

Artigo de opinião

Judicialização da Saúde como Exacerbação da Iniquidade: Uma Análise do Sistema Brasileiro sob a Perspectiva do Capitalismo de Stakeholders e do Índice de Prosperidade Legatum

Health Judicialization as an Exacerbation of Inequity: An Analysis of the Brazilian System from the Perspective of Stakeholder Capitalism and the Legatum Prosperity Index

AUTORESDaniel Haber¹Clênio Jair Schulze²

Ana Maria Carboni

Lampazzi³Marco Antonio Benedetti
Filho⁴Marlo Russo⁵

¹ Médico Otorrinolaringologista, EMBA pela Fundação Dom Cabral, Pós-Graduação em Health Care Management pela Harvard Business School e Revisor do New England Journal of Medicine Catalyst.

² Juiz Federal em Santa Catarina. Doutor e Mestre em Ciência Jurídica pela Univali, Pós-graduado em Justiça Constitucional pela UniPisa (Itália), autor de “Judicialização da Saúde no Século XXI” e coautor de “Direito à Saúde”.

³ Advogada especialista em Direito Médico e da Saúde, Compliance, Governança e LGPD.

⁴ Médico Hematologista, MBA em Gestão em Saúde pela FAAP.

⁵ Advogado, Mestre em Direito Privado, Especialista em Direito Médico, Odontológico e da Saúde e em Direito Processual Civil.

CONTATO

Daniel Haber

danielhaber21@gmail.com

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

RESUMO

O presente artigo de opinião analisa a judicialização da saúde no Brasil como mecanismo de exacerbção da iniquidade, com ênfase em seus efeitos sobre o sistema de saúde suplementar. Partindo do paradoxo entre a posição do país entre as dez maiores economias globais e sua 66ª colocação no Índice de Prosperidade Legatum (2023), com recuo de 11 posições desde 2011, argumenta-se que a coexistência de um SUS constitucionalmente universal e de um setor suplementar acessível a apenas 26% da população configura uma fratura estrutural que a via judicial não corrige, mas aprofunda. A análise apoia-se em dois referenciais teóricos complementares: o Capitalismo de Stakeholders (Schwab, 2021), que reorienta o propósito organizacional para a criação de valor compartilhado com todos os grupos de interesse; e os indicadores do Índice de Prosperidade Legatum, que mensuram prosperidade real para além do PIB. Conclui-se que a judicialização, ao alimentar uma espiral inflacionária que expulsa beneficiários do setor suplementar, concentra o mercado e estagna a cobertura em torno de 26% da população após 21 anos de série histórica, não corrige a iniquidade estrutural do sistema de saúde brasileiro — mas a aprofunda. A superação desse paradoxo exige não a restrição do acesso à Justiça, mas a construção de um sistema suficientemente equitativo para que a litigância deixe de ser o principal mecanismo de acesso — tarefa que envolve gestores, operadoras, reguladores, magistrados e a sociedade como um todo.

Palavras-chave: Judicialização da saúde; iniquidade em saúde; capitalismo de stakeholders; Índice de Prosperidade Legatum; saúde suplementar.

ABSTRACT

Health Judicialization as an Exacerbation of Inequity: An Analysis of the Brazilian System from the Perspective of Stakeholder Capitalism and the Legatum Prosperity Index

This opinion article analyzes health judicialization in Brazil as a mechanism that exacerbates inequality, with emphasis on its effects on

the supplementary health sector. Starting from the paradox between the country's position among the ten largest global economies and its 66th place in the Legatum Prosperity Index (2023) — a decline of 11 positions since 2011 — it argues that the coexistence of a constitutionally universal public health system (SUS) and a supplementary sector accessible to only 26% of the population constitutes a structural fracture that judicial intervention does not correct, but deepens. The analysis draws on two complementary theoretical frameworks: Stakeholder Capitalism (Schwab, 2021), which reorients organizational purpose toward shared value creation for all interest groups; and the Legatum Prosperity Index indicators, which measure real prosperity beyond GDP. It concludes that judicialization, by fueling an inflationary spiral that drives beneficiaries out of the supplementary sector, concentrates the market, and stagnates coverage at around 26% of the population after 21 years of historical data, does not correct the structural inequity of the Brazilian health system — but deepens it. Overcoming this paradox requires not the restriction of access to justice, but the construction of a sufficiently equitable system in which litigation is no longer the primary mechanism of access — a task that involves managers, health operators, regulators, judges, and society as a whole.

Keywords: Health judicialization; health inequity; stakeholder capitalism; Legatum Prosperity Index; supplementary health.

1. Introdução

Nunca produzimos tanta riqueza. Nunca acumulamos tantos recursos tecnológicos e materiais. E, ainda assim, nunca nos sentimos tão insatisfeitos com os resultados que essa riqueza produz em termos de bem-estar coletivo. Essa é a contradição central que o economista J. Bradford DeLong explora em *Slouching Towards Utopia* (2022),¹ ao descrever um século de crescimento econômico sem precedentes que, paradoxalmente, não se traduziu em prosperidade universal.

No Brasil, essa contradição adquire contornos especialmente graves no sistema de saúde. O país figura entre as dez maiores economias do planeta em termos de PIB nominal² e, ao mesmo tempo, ocupa apenas a 66ª posição no Índice de Prosperidade Legatum (2023),³ com queda de 11 posições desde 2011. O pilar da Saúde reflete de forma precisa a fratura estrutural de um sistema que convive, sob o mesmo ordenamento constitucional,⁴ com dois mundos distintos: o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante

cobertura assistencial a aproximadamente 160 milhões de brasileiros,⁵ e o setor de saúde suplementar, que oferece acesso mais ágil e regulado a mais de 53 milhões de beneficiários.⁵

Esse cenário, profundamente desigual, é agravado por um fenômeno que ocupa crescente espaço no debate jurídico e da saúde brasileira: a judicialização da saúde. Ao garantir por via judicial o que o sistema nega coletivamente, as decisões judiciais em matéria de saúde produzem um efeito paradoxal — beneficiam predominantemente aqueles que já detêm maior capital social, econômico e jurídico,^{6,7} aprofundando a iniquidade que teoricamente deveriam corrigir. Em outros termos: quem acessa a Justiça tem mais direito à saúde do que quem não a acessa.

O presente artigo propõe uma análise dessa fratura estrutural a partir de dois referenciais teóricos complementares: o Capitalismo de Stakeholders, formulado por Klaus Schwab (2021),⁸ que redefine o propósito das organizações para além da maximização do lucro para o acionista em direção ao valor compartilhado com todos os grupos de interesse; e o Índice de Prosperidade Legatum,³ ferramenta de avaliação multidimensional que mede prosperidade real — e não apenas riqueza — em 167 países. A combinação desses referenciais oferece uma nova perspectiva para compreender por que o Brasil, apesar de seu potencial econômico, falha sistematicamente em converter riqueza em saúde equitativa.

Embora a literatura permita associar judicialização e aumento de custos sistêmicos, o presente artigo não pretende demonstrar causalidade quantitativa entre esses fenômenos, mas oferecer uma interpretação teórica baseada na análise integrada da literatura jurídica, econômica e regulatória. O objetivo é compreender como determinados incentivos institucionais e mecanismos de acesso podem influenciar a equidade do sistema de saúde brasileiro sob a perspectiva da prosperidade social e da criação de valor para todos os stakeholders.

2. O Índice de Prosperidade Legatum: Medindo o que o PIB Não Captura

O Produto Interno Bruto (PIB) tornou-se, ao longo do século XX, o principal indicador de desenvolvimento nacional. Contudo, como demonstram Stiglitz, Sen e Fitoussi em *Mismeasuring Our Lives* (2010),⁹ o PIB mede o volume de transações econômicas, não o bem-estar das pessoas. Uma nação pode apresentar crescimento

econômico consistente enquanto aprofunda desigualdades, deteriora serviços públicos essenciais e reduz a qualidade de vida de sua população.

O Índice de Prosperidade Legatum, publicado anualmente pelo Prosperity Institute (Londres),¹⁰ representa uma das respostas mais abrangentes a essa limitação. O índice avalia 167 países por meio de 300 indicadores organizados em 12 pilares, agrupados em três domínios: Sociedades Inclusivas, Economias Abertas e Pessoas Empoderadas — este último incluindo os pilares de Saúde, Educação e Condições de Vida.³

Os resultados do ranking 2023 revelam um padrão consistente: os países mais prósperos não são necessariamente os mais ricos em termos de PIB per capita, mas aqueles que combinam confiança nas instituições, capital social elevado e distribuição equitativa do bem-estar.³ Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia lideram o ranking, sustentados por sistemas de saúde universais, baixa corrupção e menor concentração de riqueza — confirmando que prosperidade é resultado de escolhas políticas e institucionais, não apenas de dotação de recursos.^{3,11}

Para o sistema de saúde suplementar brasileiro, essa lente é particularmente relevante: um setor que cobre mais de 53 milhões de pessoas e concentra acesso à tecnologia, especialistas e agilidade assistencial contribui de forma desproporcional para os indicadores de saúde do país — mas também para a fratura entre o desempenho médio agregado e a realidade vivida por 150 milhões de brasileiros dependentes do SUS.

3. O Brasil no Índice Legatum: O Paradoxo de uma Economia entre as Maiores com Prosperidade Aquém do Potencial

O Brasil ocupa a 66ª posição no Índice de Prosperidade Legatum 2023,³ com trajetória de declínio de 11 posições desde 2011, desempenho revelador para um país entre as dez maiores economias globais em PIB nominal.² A análise por pilar expõe as contradições estruturais do desenvolvimento brasileiro: desempenho relativamente positivo em Meio Ambiente Natural e Capital Social, contrastando com resultados críticos em Condições de Empreendedorismo, Qualidade da Governança e Ambiente de Investimento,³ sinalizando um Estado que onera sem retribuir proporcionalmente.

No pilar da Saúde, o Brasil enfrenta o problema da média enganosa: indicadores agregados que mascaram abismos regionais e socioeconômicos.¹² A mortalidade materna entre mulheres negras é mais que o dobro da registrada entre mulheres brancas — 100,38 contra 46,56 óbitos por 100 mil nascidos vivos¹³ — e o diagnóstico tardio de câncer no

sistema público representa diferenças substantivas nas taxas de sobrevivência quando comparado ao estadiamento precoce possível na saúde suplementar. Essa desigualdade não é meramente demográfica ou geográfica: é estrutural e sistêmica, produto de escolhas políticas e institucionais que podem, e devem, ser revertidas.¹⁴

Para a saúde suplementar, o dado é duplamente relevante. O setor não apenas reflete essa fratura — ele a aprofunda, ao concentrar acesso qualificado em 26% da população enquanto os 74% dependentes do SUS convivem com filas, escassez de especialistas e desigualdades regionais persistentes. Compreender o desempenho do Brasil no Índice Legatum é, portanto, compreender o custo sistêmico de manter dois mundos paralelos sob o mesmo ordenamento constitucional.

4. A Fratura Estrutural do Sistema de Saúde Brasileiro

Neste artigo, utiliza-se o termo iniquidade no sentido adotado pela Organização Mundial da Saúde, como desigualdade evitável, injusta e sistematicamente produzida por estruturas sociais, econômicas e institucionais. Essa distinção é relevante porque nem toda desigualdade em saúde constitui uma iniquidade; apenas aquelas que poderiam ser mitigadas por escolhas coletivas, políticas públicas ou arranjos institucionais mais equitativos.

4.1. Acesso: O Direito Formal e o Direito Real

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos.⁴ O SUS, criado pela Lei nº 8.080/1990,¹⁵ é a expressão operacional desse mandato constitucional: um sistema público, universal, integral e gratuito. O setor de saúde suplementar, por sua vez, é regulado pela Lei nº 9.656/1998,¹⁶ que disciplina os planos e seguros privados de assistência à saúde, e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961/2000.¹⁷

Contudo, há uma distância considerável entre o direito formalmente garantido e o direito efetivamente exercido. O tempo de espera para consultas com médicos especialistas no SUS frequentemente se estende por meses ou anos. A cobertura de procedimentos de alta complexidade está concentrada em capitais e grandes centros urbanos, criando desertos assistenciais nas regiões mais vulneráveis. Populações negras,

indígenas, quilombolas e residentes no Norte e Nordeste experimentam condições de acesso substancialmente inferiores às demais.^{12,13}

Em contraponto, o setor de saúde suplementar oferece acesso mais ágil, maior disponibilidade de especialistas e incorporação tecnológica mais dinâmica e ampla (inclusive para tratamento de doenças oncológicas),⁵ configurando na prática um sistema paralelo cujo ingresso é condicionado à renda.

Nesse contexto, merece destaque o avanço regulatório brasileiro em prazos de acesso. A Resolução Normativa ANS nº 566/2022 estabelece prazos máximos para a realização de procedimentos na saúde suplementar — 21 dias úteis para cirurgias eletivas e procedimentos de alta complexidade, 7 dias úteis para consultas básicas e 14 dias úteis para demais especialidades.¹⁸ Complementarmente, a RN nº 623/2024, vigente a partir de julho de 2025, estabeleceu prazos objetivos para que as operadoras apresentem resposta conclusiva às solicitações dos beneficiários — até 5 dias úteis para solicitações gerais e até 10 dias úteis para procedimentos de alta complexidade ou internação eletiva — além de tornar obrigatória a formalização por escrito de qualquer negativa de autorização, com fundamentação explícita em linguagem clara.¹⁹ Tais prazos são competitivos em perspectiva internacional: dados do Health at a Glance 2025 da OCDE revelam que, em 2024, o tempo mediano de espera para cirurgia de catarata variou de aproximadamente 50 dias ou menos em países como Suécia e Espanha a 280 dias na Eslovênia; para prótese de quadril, de 67 dias na Suécia a 667 dias na Eslovênia. Para consultas com especialistas, mais de 52% dos pacientes em países da OCDE aguardam um mês ou mais por um agendamento.²⁰ Esse dado revela que a regulação da saúde suplementar brasileira, nesse aspecto específico, é superior à de sistemas europeus considerados referência — o que torna ainda mais evidente que o problema central do sistema de saúde brasileiro não é a qualidade da regulação do setor privado, mas a ausência de padrões equivalentes no sistema público.

Cabe, contudo, reconhecer que o SUS abriga ilhas de excelência assistencial de padrão internacional, notadamente nos hospitais universitários públicos, hospitais com parcerias público-privadas e em instituições filantrópicas de referência.¹² Essas exceções, longe de contradizerem o argumento central, reforçam a tese da escolha: onde há investimento adequado, governança sólida e propósito claro, o sistema público é capaz de resultados extraordinários. O problema é que tais ilhas de excelência convivem com

um oceano de precariedade assistencial que atinge a maioria da população dependente do SUS.

4.2. Financiamento: Volume, Distribuição e Eficiência

O financiamento da saúde no Brasil apresenta uma particularidade que merece análise cuidadosa. O gasto total em saúde no país — público e privado somados — correspondeu a 9,4% do PIB em 2024, percentual próximo à média da OCDE de 9,3%,²⁰ e superior ao de vários países latino-americanos com sistemas considerados mais eficientes, como México (4,7%) e Costa Rica (7,6%).²⁰

Esse dado é, por si só, revelador: o Brasil não tem um problema de volume agregado de recursos em saúde — tem um problema de distribuição e eficiência na alocação desses recursos. O gasto público federal direto no SUS representa parcela significativamente menor do total,²¹ enquanto o gasto privado — custeado pelas famílias e empregadores — é proporcionalmente elevado, recaindo de forma desigual sobre diferentes extratos da população.

O resultado é um paradoxo de política pública: o Brasil gasta em saúde tanto quanto países com sistemas universais robustos, mas obtém resultados muito inferiores em equidade de acesso e indicadores de saúde populacional.

4.3. Qualidade: A Média que Esconde o Abismo

A qualidade dos serviços de saúde no Brasil, quando avaliada por indicadores agregados, apresenta uma imagem distorcida da realidade. Taxas médias de mortalidade, esperança de vida e cobertura vacinal incorporam, numa única cifra, realidades radicalmente distintas.¹²

No setor suplementar, embora a qualidade seja mais homogênea, persiste a pressão pela maximização de resultados financeiros de curto prazo em detrimento do valor em saúde de longo prazo.⁵ A métrica predominante — a sinistralidade — mede o custo das intervenções realizadas, não a qualidade assistencial ou os desfechos clínicos que são relevantes aos pacientes. Trata-se do equivalente corporativo da crítica que o Índice Legatum faz ao PIB: medir o que é fácil de quantificar, não o que é genuinamente relevante para o bem-estar humano.

5. A Judicialização da Saúde como Exacerbação da Iniquidade

O fenômeno da judicialização da saúde — entendido como o recurso ao Poder Judiciário para garantir acesso a medicamentos, procedimentos, tratamentos e tecnologias em saúde — não é novo no Brasil. Contudo, seu volume e complexidade cresceram de forma exponencial nas últimas duas décadas, tornando o país um dos casos mais expressivos desse fenômeno no mundo.⁶ Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), centenas de milhares de ações judiciais relacionadas à saúde tramitam simultaneamente no país, impactando a gestão dos sistemas de saúde público e privado.⁷

A judicialização tem sido interpretada, por parte da doutrina jurídica, como instrumento de efetivação do direito à saúde constitucionalmente garantido — uma resposta do Poder Judiciário à omissão ou insuficiência do Poder Executivo.⁶ Essa interpretação tem fundamento: em muitos casos, a intervenção judicial representa a única via disponível para que cidadãos obtenham acesso a tratamentos de que necessitam. Nesse sentido, o fenômeno é compreensível e justificável.

Contudo, quando analisada em seus efeitos sistêmicos e distributivos, a judicialização da saúde revela uma dimensão frequentemente negligenciada: ela é, em sua estrutura, um mecanismo que amplifica desigualdades preexistentes.^{6,7} Para propor uma ação judicial, o cidadão precisa ter acesso a um advogado — seja por meio da Defensoria Pública ou da contratação privada —, além de tempo, informação sobre seus direitos e disposição para litigar. Esses recursos são desigualmente distribuídos na sociedade brasileira, e sua concentração nas camadas de maior renda e escolaridade.

O resultado é paradoxal: um instrumento criado para garantir direitos torna-se, na prática, um privilégio daqueles que já dispõem de maior capital jurídico, econômico e social. Quem tem acesso à Justiça obtém, por via judicial, o que o sistema nega coletivamente. Quem não tem acesso à Justiça simplesmente não tem direito real à saúde. A judicialização, portanto, não democratiza o acesso — ela adiciona uma nova camada de desigualdade sobre as já existentes, institucionalizando o privilégio dentro do próprio sistema de saúde.^{6,7}

Essa constatação não implica crítica ao papel constitucional do Poder Judiciário, cuja atuação permanece essencial para a proteção de direitos fundamentais em situações de omissão, insuficiência ou falha dos sistemas de saúde. O argumento desenvolvido neste artigo é que a dependência crescente da via judicial como mecanismo ordinário de

acesso evidencia a incapacidade dos mecanismos administrativos e assistenciais de garantir tratamento equitativo aos cidadãos.

Essa lógica perversa se aprofunda quando se consideram os efeitos econômicos difusos da judicialização sobre o conjunto do sistema. Como consequência direta do crescimento das ações judiciais, os custos imprevistos impõem pressão sobre as operadoras, que os redistribuem de forma difusa sobre o conjunto de beneficiários por meio de reajustes ou redução de rede credenciada.^{6,7} Em última análise, a sociedade arca com os custos dessas decisões, embora os benefícios imediatos sejam direcionados a um número restrito de litigantes.

A dimensão coletiva desse impacto é precisamente o que torna a judicialização tão problemática do ponto de vista da equidade. Conforme Mânica (2010),²⁵ não se trata de ponderar o direito à saúde de um indivíduo com princípios como legalidade ou separação de poderes; trata-se, em última instância, de ponderar o direito à saúde de determinadas pessoas em face do direito à saúde de outras pessoas. Adaptada ao contexto da saúde suplementar, essa reflexão revela que o que aparentemente é uma disputa entre o beneficiário e a operadora se converte, na prática, em redistribuição de custos, riscos e coberturas entre todos os beneficiários da mesma carteira.

Nessa mesma linha, Alochio (2025)²⁶ sintetiza o paradoxo com precisão: quando juízes concedem a alguém um tratamento de saúde, outro paciente pode estar perdendo seu lugar de atendimento. Embora a formulação original do autor seja direcionada ao SUS, sua lógica se aplica à saúde suplementar: cada liminar concedida fora do rol contratual e regulatório impõe custos imprevistos às operadoras, que os distribuem sobre o conjunto de beneficiários — por meio de reajustes, redução de rede credenciada ou, em casos mais graves, pela própria inviabilização econômica da operadora.

Há ainda um efeito alocativo perverso de natureza regulatória. Conforme apontado pela literatura especializada,²⁵ as decisões judiciais criam direitos e obrigações sobre temas já submetidos ao crivo do regulador ou ainda não regulados, provocando impactos econômicos que exigem realocação de recursos. Os valores que poderiam ser utilizados para custear obrigações previstas em contrato ou pela regulação passam a ser mobilizados para recompor o equilíbrio dos contratos, em detrimento da sustentabilidade do sistema como um todo.

5.1. Efeitos Sistêmicos da Judicialização sobre a Saúde Suplementar

A judicialização da saúde produz efeitos que transcendem o conflito individual entre beneficiário e operadora, comprometendo a sustentabilidade estrutural do setor suplementar e limitando sua capacidade de expandir cobertura para novos beneficiários.

O primeiro efeito é sobre os custos. A Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH/IESS), principal referência de inflação médica no setor, registrou 15,1% nos doze meses encerrados em junho de 2023 e 14,1% no ano-base 2024 — valores que se revelam sistematicamente três a cinco vezes superiores ao crescimento da renda média da população brasileira no mesmo período, que foi de 2,9% em 2024 e 5,4% em 2025, segundo a PNAD Contínua do IBGE.⁵ A judicialização constitui um dos fatores que contribuem para essa inflação médica, ao pressionar a incorporação de procedimentos e medicamentos fora do rol contratual e regulatório. Somando-se a outros vetores estruturais de aumento de despesas — como envelhecimento populacional, incorporação tecnológica e modelo remuneratório —, pode intensificar pressões de custo que as operadoras redistribuem sobre toda a carteira de beneficiários na forma de reajustes.^{6,7,25}

O segundo efeito é sobre a concentração de mercado. A pressão crescente de custos imprevistos recai de forma assimétrica sobre as operadoras: enquanto grandes grupos dispõem de escala e reservas para absorver o impacto, operadoras de menor porte — frequentemente as mais relevantes para o acesso em mercados regionais e municípios do interior — operam com margens progressivamente comprimidas. O resultado é uma tendência histórica de consolidação setorial: o número de operadoras ativas caiu de 623 em 2022 para 611 em 2023, continuidade de um movimento de longa data registrado pela ANS.⁵ Menos operadoras significam menos competição, menos diversidade de produtos e menos acesso — especialmente nas regiões onde a presença de uma única operadora regional era a única alternativa ao SUS.

O terceiro efeito — e talvez o mais silencioso — é sobre a estagnação da cobertura. Em vinte e um anos de série histórica, a taxa de cobertura da saúde suplementar avançou apenas 6,9 pontos percentuais: de 18% em 2003 para 24,9% em 2023, permanecendo estruturalmente abaixo de 26% da população.⁵ Essa estagnação não é casual: quando a inflação médica cresce três a cinco vezes mais que a renda real, o plano de saúde torna-se progressivamente inacessível para as faixas de renda que mais se beneficiariam de sua cobertura. O cidadão que não consegue manter ou contratar um plano migra para o SUS — sobrecarregando ainda mais um sistema já deficitário, aumentando filas e reduzindo a

qualidade do atendimento para os 74% que dele dependem exclusivamente. A judicialização, portanto, não apenas intensifica pressões sobre o produto: ela pode contribuir para manter o setor suplementar como privilégio de uma minoria, perpetuando exatamente a fratura estrutural que este artigo analisa.

6. Capitalismo de Stakeholders como Framework para Repensar a Saúde

O conceito de Capitalismo de Stakeholders, sistematizado por Klaus Schwab em obra homônima publicada em 2021,⁸ propõe uma reorientação fundamental do propósito das organizações. Em contraposição ao modelo de Capitalismo de Shareholders — centrado na maximização do lucro ao acionista, hegemônico desde a formulação de Milton Friedman em 1970²² —, o Capitalismo de Stakeholders sustenta que empresas e organizações devem criar valor para todos os seus grupos de interesse: acionistas, colaboradores, clientes, comunidades e o meio ambiente.

Essa perspectiva encontra respaldo institucional na Declaração do Business Roundtable de 2019,²³ quando 181 CEOs das maiores corporações americanas subscreveram um novo propósito para as empresas, explicitamente abandonando a primazia do acionista em favor de um compromisso com todos os stakeholders. Trata-se de um marco simbólico que reflete uma mudança de paradigma em curso no capitalismo global.

Schwab distingue seu modelo tanto do radicalismo estrutural de economistas como Richard Wolff²⁴ — que propõe a superação do sistema capitalista — quanto das abordagens de ESG (Environmental, Social and Governance), frequentemente reduzidas a instrumentos de marketing sem conexão genuína com o modelo de negócio. O Capitalismo de Stakeholders propõe que o impacto social seja incorporado ao núcleo da estratégia organizacional, e não tratado como externalidade ou ação de responsabilidade social periférica.⁸

Aplicado ao setor de saúde, o Capitalismo de Stakeholders adquire contornos especialmente significativos. Os stakeholders do sistema de saúde incluem pacientes (que demandam acesso e qualidade assistencial), profissionais de saúde (que necessitam de condições dignas de trabalho e reconhecimento pelo valor gerado), operadoras e prestadores (que precisam de sustentabilidade econômica para operar e investir), o Estado (responsável pela regulação e pelo financiamento do sistema público) e a sociedade (que arca com os custos de todo o sistema de saúde).

No contexto atual, a judicialização pode ser lida como um sintoma de falha na gestão dos stakeholders: quando as necessidades de pacientes não são adequadamente atendidas pelo sistema, o conflito migra para a esfera judicial.^{6, 7} A resposta orientada pelo Capitalismo de Stakeholders não é suprimir o acesso à Justiça, mas resolver o conflito na sua origem — por meio de humanização do atendimento, comunicação efetiva, transparência sobre coberturas e mecanismos ágeis de resolução consensual de disputas. Nesse sentido, avanços regulatórios recentes como a RN nº 623/2024,¹⁹ ao estabelecer prazos objetivos de resposta às solicitações dos beneficiários e tornar obrigatória a formalização por escrito de negativas de autorização, atuam diretamente na causa mais frequente de conflito entre beneficiários e operadoras. Prazos mais curtos e maior transparência significam menos negativas tácitas, menos liminares e menos judicialização preventiva.

Essa lógica aponta para uma arquitetura de desjudicialização estruturada em múltiplas camadas. Em primeiro lugar, a articulação entre todos os stakeholders deve orientar a criação de um modelo sistêmico no qual os beneficiários sejam incentivados a esgotar as instâncias administrativas antes de recorrer ao Judiciário — analogamente ao que ocorre nas demandas previdenciárias, em que o direcionamento de conflitos aos canais administrativos racionaliza o sistema e reserva a intervenção judicial para controvérsias que genuinamente a exijam.

Em segundo lugar, os profissionais de saúde têm papel central nessa arquitetura: a prescrição fundamentada em evidências científicas robustas atua como mecanismo de desjudicialização preventiva, ao reduzir a demanda por tratamentos não consolidados e diminuir o número de liminares baseadas em indicações sem respaldo técnico-científico.

Em terceiro lugar, as operadoras e prestadores devem desenvolver núcleos internos técnicos e multidisciplinares de resolução de conflitos junto aos beneficiários, capazes de atender as necessidades dos clientes dentro dos limites contratuais e regulatórios por meio de soluções conjuntas. Esses núcleos atuariam como filtros efetivos, assegurando que somente sejam submetidos ao Judiciário casos sem possibilidade de resolução extrajudicial.

Por fim, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como ente estatal de regulação, normatização, controle e fiscalização, deve ocupar posição cada vez mais ativa na promoção de métodos autocompositivos — mediação, conciliação e negociação. Nesse contexto, a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) representa uma ferramenta já

disponível e capaz de conectar, de forma automática, consumidores com reclamações e suas respectivas operadoras,³¹ devendo ter seu alcance e efetividade progressivamente ampliados.

Nesse contexto, o Índice Geral de Reclamações (IGR), instituído como eixo estruturante do modelo de fiscalização planejada da ANS pela RN nº 658/2025, reforça o imperativo de que operadoras invistam sistematicamente em duas instâncias de resolução pré-judicial: o atendimento de primeira instância — canal direto de relacionamento com o beneficiário, capaz de resolver demandas no ponto de origem antes que se tornem reclamações formais — e a ouvidoria, instância de segunda revisão interna, com autonomia para reverter negativas e propor soluções dentro dos limites contratuais e regulatórios. Operadoras com estruturas robustas nessas duas camadas tendem a apresentar IGR mais baixo, menor exposição ao ciclo de escalonamento regulatório previsto na RN nº 658/2025 e, conseqüentemente, menor volume de demandas judicializadas. O investimento na resolução administrativa de conflitos deixa de ser, portanto, uma obrigação regulatória — e passa a ser uma escolha estratégica orientada pelo Capitalismo de Stakeholders: criar valor para o beneficiário antes que o conflito migre para o Judiciário.

Mediante o desenvolvimento do Capitalismo de Stakeholders aplicado à saúde suplementar, objetiva-se a construção de um modelo que privilegie a resolução de conflitos de forma administrativa e consensual, em que o Judiciário atue essencialmente como última instância do Sistema Multiportas, restrito aos casos mais complexos não resolvidos na fase pré-processual.

7. O que os Países Líderes do Índice Legatum Fazem Diferente em Saúde

Uma análise comparativa dos países que lideram o Índice de Prosperidade Legatum revela padrões consistentes em suas políticas de saúde.³ Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia compartilham sistemas universais, financiados predominantemente com recursos públicos, com ênfase em atenção primária, prevenção e equidade de acesso.^{3,27}

O modelo nórdico, contudo, não é o único caminho. Singapura — consistentemente entre os líderes mundiais no pilar de Saúde do índice³³ — demonstra que cobertura universal pode ser alcançada por arquiteturas distintas do modelo escandinavo. O país investe aproximadamente 5,9% do PIB em saúde,²⁸ valor significativamente inferior ao brasileiro (9,4%), e ainda assim obtém resultados superiores em acesso, qualidade e

equidade — evidência de que eficiência sistêmica e escolhas de política pública importam tanto quanto volume de recursos, confirmando a tese de Collins de que grandes organizações, e por extensão grandes sociedades, não são aquelas com mais recursos, mas aquelas que fazem escolhas disciplinadas sobre como utilizá-las.³²

O modelo singaporense estrutura-se pelo framework S+3Ms: subsídios governamentais complementados por três programas integrados — MediSave (poupança médica obrigatória), MediShield Life (seguro universal compulsório para eventos catastróficos) e MediFund (fundo de última instância para cidadãos sem capacidade de pagamento).^{27,28,29,30} A esses três pilares somam-se os Integrated Shield Plans, planos privados complementares que cerca de 70% dos singaporenses contratam voluntariamente, usando os mesmos recursos do MediSave — eliminando a dicotomia entre dois mundos paralelos e incompatíveis.^{28,30}

O princípio fundamental que sustenta o modelo — e que o diferencia radicalmente do brasileiro — é a responsabilidade compartilhada: indivíduo, comunidade e Estado contribuem cada um em sua medida, e nenhum cidadão é abandonado à própria sorte.^{27,28} A judicialização em saúde é residual nesse contexto não porque o acesso à Justiça seja limitado, mas porque o sistema é suficientemente equitativo para que a litigância não seja necessária como mecanismo de acesso.

Para a saúde suplementar brasileira, a lição singaporense aponta caminhos concretos. O princípio da responsabilidade compartilhada — entre indivíduo, operadora e Estado — oferece um referencial concreto para repensar o modelo brasileiro: produtos mais acessíveis que ampliem progressivamente a base de beneficiários, diluindo o risco atuarial e reduzindo a pressão inflacionária sobre os custos médico-hospitalares; coberturas mais transparentes que previnam conflitos na origem; e mecanismos ágeis de resolução administrativa que tornem a via judicial verdadeiramente excepcional. Um setor suplementar que incorpore essa lógica não apenas reduz sua exposição à judicialização — contribui ativamente para a construção de um sistema de saúde menos desigual para todos os brasileiros.

8. Conclusão: O Brasil Não Tem Problema de Riqueza — Tem Problema de Escolhas

A análise desenvolvida neste artigo permite formular uma conclusão relevante: o Brasil não possui escassez absoluta de recursos destinados à saúde, mas enfrenta

dificuldades históricas na forma como esses recursos são distribuídos, organizados e transformados em valor para a população. O país investe em saúde uma proporção do PIB semelhante à média dos países da OCDE,²⁰ mas continua apresentando desigualdades significativas de acesso, oportunidade e resultados.

A judicialização da saúde emerge como uma das expressões mais visíveis dessa contradição. Embora represente instrumento legítimo de proteção de direitos individuais, seus efeitos distributivos podem contribuir para ampliar desigualdades preexistentes quando o acesso à Justiça se torna, na prática, um mecanismo diferenciado de obtenção de cuidados. Ao mesmo tempo, a incorporação de custos imprevistos ao sistema pode intensificar pressões econômicas que afetam a sustentabilidade do setor suplementar, especialmente quando combinadas a outros fatores estruturais já presentes.

O Índice de Prosperidade Legatum demonstra que prosperidade real é resultado de escolhas institucionais consistentes, e não apenas de capacidade econômica.³ Sob essa perspectiva, o Capitalismo de Stakeholders⁸ e as experiências internacionais analisadas oferecem referenciais úteis para repensar a relação entre acesso, sustentabilidade e equidade. Ampliar a capacidade de resolução administrativa de conflitos, fortalecer mecanismos de coordenação entre os diferentes atores do sistema e reduzir a necessidade de litigância como instrumento de acesso constituem passos importantes nessa direção.

Uma sociedade verdadeiramente próspera não é aquela em que os cidadãos vencem ações judiciais para obter cuidado, mas aquela em que não precisam ajuizá-las para serem cuidados.

9. Referências Bibliográficas

1. DELONG, J. Bradford. *Slouching Towards Utopia: An Economic History of the Twentieth Century*. Nova York: Basic Books, 2022.
2. FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL (FMI). *World Economic Outlook Database*. Washington, D.C.: FMI, 2025. Disponível em: <https://www.imf.org>. Acesso em: mar. 2026.
3. PROSPERITY INSTITUTE. *Legatum Prosperity Index 2023*. Londres: Prosperity Institute, 2023. Disponível em: <https://www.prosperity.com>. Acesso em: mar. 2026.
4. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988. Art. 196.
5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Planos de assistência médica chegam a 53,2 milhões de beneficiários em dezembro de 2025*. Rio de Janeiro: ANS, fev. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/ans>. Acesso em: jun. 2026.
6. SCHULZE, Clenio Jair. *Judicialização da Saúde no Século XXI*. Florianópolis: Conceito Editorial, 2020.
7. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). *Judicialização da Saúde no Brasil: Dados e Experiências*. Brasília: CNJ, 2023.
8. SCHWAB, Klaus. *Stakeholder Capitalism: A Global Economy that Works for Progress, People and Planet*. Hoboken: Wiley, 2021.
9. STIGLITZ, Joseph E.; SEN, Amartya; FITOUSSI, Jean-Paul. *Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn't Add Up*. Nova York: The New Press, 2010.
10. PROSPERITY INSTITUTE. *The Legatum Institute renamed The Prosperity Institute*. Londres, 21 jan. 2025. Disponível em: <https://www.prosperity.com>. Acesso em: mar. 2026.
11. HELLIWELL, John F.; LAYARD, Richard; SACHS, Jeffrey D. (Org.). *World Happiness Report 2023*. Nova York: Sustainable Development Solutions Network, 2023.
12. VICTORA, Cesar G. et al. *Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward*. *The Lancet*, v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE; FIOCRUZ. *Pesquisa Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
14. STIGLITZ, Joseph E. *Povo, Poder e Lucro: Capitalismo Progressista para uma Era de Descontentamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
15. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 1990.
16. BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998.
17. BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasília, 2000.
18. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Resolução Normativa nº 566, de 29 de dezembro de 2022*. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022.
19. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Resolução Normativa nº 623, de 2024*. Dispõe sobre o atendimento aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2024.
20. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2025. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
22. FRIEDMAN, Milton. *The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits*. *The New York Times Magazine*, Nova York, 13 set. 1970.

1. BUSINESS ROUNDTABLE. Statement on the Purpose of a Corporation. Washington, D.C., ago. 2019. Disponível em: <https://www.businessroundtable.org>. Acesso em: mar. 2026.
2. WOLFF, Richard D. Democracy at Work: A Cure for Capitalism. Chicago: Haymarket Books, 2012.
3. MÂNICA, Fernando Borges. O setor privado nos serviços públicos de saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2010.
4. ALOCHIO, Luiz Henrique Antunes. Paradoxo da morte invisível: saúde e judicialização ineficiente. Migalhas, 3 jul. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/433720/paradoxo-da-morte-invisivel-saude-e-judicializacao-ineficiente>. Acesso em: 15 maio 2026.
5. COMMONWEALTH FUND. International Health Policy Center: Singapore. Nova York: Commonwealth Fund, 2024. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org>. Acesso em: mar. 2026.
6. MINISTRY OF HEALTH SINGAPORE. Managing Medical Bills: The S+3Ms Framework. Singapura: MOH, 2024. Disponível em: <https://www.moh.gov.sg>. Acesso em: mar. 2026.
7. CENTRAL PROVIDENT FUND BOARD. MediSave: Healthcare Savings for Life. Singapura: CPF Board, 2024. Disponível em: <https://www.cpf.gov.sg>. Acesso em: mar. 2026.
8. MINISTRY OF HEALTH SINGAPORE. MediShield Life: Universal Health Insurance for Singapore Citizens and Permanent Residents. Singapura: MOH, 2024. Disponível em: <https://www.moh.gov.sg>. Acesso em: mar. 2026.
9. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Plano de Saúde: Mediação de Conflitos — Informações importantes sobre a resolução de problemas entre beneficiários e operadoras. Rio de Janeiro: ANS, maio 2025. p. 2.
10. COLLINS, Jim. Good to Great: Why Some Companies Make the Leap and Others Don't. Nova York: HarperBusiness, 2001.
11. PROSPERITY INSTITUTE. Legatum Prosperity Index 2023: Health Pillar — Singapore. Londres: Prosperity Institute, 2023.