

# Considerações sobre Saúde Suplementar

**Eduardo de Azevedo Paiva <sup>1</sup>**

Versa o presente relatório sobre temas discutidos no Curso “Direito em Saúde Suplementar” promovido pela Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro nos dias 15, 22 e 29 de julho e 05 de agosto do corrente, sob a coordenação da Desembargadora Leila Mariano.

## **CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ATIVIDADE**

A saúde é direito de todos e dever do Estado, compondo o rol dos direitos sociais básicos insculpidos no art 6º da CRFB/88, conforme bem ressaltado pelo Ilustre palestrante Dr. Maury Ângelo Bottesini.

Reza o art. 199 do mesmo diploma que sua prestação é livre à iniciativa privada. Dessa forma, podemos visualizar no Brasil a coexistência de dois segmentos de assistência à saúde: o público e o privado. A prestação do serviço público de assistência à saúde é realizado através do SUS (Sistema Único de Saúde), de responsabilidade das três esferas federativas (União, Estados-membros e municípios), tendo como principal fonte de custeio a receita proveniente do pagamento de impostos.

Resta indiscutível que o Poder Público, ao exercer seu dever constitucional, fraqueja e o faz de maneira ineficiente e precária, com visível baixa de qualidade, o que impulsiona grande parcela da população a se socorrer da medicina privada, aderindo a contratos como os de seguro ou

---

<sup>1</sup> Juiz de Direito de Vara da Infância, Juventudo e Idoso - Niterói-RJ.

plano de saúde, gerenciados por sociedades empresárias, cooperativas ou associações que fornecem o que intitulamos “Saúde Suplementar”, foco das presentes considerações.

Segundo as preciosas lições do ilustre economista Luiz Augusto Carneiro, a contratação de seguros ou planos de saúde é realizada com base no mutualismo; ou seja, na socialização dos riscos. Isto significa que a soma das contribuições que, em regra, se realizam através do pagamento de prêmios mensais, reverterá para a cobertura dos sinistros preestabelecidos contratualmente. Tal fenômeno retrata repartição de risco, pois o contratante que contribuiu e não foi submetido ao evento indenizável estará financiando o risco de outro contratante. Seria como um vínculo entre as pessoas que repartem entre si o preço da proteção à vida, diante da impossibilidade de se prever os custos individuais dos infortúnios a que cada um estará sujeito.

Insta salientar que o valor do prêmio, contraprestação paga em dinheiro pelo contratante, é preestabelecido com base em rígidos critérios utilizados pela ciência atuária<sup>2</sup>, que, através de minuciosos cálculos, realiza previsões acerca da quantidade de ocorrência dos eventos a serem “cobertos” ou “indenizados”, de tal forma que a receita total oriunda do somatório dos prêmios seja suficiente para que a entidade arque com todas as indenizações dos segurados, com as suas despesas administrativas e ainda aufera lucro.

Assim é que, na consideração de alguns juristas, e entre eles Dennys Zimmerman, o contrato de seguro se reveste da característica da comutatividade e não da aleatoriedade, pois a atuária possibilita a previsão, com baixa margem de erro, das despesas a serem realizadas com sinistros ou eventos indenizáveis que acontecerão dentro de certo lapso temporal.

---

<sup>2</sup> Atuária – Parte da estatística ligada a problemas relacionados com a teoria e o cálculo de seguros – *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* – Ed Objetiva. 1ª Ed. RJ/2001.

## ENVELHECIMENTO E REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA: IMPACTO DA LEI 9.656/98 E DO ESTATUTO DO IDOSO

À medida que o homem envelhece, seus gastos com a saúde tendem a aumentar. Este fenômeno é observável em todos os países. Assim sendo, a Lei 9.656/98, em seu artigo 15, facultou às operadoras de planos e seguros de saúde o reajuste das contraprestações pecuniárias utilizando-se do critério “faixa etária”.

Em consonância com a orientação acima, foi editada a Resolução Normativa nº 06/98, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, prevendo sete faixas de intervalos de idade, que autorizavam a majoração na precificação, valendo lembrar que o último reajuste permitido seria efetuado aos setenta anos do contratante.

Entretanto, com o advento do Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, portanto, cinco anos após, houve uma mudança no panorama geral, eis que a mencionada lei, que trouxe grandes avanços na proteção aos maiores de sessenta anos, estabeleceu em seu art. 15, § 3º, a vedação de discriminação do idoso nos planos de saúde, pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Objetivando conferir a adequada regulamentação ao novel mandamento de caráter cogente trazido pelo Estatuto do Idoso, sobreveio a Resolução Normativa nº 63/2003, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, fixando nova tabela para o reajuste das contraprestações por faixa etária, prevendo que o último reajuste dar-se-ia aos cinquenta e nove anos de idade (e não mais aos setenta). Vale ressaltar que a indigitada resolução trouxe ainda como previsão a obrigação de que o valor da última faixa (59 anos ou mais) não extrapolasse o total de seis vezes o da primeira (0 a 18 anos); ou seja, a nova regra limitativa impedia que as operadoras exorbitassem no último reajuste permitido, o que fatalmente aconteceria.

Foi assim que, procurando readaptação de ordem financeira, as operadoras de planos e seguros de saúde repassaram maior reajuste para os usuários mais jovens, o que fez surgir outro problema, qual seja, o aumento no número de debandada dos contratantes das faixas etárias intermediárias.

Insta ressaltar que, ao surgirem as regras específicas de proteção ao idoso, o que se deu com a edição do Estatuto próprio (Lei 10.741/2003), importantes questionamentos de direito intertemporal vieram à tona no mundo jurídico. As novas regras de proibição de reajuste após os 60 anos de idade abarcariam os planos contratados antes da vigência da lei? Abarcariam os usuários de idades superiores a sessenta anos à época da vigência da lei ?

Após intensas discussões, o entendimento majoritário firmou-se no sentido de que o Estatuto do Idoso aplicar-se-ia aos contratos antigos; ou seja, mesmo àqueles firmados anteriormente a sua vigência, aplicam-se também aos contratantes que já tivessem atingido os sessenta anos antes de sua vigência. Os argumentos que preponderaram eram os de que, sendo os contratos de trato sucessivo, a nova lei deveria incidir obrigatoriamente e, ademais, as novas normas, por serem de ordem pública e de caráter cogente, exigiam inafastável aplicação imediata em prol da dignidade da pessoa humana.

## **ANS – PAPEL INSTITUCIONAL E COMPETÊNCIA**

A partir do momento em que o Estado transfere e autoriza aos particulares a prestação de serviços de extrema relevância, como é o caso dos serviços relacionados à saúde, surge a necessidade de assunção do controle destas atividades por parte da Administração Pública, com vistas à eficiência do mercado.

É nesse contexto que surgem as agências reguladoras, e, entre elas, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. A ANS, autarquia especial criada por intermédio da Lei 9.961/2000, goza de autonomia administrativa e financeira e tem como atribuições precípua a regulação, a normatização, o controle e a fiscalização dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Cumprido ressaltar que, valendo-se do Poder de Polícia que lhe é atribuído legalmente, possui a agência a prerrogativa de aplicar sanções às operadoras em caso de descumprimento de suas normas. Estas sanções vão

desde a aplicação de multas até a suspensão do exercício da atividade ou liquidação do ente privado.

No desempenho de suas funções, exerce a ANS importante papel no que tange ao controle de preços, de investimentos, de qualidade de serviços, na especificação de técnicas e na padronização de produtos. Entretanto, ao regular a atividade de saúde suplementar não lhe é permitido exorbitar os limites da lei e da Constituição, que lhe são superiores, não podendo inovar na ordem jurídica, cabendo ao Poder Judiciário, quando provocado, o controle da legalidade e constitucionalidade de seus atos.

## **DIREITO CONTRATUAL E DIREITO DO CONSUMIDOR NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dúvidas não mais persistem quanto a estarem os contratos de planos de saúde inseridos na categoria de contratos de consumo. Este é inclusive o teor do verbete sumular nº 469 do STJ.

Segundo as preciosas lições das Dras. Maria Stella Gregori e Angélica Carlini, na relação jurídica que envolve contratação de planos de saúde podem ser visualizados com nitidez os três elementos essenciais para a caracterização da relação de consumo, quais sejam, o consumidor (que utiliza os serviços como destinatário final), o fornecedor (que desenvolve a atividade da prestação do serviço) e o objeto do contrato (serviço fornecido no mercado de consumo mediante remuneração).

Partindo dessa premissa, pode-se afirmar que incidem sobre as citadas relações as regras do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90.

Vale ressaltar que o Código em referência é um diploma principiológico, que possui raízes constitucionais (art. 5º, inc XXXII da CRFB/88), tendo por escopo a promoção da defesa do consumidor.

Dentre as normas protetivas que vieram à tona com a elaboração do Diploma Consumerista, algumas se sobressaem, dentre elas, as que proíbem cláusulas abusivas (art. 51), a que determina a interpretação mais favorável ao consumidor (art. 47), a proibição de utilização de meios vexatórios para a cobrança de débitos (art. 42), a obrigação de conter o con-

trato de adesão caracteres ostensivos e termos claros de modo a facilitar a compreensão pelo aderente (art. 54, § 3º) e o reconhecimento da vulnerabilidade do contratante do serviço (art. 4º, I).

Muito embora a lei tenha por finalidade a proteção do consumidor, parte vulnerável da relação, não tem o escopo de tratar especificamente de nenhum contrato consumerista. Limitou-se a estabelecer princípios gerais e novos paradigmas que abarcam todas as avenças. E, por conter um espectro muito amplo, revelou-se insuficiente para a eficiente regulamentação do setor de Saúde Suplementar.

Após a constatação da necessidade de uma lei específica que regulamentasse minuciosamente as relações que envolviam a contratação de planos ou seguros de saúde, surgiu a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, na tentativa de pormenorizar a matéria e suprir as lacunas até então existentes.

Nesse contexto, as normas do Código de Defesa do Consumidor passaram a ser utilizadas de maneira subsidiária aos contratos específicos que envolviam saúde suplementar. Foi o que estabeleceu o art 35-G do novel diploma.

Dentre as principais conquistas advindas da Lei 9.656/98 estão: a obrigação de cobertura de todas as doenças previstas na Classificação estatística Internacional da OMS; a proibição de limitação a consultas, exames, internação hospitalar, inclusive em leitos de alta tecnologia; a delimitação do prazo máximo de carência para 180 dias, sendo de 24 horas para os casos de urgência e emergência; estipulação de critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias; vedação às operadoras da possibilidade de suspensão do contrato e a rescisão unilateral dos contratos individuais, salvo por fraude do consumidor ou por inadimplência por período superior a 60 dias; a proibição de recusa de contratação em função da idade do consumidor ou de seu estado de saúde; garantia ao consumidor de planos coletivos com vínculo empregatício do direito de permanecer no plano em caso de demissão ou exoneração sem justa causa ou de aposentadoria, conquanto que assuma o pagamento integral da mensalidade; e a obrigação de manter a operadora a rede hospitalar credenciada, ao longo da vigência do contrato, somente podendo substituir o prestador hospitalar por outro

equivalente e devendo comunicar ao consumidor e à ANS.

A regulamentação do setor foi de extrema relevância social, uma vez que, com o crescimento desordenado das contratações, surgiu a necessidade de conter os abusos que, não raro, aconteciam em detrimento do consumidor e em prol do lucro capitalista, fato que reclamava maior controle por parte do Poder Público, e foi conquistado em parte com a edição das referidas leis e com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Foram estes os pontos que, em apertada síntese, reputei relevantes para destacar neste relatório de conclusão de participação no segundo Curso de Direito em Saúde Suplementar.

Finalizando, parabenizo a EMERJ pela realização do evento, bem como pela escolha dos palestrantes. ♦