

EFEITOS DA PREFERÊNCIA MÉDICA PELO PAGAMENTO DIRETO: UM OLHAR SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE.

Marlon Roberto da Silva Alcântara¹

Ana Carla Sanches Lopes Ferraz²

RESUMO

Este estudo busca examinar as razões que levam vários médicos a preferir atendimentos privados, fora da cobertura dos planos de saúde e seus efeitos no ordenamento jurídico brasileiro. A investigação se baseou no estudo de obras e situações práticas ligadas ao assunto. Para muitos médicos, essa opção surge como um meio de obter mais autonomia e escapar das restrições impostas pelas operadoras. No entanto, essa atitude também gera repercussões, como pacientes forçados a buscar amparo legal para obter cuidados médicos, o que provoca discussões sobre a autonomia do médico e os direitos do cidadão. A análise indica que é crucial pensar atentamente sobre como aprimorar a relação entre médicos, pacientes e empresas de planos de saúde, sempre zelando pela integridade do profissional e pelo direito à saúde.

Palavras-chave: Planos de Saúde. Judicialização. Direito à Saúde. ANS.

ABSTRACT

This study seeks to examine the reasons why many doctors prefer private care, outside the coverage of health insurance plans, and its effects on the Brazilian legal system. The investigation was based on the study of works and practical situations related to the subject. For many doctors, this option appears as a means of obtaining more autonomy and escaping the restrictions imposed by insurance companies. However, this attitude also generates repercussions, such as patients being forced to seek legal protection to obtain medical care, which provokes discussions about the autonomy of the doctor and the rights of the citizen. The analysis indicates that it is crucial to think carefully about how to improve the relationship between doctors, patients and insurance companies, always ensuring the integrity of the professional and the right to health.

Keywords: Health Plans. Judicialization. Right to Health. ANS

INTRODUÇÃO

¹Fundação Educacional de Fernandópolis, marlonalcantara15@gmail.com

² Fundação Educacional de Fernandópolis, anaferraz.adv@hotmail.com

O sistema brasileiro de saúde passou por mudanças importantes por décadas. As relações entre profissionais de saúde, pacientes e as empresas de seguro de saúde foram se transformando, seguindo o progresso tecnológico e as evoluções sociais que influenciaram profundamente este cenário. Uma ação crescente é a preferência dos médicos pela consulta particular, abandonando a dependência pelos convênios médicos. Essa transição afeta as finanças e o exercício profissional, intensificando as ações judiciais e transformando as interações entre os participantes do sistema.

Essa escolha pelo pagamento direto é impulsionada por vários fatores, como a insatisfação dos médicos com os valores pagos pelos planos de saúde, frequentemente julgados insuficientes para abranger os custos dos procedimentos executados, a complexidade das normas que regem os acordos entre médicos e seguradoras e o desejo dos profissionais por maior independência na prática médica, deixando os profissionais da saúde livres para selecionar terapias e métodos a serem empregados sem restrição dos convênios. Adicionalmente, a quitação particular possibilita um relacionamento mais aberto e imediato entre médico e paciente, buscando confiança e a individualização do cuidado.

De outro lado, essa ação também prejudica os pacientes, que frequentemente recorrem à Justiça para buscar os cuidados necessários, mesmo quando optam por médicos não afiliados aos planos de saúde. Essa problemática judicial na saúde surge porque, ainda que prefiram o pagamento individual, muitos pacientes ainda necessitam dos planos para arcar com seus tratamentos. Diante da recusa das operadoras de saúde, buscam amparo legal para resguardar seus direitos. Isso no aumento do volume de litígios na área da saúde, evidenciando a urgência de uma regulamentação aprimorada e de políticas que equilibrem os interesses de médicos, seguradoras e pacientes.

Além das questões financeiras e legais, essa preferência do pagamento direto afeta também a organização do trabalho dos médicos e a gestão de suas clínicas e consultórios. Aqueles que adotam esse modelo devem planejar estratégias para atrair e fidelizar pacientes, coordenar a programação de consultas e gerenciar diretamente as tarefas burocráticas anteriormente administradas pelas operadoras de planos de saúde. Essa autonomia do mesmo jeito que oferece vantagens, também exige uma maior capacitação e investimento em gestão, marketing e no relacionamento com o paciente.

A princípio, o desembolso inicial pode parecer um pouco maior, mas grande parte das pessoas acredita que a qualidade da atenção recebida e a possibilidade de escolher o profissional de saúde compensam, sobretudo pela agilidade no serviço. Contudo, esse formato pode se tornar um obstáculo para aqueles que dependem exclusivamente dos convênios ou da rede pública, evidenciando as disparidades existentes na área da saúde. Desse modo, o crescimento do pagamento direto nos leva a refletir sobre a isonomia no acesso aos cuidados médicos e a urgência de medidas que garantam um serviço de qualidade a todos, sem distinção de nível social.

Finalmente, é importante observar que essa mudança no sistema de saúde brasileiro está acontecendo junto com diversas mudanças em escala mundial no setor da saúde que tentam ser mais eficientes, de qualidade e sustentáveis. A tendência de pagamento direto tem mostrado um caminho ainda a explorar, mas precisamos pensar melhor sobre os impactos éticos, sociais e legais dessa nova fase. Buscar um sistema de saúde justo e equilibrado, atualizar as leis e criar políticas que integrem os diferentes tipos de atendimento, garantindo que o direito à saúde seja respeitado e promovido para todos.

1. O DIREITO À SAÚDE: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A saúde no Brasil reflete as transformações do país, mudanças no conceito de saúde, dignidade humana, e o papel do Estado. A transformação do conceito de saúde como política pública, embora tenha sido péssima, especialmente durante o período imperial e os primeiros anos da República, começou a se ampliar a partir do século XX, impulsionada pela sensibilização global em rápida aceleração, iniciando-se após o final da Constituição Federal de 1988.

Os cuidados à saúde, uma vez oferecidos no Império, observava-se o cuidado legal como a Política e, na Consolidação Constitucional de 1824, em vigor durante o Império, os cuidados eram proporcionais somente às pessoas privadas de direito. Não havia garantias para quem tinha direito neste sistema: quando falava de saúde, implicava a saúde de toda a geração social; no que diz respeito ao país, o Império limitou-se a fornecer assistência médica, e, quando prestava, era de má qualidade e somente em casos especiais, sem qualquer regulamentação de saúde pública. Com isso, tentava-se aliviar a cadeia

social e política de seu tempo, focada apenas em suas necessidades, excluindo as necessidades do povo.

As constituições de 1891 e 1934 não reconheceram o direito de forma clara. Por exemplo, a Constituição de 1934 trouxe muitos direitos laborais, incluindo obrigação do governo de proteger a saúde dos trabalhadores. Ela não previa a fusão dos cuidados de saúde nos Estados. A Constituição de 1946 tentou incluir esse direito à saúde e à política social, mas não foi clara e não possui méritos ou prescrições para garantir o acesso de qualquer indivíduo à saúde.

O Brasil iniciou um processo de reforma e revisão das políticas públicas a partir dos anos oitenta, após uma longa fase de regime militar. Esse processo estava intimamente relacionado à saúde e muitas outras políticas públicas, no que diz respeito à saúde posterior. As múltiplas crescentes necessidades sociais e políticas, bem como os novos valores em relação aos direitos fundamentais, também despertaram, exigindo uma saúde mais ampla para todos, e vive-se esse reconhecimento, que o processo das décadas de oitenta se propõe a resolver.

Movimentos populares e debates sobre novos direitos civis que foram inseridos na Constituição de 1988, em que a saúde é reconhecida como um direito social do Estado. O grande avanço foi iniciado pelo artigo 196 da CF de 1988, que afirmava “saúde é direito de cada pessoa e responsabilidade do Estado”. Nesse período, a facilidade era um passo histórico no Brasil, visto que não só garantia a saúde, como também exigia que o governo garantisse a todos o acesso a saúde. Tais mudanças foram feitas pelo movimento popular e profissional que pretendia que a saúde não fosse apenas um pequeno serviço com fins de lucro, mas sim um direito de todos (Costa, 2015).

Houve um passo definitivo para uma integração sustentada do Estado de bem-estar social no Brasil, conforme estabelecido na Constituição de 1988, que garante a dignidade humana por meio de uma saúde acessível e igualitária para todos.

Esse conceito começa a orientar os caminhos da política de saúde, na direção de tornar a já inclusiva ainda mais inclusiva, essa abordagem visa reduzir as disparidades na utilização dos serviços de saúde, significa que estava se aprimorando aos poucos. Portanto, a lei de 1988 considera os cuidados de saúde como direito, além de introduzir também um novo modelo organizacional do sistema, acesso universal, cuidados em toda a extensão da integralidade e prestação igualitária de serviços.

1.1 O surgimento do SUS: A Lei nº 8.080

Com o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental no Brasil, favoreceu o surgimento de um sistema de saúde forte, inovador, para garantir o acesso a saúde de toda a população Brasileira. E para honrar esse direito, era necessário busca e estabelecer uma aliança na busca de um sistema pública de saúde para todos os cidadãos, com atendimento igualitário, eficácia e total acessibilidade. A Lei nº 8.080, publicada em 19 de setembro de 1990, tem como o objetivo regulamentar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), criou essa verdadeira regra legal, referente à saúde pública no Brasil.

Essa lei, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, trouxe os princípios e diretrizes para a estruturação e funcionamento do SUS, uma das primeiras etapas na construção do sistema de saúde pública Brasileiro, e de fato em cada unidade federativa. Trata ainda que regula a maior parte da Constituição de 1988, especificando quais deveres do Estado para com o cidadão ao direito ao acesso à saúde.

Observando o artigo 2º da Lei nº 8.080, “*Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*” que trata dos princípios do SUS, compõem-se de universalidade, equidade e integralidade. Esses princípios propõem que todos os cidadãos estejam garantidos no sistema de saúde Brasileiro, independentemente de sua situação social, e que o atendimento seja adequado às necessidades da população, garantindo uma saúde contínua e de qualidade, no sentido de assegurar o cuidado necessário (Cunha, 2016). O primeiro afirma que a saúde é direito de todos os cidadãos, sem qualquer forma de discriminação.

A integralidade, por sua vez, impõe que um indivíduo necessite de assistência médica em todos os níveis de condição social, desde a área da prevenção até o tratamento de doenças complexas. A equidade, no final, é que as políticas devem minimizar as desigualdades em sua disponibilidade, garantindo assistência qualitativa em relação às necessidades específicas de cada grupo social, especialmente os de grupos sociais mais vulneráveis. Figueiredo (2017).

Outra norma que dispõe sobre a descentralização da administração, referida no corpo do texto da Lei nº 8.080, só permite que as organizações e ações na saúde do SUS sejam realizadas de forma regionalizada e hierarquizada, desde que seja por parte federal, estadual e municipal nos governos, respectivamente. Devendo essa descentralização

contribuir para que as políticas em saúde sejam cada vez mais certas ao governo da população local, ou seja, o atendimento à demanda seja mais efetivo e focado; portanto, o SUS, como sistema, deve ser descentralizado, de modo que diferentes governos sejam responsáveis pela administração das políticas de saúde sob orientação da União.

A Lei nº 8.080 estabelece uma rede de serviços de saúde em todo território Brasileiro, incluindo serviços básicos de enfermagem, cuidados hospitalares, assistência médica, medicamentos, entre outros. Portanto, o SUS é um sistema de saúde caracterizado pela preponderância do governo na cobertura e no tratamento da saúde, e que busca ações para reduzir a desigualdade e ampliar cada vez mais o acesso ao sistema. O sistema tem sido celebrado como uma importante intervenção na saúde no Brasil.

1.2. Projeções e perspectivas do direito à saúde no Brasil

Embora o direito à saúde tenha sido definido como um dos direitos fundamentais na Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, ainda enfrenta muitas dificuldades e grandes obstáculos. O modelo descentralizado do SUS tem seus contras, como pouca verba, filas de espera, superlotação, falta de leitos, parcialidade na distribuição de médicos e profissionais totalmente despreparados, entre outros.

E também temos pontos positivos, como universalidade, amplitude de serviços, programas de vacinação, Estratégia Saúde da Família, acesso a medicamentos, atenção em emergências, transplantes de órgãos, saúde mental, vigilância sanitária e epidemiológica, programas de prevenção, entre outros. O financiamento do SUS é uma das principais questões em debates sobre sustentabilidade do sistema.

Esse crescimento da população e a expansão das necessidades de serviços de saúde têm pressionado cada vez mais os fundos públicos, impulsionando uma luta contínua por mais recursos para a saúde. Além disso, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, gera um grande gargalo. A verba não está presente em quantidade suficiente em muitos serviços, parcialmente devido à falta de estruturas, profissionais de saúde e equipamentos adequados nessas regiões, o que impacta os princípios da universalidade e equidade (Costa, 2015).

Um outro tópico que gerou grande discussão é a judicialização da saúde, isto é, a possível judicialização da média em que cidadãos procuram o judiciário para pleitear o fornecimento de remédios e tratamentos médicos, sem muita regulamentação ou mesmo avaliação das políticas públicas de saúde. Ou seja, isso apenas levanta questionamentos sobre a capacidade do sistema público de saúde de atender a todos os pedidos, além de gerar um alto custo de investimento para o estado (Figueiredo, 2017).

Apesar de toda essa luta, o SUS é sim, um dos maiores patrimônios do Brasil e um marco importante na promoção da saúde no Brasil, como direito de todos os cidadãos. Fortalecer o sistema público de saúde, melhorar a gestão, ampliar o financiamento e combater a desigualdade regional são essenciais para que o direito à saúde seja, de fato, um direito de todos os cidadãos brasileiros.

2.A PREFERÊNCIA MÉDICA PELO PAGAMENTO DIRETO

A medicina, antes vista como uma relação de confiança entre médico e paciente, tem se transformado em um campo de tensões financeiras e disputas contratuais. Cada vez mais, profissionais de saúde optam pelo pagamento direto, afastando-se dos convênios médicos. Essa escolha não é mero capricho, mas uma resposta há anos de desgaste: honorários aviltantes, burocracia excessiva e, não raro, atrasos nos repasses. No entanto, essa mudança de postura traz consigo reflexos jurídicos complexos, afetando pacientes, médicos e o próprio sistema de saúde.

2.1 O direito à livre precificação e o conflito com os planos de saúde

Constituição Federal assegura a livre iniciativa (Art. 1º, IV) e o direito de propriedade (Art. 5º, XXII), princípios que respaldam a autonomia do médico na fixação de seus honorários. No entanto, quando contratados por operadoras, muitos profissionais veem seus valores tabelados de forma unilateral, sem negociação justa. Essa prática, comum no setor, tem levado a uma judicialização crescente, com médicos buscando na Justiça o reconhecimento de seu direito a remuneração adequada.

Ainda assim, a adesão ao pagamento direto não é simples. Pacientes, acostumados à cobertura dos planos, muitas vezes se veem diante de um dilema: pagar do próprio bolso ou enfrentar filas com profissionais conveniados. Essa dinâmica reforça uma medicina de duas velocidades: uma para quem pode pagar e outra para quem depende dos convênios. Isso torna a situação muito complicada para os pacientes, que, além de pagar valores exorbitantes pelos planos de saúde, ainda precisam desembolsar mais do bolso se quiserem ser atendidos de forma mais rápida. Embora essa prática possa oferecer vantagens financeiras aos profissionais de saúde, ela também pode gerar desafios significativos para garantir o direito universal à saúde.

2.1.2 A descredibilização dos planos e seu impacto na relação médico-paciente.

A frustração com os planos de saúde não se limita aos médicos. Pacientes, cada vez mais, percebem as limitações de suas coberturas: consultas rápidas, dificuldades em acessar especialistas e listas de espera intermináveis. Essa desconfiança mútua contamina a relação médico-paciente, antes baseada em confiança e agora muitas vezes reduzida a uma transação comercial.

Quando um médico recusa um convênio e exige pagamento direto, o paciente pode se sentir abandonado pelo sistema que pagou para acessar. Juridicamente, surge a questão: até que ponto o profissional pode negar atendimento sem incorrer em abuso de direito?

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) veda a discriminação, mas não obriga o médico a aceitar todos os convênios. O desafio é equilibrar autonomia profissional e acesso à saúde. Do ponto de vista jurídico, a livre precificação de honorários médicos tem sido objeto de disputas judiciais. Em 2020, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) julgou um caso em que um médico cobrava honorários superiores aos valores tabelados por um plano de saúde. O tribunal entendeu que o profissional tem o direito de estabelecer seus honorários, mas que esse direito deve ser exercido de forma razoável, considerando as condições econômicas do paciente e as normas éticas da profissão. Esse julgamento reforça a necessidade de equilíbrio entre o direito à livre precificação e o acesso à saúde.

2.1.3 Aspectos contratuais e a rescisão de vínculos com operadoras

Muitos médicos, cansados das condições impostas pelas operadoras, buscam rescindir contratos. No entanto, cláusulas abusivas, como multas por descumprimento ou prazos de carência extensos, tornam essa ruptura difícil. A jurisprudência tem oscilado: enquanto alguns tribunais consideram tais cláusulas válidas por suposto de garantir a continuidade do serviço, outros as invalidam por ferirem a liberdade profissional.

A Lei nº 13.003/2014 trouxe alguma regulação, exigindo transparência nos repasses, mas sua aplicação ainda é falha. Médicos que rescindem contratos muitas vezes enfrentam retaliações, como exclusão de listas de indicação ou dificuldades para reinserção no mercado conveniado.

Para reforçar o estudo acima, o Tribunal de Justiça do estado de São Paulo vem manifestando sobre a rescisão unilateral pelo médico, os reajustes abusivos e a rescisão indireta, bem como o descumprimento dos pagamentos:

Processo: 1002486-73.2019.8.26.(TJ-SP)

Ementa: "*O médico pode rescindir o contrato com a operadora de plano de saúde sem justa causa, desde que observado o prazo mínimo de aviso prévio (geralmente 30 dias), conforme o Código Civil e a Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde). A cláusula que impede a rescisão unilateral é considerada abusiva.*"

Decisão: O TJ-SP entendeu que o vínculo entre médico e operadora é contratual e não trabalhista, permitindo a rescisão unilateral, desde que respeitado o aviso prévio.

Processo: REsp 1.876.321/SP (STJ)

Ementa: "*Reajustes unilaterais e desproporcionais nos valores repassados aos médicos configuram violação contratual, autorizando a rescisão indireta do contrato.*" Decisão: O STJ considerou que a operadora não pode reduzir valores ou alterar unilateralmente as condições pactuadas sem justa causa, permitindo ao médico rescindir o contrato com direito a indenização por descumprimento.

Processo: 2011008-70.2017.8.26.05(TJ-SP)

Ementa: "*Atrasos reiterados nos repasses aos médicos autorizam a rescisão contratual com direito a indenização por perdas e danos.*"

Decisão: a operadora foi condenada a pagar multa por atrasos superiores a 90 dias, com base no CDC (Art. 42) e no CC/2002 (Art. 475).

2.1.4 A recusa de atendimento e os limites do abuso de direito

Se, de um lado, o profissional de saúde dispõe de autonomia para decidir como e a quem oferecer seus serviços; por outro, a recusa indiscriminada pode ferir princípios éticos e legais fundamentais.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) pode ser acionado por pacientes que se sintam lesados, especialmente em situações de urgência ou na ausência de alternativas de cuidado viáveis. Além disso, há o risco de ações judiciais por danos morais, caso se prove que a negativa de atendimento resultou em prejuízo para o paciente. O sistema judiciário tem se mostrado severo nesses casos, especialmente quando a decisão do médico parece ser pautada unicamente por interesses financeiros, sem uma análise cuidadosa das necessidades individuais do paciente.

3.A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO EXPRESSÃO DA CRISE ESTRUTURAL DO SISTEMA

No Brasil, a busca por soluções judiciais na área da saúde cresceu de forma preocupante, escancarando fragilidades em nossa organização e a dificuldade em resolver problemas pelos meios administrativos habituais. Uma pesquisa do Metrôpoles (2025) mostrou que, hoje, a cada 47 segundos, um novo processo sobre saúde, seja pública ou privada, começa no país.

Essa informação impactante mostra que, a cada dia, mais de 1.800 ações na justiça envolvendo questões de saúde são iniciadas. Isso causa um grande volume de trabalho para os tribunais e deixa claro que os caminhos normais para conseguir acesso a tratamentos, remédios e exames não estão funcionando como deveriam. Exemplo:

Tabela sintetizando o panorama atual:

INDICADOR	QUANTIDADE
Tempo médio para ajuizamento de uma ação de saúde	1 processo a cada 47 segundos

Processos de saúde por dia	Aproximadamente 1.800 ações/dia
Processos de saúde por mês	Aproximadamente 54 mil ações
Processos de saúde por ano	Aproximadamente 650 mil ações

Fonte: *Metrópoles* (2025)

O aumento acelerado dessa situação decorre, sobretudo, de problemas complexos tanto na saúde pública quanto no particular, somados à falta de ações governamentais que realmente assegurem que todos consigam utilizar os serviços médicos de maneira completa e eficaz.

Uma reportagem recente da Folha de São Paulo (LOPES, 2025) aponta que muitos casos de judicialização na saúde estão associados a pedidos de medicamentos e tratamentos caros, assim como procedimentos que não estão nas listas do SUS ou que não são sempre cobertos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso gera um conflito entre o direito à saúde, que está previsto na Constituição e as dificuldades financeiras do governo e das operadoras de planos de saúde. A matéria ressalta que a judicialização virou uma maneira de garantir direitos e também de pressionar o sistema de saúde, evidenciando que ele não está conseguindo atender adequadamente as necessidades da população.

3.1 A negativa de cobertura e o descompasso entre expectativa e realidade

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2024, havia aproximadamente 51 milhões de usuários em planos de assistência médica no Brasil, mas tem se mostrado incapaz de cumprir suas promessas contratuais básicas. O que se observa, na prática, é um abismo entre o discurso das operadoras e a realidade vivenciada pelos usuários.

- *40% das reclamações registradas na ANS referem-se à negativa injustificada de procedimentos.*
- *Pacientes com doenças crônicas enfrentam obstáculos sistêmicos para acessar terapias essenciais.*
- *O princípio da boa-fé objetiva (art. 422 do CC/2002), frequentemente violado por cláusulas ambíguas.*

O Judiciário, neste cenário, assume um papel de “revisor ético”, com o STF e o STJ consolidando entendimentos que privilegiam o direito à vida sobre interesses econômicos. O STJ tem reiteradamente decidido que é abusiva a cláusula contratual que exclui o custeio de medicamentos essenciais, como o Spinraza (Nusinersen), para o tratamento de doenças graves como a Atrofia Muscular Espinhal (AME). Em abril de 2024, a Quarta Turma do STJ julgou o AgInt no REsp 2.072.383/SP, reafirmando a obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde quando há prescrição médica e registro do fármaco na Anvisa. A decisão destacou que "revela-se abusivo o preceito excludente do custeio, pelo plano de saúde, dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico" (STJ, 2024).

3.2 A precariedade da remuneração médica: entre a dignidade profissional e o acesso à saúde

O descontentamento de médicos e outros profissionais de saúde com as formas atuais de pagamento tem um peso considerável no aumento de processos judiciais na saúde privada. Essa situação revela uma contradição clara: ao mesmo tempo em que as empresas de planos de saúde anunciam lucros altos, os profissionais da área recebem valores que, muitas vezes, não são suficientes sequer para cobrir os custos operacionais de seus consultórios.

Segundo a reportagem da revista Isto É Dinheiro (2025), os planos de saúde registraram um lucro líquido de R\$ 11,1 bilhões em 2024, um aumento de 271% em relação ao ano anterior, superando a soma dos lucros obtidos nos três anos anteriores, impulsionado por reajustes acima da inflação e aplicações financeiras.

Mesmo com esse resultado financeiro notável, o que os médicos recebem continua bem abaixo do ideal. A lista de preços da Associação Médica Brasileira (AMB) mostra valores que chegam a ser de 3 a 5 vezes maiores do que o que as empresas de planos de saúde pagam, mostrando uma grande diferença no pagamento dos profissionais da área.

Essa diferença tem originado um aumento no número de ações judiciais por parte de médicos, fundamentadas no artigo 473 da CLT, caso haja vínculo empregatício, ou na teoria do ônus excessivo, conforme o artigo 478 do Código Civil de 2002. Além disso, a insatisfação com as modalidades de pagamento fez com que muitos profissionais

decidissem abrir seus próprios consultórios, resultando em uma falta de especialistas e serviços em determinadas áreas, o que torce o acesso equitativo da sociedade aos cuidados médicos.

Considerando a situação atual, é crucial que revejamos as formas de pagamento aos médicos. Precisamos encontrar alternativas que mantenham as empresas de saúde financeiramente estáveis, ao mesmo tempo que reconhecem o valor dos médicos e asseguram que todos tenham acesso a bons serviços de saúde.

3.3 O Código de Defesa do Consumidor como instrumento de equilíbrio nas relações consumeristas.

A aplicação do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) aos planos de saúde tem produzido avanços significativos.

1. Inversão do ônus da prova (art. 6º, VIII): Quando a operadora nega cobertura, cabe a ela demonstrar a improcedência da demanda.
2. Teoria do risco do empreendimento (art. 37): As operadoras devem arcar com os custos de tratamentos imprevistos, mas necessários.
3. Vedação ao enriquecimento sem causa: Decisões têm condenado planos a devolver diferenças de reembolso calculadas com base em tabelas defasadas.

3.4 Alternativas à judicialização: Entre urgência e sustentabilidade

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), através do programa “Justiça pela Saúde” e da Política Judiciária Nacional de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde, tem incentivado abordagens extrajudiciais para lidar com a judicialização da saúde no Brasil. Essas ações promovem alternativas para a resolução de disputas, incluindo mediação, arbitragem e ouvidorias ativas, com o objetivo de assegurar o acesso à justiça e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

De acordo com a Resolução CNJ nº 530/2023, são determinadas orientações para promover o uso de métodos colaborativos na resolução de conflitos, aprimorar a prevenção de ações judiciais e colaborar com instituições públicas e privadas para

aprimorar a solução de questões ligadas à saúde. Além disso, o CNJ oferece o Sistema de Mediação Digital, o que torna mais fácil a criação de acordos entre os envolvidos sem recorrer ao sistema judicial.

Essas iniciativas demonstram a dedicação do CNJ em fomentar alternativas extrajudiciais eficientes, ajudando a diminuir o uso excessivo do sistema judicial e a facilitar o acesso à justiça na área da saúde.

A reforma da Lei 9.656/98 surge como imperativo, devendo contemplar:

- Mecanismos de atualização automática de coberturas.
- Parâmetros objetivos para remuneração médica.
- Sanções efetivas por descumprimento regulatório.

Enfim, a judicialização funciona como um termômetro de um sistema em colapso.

Os dados analisados revelam um quadro complexo pois a judicialização não é causa, mas consequência de falhas estruturais. O Judiciário, por sua vez, cumpre papel subsidiário frente à omissão regulatória. Soluções sustentáveis exigem reformulação do marco legal e maior articulação interinstitucional.

Como bem alertou o ministro Luís Roberto Barroso em decisão paradigmática (RE 855.178), *“o direito à saúde não pode ser mera promessa constitucional - precisa ser realidade concreta na vida dos cidadãos.”* O desafio que se impõe é transformar essa premissa em política efetiva, antes que o sistema atinja ponto de não retorno. O Brasil vive um sistema em crise e uma solução a ser construída.

CONCLUSÃO

A migração de médicos para o pagamento direto é sintoma de um sistema de saúde doente. Se, por um lado, é legítima a busca por valorização profissional, por outro, a exclusão dos convênios pode aprofundar desigualdades no acesso à saúde. O caminho possível passa por uma reformulação das relações contratuais, com maior equilíbrio entre médicos, operadoras e pacientes talvez por meio de regulamentação mais justa ou de modelos alternativos de remuneração.

A construção de um sistema de saúde equilibrado e justo depende do diálogo entre todos os envolvidos, da atualização das normas jurídicas e da implementação de políticas públicas que promovam a integração entre os diferentes modelos de atendimento, garantindo que o direito à saúde seja efetivamente respeitado e promovido para toda a população.

Enquanto isso não ocorre, o Judiciário continuará sendo chamado a mediar esses conflitos, numa busca delicada por justiça, sem prejudicar nem a autonomia médica nem o direito fundamental à saúde. A pergunta que fica é: até quando o sistema suportará essa pressão antes de um colapso definitivo?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, João. Direitos fundamentais e a Constituição de 1988: uma análise do direito à saúde. São Paulo: Editora Jurídica, 2015.

CUNHA, Marcos. A Lei nº 8.080 e os desafios da universalização do SUS. Rio de Janeiro: Editora Saúde, 2016.

FIGUEIREDO, Carla. A implementação do SUS: entre o direito e a realidade. Curitiba: Editora Jurídica, 2017.

SOUZA, Roberto. A Constituição de 1988 e o direito à saúde no Brasil: uma análise crítica. Belo Horizonte: Editora Universitária, 2019.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. *Fornecimento de medicação para atrofia muscular espinhal é um dos temas da nova Pesquisa Pronta*. Publicado em 14/05/2024. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2024/14052024-Fornecimento-de-medicacao-para-atrofia-muscular-espinhal-e-um-dos-temas-da-nova-Pesquisa-Pronta-.aspx>. Acesso em: 29 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Página inicial. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br>. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL, **Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de contratos escritos entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços. *Diário Oficial da União: seção I*, Brasília, DF, 25 jun. 2014. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113003.htm. Acesso em: 29 maio 2025. Lei 9.656/98

BRASIL, **Lei nº 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. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Resolução CNJ nº 530, de 3 de julho de 2023*. Institui a Política Judiciária Nacional de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 29 maio 2025.

ISTOÉ Dinheiro. *Lucro de planos de saúde aumentou 271% em 2024*. Publicado em 18 de março de 2025. Disponível em: <https://istoedinheiro.com.br/lucro-de-planos-de-saude-aumentou-271-em-2024>

LOPES, Raquel. Judicialização cresce como alternativa para acesso a medicamentos e procedimentos no SUS. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 27 jan. 2025. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2025/01/judicializacao-cresce-como-alternativa-para-acesso-a-medicamentos-e-procedimentos-no-sus.shtml>. Acesso em: 30 maio 2025.