

Planos de Saúde - Aspectos Controvertidos - Contrato Coletivo

Sonia Maria Monteiro ¹

O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO

No plano coletivo de assistência à saúde, realiza-se negócio jurídico em que uma das partes assume a obrigação de prestar serviços em favor de pessoa indicada pelo outro contratante (estipulante), mediante remuneração, enquadrando-se nos conceitos legais de consumidor e fornecedor, conforme arts. 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor.

Os destinatários do contrato coletivo são, portanto, consumidores individuais, os quais estão protegidos pelas normas do Código de Defesa do Consumidor.

Os contratos e planos de saúde são tratados com observância dos princípios da boa-fé e da lealdade, norteadores das relações de consumo, por estarem presentes situações que envolvem a saúde e a vida, bens que exigem maior proteção.

A jurisprudência majoritária reconhece existir, no plano de saúde, uma relação de consumo, identificando-o com as demais relações contratuais de igual natureza.

A negativa de contratação de plano de saúde ao ex-empregado ou ao aposentado, nas mesmas condições do contrato coletivo anterior, ocorre no momento em que a parte solicitante está mais vulnerável, quando as circunstâncias da ruptura contratual já afetaram seu equilíbrio emocional.

A interpretação do contrato, portanto, deve ser realizada na forma

¹Juíza de Direito do XIII Juizado Especial Cível - Méier.

mais favorável ao consumidor, por sua nítida fragilidade na relação.

O Código de Defesa do Consumidor estabelece, no Capítulo II, a Política Nacional das Relações de Consumo, objetivando o respeito à dignidade, à saúde e à segurança do consumidor, dentre outros propósitos, ressaltando o atendimento a princípios, conforme dispõe o art. 4º, incisos I e III:

“I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo;”, e III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170, da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;”

RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

Com relação aos planos de saúde concedidos a empregados, em caso de rescisão de contrato de trabalho, existe entendimento no sentido do restabelecimento destes, nas mesmas condições do período em que vigorou o contrato de trabalho, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, assumindo o interessado o pagamento integral. Os tribunais, no entanto, em sua maioria, com amparo na Lei nº 9.656/98, que rege os planos de saúde, têm decidido de forma diversa quanto ao prazo de duração do contrato, que, na hipótese mencionada, seria por tempo indeterminado.

A Lei nº 9.656/98 dispõe no art. 30 que:

“Art. 30 - Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.”

O artigo 1º, bem como seu inciso I e parágrafo 1º, mencionados no artigo acima, da mesma forma, estabelecem:

“Art. 1º - Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições.” “I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;” “§1 - Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:...”

O Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, por sua vez, editou, em 1999, a Resolução nº 19, considerando a manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos, no caso de cancelamento desse benefício. Os tribunais, na maioria, ressaltam a aplicação da referida Resolução em suas decisões.

“Resolução nº 19 – CONSU: Art. 1.º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão dis-

*ponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. § 1.º – Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado. § 2.º – Incluem-se no universo de usuários de que trata o **caput** todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.”*

A Lei nº 9.656/98, reguladora dos planos e seguros privados de assistência à saúde, visa à proteção do empregado demitido sem justa causa, que contribuiu por período superior a dez anos, para que, na condição de beneficiário do plano de saúde, possa utilizar os serviços oferecidos, nas mesmas condições anteriores, mediante integral pagamento.

Cumprido ressaltar que, ao contrato realizado entre operadora e segurados, com a intermediação de estipulante, conforme prevê o art. 30 da Lei nº 9.656/98, aplica-se, por sua natureza, a Lei nº 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor.

A posição contrária ao entendimento jurisprudencial majoritário defende a impossibilidade de ser mantido o plano de saúde para o empregado demitido sem justa causa, na hipótese de ser o referido plano custeado integralmente pelo empregador, aplicando-se, no caso, o § 6º do art. 30 da Lei nº 9.656/98:

“Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.”

A alegação de que o art. 30, §1º, da Lei nº 9.656/98 não se aplica às situações de empregados demitidos, cuja empresa mantinha plano de saúde coletivo, por ausência de contribuição do empregado, não é cabível.

A doutrina já se manifestou a respeito do tema, e, no mesmo sentido, a jurisprudência quanto a estar configurada a contribuição do empregado, na sua força de trabalho, caracterizando salário indireto:

“APELAÇÃO CÍVEL nº 0023141-30. 2009.8.19.0066 – Des. Antonio Saldanha Palheiro – Julgamento: 26/07/2011 – Quinta Câmara Cível – Plano de Saúde Coletivo. Empregado demitido sem justa causa. Participação do segurado no custeio da assistência à saúde. Plano de saúde concedido como salário indireto. A Lei nº 9.656/98 tem a finalidade de evitar que o empregado fique desamparado após a ruptura do vínculo trabalhista, assegurando o direito de manutenção na condição de beneficiário do plano de saúde nas mesmas condições enquanto empregado, assumindo, em contrapartida, seu integral pagamento. Art. 30 da Lei nº 9.656/98. ...”

APOSENTADORIA DO BENEFICIÁRIO

Na ocorrência de aposentadoria, o empregado, então beneficiário no plano de saúde coletivo, tem assegurado o direito a plano de saúde na modalidade individual ou familiar, nas mesmas condições de cobertura que usufruía quando da vigência do vínculo empregatício.

O art. 31 da Lei nº 9.656/98 dispõe sobre o tratamento a ser dispensado ao aposentado que, anteriormente, ocupava a figura de beneficiário no plano coletivo em que o empregador figurava como estipulante.

No momento da aposentadoria, portanto, poderá o interessado tornar-se beneficiário em novo contrato, nos termos do dispositivo mencionado, desde que atendidas suas exigências:

Art. 31, caput, da Lei nº 9.656/98 – “Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo

mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”

Cabe acrescentar que o requisito temporal de 10 anos previsto no *caput* do art. 31 da Lei nº 6.656/98, quando não atendido, não afasta a possibilidade de manutenção do plano ao aposentado, permanecendo como beneficiário, porém, na proporção de um ano para cada ano de contribuição, nos termos § 1º do mencionado artigo:

“§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”

RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO E SITUAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (EMPREGADO)

a) A operadora do plano de saúde não pode ser obrigada a manter, indeterminadamente, contrato com a empresa, pois, tratando-se de plano coletivo, cada novo empregado admitido passa a ter direito ao plano de saúde como novo beneficiário.

Com a impossibilidade de rescisão pelo plano de saúde, a operadora estaria obrigada, indefinidamente, a manter relação jurídica com a empresa (estipulante) em benefício de futuros empregados.

Assim, em observância ao princípio da liberdade contratual, não deve ser considerada nula determinada cláusula que preveja a rescisão unilateral desmotivada, já que ninguém é obrigado a manter, eternamente, a

execução de contrato que não apresente mais interesse econômico, conforme dispõe o art. 5º, II, da Constituição Federal: “Ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei.”

O parágrafo único, inciso II, do art. 13, da Lei 9.656/98 veda, expressamente, a suspensão à rescisão unilateral de plano ou seguro de saúde individual ou familiar, tratando, ainda, das exceções de ocorrência de fraude e de não pagamento, nos seguintes termos:

“a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; ...”

A jurisprudência, majoritariamente, ressalta a inaplicabilidade do parágrafo único acima referido aos contratos coletivos, pois a vedação restringe-se aos planos e seguros de saúde individuais ou familiares.

b) Situação do empregado diante da rescisão unilateral do contrato de plano empresarial.

A cláusula que prevê a rescisão unilateral desmotivada pelas partes é reconhecidamente válida e possibilita a rescisão pela operadora, porém, deverá a operadora, quando da rescisão do contrato de plano empresarial, disponibilizar aos ex-beneficiários outro plano individual ou familiar, conforme escolha do interessado.

CONCLUSÃO

Nas hipóteses de rescisão de contrato de trabalho, por aposentadoria e de rescisão do contrato coletivo, tratando-se de plano de saúde, deve ser observado o art. 51 do Código de Defesa do Consumidor (cláusulas abusivas), principalmente, nos seus incisos IV e XIII:

“Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: I ...: IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; ... XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração; ...”

A negativa de continuidade do plano, pela seguradora, impedindo a permanência do interessado, seja o demitido, o aposentado ou o empregado, este na hipótese de rescisão unilateral, acarreta ofensa aos princípios que regem as relações de consumo, com ênfase ao princípio da boa-fé e da lealdade, ressaltando, ao final, que a inobservância a estes princípios configuram, efetivamente, ofensa à dignidade da pessoa humana.

MODELO DE SENTENÇA COM BASE NO ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL MAJORITÁRIO:

“SENTENÇA. Ação de obrigação de fazer. A parte autora pleiteia a condenação da parte ré a manter as condições do plano de saúde coletivo do qual era beneficiária quando mantinha vínculo de emprego com seu ex-empregador, assumindo, assim, seu pagamento integral. Alega a parte autora, em síntese, que, após ser demitida, sem justa causa, seu empregador informou que o plano de saúde coletivo seria mantido, somente, por mais seis meses. A parte ré alega tratar-se de ato jurídico perfeito, tendo sido observadas as cláusulas contratuais. D E C I D O. A relação jurídica existente entre a parte autora e a parte ré é de consumo e deve ser regida pela Lei nº 8.078/90. Resta incontroverso, nos autos, que a parte autora, ao ser demitida, era beneficiária do plano de saúde da empresa ré. O tema em exame é regido pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A referida lei, em seus artigos 30 e 31, protege o usuário do plano de saúde coletivo quando há rescisão

do pacto laboral e na hipótese de aposentadoria. Deve-se atentar para o fato de que o consumidor é a parte mais vulnerável da relação jurídica e que está em jogo direito personalíssimo, qual seja, a dignidade da pessoa humana. A continuidade na fruição dos serviços de saúde também deve ser levada em conta no exame do caso em tela. Portanto, deve a parte autora ser mantida no plano de saúde em questão, migrando para a modalidade individual, sem incidência de carência e com a mesma cobertura e o mesmo preço do plano coletivo, sendo permitido o reajuste estabelecido pela ANS. Isto posto, JULGO PROCEDENTE o pedido, para condenar a parte ré a restabelecer a condição de beneficiária da parte autora, nas mesmas condições da cobertura assistencial de que gozava quando da vigência de seu contrato de trabalho, no prazo de 05 dias, sob pena de multa diária de R\$ 100,00. Sem ônus sucumbenciais. P.R.I. Certificado o trânsito em julgado, dê-se baixa e arquivem-se. Decorridos 90 dias do arquivamento, os autos serão eliminados, nos termos do artigo 1º do Ato Normativo Conjunto nº 01/2005. Rio de Janeiro, ... Sônia Maria Monteiro. Juíza Titular do XIII Juizado Especial Cível da Comarca da Capital - Regional - Méier.”

LEGISLAÇÃO PERTINENTE:

- Constituição Federal.
- Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 – Código de Defesa do Consumidor.
- Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 – Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 – Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. ♦