação técnico-científica e a sustentabilidade do sistema. A transparência seria obrigatória nas negativas, com fundamentação técnica clara e informação sobre recursos disponíveis.

Terceiro, a resolução administrativa obrigatória, com esgotamento de instâncias administrativas antes de judicialização, incluindo NIP-ANS e câmaras de mediação, preservando exceções para casos de urgência demonstrada. Quarto, critérios explícitos para coberturas excepcionais, incorporando legislativamente os critérios da ADI 7265 e criando incentivos para operadoras que mantiverem índices elevados de resolutividade administrativa, com redução em taxas regulatórias.

Quinto, a criação do Conselho Nacional de Desjudicialização da Saúde Suplementar (CNDSS), com composição paritária de Judiciário, operadoras, beneficiários, ANS, Conitec e especialistas em ATS. As atribuições incluiriam definir diretrizes nacionais para prevenção, homologar protocolos de mediação, monitorar indicadores, mediar conflitos sistêmicos e propor atualizações regulatórias. O funcionamento prevê reuniões trimestrais, decisões por maioria simples (exceto mudanças regulatórias que exigem 2/3), transparência total e mandatos de três anos não coincidentes. Em cada estado, seriam replicados comitês em escala menor, implementando diretrizes nacionais adaptadas à realidade local.

O roadmap de implementação contempla quatro fases até 2035. A Fase 1 (2026-2027) incluiria aprovação de lei modernizando Lei 9.656/98, criação do CNDSS, projetos piloto NAT-SS em três estados, e implementação de atualização semestral do rol. A Fase 2 (2028-2030) expandiria NAT-SS para todos os estados, implementaria câmaras de mediação pré-processual obrigatórias, e integraria sistemas em plataforma única. A Fase 3 (2031-2033) focaria em refinamento contínuo, expansão de boas práticas e incorporação de tecnologias emergentes. A Fase 4 (2034-2035) realizaria avaliação final, revisão abrangente do framework regulatório e planejamento para a próxima década.

O monitoramento seria realizado através de indicadores-chave com metas ambiciosas, mas factíveis. Tomando 2024 como linha de base, a taxa de judicialização foi estimada em 5,7 processos por 1.000 beneficiários, considerando os 298.755 novos processos registrados em 2024 para um total aproximado de 52 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares. A meta é reduzir esse índice para menos de 2,9 por 1.000 beneficiários até 2035, consolidando uma trajetória de redução sustentada da litigiosidade no setor.

A taxa de resolutividade administrativa deveria elevar-se de aproximadamente 65% para acima de 85%. O tempo médio de resolução deveria cair para menos de 10 dias úteis. A utilização do NAT-SS deveria atingir mais de 80% das decisões liminares com parecer técnico prévio. O custo da judicialização deveria manter-se abaixo de 2% da despesa assistencial. Um dashboard nacional público, atualizado trimestralmente, permitiria identificar outliers e replicar boas práticas, mostrando evolução por operadora, estado, tipo de demanda e especialidade médica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O horizonte de 2035 apresenta-se em múltiplas possibilidades. Podemos assistir passivamente ao agravamento da crise de judicialização até ponto de ruptura sistêmica, aceitar melhorias incrementais que mantêm problema gerenciável, mas não resolvem causas estruturais, ou abraçar transformação necessária, construindo sistema onde conflitos são exceção porque os mecanismos de diálogo, transparência e avaliação técnica funcionam.

A escolha não é simples nem isenta de custos. A transformação exigirá investimentos significativos em estrutura, tecnologia e capacitação. Exigirá mudanças culturais profundas - operadoras precisarão aceitar mais transparência, beneficiários precisarão entender limites sistêmicos, e magistrados precisarão confiar em apoio técnico. Mas o custo da inação é certamente maior. Continuar no caminho atual levará a cenário onde todos perdem: beneficiários pagam mais por menos cobertura, operadoras gastam recursos em litígios em vez de melhorar serviços e o Poder Judiciário enfrenta sobrecarga significativa em temas complexos, muitos dos quais podem ser melhor resolvidos por fluxos administrativos e técnicos previamente estruturados.

Felizmente, não partimos do zero. Este estudo documentou experiências exitosas, nacional e internacionalmente, que demonstram que soluções existem e funcionam quando bem implementadas. O NAT-JUS provou que apoio técnico ao Judiciário é viável e efetivo. Câmaras de mediação demonstraram que resolução pré-processual funciona. A Conitec mostra que avaliação de tecnologias baseada em evidências é possível mesmo com recursos limitados. O NICE britânico demonstra como transparência e participação social legitimam decisões difíceis. As experiências holandesa e alemã mostram que pacotes básicos explícitos e governança compartilhada podem funcionar.

O que falta não é conhecimento sobre o que fazer, mas vontade política e coordenação institucional para fazer. O Conselho Nacional de Desjudicialização proposto seria mecanismo para superar essa barreira, criando espaço institucional onde atores diversos dialoguem e construam consensos. As recomendações apresentadas não são receita rígida, mas roteiro flexível. Estados e operadoras individuais podem começar a implementar melhorias antes de mudanças nacionais. Pilotos e experimentos devem ser encorajados, avaliados e, se exitosos, replicados.

Por fim, é importante reconhecer que o enfrentamento da judicialização da saúde também passa pela atuação responsável e colaborativa da advocacia. A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), enquanto instituição de grande relevância social, pode desempenhar papel estratégico na promoção de boas práticas, na orientação dos profissionais do Direito e no estímulo ao uso de mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos. O engajamento da OAB como parceira institucional, ao lado do CNJ, ANS, Conitec e demais atores, pode contribuir para mitigar judicializações desnecessárias e fortalecer uma cultura de diálogo, transparência e responsabilidade compartilhada na busca pela sustentabilidade do setor até 2035.

O setor de saúde suplementar brasileiro está em encruzilhada. As decisões tomadas nos próximos anos determinarão se caminharemos para crise sistêmica ou para modelo mais equilibrado e sustentável. Os desafios são grandes, mas as oportunidades também. Com liderança visionária, colaboração institucional e compromisso com evidências científicas, é possível construir futuro em que o acesso à saúde seja garantido não pela via judicial, mas por sistema que funciona - sistema transparente, baseado em evidências, que equilibra direitos individuais e sustentabilidade coletiva.

O futuro não está escrito. Está sendo escrito agora, através das decisões que tomamos ou deixamos de tomar. Que façamos as escolhas corretas, construindo saúde suplementar sustentável, equitativa e verdadeiramente complementar ao SUS - não por imposição judicial, mas por desenho consciente e implementação competente. O caminho está traçado, as ferramentas estão disponíveis, e o momento de agir é agora.

REFERÊNCIAS

1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público. Cad Saude Publica. 2005;21(2).
3. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad Saude Publica. 2009;25(8).
4. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
5. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Diário Oficial da União; 2000.
6. Vargas-Peláez CM, Rover MRM, Leite SN, et al. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - A scoping study. Soc Sci Med. 2014;121:48-55.
7. Conselho Nacional de Justiça. Fórum da Saúde faz balanço de atividades e define marcos para 2025. Brasília: CNJ; 2025.
8. Abramge. Judicialização de planos de saúde cresce 60% desde 2020. Poder360; 2024.
9. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula Vinculante nº 60. Brasília: STF; 2024.
10. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula Vinculante nº 61. Brasília: STF; 2024.
11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 7265. Relator: Min. Luís Roberto Barroso. Brasília: STF; 2025.
12. Planos de saúde: taxatividade mitigada do rol da ANS - ADI 7.265. CJ Estratégia; 2025.
13. Conselho Nacional de Justiça. Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde. Brasília: CNJ; 2024.
14. Jorge Garcia M, de Gobbi Assumpção M, Soares Mendes T. Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução. São Paulo: Insper; 2019.

REFERÊNCIAS

15. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(1).
16. Scheffer MC. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde. São Paulo: USP; 2006.
17. Judicialização da saúde nos municípios: teses jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão. Plataforma Região e Redes; 2020.
18. O impacto institucional da judicialização da saúde pública no Brasil. ResearchGate; 2021.
19. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados do setor. Brasília: ANS; 2024.
20. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016. Brasília: CNJ; 2016.
21. Conselho Nacional de Justiça. Fórum da Saúde faz balanço de atividades. Brasília: CNJ; 2025.
22. Portal CNJ. Plataforma do CNJ emite 1 mil pareceres médicos a casos urgentes; 2020.
23. Portal TRF2. Aprovada regulamentação de utilização do e-NatJus pela Justiça; 2022.
24. Migalhas. NIP/ANS: Novas regras para resolver conflitos com planos de saúde; 2025.
25. Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). Rio de Janeiro: PGE-RJ.
26. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. Relatório de Atividades 2013-2020. Rio de Janeiro: CRLS; 2020.
27. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Câmara de Conciliação de Saúde (CCS). Salvador: SESAB.
28. Rebrats/Ministério da Saúde. Avaliação de Tecnologias em Saúde é foco de parceria entre Brasil e Reino Unido. Brasília: MS.
29. Conitec. Evidências científicas qualitativas e relatos de pacientes no processo de ATS. Brasília: MS; 2021.

REFERÊNCIAS

30. IPEA. A avaliação de tecnologias em saúde e sua incorporação ao sistema único. Brasília: IPEA.
31. Marimon R. Modelo de Saúde Holandês. LinkedIn; 2022.
32. Blog Apolo. Sistema de saúde na Holanda: entenda como funciona; 2022.
33. Euro Dicas. Sistema de saúde na Alemanha: entenda como funciona; 2025.



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

(11) 3709.4980
contato@iess.org.br
www.iess.org.br

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: Desafios Regulatórios e Caminhos para a Sustentabilidade do Setor até 2035 [Estudo Especial].

Série Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035, Edição nº 10. IESS; Dezembro de 2025.