

# Assistência Suplementar à Saúde

**Alexandre José da Silva Barbosa**<sup>1</sup>

A Constituição da República dispõe, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Estabelece, mais adiante, um Sistema Único de Saúde, que deve observar as diretrizes e atribuições ali traçadas. Prevê no artigo 199 a possibilidade de participação da iniciativa privada de forma complementar a esse sistema devendo, entretanto, ser observadas suas regras mediante contrato de direito público.

Diante disso, foi criada especificamente a Lei 9.656/98 para regulamentar a atuação dos planos de saúde e, posteriormente, uma agência reguladora (ANS), para fiscalizar essa participação privada, já que a Lei 8.078/90 já protegia o consumidor do “apetite financeiro insaciável desses planos” e de suas cláusulas leoninas.

Inúmeros contratos dessa natureza são celebrados, em razão da caótica situação do SUS. Alguns especialistas creditam essa situação aos problemas herdados e existentes anteriormente à Constituição de 1988, a qual não teria sido capaz de solucioná-los. Outros creem na falta de financiamento público suficiente ou nos desvios e corrupções governamentais.

Independentemente dos motivos, o plano de saúde utiliza-se de propagandas voltadas ao consumidor, prometendo tranquilidade e conforto no momento mais delicado de suas vidas e, portanto, torna-se irresistível. Tal apelo, embora legítimo, atrai pessoas despreparadas ou desesperadas a celebrarem esses contratos sem a possibilidade de analisar o que está “comprando”.

Apesar da forte adesão a esse mercado e a alta lucratividade, os planos de saúde insistem em reclamar, perante a ANS e o Poder Judiciário, o equilíbrio econômico financeiro do contrato. Tentam convencer a todos, por meio de seminários, palestras, propagandas, encontros e outras formas

---

<sup>1</sup> Juiz Titular da 2ª Vara de Família de Bangu.

de comunicação que as normas traçadas pelo Poder Público colocam em risco o sistema privado.

Ocorre que não levam em consideração uma série de fatores que contribuem para aumentar sua lucratividade. Com efeito, tentar convencer os destinatários dessas propagandas de que as operadoras trabalham sob pequena margem em razão da socialização do prêmio chega a ser irônico.

Inicialmente, porque não se falou que há alguns anos vem ocorrendo uma concentração desse mercado. Algumas poucas empresas vêm obtendo cada vez mais um maior número de segurados, que lhes permite fixar preços maiores, o que não ocorreria se houvesse maior concorrência.

Além disso, se é certo que cada vez mais pessoas migram do SUS para a saúde privada complementar, também é certo que algumas vezes o SUS é referência em tratamento de algumas doenças, fazendo com que os usuários do plano de saúde procurem esse Sistema para se tratar. É o que ocorre normalmente com os portadores de HIV de hemodiálise crônica ou dos excluídos do plano de saúde, por não atenderem a suas demandas.

Problema que vem se colocando nos Tribunais diz respeito ao reajuste em razão de mudança de faixa etária. Segundo artigo publicado pela Coordenadoria de Editoria e Imprensa do STJ em 16/06/2011 - 07h54 relata que:.

### “DECISÃO

#### Reajustes de plano de saúde com base em mudança de faixa etária devem ser vistos caso a caso

Os reajustes implementados pelos planos de saúde em razão da mudança de faixa etária, por si sós, não constituem ilegalidade e devem ser apreciados com respeito às singularidades de cada caso, de modo a não ferir os direitos do idoso nem desequilibrar as contas das seguradoras. A decisão é da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que julgou improcedente uma ação coletiva ajuizada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) em favor de seus associados. O recurso foi interposto

pelo Bradesco Saúde S.A. após decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) julgando procedente a demanda.

A maioria dos ministros da Quarta Turma do STJ considerou que não se pode extrair das normas que disciplinam o regulamento da matéria que todo e qualquer reajuste que se baseie em mudança de faixa etária seja considerado ilegal. Somente aquele reajuste desarrazoado e discriminante, que, em concreto, traduza verdadeiro fator de discriminação do idoso, de forma a dificultar ou impedir sua permanência no plano, pode ser assim considerado. Segundo o ministro Raul Araújo, cujo entendimento prevaleceu no julgamento, é preciso encontrar um ponto de equilíbrio entre as normas relativas a seguro, de forma a chegar a uma solução justa para os interesses em conflito.

A Lei Federal n. 9.656/98, no artigo 35-E, permite o reajuste em razão da faixa etária, com algumas restrições. Segundo o ministro Raul Araújo, deve-se admitir o reajuste desde que atendidas algumas condições, como a previsão contratual, respeito aos limites e demais requisitos estabelecidos em lei e observância da boa-fé objetiva, que veda índices de reajustes desarrazoados ou aleatórios que onerem em demasia o segurado. A decretação de nulidade das cláusulas que preveem a majoração da mensalidade, além de afrontar a legislação, segundo a Quarta Turma, contraria a lógica atuarial do sistema.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) pediu na ação que, caso não fosse declarada a ilegalidade das cláusulas, o magistrado fixasse um percentual mínimo de aumento, a ser apurado na fase de instrução. Segundo o ministro Raul Araújo, se não se reconhece a ilegalidade da cláusula contratual, improcedente é o pedido de o julgador fixar um percentual

tual determinado para o aumento das mensalidades, de forma prospectiva e rígida, sem levar em conta que o contrato possa ser afetado por mudanças no quadro fático que envolve a relação jurídica de direito material a ser regulada pela decisão. Caso o consumidor segurado perceba abuso no aumento de sua mensalidade, em razão de mudança de faixa etária, aí sim se pode cogitar ilegalidade, cujo reconhecimento autorizará o julgador a revisar o índice aplicado, seja em ação individual, seja ação coletiva, concluiu o magistrado.

#### Voto vencido.

Para o ministro Luis Felipe Salomão – relator do recurso, que ficou vencido no julgamento –, a Justiça de São Paulo agiu corretamente ao barrar um reajuste respaldado de forma exclusiva na variação de idade do segurado. No caso, a prestação do plano havia subido 78,03% de uma vez.

Salomão classificou como “predatória e abusiva” a conduta da seguradora que cobra menos dos jovens – “porque, como raramente adoecem, quase não se utilizam do serviço” –, ao mesmo tempo em que “torna inacessível o seu uso àqueles que, por serem de mais idade, dele com certeza irão se valer com mais frequência”.

“A conclusão é de que o que se pretende é ganhar ao máximo, prestando-se o mínimo”, disse o ministro, ao votar contra o recurso do Bradesco Saúde. Ele citou decisões anteriores do STJ em favor dos segurados e disse que, nesses casos de prestações continuadas, de longo período, a discriminação do idoso no momento em que mais necessita da cobertura – e apenas em razão da própria idade – vai contra os princípios que devem reger as relações contratuais.”

Outras questões que são freqüentemente tratadas e são objeto diário de questionamento, sobretudo nos plantões, diz respeito às exclusões de tratamentos em emergência. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro nesses casos vem decidindo:

0020113-87.2011.8.19.0000 - AGRAVO DE INSTRUMENTO

1ª Ementa DES. HORACIO S RIBEIRO NETO - Julgamento: 09/08/2011 - DÉCIMA QUINTA CÂMARA CÍVEL

Processo Civil. Agravo de Instrumento. Tutela antecipada. Recurso desprovido.1. Estando o consumidor em situação de emergência, com grave risco de morte, deve a operadora custear-lhe o tratamento.2. Para tanto, pouco importa se o plano é apenas ambulatorial, porquanto o art. 35-C L. 9.656/98 não faz qualquer distinção quanto ao tipo de contrato.3. Ademais, o plano da agravada chama-se “Saúde Total”, o que lhe traz a expectativa de estar devidamente protegida dos infortúnios da vida, não estando ainda em destaque as cláusulas que indicam que o plano é apenas de caráter ambulatorial.4. Agravo de Instrumento a que se nega provimento.

Quanto à proteção ao idoso o STJ tem decidido da seguinte forma:

INTEIRO TEOR

Íntegra do Acórdão - Data de Julgamento: 09/08/2011

Processo

AgRg nos EDcl nos EDcl no Ag 819369 / RJ

AGRAVO REGIMENTAL NOS EMBARGOS

DE DECLARAÇÃO

## AGRAVO DE INSTRUMENTO

2006/0224883-5

Relator(a)

Ministro SIDNEI BENETI (1137)

Órgão Julgador

T3 - TERCEIRA TURMA

Data do Julgamento

26/04/2011

Data da Publicação/Fonte

DJe 06/05/2011

Ementa

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE EM DECORRÊNCIA DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ESTATUTO DO IDOSO. VEDADA A DISCRIMINAÇÃO EM RAZÃO DA IDADE

I. O art. 15 da Lei n.º 9.656/98 faculta a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos de saúde em razão da idade do consumidor, desde que estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS. No entanto, o próprio parágrafo único do aludido dispositivo legal veda tal variação para consumidores com idade superior a 60 anos. - E mesmo para os contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei n.º 9.656/98, qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de 60 anos de idade está sujeita à autorização prévia da ANS (art. 35-E da Lei n.º 9.656/98).

II. A Agravante não trouxe qualquer argumento capaz de modificar a conclusão alvitrada, a qual se mantém por seus próprios fundamentos.

Agravo Regimental improvido.

### Acórdão

Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Vasco Della Giustina (Desembargador convocado do TJ/RS), Nancy Andrighi e Massami Uyeda (Presidente) votaram com o Sr. Ministro Relator.

Referência Legislativa

LEG:FED LEI:009656 ANO:1998

ART:00015 ART:00035E

LEG:FED LEI:005869 ANO:1973

\*\*\*\*\* CPC-73 CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL DE 1973

ART:00544 PAR:00003

LEG:FED LEI:010741 ANO:2003

\*\*\*\*\* EIDO-2003 ESTATUTO DO IDOSO

ART:00015 PAR:00003

Veja

STJ - REsp 809329-RJ, EDcl no REsp 809329-RJ

0020113-87.2011.8.19.0000 - AGRAVO DE INSTRUMENTO

1ª Ementa DES. HORACIO S RIBEIRO NETO - Julgamento: 09/08/2011 - DÉCIMA QUINTA CÂMARA CÍVEL

Processo Civil. Agravo de Instrumento. Tutela antecipada. Recurso desprovido.1. Estando o consumidor em situação de



emergência, com grave risco de morte, deve a operadora custear-lhe o tratamento.<sup>2</sup> Para tanto, pouco importa se o plano é apenas ambulatorial, porquanto o art. 35-C L. 9.656/98 não faz qualquer distinção quanto ao tipo de contrato.<sup>3</sup> Ademais, o plano da agravada chama-se “Saúde Total”, o que lhe traz a expectativa de estar devidamente protegida dos infortúnios da vida, não estando ainda em destaque as cláusulas que indicam que o plano é apenas de caráter ambulatorial.<sup>4</sup> Agravo de Instrumento a que se nega provimento.

## INTEIRO TEOR

Íntegra do Acórdão - Data de Julgamento: 09/08/2011

Dessa forma, verifica-se que as questões envolvendo as relações do consumidor com as empresas de plano de saúde revelam-se bastante atuais, pelo que o Poder Judiciário deve contribuir efetivamente para pacificação desses conflitos.

As soluções normalmente são apresentadas caso a caso e abarrotam os Juizados Especiais Cíveis e as Varas Cíveis. São demandas que envolvem obrigação de fazer e indenizações por danos morais, em razão da costumeira opção do plano de saúde de negar cobertura a alguns procedimentos e tratamentos. O Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro tem se posicionado da seguinte forma:

0020142-72.2004.8.19.0004 - APELAÇÃO

2ª Ementa DES. SERGIO JERONIMO A. SILVEIRA - Julgamento: 03/08/2011 - QUARTA CÂMARA CÍVEL AGRAVO INTERNO CONTRA DECISÃO MONOCRÁTICA DO RELATOR QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTO PELO ORA AGRAVANTE, NA FORMA DO ARTIGO 557, *CAPUT*, DO CPC. OS ARGUMENTOS



DO AGRAVANTE NÃO SÃO CAPAZES DE INFIRMAR A DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE TRATAMENTO MÉDICO DE FONOAUDIOLOGIA. URGÊNCIA NO ATENDIMENTO EM RAZÃO DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS. MESMO APÓS A CONCESSÃO DA ANTECIPAÇÃO DE TUTELA, O TRATAMENTO SÓ FOI AUTORIZADO PELA RÉ 4 (QUATRO) ANOS APÓS A PROPOSTURA DA AÇÃO, DEMORA ESTA QUE AGRAVOU O ESTADO DE SAÚDE DO MENOR. SENTENÇA JULGOU PROCEDENTE O PEDIDO AUTORAL CONFIRMANDO A TUTELA ANTECIPADA E CONDENANDO A RÉ A PAGAR A AUTORA A QUANTIA DE R\$ 30.000,00 (TRINTA MIL REAIS) A TÍTULO DE DANO MORAL. DIREITO DO CONSUMIDOR. APLICAÇÃO DO CDC. RECURSO DA RÉ PELA IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO OU REDUÇÃO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO. RECURSO ADESIVO DA AUTORA PELA MAJORAÇÃO DO QUANTUM FIXADO A TÍTULO DE DANO MORAL E HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. CLAUSÚLAS RESTRIATIVAS DEVEM SER INTERPRETADAS DE FORMA MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR (ART. 47, DO CDC). PROTEÇÃO À VIDA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA (ART. 1º, III e 5º, DA CF/88). CLAUSULA ABUSIVA, NOS TERMOS DO ARTIGO 51, IV, DO CDC. CONDUITA ABUSIVA E ILÍCITA DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ E TJRJ. QUANTUM INDENIZATÓRIO DEIXOU DE OBSERVAR OS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE, DEVENDO SER REDUZIDO PARA R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS). DECISÃO DO

## RELATOR PARCIALMENTE REFORMADA. RECURSO A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO.

### INTEIRO TEOR

Decisão Monocrática: 12/07/2011

Íntegra do Acórdão - Data de Julgamento: 03/08/2011

Os problemas que envolvem os planos de saúde dizem respeito também aos médicos. É normal encontrar esses profissionais se descredenciando dos planos. Os motivos podem variar de problemas que envolvem recusa no pagamento de consultas a alguns procedimentos realizados:

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a Amil são os piores planos de saúde do Brasil na opinião dos médicos. Para os 2.184 profissionais entrevistados em uma pesquisa Datafolha divulgada na quarta-feira, o principal problema das operadoras é a recusa de pagamento de consultas e procedimentos realizados, que foi destacado por 78% deles. Também foram citadas a pressão para reduzir o número de exames (por 75%) e as restrições a doenças pré-existentes (70%).

Assim sendo, parece que a melhor proposta é a racionalização; ou seja, em vez de os advogados, a diretoria e os presidentes dos planos de saúde gastarem dinheiro tentando convencer o Poder Judiciário de que agem de acordo com o interesse público e, por isso, suas condutas se legitimam, deveriam buscar a conciliação. Trata-se de conciliar interesses particulares com a ganância em prejuízo do interesse coletivo. Devem ganhar, mas não tão depressa e à custa das prementes necessidades do usuário.

É claro que tudo isso é uma utopia. É óbvio que isso de uma hora para a outra não partirá de seus diretores ou presidentes; decorre daí a importância de um posicionamento de equilíbrio do Poder Judiciário, impondo sérias consequências pelo seu descumprimento. ◆