

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS

FACULDADE DE DIREITO

PLANO DE SAÚDE À LUZ DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

AMANDA ARAUJO GIRARD

Rio de Janeiro

2023

AMANDA ARAUJO GIRARD

PLANO DE SAÚDE À LUZ DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Professora Dr. Daniela Barcellos.

Rio de Janeiro

2023

CIP - Catalogação na Publicação

G484p Girard, Amanda Araujo
PLANO DE SAÚDE À LUZ DO CÓDIGO DE DEFESA DO
CONSUMIDOR / Amanda Araujo Girard. -- Rio de
Janeiro, 2023.
53 f.

Orientadora: Daniela Barcellos.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2023.

1. Planos de Saúde. 2. Código de Defesa do
Consumidor. 3. Direitos. 4. Consumidores. I.
Barcellos, Daniela, orient. II. Título.

AMANDA ARAUJO GIRARD

PLANO DE SAÚDE À LUZ DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Professora Dr. Daniela Barcellos.

Data da Aprovação: 27/11/2023.

Banca Examinadora:

Daniela Silva Fontoura de Barcellos

Orientadora

Any Carolina Garcia Guedes

Membro da Banca

Pedro Teixeira

Membro da Banca

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Denys e Bete, que mesmo diante de toda dificuldade nunca mediram esforços para que eu pudesse ter as melhores oportunidades de me desenvolver como pessoa e profissional. Eles que sempre vibraram por cada conquista, mesmo que eu não enxergasse a grandiosidade, eles sempre viam por mim e faziam questão de enaltecer cada passo dado. Vocês sempre serão a minha luz e motivação maior. Ao Felipe, pelo carinho, cuidado e estímulo em cada segundo desse processo árduo. A sua presença e apoio me fez e me faz mais forte. Por uma vida inteira dessa parceria. À Luiza Gallas, que acompanhou como ninguém como foi difícil o caminho durante todo o curso de Direito, nunca desistindo de mim e sempre acreditando no meu potencial, sendo a melhor companhia nesses anos para que eu pudesse chegar até aqui. Ela sempre será minha inspiração. Por fim, a Deus que sempre esteve ao meu lado demonstrando seu Amor através de cada uma das pessoas citadas acima. Sempre foi Ele.

RESUMO

O presente artigo tem como tema os Contratos de Plano Saúde sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor. A pesquisa realizada abordará a presença de cláusulas abusivas nesses tipos de contratos, que vão de encontro ao que é estabelecido pela legislação, no que tange aos direitos dos consumidores. É de fundamental importância que haja um equilíbrio contratual, evitando onerar excessivamente uma das partes envolvidas, principalmente o consumidor, que se apresenta como a parte mais vulnerável.

Palavras-chave: Planos de Saúde; Código de Defesa do Consumidor; Direitos; Consumidores.

ABSTRACT

This article focuses on Health Insurance Contracts from the perspective of the Consumer Protection Code. The research carried out will address the presence of abusive clauses in these types of contracts, which go against what is established by the legislation, with regard to consumer rights. It is of fundamental importance that there is a contractual balance, avoiding excessively burdening one of the parties involved, especially the consumer, who is the most vulnerable party.

Keywords: Health Insurance; Consumer Protection Code; Rights; Consumers.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	O CONTEXTO JURÍDICO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	13
2.1	Acesso universal à saúde	13
2.2	A saúde na Constituição Federal	16
2.3	Os princípios jurídicos atinentes à saúde.....	18
2.4	A criação da ANS	20
3	A FORMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	22
3.1	Dos princípios norteadores da saúde suplementar.....	22
3.2	Os contratos de planos de saúde	23
3.3	Agentes da saúde suplementar	26
4	NORMATIZAÇÃO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	28
4.1	A Lei 9.656 de junho de 1998	28
4.1.1	Os efeitos da lei 96/98	29
4.2	O Código de Defesa do Consumidor e o direito à saúde.....	32
4.2.1	Efeitos do Código de Defesa do Consumidor	36
5	DISCUSSÕES NA JURISPRUDÊNCIA SOBRE OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	42
6	CONCLUSÕES	49
7	REFERÊNCIAS	52

INTRODUÇÃO

Uma das garantias de todo cidadão expressa na Constituição Federal de 1988, é o acesso à saúde, que, teoricamente, deveria ser assegurado pelo Estado. Entretanto, o que se vê nos dias atuais, é um sistema defasado e pouco estimulado pelo governo, diferentemente do que realmente deveria ser implementado, por se tratar de uma garantia concedida a todos no maior na Carta Magna da República Federal do Brasil.

Apesar da criação do SUS (Sistema Único de Saúde), através da Lei 8080 de setembro de 1990, consoante ao artigo 198 da referida Constituição, onde foi possível vislumbrar uma melhora na situação da saúde pública brasileira, ainda é notória a precariedade do serviço no país pelo pouco investimento direcionado ao atendimento desse setor, somada a falta de interesse político em priorizar a manutenção e crescimento do mesmo.

Destarte, observa-se cada vez mais brasileiros optando pelo mercado da saúde suplementar, ou seja, a atividade que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, o que conseqüentemente traz a expansão de tal seguimento, demonstrando a necessidade da criação de novas jurisprudências e legislação para regulamentação e controle da atividade.

O objetivo desse trabalho é analisar se o ramo da saúde suplementar no Brasil respeita a garantia adquire por de todo cidadão de acesso à saúde, expressa na Constituição Federativa do Brasil de 1998 e ilustrar a importância da presença do Código de Defesa do Consumidor na imposição de limitações às ações arbitrárias do setor.

Serão apresentados os prós e contras do serviço de saúde suplementar brasileiro, qual vem crescendo consideravelmente, bem como revisado até que ponto esse ramo é verdadeiramente benéfico aos seus clientes, que ficam a mercê das operadoras ao aderir contratos de adesão, com valores pré dispostos e coberturas exíguas.

Será observada a fragilidade dos usuários da saúde suplementar perante o serviço contratado através de contratos de adesão e como essa modalidade de contrato do serviço de saúde privada é vista pelo Código de Defesa do Consumidor, Lei 9.656/98 e Constituição Federal.

De modo simultâneo, há a necessidade de entender e diferenciar até que ponto a saúde suplementar deve substituir ao dever estatal de promover um sistema de saúde de qualidade à população. Será definido, de fato, se a criação da ANS, através da Lei 9.656/98, para fiscalizar os planos de saúde, seria uma forma de compensar o fraco sistema de saúde pública brasileiro.

Serão analisados as principais cláusulas que demandam ações judiciais, carência contratual para a realização de algum procedimento médico, bem como as cláusulas que permitem os reajustes nas prestações pecuniárias, se de fato consistem em uma forma de proteção às operadoras de saúde suplementar, e até que ponto tal fato é permitido na legislação brasileira.

Para a elaboração do presente trabalho, e melhor análise dos pontos propostos, serão observadas as doutrinas brasileiras sobre o assunto, a legislação já citada anteriormente, qual seja, Código de Defesa do Consumidor, Lei 9.656/98, Código Civil e Constituição Federal de 1988, bem como a jurisprudência presente nos Tribunais sobre a matéria.

No primeiro capítulo do presente trabalho será demonstrado como se dá o acesso universal à saúde, tendo em vista a ineficiência estatal em suprir através do SUS as necessidades integrais para manutenção da saúde dos cidadãos e levando em consideração o que foi definido no art. 197 da CRFB/88 de que a saúde poderá ser prestada tanto pelo poder público como pelo privado.

Será percorrida a evolução histórica da regulamentação dos agentes privados operadores de planos saúde, após as definições feitas na Constituição Federal de 88, ao mesmo passo em que analisaremos o direito à saúde garantido constitucionalmente e as definições tomadas pelo legislativo na intenção de proteger esse direito aos cidadãos.

No capítulo seguinte serão analisados os princípios norteadores da saúde suplementar, os tipos de contrato existentes no setor e suas peculiaridades, os agentes são responsáveis pela regulamentação e fiscalização dos operadores de saúde e a melhor funcionamento do seguimento.

Após, serão estudados as principais normas do ordenamento jurídico brasileiro que são utilizadas para a regulamentação do setor de saúde suplementar e seus efeitos, são elas a Lei de

Planos Privados de Assistência à Saúde – Lei 9665, de 03 de junho de 1998 e o Código de Defesa do Consumidor – CDC. Por fim, serão analisadas discussões na jurisprudência sobre a aplicação das leis supracitadas.

O CONTEXTO JURÍDICO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

2.1 Acesso universal à saúde

A ideia do acesso universal à saúde por parte de todo cidadão, encontra-se como principal pilar no ordenamento brasileiro, bem como em nossa sociedade. Seja pela criação do SUS (Sistema Único de Saúde) que ocorreu em 1990, seja também, como enumerada pelo dispositivo que elenca os direitos fundamentais, qual seja, o artigo 5º da CF/88. A estrutura do SUS no ordenamento jurídico brasileiro formalizou-se apenas através da Assembleia Nacional Constituinte, em outubro de 1988, que inseriu na legislação pátria a saúde como direito a todo cidadão, reconhecendo-a como um direito fundamental. A sua criação se deu, portanto, através de Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que regulamentou as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e operação dos serviços devidos.

No entanto, o Sistema Único de Saúde apresenta falhas e demonstra extrema precariedade, o que confirmou a necessidade de o governo protelar a sua responsabilidade de garantir saúde aos cidadãos para a iniciativa privada. Além disso, a Constituição apresentou a possibilidade de o poder público transferir às pessoas jurídicas do direito privado a operacionalização de forma suplementar da saúde no país, nos termos do seu art. 197.

Essa prática, apesar de exercida há tempos no Brasil, ganhou mais notoriedade, tendo em vista que passou a estar tipificado e formalizado na Carta Magna, dando maior visibilidade as operadoras de plano de saúde.

No início da comercialização dos planos de saúde, os contratos não tinham uma legislação específica que os regulassem efetivamente. Ao longo de mais de quarenta anos, o setor existiu sem estar submetido a qualquer regulamentação específica. Por conta disso, a Lei n.º 9.656 de 3 de Junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, se tornou o marco regulatório do Setor de Saúde Suplementar no Brasil.

Antes da supracitada Lei e da Constituição de 1988, o setor privado agiu sem observar princípios basilares do direito como um todo, apesar de tratar-se de matéria imprescindível para atuação e o Estado permaneceu inerte, perante os abusos cometidos em face dos consumidores.

Em meados dos anos 90 começou a materializar-se a regulamentação da atividade privada na área de saúde e em 1998 foi sancionada a Lei 9.656/98, com início de vigência a partir de 1º de janeiro de 1999.

As primeira versão da Lei de Regulamentação dos Planos de Saúde definia que a regulação seria operada pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, com suas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, ambos vinculados ao Ministério da Fazenda.

A SUSEP, empresa pública responsável pela fiscalização dessas operadoras, encontrava dificuldade, pois, além dos planos de saúde, era responsável pela regulamentação e fiscalização de outras espécies de seguro.

A responsabilidade de fiscalização e regulação do setor foi alterada pela MP 1.665/98, onde foi instituído o sistema de regulação bipartite, ou seja, o controle econômico financeiro e os reajustes de preços continuaram a ser atribuições da SUSEP e do CNSP e ao Ministério da Saúde, através da atuação do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar, ficou a responsabilidade de regular as atividade de produção da assistência à saúde, incluindo a autorização para comercialização do produto e fiscalização do setor.

Nada obstante, o modelo bipartite de regulação começou se demonstrar ineficiente pela complexidade da tarefa e a dificuldade de coordenar a fiscalização e regulamentação. Sendo assim, em janeiro de 2000, todas as atribuições de regulação do setor foram reunidas no Ministério da Saúde, sendo o CONSU transformado em Conselho Ministerial e destinado a atuar na definição de políticas públicas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar.

Ademais, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, conhecida popularmente como ANS, autarquia submetida ao CONSU, que possui como competência a regulamentação, qualificação e articulação do setor de saúde suplementar.

Como destaca Adalberto Pasqualotto, esse ramo da saúde suplementar tomou um “fôlego”, a partir da vigência da Lei regulamentadora dos planos e seguros de assistência a saúde – Lei 9.656/98 – cuja publicação ocorreu em 03 de junho de 1998 sendo ela modificada já no dia seguinte, pela Medida Provisória 1.685 e que vem sendo constantemente renovada.

(PASQUALOTTO, 1999: p. 36)

Segundo o jurista, as operadoras funcionam como um acesso suplementar a saúde, senão vejamos:

“O setor público constitui uma rede regionalizada e hierarquizada, que interliga as três esferas da administração, harmonizadas num sistema único.” “As instituições privadas participam do sistema de forma complementar, com recursos próprios, segundo as diretrizes dos gestores públicos e mediante convênios ou contratos de direito público. Encaixam-se nesse nível os hospitais particulares e os médicos credenciados pelo SUS (Sistema Único de Saúde).” (PASQUALOTTO 1999; p. 38)

Visto isso, observa-se que a assistência à saúde é um dever do Estado, porém, apresenta-se um cenário em que os serviços de saúde sejam prestados pela iniciativa privada.

Como define José Afonso da Silva (2000; p. 312), o direito à saúde é fundamentado em duas vertentes, sendo que uma negativa e outra positiva. Em sua definição, o autor descreve como vertente negativa, o direito conferido ao particular de exigir que o Estado não realize qualquer ato em prejuízo da saúde. Por outro lado, a vertente positiva é o direito conferido ao particular, que se reveste no dever do Estado em instituir medidas de prevenção às possíveis doenças que venham assolar ou, em casos mais extremos, medidas para o seu tratamento.

Além da saúde pública ser dever do estado, prestada pelo SUS, a nossa Constituição admite que pessoas físicas e jurídicas de direito privado, prestem esses serviços mediante uma contra prestação dos usuários. Porém, por tratar-se de um direito fundamental de todo cidadão, quando prestada por entidade privada, fica submetida à regulamentação, fiscalização e controle do Estado.

Logo, deve-se ter a consciência de que essas entidades privadas são partede uma relação contratual, juntamente com os cidadãos, apresentando-se com cláusulas ratificadas pela Agência Reguladora, o que lhe dá a legitimidade necessária para comercializá-las, apesar de nem sempre ser favorável ao consumidor.

2.2 A saúde na Constituição Federal

Direitos públicos são aqueles que apresentam certa relevância social, que focam no aspecto coletivo, e, conseqüentemente no bem-estar do cidadão. A relação existente entre o

indivíduo e a norma é de subordinação, com os interesses de toda a população, que são defendidos pelo Estado de forma direta ou indireta. O direito público é predominantemente amparado pelos serviços públicos, que são prestados direta ou indiretamente via administração pública e, possuem como foco a satisfação das necessidades de toda a população.

Temos o conceito de serviço público apresentado por Hely Lopes Meirelles como todo aquele “prestado pela Administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniência do Estado” (MEIRELLES, 2000; p. 319).

Já no direito privado abrange-se somente o interesse do particular do indivíduo, não havendo a necessidade de cunho social, nem a satisfação de todas as necessidades de toda a população. Esse direito adota o princípio da autonomia de vontade das partes, com liberdade para contratar e a escolha de fazer ou não fazer.

Aponta Joaquim de Sousa Ribeiro, em sua obra *Direito dos Contratos*, resumindo o seu entendimento sobre a constitucionalização do direito civil, ao dizer que:

“A força vinculativa das imposições ao legislador que decorrem destes direitos fundamentais não se faz, pois, sentir apenas no plano político, mas também num plano estritamente jurídico: se não acatarem as proibições nem respeitarem os limites constitucionalmente fixados, as normas de direito civil estão sujeitas a perderem, por inconstitucionalidade, a sua eficácia ordenadoradentro do sistema.” (RIBEIRO, 2007; p. 15)

Dessa forma, verifica-se então a ligação existente entre o direito público e o privado e, a partir dessa afirmativa, não mais se pode aceitar como verdade absoluta as manifestações de vontade das partes constantes nos contratos de direito civil, em observância ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana e em obediência aos ditames da Carta Magna.

Ainda sobre o tema em comento, destaca Daniel Sarmento que:

"Com surgimento do Estado Social, multiplicou-se a intervenção do legisladorno campo privado, assim como a edição de normas de ordem pública que limitavam a autonomia privada dos sujeitos de direito em prol dos interesses coletivos. A Constituição se projetou na ordem civil, disciplinando, a traços largos, a economia e o mercado e consagrando valores solidarísticos, além de direitos diretamente oponíveis aos atores privados, como os trabalhadores." (SARMENTO, 2006.p. 49)

Nesse sentido, a carta magna deve ser analisada como uma estrutura flexível e aberta, permitindo a atualização evolutiva das necessidades da sociedade.

Assim, centralizam-se no direito à saúde as questões tratadas nos capítulos acima, ou seja, faz-se a identificação da norma jurídica que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196, CF), com os elementos “direito prestacional social”, “norma programática”, “direito subjetivo” e “reserva do possível”.

O art. 6º da Constituição enumera a Saúde como sendo um direito social, assim com educação, trabalho, lazer, segurança, moradia, a proteção à maternidade e a infância, previdência social e a assistência aos desamparados.

Ademais, entre os Direitos e Garantias Fundamentais, previstos no art. 5º, caput, do mesmo diploma legal, dispõe sobre o conceito do direito à vida ser inviolável e, conforme verificado no art. 60, § 4º, IV, e mais protegido ainda, tendo em vista tratar-se cláusula pétreia.

Analisando, portanto, o direito à vida e a proteção da dignidade da pessoa humana, temos o direito à saúde, caracterizado como direito social inserido no Capítulo da Ordem Social e com previsão central no artigo 196.

Esta seção é aberta pelo artigo 196 que dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Define seus sujeitos e os meios para que o referido direito seja posto em prática – realização de políticas sociais e econômicas –, e ainda estabelece a finalidade, qual seja, promover a redução do risco de doença (prevenção) e o acesso, para todos, uniformemente, às ações e serviços que visam a proteção e a recuperação (saúde curativa).

Já o art. 198, organiza o sistema da Saúde no Brasil, quando determina que as ações e os serviços de saúde integram um sistema organizado, dividido através de regiões e hierarquias, com observância das seguintes diretrizes: (i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo - o que impõe responsabilidade a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios; (ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais – novamente o caráter preventivo; (iii) participação da comunidade, visto como um direito relacional e não de cunho individual.

Mais adiante, em seus parágrafos, o art. 198 legisla sobre o financiamento do sistema único de saúde e as obrigações de todos os entes da federação.

O SUS nada mais é do que uma tentativa em todas as esferas de atuação do Poder Público: federal, estadual e municipal, de que os serviços relacionados à saúde integrem uma rede regionalizada, constituindo um sistema único.

Analisando o disposto no artigo 196 da Constituição Federal, entende-se que cria um dever jurídico para o Estado, eis que possui normatividade suficiente para tal. Basta a simples leitura dos artigos 196 a 200 da Constituição de 1988 para constatar a veracidade desse posicionamento.

Merece ainda destaque uma abordagem sobre o acesso ao direito social considerando a previsão legal (art. 196 CF/88), que o qualifica como “universal igualitário às ações e serviços”.

2.3 Os princípios jurídicos atinentes à saúde

Conforme visto, o Sistema Único de Saúde (SUS) trata-se de um sistema, que significa um conjunto de unidade, de serviços e ações que interagem para um fim comum, qual seja a saúde. Esses, por sua vez, referem-se, simultaneamente, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A criação do SUS, bem como sua continuidade, norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

Universalidade, conceituado pela ideia de que o sistema de saúde deve ser garantido a todo e qualquer cidadão. Através desse princípio, dá-se ao indivíduo o direito ao acesso a todos os serviços de saúde, sem nenhuma restrição. Saúde é direito de todos e dever do governo, seja ele municipal, estadual ou federal.

Equidade subentende-se pela máxima de que todo cidadão é igual perante o SUS, sem distinção de forma alguma, sendo sempre atendido tendo em vista suas necessidades, observando, porém, o que o sistema possa oferecer.

Integralidade reconhece que cada pessoa, assim como as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e unidades prestadoras de serviço formam um todo indivisível e integrante de uma comunidade. Entende-se que o cidadão será atendido, assim como todos de uma comunidade, logo temos a ideia de integralidade no sistema de saúde.

Os princípios que regem sua organização são:

Regionalização e hierarquização, que consistem na capacidade que os serviços da saúde pública devem possuir para oferecer a uma determinada população um completo rol de modalidades para assistência à saúde, e o acesso a todo e qualquer tipo de tecnologia conhecida, visando à resolubilidade do problema. Além dos serviços primários de atenção à saúde que precisam de qualificação afim de atender e resolver os problemas em questão, bem como os demais que deverão ser referenciados para serviços que anseiam maior complexidade tecnológica.

Resolubilidade é o princípio que determina que quando um cidadão busque atendimento, o serviço solicitado esteja capacitado para corresponder à expectativa, resolvendo o problema até o nível de sua competência.

Descentralização é entendida como a participação igualitária das responsabilidades referente aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, ou seja, municipal, estadual e federal.

Participação popular, garantido como a participação da população, através de suas entidades representativas, no processo de elaboração das políticas de saúde, no controle e sua execução, em todos os níveis. Seja nos Conselhos de Saúde, com representação de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço, bem como as Conferências de Saúde para traçar planos de ação.

Complementariedade do setor privado entende-se como a possibilidade de entidades privadas, preferencialmente não lucrativas e filantrópicas, serem contratadas em substituição ao setor público, quando esse não seja suficiente na prestação dos serviços, porém obedecendo-se as regras de direito público e as diretrizes do SUS.

2.4 A criação da ANS

A Lei 9.656, publicada em 03 de junho de 1998, com entrada em vigor em 01 de janeiro de 1999 e a Medida Provisória n.º 1.665 de 05 de junho de 1998, iniciaram a regulamentação ao setor da saúde suplementar no Brasil. Ambos os diplomas formam o conjunto normativo da regulamentação desse setor, assim como a Medida Provisória n.º 1.928, criadora ANS.

Em novembro de 1999 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a aprovação da Medida Provisória n.º 1.928, pelo Congresso Nacional, que, posteriormente, transformou-se na Lei n.º 9.961 em 28 de janeiro de 2000.

Antes de 1999 a estrutura do Estado para a regulação da saúde suplementar no Brasil contava com a SUSEP - Superintendência de Seguros Privados e Serviço de Assistência à Saúde, sendo a primeira da administração indireta, e a outra da administração direta, porém, ambas extremamente limitadas em seu campo de atuação, assim como na sua autonomia.

Sendo assim, a criação por parte do Ministério da Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com as políticas e diretrizes setoriais fixadas pelo CONSU - Conselho de Saúde Suplementar, teve como objetivo assumir as prerrogativas relativas à saúde suplementar no Brasil, que ficou diretamente ligada à Câmara de Saúde Suplementar - CSS, assumindo funções da SAS/DESAS. A ANS como agência reguladora, possui maior autonomia política, administrativa e financeira, tem poder legal para impor e executar suas resoluções. É financiada com recursos próprios e as decisões são tomadas pela Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandatos definidos pela legislação e possuem atuação subordinada a um contrato de gestão que deve ser negociado diretamente com o Ministério da Saúde e aprovado pelo CONSU.

No período dos anos de 1998 e 1999, a criação de normas específicas para regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde fez com que surgissem diversas discussões acerca da inconstitucionalidade da inclusão das seguradoras no universo de regulação, tendo em vista que se submetiam à legislação específica. Para isso, foi definido através da Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, que a abrangência da legislação seria pelo tipo de produto oferecido, ao invés das características das entidades ou empresas, levando a grandes alterações na Lei n.º 9.656/98, principalmente com relação às seguradoras, que deveriam se reorganizar, para como operadoras de planos de saúde, para atuarem no setor.

“Art. 1º, §1º Está subordinada às normas e   fiscaliza o 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,...”

Posto isto, tanto as operadoras de planos de saúde privada, quanto as seguradoras de assistência   saúde estão submetidas ao que dispõe a Lei 9656/98. Estando, portanto, os consumidores das duas modalidades de assistência privada protegidos pela legisla o vigente.

A FORMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

3.1 Dos princípios norteadores da saúde suplementar

A saúde suplementar no Brasil trata-se de conceito heterogêneo, uma vez que possui características de sistema público e de sistema privado, já que, embora a saúde suplementar seja concedida aos seus beneficiários mediante contrato, por parte das operadoras e dos indivíduos, aquelas recebem incentivos do governo, tais como renúncia fiscal, empréstimos pela ANS para operadoras com problemas, utilização de serviços de saúde pelo próprio SUS e, ainda, a contratação de planos de saúde por servidores públicos, criando um verdadeiro paradoxo. É o que informa Gabriel Schulman ao citar Ligia Bahia em *Avanços e Percalços do SUS* (SCHULMAN, 2009; p. 243).

Embora as operadoras de planos de saúde tenham a função na sociedade de oferecer a saúde de forma suplementar, as mesmas não devem afastar-se dos critérios impostos pela legislação pátria, ou seja, na existência de um conflito de valores, não se deve priorizar a natureza econômica dos contratos dessas operadoras, inclusive afastando a regra criada pelo direito contratual romano, o “*pacta sunt servanda*”, de que os contratos fazem lei entre as partes contratantes devendo ser cumpridos e observados na forma em que foram firmados, regra essa, reconhecida e aplicada tradicionalmente aos contratos de modo geral, prevendo-se certa presunção de igualdade dentre os contratantes.

Porém, existem no Direito diferentes formas contratuais, como, por exemplo, o contrato de adesão, no qual uma das partes cria e elenca as cláusulas, cabendo a outra parte, contratante, apenas conceder a sua anuência, sob pena de perder o negócio.

O que ocorre nos contratos de adesão é que o objeto em questão confunde-se com alguns direitos fundamentais, devendo, então, a legislação impor limites, para ambos os contratantes, como por exemplo, o Código Civil de 2002, em seu art. 421, que estabelece que a “liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato.”.

Os contratos de adesão apresentam uma alta paridade, visto que devem reger-se não somente pelos princípios clássicos norteadores dos contratos em geral, como, por exemplo, o

da boa fé objetiva, da livre iniciativa, livre concorrência e da função social dos contratos, mas também devem considerar o princípio da dignidade da pessoa humana além de outros nessa esfera jurídica.

Os contratos de plano de saúde não são diferentes nesse sentido, visto que devem nortear-se por esses princípios, obedecendo-os sem gerar onerosidade excessiva aos contratantes, principalmente, aos consumidores, a parte mais fraca desse elo.

Porém, na prática, observa-se que as operadoras de plano de saúde utilizam-se de argumentos interessantes a elas como, por exemplo, o discurso da ineficiência da saúde apresentada pelo do Estado, como contronto ao aspecto suplementar delas. De toda forma, esse discurso não tenha a aceitação desejada na sociedade, tendo em vista a ideia do capitalismo presente nas operadoras.

Sendo assim, de uma forma ampla, entende-se que o ramo da Saúde Suplementar assemelha-se com o modelo conhecido como welfare state e da livre economia, sofrendo profundas influências ideológicas desde a sua criação, concedendo inúmeras decisões e doutrinas relevantes e criando-se uma proveitosa discussão acerca do tema, ao qual beneficiam o consumidor e as operadoras da saúde suplementar.

3.2 Os contratos de planos de saúde

Os usuários da saúde suplementar no Brasil, ou seja, os clientes das operadoras de plano de saúde ultrapassaram a marca de 50 milhões, como previsto por Gabriel Schulman em seu livro Planos de Saúde, (SULMAN, 2009: p. 200), referindo-se ao Caderno de Informação da Saúde Suplementar, publicado pela ANS em dezembro de 2008 (2008; p. 15).

A saúde suplementar nada mais é do que um conceito amplo e vago para o que se entende prestação de assistência privada à saúde do indivíduo na esfera de sistema complementar. Nesse sentido, é válida a ressalva de que os contratos de Direito Público, bem como convênios entre hospitais ou serviços privados e o SUS, além do atendimento particular prestado diretamente entre o paciente e a instituição, não configuram uma espécie de saúde suplementar.

As operadoras de saúde suplementar são entidades privadas que possibilitam a

intermediação e/ou a prestação de serviços de saúde, tendo ou não, a finalidade de lucro. Utilizando-se desse conceito, sendo assim, são várias as modalidades jurídicas das operadoras da saúde suplementar no Brasil.

As modalidades encontram-se expressas nos incisos I a III, do art. 1º da Lei 9.656/98:

“Art. 1º 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.”

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) considera como modalidades das principais operadoras que atuam no ramo, quatro conceitos:

A primeira modalidade é a medicina de grupo, com certeza a mais comum entre as operadoras, e que entende-se como uma prestação de serviços médicos em unidades próprias, em que os prestadores atuam como funcionários, ainda que de forma terceirizada, da operadora.

Já a segunda modalidade é aquela conhecida como seguros-saúde, ou seja, são aquelas empresas cuja finalidade é o reembolso de despesas médico-hospitalares realizados pelos clientes - ora denominados segurados. Esta modalidade, por definição, não necessita obrigatoriamente de prestadores próprios, conferindo, então, maior liberdade aos seus segurados.

Existem também as operadoras que, por liberalidade realizam contratos de prestação de serviços diretamente com algumas instituições de serviços médicos, como clínicas, hospitais e consultórios médicos, com o intuito de facilitar o acesso de seus clientes, sem que os mesmos tenham que arcar com uma quantia e aguardar posteriormente por um reembolso, e submeter-se a burocracias, conforme apresenta-se nas seguradoras.

Por fim, existem as Cooperativas Médicas que, apenas diferenciam das demais modalidades, pelo seu tipo societário, cooperativo.

Todas as modalidades referentes à saúde suplementar no Brasil tem em comum, entre outras, a característica de serem reguladas pelo Código de Defesa do Consumidor e se submeterem a Lei 9.656/98, Lei dos Planos de Saúde, porém, se submetem a esta última, apenas os contratos aderidos a partir de 1º de janeiro de 1999, quando a mesma entrou em vigência.

É comum a confusão entre os contratos de plano de saúde e os contratos de seguro-saúde, uma vez que ambos baseiam-se no princípio da solidariedade, já que todos contribuem para que o contribuinte possa utilizar o serviço no futuro, ou seja, a prestação de algum procedimento relativo à saúde.

Diferentemente dos contratos de plano de saúde, os de seguro-saúde caracterizam-se pelo fato de a empresa seguradora obrigar-se a pagar uma quantia a seu cliente, conhecida com prêmio, a fim de reembolsá-lo tendo em vista a ocorrência de um evento que causasse dano à saúde do mesmo, os chamados sinistros.

Já os contratos de plano de saúde não têm como objeto o pagamento de prêmio aos usuários. Sua obrigação no contrato é, apenas, arcar ou reembolsar as despesas que o cliente, por ventura, exerça, tanto de forma integral, quanto parcial.

Outra diferença mais prática é que os contratos de seguro saúde eram regulados e fiscalizados pela Susep - Superintendência de Seguros Privados, já os de Plano de Saúde são regulados e fiscalizados pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Para melhor ilustração da diferenciação acima, observa-se as palavras de Arnaldo Rizzardo:

“Seguro-saúde é um contrato que visa reembolsar as despesas pagas pelo segurado, o médico e o serviço hospitalar de sua escolha. A prestadora paga uma quantia preestabelecida no contrato. O seguro-saúde era pago pela Susep- Superintendência de Seguros Privados. O Plano de Saúde, mais usado atualmente, é o contrato que oferece opção de escolha de médicos, hospitais, mas dentro de relação previamente estabelecida pela operadora.” (2007, p. 71)

Os contratos de plano de saúde são celebrados entre operadoras e consumidores, que celebram esse tipo de contrato com a expectativa dos prestadores de serviço honrem com suas obrigações na figura de contratante, baseando-se em valores como a segurança, previsibilidade e proteção contra riscos futuros, institutos que deveriam basear todas as celebrações de contrato.

Cláudia Lima Marques ensina-nos sobre a relevância dos valores acima na relação contratual:

“Três valores são cada vez mais raros e, por isso, valiosos no mundo atual: segurança, previsibilidade e proteção contra riscos futuros. Estes três valores são oferecidos no mercado através dos planos e seguros privados de saúde, os quais possibilitam a transferência legal de riscos futuros envolvendo a saúde do consumidor e de seus dependentes a serem suportados por empresas de assistência médica, cooperativas ou seguradoras, prometendo ao seu turno segurança e previsibilidade, face ao pagamento constante e reiterado das mensalidades e prêmios. A relação entre paciente e médico sempre foi caracterizada como uma relação de confiança. No mundo de hoje, parte da confiança (ides) vai ser transferida para o organizador destes planos e seguros, intermediados ou conveniados, na previsibilidade do financiamento legal dos eventos futuros relacionados com a saúde.” (MARQUES 1996, p. 71)

Outra característica presente nos contratos de plano de saúde é a impossibilidade de negociação de seus termos entre o consumidor e a empresa fornecedora, daí o fato de serem considerados contratos de adesão. Visto isso, percebemos a existência de uma relação de hipossuficiência perante os contratantes. As empresas monopolizam o poder de negociação dos termos firmados no contrato, existindo, então, certas práticas abusivas, sendo os usuários, partes vulneráveis.

3.3 Agentes da saúde suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada com o intuito de fiscalizar e normatizar a saúde suplementar brasileira, tendo em vista o poder conferido a ela, disposto na legislação regulamentadora, mais precisamente no art. 1º da lei 9.961/2000. Conforme disposto no art. 3º desse diploma legal, a ANS deve garantir “a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”.

Já o papel das operadoras de plano de saúde que atuam nesse mercado é de estruturar a atuação nesses serviços de saúde, contratando redes de assistência médico-hospitalar para o atendimento aos usuários, através de prestadores de serviço que atuam como terceirizados no sistema, quais sejam os profissionais da área médica, as clínicas de exames e diagnósticos e, logicamente, os hospitais. Os prestadores conveniados às operadoras de plano de saúde, realizam o atendimento aos usuários com um valor já previamente determinado entre as mesmas, sendo posteriormente remunerados pelas operadoras tendo em vista os serviços

prestados aos beneficiários.

Já as operadoras, nada mais são do que entidades privadas que desenvolvem, podendo objetivar o lucro ou não, a intermediação e/ou prestação de serviços de saúde, especialmente no que concerne aos tratamentos e exames diagnósticos, conforme o exposto no art. 1º, inciso I da lei 9.656/98.

Entende-se como usuários os beneficiários desses sistemas de saúde suplementar, considerado-os consumidores. Sejam eles de forma direta ou indireta, já que a comercialização e, conseqüentemente, a contratação desses produtos pode se dar na modalidade individual, a qual o consumidor é considerado direto, tendo em vista que o próprio beneficiário contrata o serviço de prestação de saúde suplementar, ou ainda, na forma coletiva, daí o consumidor é considerado na forma indireta, tendo em vista que existe a figura das empresas que tem a intenção de proporcionar um acesso a serviços de saúde diferenciados, com qualidade superior aos seus funcionários e empregados.

Vemos no inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98 a definição de plano de saúde, ou seja, planos de saúde são empresas que prestam o serviço de garantia dos custos de procedimentos relativos à saúde a todos os seus clientes e usuários, que em troca realizam o pagamento de contraprestação estabelecida em contrato com aqueles.

O objeto do contrato é garantir o atendimento aos seus usuários por tempo indeterminado, sem qualquer limitação financeira aos procedimentos solicitados pelo cliente a serem realizados pelos prestadores e profissionais da saúde que o mesmo escolher.

NORMATIZAÇÃO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

4.1 A Lei 9.656 de junho de 1998

A garantia à saúde a todos os cidadãos é dever do Estado, logo o mesmo deve assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços, conforme o disposto no art. 196 da Carta Magna nacional.

“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 de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Pode-se extrair do art. 197 do mesmo diploma legal, o entendimento de que a saúde pública, apesar de ser matéria de relevância pública, sua execução pode ser feita pela iniciativa privada, desde que sofra a fiscalização e controle do Poder Público.

“Art. 197 São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

Com o fraco sistema de saúde pública, a população, sem muitas escolhas, opta e procura os serviços de empresas privadas, resultando, em 1989, mais de 31 milhões de brasileiros, ou seja, 22% da população, utilizando tal sistema.

Mesmo com o disposto no art. 197 da Carta Magna, o que via-se era o cenário da saúde oferecida por pessoas de direito privado sem normatizações suplementares com o intuito de regular, bem como fiscalizar, especificamente sobre o tema, para, então, ter eficácia tal artigo. Para tanto, então, fora criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, o Conasp, no ano de 1981.

Porém, antes disso, por um longo período de tempo no passado, os contratos de Planos Privados de Saúde, Seguros Saúde, Planos Cooperativos Médicos e de Auto Gestão ficaram em uma espécie de limbo legal, sem nenhum diploma para a sua regulação, trazendo aos consumidores e usuários incertezas quanto aos seus direitos e deveres nos contratos até então submetidos ao Decreto Lei número 73, de 21 de novembro de 1966, disciplinador do Sistema

Nacional de Seguros Privados.

O momento que marca o fim dessa lacuna legal referente ao tema, com uma expressa menção sobre o assunto ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, mais precisamente em seus artigos 196 e 197 e seguintes.

Conforme dados acima, que demonstraram o crescimento da saúde privada no Brasil, como resposta a decadência do fraco sistema de saúde pública, tal tema desperta grande interesse social. Assim, é promulgada a lei 9.656/98, em 03 de Junho de 1998, com entrada em vigor em 01 de Janeiro de 1999, quase que como uma resposta à sociedade, que exigia uma regulamentação a matéria, visando nortear e limitar a saúde suplementar no Brasil, antecedendo a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para um maior suporte àquele diploma legal, cerca dois anos após.

A criação da lei 9.656/98 é considerada uma questão de extrema relevância quando se trata de saúde no Brasil, tendo em vista que sua criação fora com o intuito de possibilitar a aplicação plena dos artigos constitucionais referentes à saúde, que têm uma eficácia limitada e que dependem de movimentos legislativos para que produzam seus reais efeitos.

4.1.1 Os efeitos da lei 96/98

Após a entrada em vigor da Lei 9.656/98 disciplinando a matéria com relação à saúde suplementar no Brasil, observamos a criação da Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, através da Lei 9.961 em 28 de janeiro de 2000, com o intuito da existência de um órgão ligado ao Governo Federal para a fiscalização das empresas de saúde particular e aplicação da recém-criada Lei de Planos de Saúde.

Sendo assim, são funções da ANS fiscalizar as atividades referentes à saúde privada no Brasil, devendo defender o interesse público e, principalmente, regulamentar a matéria, através da expedição de Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), bem como informar todos os procedimentos garantidos aos consumidores, fiscalizar e aprovar os contratos de prestação de serviços.

Fazendo jus a sua função de reguladora e fiscalizadora, após a publicação da Lei 9656/98,

foram editadas pela ANS, até a presente data, 588 (quinhentos e oitenta e oito) Resoluções Normativas da ANS (RN), e 26 (vinte e seis) Resoluções do CONSU.

Os reajustes nas prestações pecuniárias era um dos assuntos que antes da Lei 9.656/98 não havia regulamentação e os consumidores ficaram à mercê dos índices estipuladas pelas operadoras de saúde nos contratos. Índices esses que ensejavam na completa falta de segurança por parte dos consumidores por não saber se conseguiriam arcar com os valores das mensalidades após os ajustes aplicados. Além disso, diversos contratos eram obscuros sobre a forma de aumento do valor do prêmio, deixando seus usuários ainda mais propensos aos absurdos praticados pelas operadoras de saúde privada.

Após o advento a Lei 9656/98 as operadoras foram obrigadas a seguir parâmetros definidos na norma, como por exemplo estabelecer com clareza em seus contratos os critérios, a forma e a periodicidade dos reajustes (Art. 17-A, §2º, II). Ficou à cargo da ANS definir anualmente os índices de reajustes no que diz respeito ao aumento por inflação (reajuste anual), aumento de despesas operacionais (reajuste por sinistralidade), o que limitou a ação desproporcional das operadoras.

No que diz respeito ao reajuste por faixa etária ainda existe a omissão da ANS que não se manifestou para complementar o art. 15 da Lei 9656/98 que determina que a variação dos prestações em razão da idade do consumidor, precisa estar prevista no contrato, indicando as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS. Atualmente, o reajuste de faixa etária após os 60 anos de idade do usuário não é permitido por proibição do Estatuto do Idoso, mas os valores são redistribuídos no aumento das cinco faixas previstas que vai dos 0 até os 59 anos o que continua por onerar o usuário. Nesse aspecto, a Lei e a ANS não conseguiram resguardar os consumidores de ações arbitrárias das operadoras.

Além disso, é importante frisar que os parâmetros definidos na norma de regulamentação de reajustes cabe apenas aos planos ditos como individuais e familiar, ficando os índices de reajustes dos planos coletivos estipulados pelas próprias operadoras de forma livre, bastando apenas informar a ANS os índices 30 dias antes de sua aplicação. A agência entende que em razão das suas características, o contratante tem poderes para negociar com as operadoras os índices que devem ser aplicados.

É possível, assim, verificar que com o advento da Lei 9656/98 ocorreu melhorias no controle das ações das operadoras de saúde, mas ainda restam assuntos que precisam de um melhor tratamento da norma e por parte agência reguladora, para que a segurança do consumidor e o acesso à saúde integral sejam garantidos.

Em relação ao controle de reajuste de preço de planos de saúde anteriores à Lei 9656/98 e não adaptados à Lei, as regras são aquelas estabelecidas em cada contrato, conforme expresso em publicação realizada no site da Agência em 06/05/2021 e atualizado em 15/09/2023. Apenas os contratos antigos sem cláusulas claras relativa sobre percentual de reajuste anual ou omissas quanto ao critério de variações dos cálculo de reajuste o índice aplicado é limitado ao foi determinado pela ANS naquele ano.

Sendo assim, conforme detrai-se da Lei 9.656/98, a mesma fora criada para reger e legislar todos os contratos de planos de saúde que tenham vigência a partir de 1º de janeiro de 1999, data de sua entrada em vigor, mesmo que tenha sido publicada em 04 de junho de 1998, gerando assim uma vasta discussão com relação à aplicação da mesma aos contratos firmados antes de janeiro de 1999, e que não foram adaptados aos seus termos, conforme autoriza a Resolução Normativa 254 da ANS.

O posicionamento referente à inaplicabilidade da lei 9.656/98 aos contratos celebrados antes de sua vigência é que se levarmos em consideração aquele diploma legal para esses contratos, estariam ferindo o direito adquirido e o ato jurídico perfeito, regras conhecidas no estudo dos contratos e dispostas e garantidas no art. 5º, inciso XXXVI da CRFB/88.

Porém, há, também, posicionamentos com relação à aplicação da lei 9.656/98 aos contratos anteriores a vigência da mesma, que defendem a possibilidade para a aplicação.

No julgado transcrito abaixo, verifica-se que o julgador concorda com a aplicação da Lei de Planos de Saúde aos contratos firmados antes de 01 de janeiro de 1999, baseando seu entendimento na existência do princípio da anualidade dos contratos aplicado aos mesmos, bem como dos princípios da renovação automática.

“DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DE SAÚDE. NEGATIVA DA SEGURADORA DE REEMBOLSAR A INTEGRALIDADE DO VALOR GASTO COM CIRURGIA. CLÁUSULA CONTRATUAL LIMITATIVA DO VALOR DE

REEMBOLSO. TABELA ELABORADA PELA SEGURADORA. CLÁUSULA OBSCURA E ABUSIVA. NULIDADE. **APLICAÇÃO DAS REGRAS DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. CONTRATO FIRMADO ANTERIORMENTE À VIGÊNCIA DA LEI 9.656/98. RENOVAÇÃO ANUAL. SUBSUNÇÃO À LEI NOVA SEM PERIGO DE FERIR ATO JURÍDICO PERFEITO. INCIDÊNCIA DA REFERIDA LEGISLAÇÃO. DEVER DE REEMBOLSAR AS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES NA SUA TOTALIDADE. JUROS DE MOR CORRETAMENTE APLICADOS. CONTRATO RENOVAO ANUALMENTE DE FORMA AUTOMÁTICA. INCIDÊNCIA DA REGRA DO ARTIGO 406 DO CÓDIGO CIVIL DE 2002. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. CONHECIMENTO E IMPROVIMENTO DO RECURSO” (Apelação Cível nº 2006.005539-5., TJRN, Relator Cláudio Santos, 2ª Câmara Cível. Julgado em 19/12/2006).**

O que entende-se no transcrito acima, é que nesse julgado o posicionamento da aplicação da Lei aos contratos pré-lei somente seriam aceitos se, o evento originário de tal discussão ocorresse após a vigência da mesma, mesmo que o contrato anteceda-la.

Porém, o que nos é bem claro, é a incapacidade de a Agência Nacional de Saúde para fiscalizar os contratos celebrados entre a população e as operadoras, com uma análise efetiva das cláusulas presentes no instrumento. Essa questão tem fundamento na enorme quantidade de questões controversas, tendo em vista que, com o passar do tempo, novas situações se apresentam, impossibilitando a ANS legislar, fiscalizar e regular, com precisão, essas situações. Daí, a solução encontrada para tanto, fora a enorme expedição de resoluções, para complementar a legislação de planos de saúde, com a intenção de livrar a ANS de fiscalização mais apurada.

Mas essas resoluções não atingem seu objetivo principalmente quando a questão demanda ao mundo jurídico, em que encontra-se extremamente complexa a indicação com precisão, de quem cabe a responsabilidade civil.

O conflito com relação à aplicação ou não da lei 9.656/98 aos contratos celebrados antes desta representa o grande questionamento na esfera jurídica, em que pese que o poder judiciário apresenta grande dificuldade e confusão nas decisões e julgamentos, pois no momento destas, vemos questionamentos sobre qual a legislação adequada, se a nova lei ou não, confundindo-se mais ainda, pela constitucionalidade ou não das resoluções.

4.2 Código de Defesa do Consumidor e o direito à saúde

No mundo atual, cresce cada vez mais a existência de infinitas relações contratuais possíveis de serem realizadas. O que não pode negar-se é que destas relações, amplia-se a incidência das conhecidas como relações de consumo. Com isso, entendeu-se necessária, por parte do legislador e, conseqüentemente do intérprete, a criação de uma norma específica para regular esse assunto, tendo em vista que ao ser praticada apresentava grande contraste e disparidade entre os seus participantes, quais sejam, consumidores e fornecedores, em que estes, de maior poder econômico, apresentam certa vantagem em detrimento daqueles, vulneráveis às práticas comerciais propostas e realizadas pelos fornecedores.

A norma específica citada no parágrafo acima consiste no Código de Defesa do Consumidor (CDC), instituído pela Lei 8.078/90, que em seu artigo 1º esclarece que este Código "estabelece normas de proteção do consumidor, de ordem pública e interesse social".

Sendo assim, a criação e a existência do CDC nada mais é para defender os interesses do consumidor e de mais ninguém. Os direitos básicos presentes em seus artigos são, apenas, do consumidor.

Porém, para melhor entendimento de suas normas, o próprio CDC define aqueles que serão protegidos, ou seja, aqueles que são consumidores ou equiparados a eles. É o caso do art. 2º do CDC:

“Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.”

A vulnerabilidade, ou melhor, a fragilidade do consumidor, citada acima, é entendida como as constantes práticas abusivas por parte dos fornecedores nas relações de consumo, evidenciando-se nas cláusulas abusivas presentes nos contratos, diferenças entre os produtos e serviços ofertados, além de outros.

Segundo Cláudia Lima Marques e Cristiano Heineck Schmitt (2006; p.10), esta fragilidade pode ser vista, sob pelo menos três enfoques, todos eles direcionados à manutenção da igualdade entre as partes nas relações de consumo.

A primeira característica é representada pela vulnerabilidade do consumidor diante do fornecedor presente nas publicidades realizada pelos agentes econômicos na divulgação dos produtos e serviços ofertados. Essa prática fica clara observando as táticas de marketing que criam necessidades antes inexistentes nos clientes, além de construir um imaginário de vida ideal em que o consumo do produto/serviço é indispensável para se alcançar. Como resultado, o indivíduo torna-se consumidor, uma vez que a forte influência psicológica a que é submetido diminui sua capacidade de expressar sua vontade.

Já a segunda característica da fragilidade dos consumidores consiste na vulnerabilidade presente no conhecimento técnico, ao se falar em produto, ou profissional, quando estamos diante de serviços fornecidos pela empresa. Ou seja, somente as empresas fornecedoras conhecem tanto tecnicamente, quanto profissionalmente, sua atividade, bem como seu produto, possuindo, assim, privilégios importantes com relação ao consumidor, uma vez que este, normalmente, não o possui.

Por fim, verifica-se que a vulnerabilidade jurídica do consumidor representa o terceiro motivo justificador de sua fragilidade em relação a empresa fornecedora. A vulnerabilidade jurídica existe no fato de que as empresas, normalmente apresentando os contratos conhecidos como contratos de adesão, possui plenos conhecimentos de todas as cláusulas presentes nestes contratos, bem como as condições gerais dos negócios, além dos demais instrumentos presentes para a contratação. Estes contratos e seus similares, muitas das vezes são elaborados, propositalmente, visando dificultar o entendimento do consumidor, por serem amplamente técnicos, complexos e quase nada esclarecedores. Os consumidores que estão cerceados de seu conhecimento, não manifestam sua vontade na hora da contratação do produto.

Além disso, é cediço que tais empresas possuem departamentos jurídicos fortes próprios, ou caso negativo, terceirizam a responsabilidade jurídica para escritórios visando à resolução de conflitos judiciais e extrajudiciais. Já os consumidores, muitas vezes sem condições de arcar financeiramente com patronos em causas judiciais, quando necessitam de tais serviços, arcam com muito sofrimento, ou veem-se obrigados a recorrerem à assistência judicial gratuita fornecida pelo estado, caracterizada pela morosidade na resolução dos conflitos. A situação presente no cenário judicial do consumidor é: o consumidor é um raro litigante, ao contrário do fornecedor, empresa que já está acostumada a demandas judiciais.

Mediante o exposto, o objetivo da criação do CDC é o fortalecimento da tentativa de tratamento desigual para os desiguais visando alcançarmos a igualdade material nas relações de consumo, ou seja, estabelecer parâmetros os contratos e fatos jurídicos presentes nas relações de consumo, conforme preceitua do art. 4º desse diploma legal:

“Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo. ”

Para o melhor entendimento do presente estudo, é importante conhecer também, o outro polo dessa relação que mereceu legislação própria. Esse conceito apresenta-se no Art.3º do CDC, através do nome de fornecedor:

“Art 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista. ”

Dessa forma, o Código de Defesa do Consumidor fora criado com o intuito de legislar e regular o fornecimento de produtos e serviços por parte do fornecedor para o consumidor no mercado brasileiro, bem como as relações jurídicas presentes nesse fornecimento e após ele.

Visto isso, é explícito que a saúde fornecida ao consumidor por empresa particular representa uma típica relação de consumo, presente no conceito do Código de Defesa do Consumidor, sendo clara a incidência dos dispostos presentes neste diploma legal. Principalmente quando a relação baseia-se nos contratos massificados e de adesão fornecidos pela empresas operadoras de planos de saúde, quando nessa situação, o consumidor fica muito mais vulnerável na relação, tendo em vista a impossibilidade de manifestação de vontade do consumidor no momento da contratação do serviço, bem como o desconhecimento técnico do mesmo.

Importante salientar, ainda, que no que tange aos contratos administrados por entidades de autogestão, ou seja, àquela modalidade em que uma organização administra a assistência à saúde dos seus beneficiários, sem fins lucrativos, visando unicamente servir os seus

empregados, sem quaisquer tipos de vantagens, não são mais regidas pelo Código de Defesa do Consumidor, desde a criação da Súmula 608, do Supremo Tribunal de Justiça, que diz:

“Súmula, 608, STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Essa nova súmula, promoveu o cancelamento da súmula 469, STJ, que mencionava o seguinte: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”, pois de acordo com o ministro Cueva, havia um número considerável de Jurisprudência no Tribunal que excluía a incidência do CDC em contratos administrados dessa referida modalidade.

Portanto, no que for referido à contratos de autogestão, o estudo do CDC não é aplicável, isto porque diferentemente dos planos de saúde comerciais e cooperativas, estes não operam em regime de mercado, não têm objetivos de lucro, os assistidos participam da gestão do plano e são disponibilizados apenas para um grupo restrito de pessoas que possuem alguma relação com o seguro (por exemplo, empregados ativos e aposentados da empresa).

Nestes casos em específico, devido a essas diferenças supracitadas com relação aos planos comerciais, há a necessidade de um tratamento diferenciado, com o intuito de atender às características próprias dessa modalidade, possibilitando a redução de custos. Como exemplo destas operadoras, podemos citar: a CASSI, o GEAP e a ASSEFAZ.

4.2.1 Efeitos do Código de Defesa do Consumidor

Com relação às demandas judiciais em que o assunto são os conflitos presentes nas relações de consumo, com a figura do consumidor adquirindo um produto ou serviço e o fornecedor entregando-lhe, bem como as consequências desse fato, antes da entrada em vigor do CDC, o cenário ainda era de confusão e contradições. Porém, com a publicação desse diploma legal, bem como sua efetiva entrada em vigor, muda-se a questão do judiciário nesse sentido, com uma grande utilização do CDC em decisões e pareceres jurídicos.

Como evidência do intuito protetivo ao consumidor do CDC, bem como a tentativa de equiparar os dois agentes da relação, observa-se, como exemplo, o conceito presente no referido Código, em seu art. 14, uma vez que esse artigo legisla acerca da responsabilidade civil objetiva do fornecedor, bastando ao consumidor que demonstre o prejuízo ocorrido pelo serviço, além

do nexo causal na hipótese presente:

“Art. 14 O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.”

No campo da aplicação do Código de Defesa do Consumidor nos contratos referentes às operadoras de plano de saúde, predominantemente, existe as demandas envolvendo erros médicos, bem como outras situações conflitantes com planos e seguros de saúde, tais como reajustes do valor da mensalidade com base na mudança de faixa etária a partir dos 60 anos de idade que, além do CDC, são prestigiados pela Lei nº 9.656/98.

Com relação ao exposto acima, um cenário bem comum após a publicação tanto do CDC, quanto da Lei 9.656/98, é o conflito presente entre as duas normas. Porém, sabemos que o CDC possui origem constitucional, com a proteção ao consumidor sendo garantia constitucional, presente no art. 5, XXXII de nossa Carta Magna:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor.

Além disso, nossa Constituição, em seu art. 170, V, limita a livre iniciativa econômica e a livre iniciativa das operadoras de planos de saúde tendo em vista que essas empresas visam o lucro, desde que limitada pelos direitos do consumidor:

“Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:
V - defesa do consumidor. ”

Mais adiante, sabe-se que todos os contratos de Planos de Assistência à Saúde são relações de consumo, pois seus clientes são destinatários finais dos serviços oferecidos e prestados pelas operadoras, fornecedores, entendendo-se então, como relação que deva ser regulada pelo Código de Defesa do Consumidor. Ou seja, a livre iniciativa econômica referente às operadoras de assistência à saúde privada limita-se, constitucionalmente, no mandamento de proteção do consumidor.

Frise-se, então, que o Código de Defesa do Consumidor é de origem constitucional, ou seja, direito fundamental de todo cidadão, ou como melhor conceitua Cláudia Lima Marques e Cristiano Heineck Schmitt (2007; p.29) é privilégio, projeção do espírito humano, para todos os cidadãos, brasileiros e estrangeiros aqui residentes.

Em seu texto, o CDC identifica que seu objetivo é a proteção ao consumidor, logo, constitui-se como uma norma de ordem pública e interesse social geral, não regulando contratos específicos, mas elaborando normas de conduta gerais que estabelecem princípios a serem obedecidos em toda relação de consumo.

Já a Lei 9.656/98 é legislação especial e posterior a vigência do CDC, esse de 1990 e aquela de 1998, específica apenas para a saúde suplementar, sendo assim, não revoga tacitamente o Código de Defesa de Consumidor, não podendo suprimir ou anular qualquer direito trazido ao consumidor pelo próprio CDC.

Há certos cenários em que a lei especial pode prevalecer no momento da aplicação, sobre a lei geral mais antiga. Nesses casos, ambas as leis aplicam-se ao caso concreto, porém, caso há incompatibilidade entre elas, a lei especial posterior prevalecerá sobre a lei mais antiga, no entanto, sempre prezando pela proteção do consumidor, ou seja, respeito o expresso no art. 7º do CDC, que autoriza a aplicação de leis e tratados que visem dar ao consumidor maior proteção.

Sendo assim, é importante observar e analisar a incompatibilidade entre os dois diplomas legais. Pois, mesmo que CDC seja uma norma específica, qual seja, relação de consumo, deve-se observar se a lei nova é mais específica ainda. Caso positivo, há certa incompatibilidade perante as duas leis, tendendo, então, a ser afastada a aplicação do CDC em prol da aplicação da lei nova.

A Lei 9.656/98 e o CDC, de toda forma, não apresentam nenhuma incompatibilidade entre eles, visto que ambas apresentam uma ideia em comum, qual seja, a proteção do consumidor

Porém, existem exemplos em que há certos conflitos perante as duas normas. Como exemplo, tem-se o disposto no artigo 51, IV do CDC abaixo:

“Art. 51 São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.”

A jurisprudência brasileira interpreta, baseando seu posicionamento no artigo acima, como abusivas certas questões autorizadas na lei 9.656/98, como por exemplo, o aumento das mensalidades em razão da mudança de faixa etária após os 60 anos de idade, presentes nos contratos de planos de saúde.

Conforme visto anteriormente em capítulos anteriores, a Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde determina em seu art. 15 que a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos de saúde, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer nos casos previstos contratualmente e conforme normas expedidas pela ANS. Atualmente, a Resolução nº 6 do CONSU, em seu artigo 1º, permite 7 faixas etárias possíveis de aumento da mensalidade.

“Art. 1 Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados a assistência à saúde, observando-se as 07 (sete) faixas etárias discriminadas abaixo:

- I - 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade;
- II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;
- III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
- IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
- V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;
- VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
- VII- 70 (setenta) anos de idade ou mais..”

Apenas após a criação do Estatuto de Idoso, Lei 10.741, de 01 de outubro de 2023, que ocorreu a proibição do aumento da mensalidade para pessoas com 60 anos ou mais, vide um dos seus dispositivos que exclama que “é vedada a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade” (Art. 15, §3º). Com isso, as operadoras dos planos retiraram de seus contratos as duas últimas faixas permitidas pela Resolução exposta acima e fizesse com que o valor de aumento fosse redistribuído nas outras faixas.

Observando o caso elucidado acima, é possível verificar que a Lei 9656/98 pode conter lacunas em seus artigos, permitindo ações por parte das operadoras privadas de saúde que

trazem prejuízos ao consumidor, ferindo os princípios do CDC, como demonstrado na fala de Daniela Barcellos:

“O que se verifica na prática é que esta norma tem que se mostrado bastante ineficaz, pois, além de esta regra não colaborar para a baixa de preços ou mantê-los em nível constante, ela abacou por colanorar para o aumento ainda maior dos planos desde a primeira faixa etária (BARCELLOS, 2012, p. 260).”

De toda forma, em regra, a Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde anda em consonância ao Código de Defesa do Consumidor. Podendo-se afirmar, então, que há certa identidade entre o CDC e a Lei 9.656/98, pois aquele contempla a proteção e a defesa dos interesses do consumidor em geral, e a Lei 9.656/98 controla as operadoras de saúde suplementar, ao mesmo passo em que tem como objetivo defender os interesses dos clientes dos planos de saúde, que configuram-se, também, como consumidores.

Nos casos de ineficiência da Lei 9656/98, dar-se uso do CDC para suprir possíveis lacunas e contradições, como no exemplo do julgado abaixo, em que o Relator Ministro Moura Ribeiro entendeu que o CDC deve incidir de forma complementar à Lei 9656/98.

“CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CDC. INCIDÊNCIA. APLICAÇÃO COMPLEMENTAR. NORMA PRINCIPOLÓGICA. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. EXEMPLIFICATIVO. INTERNAÇÃO DOMICILIAR. EXCLUDENTE DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA Nº 568 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Aplica-se o NCPC a este recurso ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.
2. Embora o art. 35-G da Lei nº 9.656/98 dispõe ser subsidiária a aplicação do CDC a contratos celebrados com operadoras de plano de saúde, o diploma consumerista é norma principiológica e que radica da Constituição, incidindo de forma complementar, em diálogo das fontes, notadamente diante da natureza de adesão do contrato e do teor da Súmula nº 608 do STJ.
3. A ausência de determinado procedimento no rol da ANS não justifica a exclusão de cobertura para enfermidade coberta pelo plano, em face de sua natureza exemplificativa, não se exigindo do consumidor a ciência acerca de todos os milhares de procedimentos listados e dos não listados. Precedente.
4. As Turmas que compõem a Segunda Seção são uníssonas no sentido de que é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde excludente de cobertura para internação domiciliar (home care).
5. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.
6. Agravo interno não provido. (STJ, AgInt no AREsp 1759394 SP 2020/0238571-5,

Relator Ministro Moura Ribeiro, Julgado em 22/06/2021)

Logo, pode-se verificar que a aplicação do CDC dar-se em todos os casos em que haja a contratação de um serviço, incluindo-se os contratos de planos de saúde. A lei consumerista cabe para sanar demandas em que o objeto seja “planos de saúde”, sejam eles anteriores ou posteriores à publicação da Lei 9.656/98. Já com relação apenas aos contratos de planos de saúde com vigência posterior a publicação da lei 9.656/98 há uma aplicação cumulativa dessa lei com o Código de Defesa do Consumidor.

DISCUSSÕES NA JURISPRUDÊNCIA SOBRE OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

No presente capítulo, observam-se discussões presente na jurisprudência do judiciário brasileiro, apenas para demonstração da aplicação dos diplomas legais elencados acima. Aplicação da Lei 9.656/98 aos contratos firmados antes da sua vigência, além do reconhecimento ou não da cláusula que determina os prazos de carência presentes nos contratos das operadoras de plano de saúde e o entendimento no que versa sobre o reajuste das prestações pecuniárias dos planos coletivos.

Primeiramente, sabe-se que a Lei 9.656/98 contempla apenas os contratos privados de assistência à saúde com vigência posterior a janeiro de 1999 e/ou aqueles que optaram por migrar voluntariamente para a nova lei. Em nossos julgados, essa posição é defendida com argumento que caso haja a contemplação retroativa aos contratos anteriores à lei de planos de saúde, estar-se-ia ferindo a garantia constitucional presente no artigo 5º, inciso XXXVI, de nossa Carta Magna, qual seja o direito adquirido e o ato jurídico perfeito:

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada.”

Na jurisprudência pátria, observa-se vários julgados nos tribunais regionais de acordo com o posicionamento do STF no julgamento da ADI-MC n º 1931/DF, que declara a aplicação da Lei 9.656/98 para contratos anteriores à sua publicação como sendo inconstitucional.

“AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI ORDINÁRIA 9656/98. PLANOS DE SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. MEDIDA PROVISÓRIA 1730/98. PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE ATIVA. INEXISTÊNCIA. AÇÃO CONHECIDA. INCONSTITUCIONALIDADES FORMAIS E OBSERVÂNCIA DO DEVIDO PROCESSO LEGAL. OFENSA AO DIREITO ADQUIRIDO E AO ATO JURÍDICO PERFEITO. 1. Propositura da ação. Legitimidade. Não depende de autorização específica dos filiados a propositura de ação direta de inconstitucionalidade. Preenchimento dos requisitos necessários. 2. Alegação genérica de existência de vício formal das normas impugnadas. Conhecimento. Impossibilidade. 3. Inconstitucionalidade formal quanto à autorização, ao funcionamento e ao órgão fiscalizador das empresas operadoras de

planos de saúde. Alterações introduzidas pela última edição da Medida Provisória 1908-18/99. Modificação da natureza jurídica das empresas. Lei regulamentadora. Possibilidade. Observância do disposto no artigo 197 da Constituição Federal. 4. Prestação de serviço médico pela rede do SUS e instituições conveniadas, em virtude da impossibilidade de atendimento pela operadora de Plano de Saúde. Ressarcimento à Administração Pública mediante condições preestabelecidas em resoluções internas da Câmara de Saúde Complementar. Ofensa ao devido processo legal. Alegação improcedente. Norma programática pertinente à realização de políticas públicas. Conveniência da manutenção da vigência da norma impugnada. 5. Violação ao direito adquirido e ao ato jurídico perfeito. Pedido de inconstitucionalidade do artigo 35, caput e parágrafos 1o e 2o, da Medida Provisória 1730-7/98. Ação não conhecida tendo em vista as substanciais alterações neles promovida pela medida provisória superveniente. 6. Artigo 35-G, caput, incisos I a IV, parágrafos 1o, incisos I a V, e 2o, com a nova versão dada pela Medida Provisória 1908-18/99. Incidência da norma sobre cláusulas contratuais preexistentes, firmadas sob a égide do regime legal anterior. Ofensa aos princípios do direito adquirido e do ato jurídico perfeito. Ação conhecida, para suspender-lhes a eficácia até decisão final da ação. 7. Medida cautelar deferida, em parte, no que tange à suscitada violação ao artigo 5o, XXXVI, da Constituição, quanto ao artigo 35-G, hoje, renumerado como artigo 35-E pela Medida Provisória 1908-18, de 24 de setembro de 1999; ação conhecida, em parte, quanto ao pedido de inconstitucionalidade do § 2o do artigo 10 da Lei 9656/1998, com a redação dada pela Medida Provisória 1908-18/1999, para suspender a eficácia apenas da expressão "atuais e". Suspensão da eficácia do artigo 35-E (redação dada pela MP 2177-44/2001) e da expressão "artigo 35-E", contida no artigo 3o da Medida Provisória 1908-18/99." (STJ, Resp 1569684 SP 2015/0285988-7, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Julgado em 20/10/2023).

Portanto, é pacífico o entendimento de que a Lei 9656/98 possui efeito apenas sob os contratos celebrados após sua publicação. Nos casos em que não há a incidência da Lei de Planos de Saúde Privados, deve ser considerado o Código de Defesa do Consumidor como base para a solução das divergências, como por exemplo elucidado no julgado abaixo, do Superior Tribunal Federal, em que a ministra Ministra Nancy Andrighi, acompanhando o entendimento de primeiro e segundo grau, julgou abusiva a prática da operadora de saúde que negou medicamento ao segurado que possui plano com base no contrato antigo, alegando falta de cobertura contratual.

“PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE CONHECIMENTO. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. CONTRATO ANTIGO E NÃO ADAPTADO. LEI 9.656/1998. IRRETROATIVIDADE. APLICAÇÃO DO CDC. MEDICAMENTO. RECUSA INDEVIDA.

1. A jurisprudência desta Corte firmou-se no sentido de que embora não se aplique as disposições da Lei 9.656/98 aos contratos celebrados antes de sua vigência e não adaptados, a análise de eventual abusividade pode ser aferida à luz do Código de Defesa do Consumidor. Precedentes.

2. Considera-se abusiva a negativa de cobertura pela operadora de plano de saúde de procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no contrato. Precedentes.

3. Agravo interno não provido.

Ação: de conhecimento cumulada com indenização por danos materiais e morais, ajuizada por DURVALINO DOS SANTOS TEIXEIRA em face de CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO, alegando a recusa indevida de procedimento

intravítrea de Anti-VEGF, sob o argumento de que não teria cobertura contratual. Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos para condenar o CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO ao ressarcimento das despesas médicas, no valor de R\$ 17.100,00 (dezesete mil e cem reais). Acórdão: o TJ/SP negou provimento à apelação interposta por CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO, nos termos da seguinte ementa: PLANO DE SAÚDE - Negativa de cobertura de injeções intravítrea de Anti-VEGF -Aplicação da Lei 9.656/98, mesmo tratando-se de contrato celebrado antes de sua vigência - Incidência do Código de Defesa do Consumidor - Medicamento necessário ao tratamento da moléstia que acomete o paciente - Restrição contratual alegada -Inadmissibilidade - Sentença mantida - Recurso desprovido. Embargos de declaração: opostos por CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO, foram rejeitados. Recurso especial: interposto por CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO, alega violação dos arts. 35 da Lei 9.656/1998; 3º da Lei 10.850/2004; 6 da LINDB; 54, § 4º, do CDC e 757 do CC/2002. Sustenta, em síntese, que a Lei 9.656/98 é inaplicável aos contratos celebrados antes de sua vigência e não adaptados, como na hipótese dos autos. Defende, ainda, a inexistência de relação de consumo ou, se assim não se entender, a legalidade das cláusulas restritivas em contratos de adesão. Aponta, por fim, a existência da Recomendação CNJ nº 36/2011. Decisão monocrática: conheceu e negou provimento ao recurso especial interposto pela agravante. Agravo interno: o agravante alega que houve violação aos arts. 35 da Lei 9.656/98; 3º da Lei 10.850/04; 6º da LINDB; 757 do CC e 54, § 4º, do CDC, bem como afirma que a decisão agravada está equivocada. (SJT, AgInt no REsp 1954974 SP 2021/0265933-9, Relatora Min. Ministra Nancy Andriighi, SJT, Julgado em 16/11/2021).

Ademais, um dos principais motivos de demandas judiciais com relação a planos de saúde, versa sobre a obediência ou não das cláusulas presentes nos contratos que determinam um prazo de carência para determinados procedimentos. Ou seja, o consumidor efetuando o pagamento da mensalidade do plano de saúde sem que possa realizar os procedimentos delimitados nessas cláusulas até o fim daquele prazo determinado.

Os prazos de carência determinados nos contratos de plano de saúde devem estar expressos elucidativamente, bem como não devem estar em desconformidade com os prazos elencados e permitidos pela Lei 9.656/98, mais precisamente em seu artigo 12, V, com início da contagem a partir da vigência do contrato firmado.

“Art. 12 São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

“V- quando fixar períodos de carência:

- a) Prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) Prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

Prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;”

A legislação referente aos planos de saúde indica que prazo de carência contratual para os casos que demandem atendimentos de urgência ou emergência a qualquer tempo é de 24

horas após o início da vigência do contrato. A título de curiosidade, urgência caracteriza-se pela necessidade de atendimento ao indivíduo que não pode ser adiado, tendo em vista a possibilidade de risco de morte, em razão de um acidente pessoal, geralmente provocado por circunstâncias estranhas e externas ao corpo humano, além de complicações no parto, como por exemplo, o parto prematuro ou aborto. Já a emergência caracteriza-se por um perigo imediato, com a possibilidade de lesões sérias permanentes ou até mesmo a morte ao indivíduo, devendo o mesmo receber cuidados e atendimento imediatamente.

Sendo assim, caso o indivíduo necessite de atendimento ambulatorial em razão de urgência ou emergência, a Lei 9.656/98, mais precisamente alínea c, do inciso V do seu artigo 12, garante, após as primeiras 24 horas de vigência do contrato, a realização do mesmo, durante as primeiras 12 horas, assim como é garantido ao usuário do plano de saúde a remoção em uma ambulância para uma unidade de saúde ou do SUS, caso necessite de internação, quando nesse momento encerra-se a cobertura da operadora, em razão do período de carência para internação presente no mesmo artigo. Com isso, o indivíduo que necessite permanecer internado na unidade de atendimento, arcará com os custos decorrentes desta internação e demais procedimentos por conta própria, tendo em vista o não cumprimento do prazo de carência.

Entretanto, há certos julgados, como por exemplo, o transcrito abaixo do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, que entende que o prazo de 24 horas apenas para atendimentos ambulatoriais em caráter de urgência ou emergência deve estender-se para os demais procedimentos subsequentes. No presente julgado observa-se a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, como proteção ao consumidor para basear tal entendimento.

“APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO DE SEGURADA, CRIANÇA DE TRÊS MESES DE IDADE. Narra a Autora que necessita de internação de urgência em UTI para tratamento, em razão de queda que sofreu junto com sua genitora, encontrando-se em risco de vida, negando-se a Ré a autorizar a internação no Hospital e Clínica São Gonçalo, sob alegação de que não foi alcançado o prazo de carência contratual. Sentença que julgou procedente o pedido para confirmar a decisão que antecipou os efeitos da tutela, determinando que a Ré autorize a internação de emergência da Autora na UTI do Hospital indicado na inicial, arcando com todas as despesas atinentes ao tratamento do qual a Autora necessite, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00. Recurso da Seguradora renovando os fundamentos elencados na Contestação no sentido de que a cláusula contratual que prevê a exclusão de alguns riscos está de acordo com a Lei que regula a matéria, afirmando ser lícita a possibilidade de que determinados riscos não sejam cobertos no contrato é inerente ao próprio instituto do seguro, não se configurando abusividade, já que não houve qualquer vantagem para a Seguradora. A despeito do afirmado pela Apelante, em se tratando de internações de emergência ou urgência, a Lei nº 9.656/98, que regula os

planos de saúde, prevê no seu artigo 12, V, o prazo máximo de carência de 24 horas, como o da presente hipótese, devendo a cobertura ser ampla para garantir o bem maior que é a vida e saúde da paciente. Inaplicabilidade de cláusulas contratuais para limitar a cobertura de plano de saúde diante de casos graves, como na hipótese, sobpena de afronta à Lei nº 9.656/98. No caso em apreço, em que uma criança de apenas três meses corria risco de vida, tendo sido diagnosticado pelos profissionais médicos a necessidade urgente de internação para tratamento, não cabe à seguradora decidir pela internação. O Código de Defesa do Consumidor impede qualquer obrigação considerada abusiva e que coloque o consumidor em desvantagem exagerada ou seja incompatível com a boa-fé e a equidade, consoante o artigo 51, IV. DESPROVIMENTO DO RECURSO.” (TJRJ, Decima Oitava Câmara Cível, Processo 0119539-11.2007.8.19.0001, Apelação Cível 2008.001.36284, Relatora Des. Leila Albuquerque, Julgado em 12/08/2008).

E, ainda, a jurisprudência também apresenta posições que vão de encontro ao entendimento acima, considerando como plenamente cabível e razoável a aplicação da cláusula da carência contratual, conforme a decisão abaixo:

CIVIL E PROCESSUAL. ACÓRDÃO ESTADUAL. NULIDADE NÃO CONFIGURADA. **PLANO DE SAÚDE**. CARÊNCIA. TRATAMENTO DE URGÊNCIA. RECUSA. ABUSIVIDADE. CDC, ART. 51, I.

I. Não há nulidade do acórdão estadual que traz razões essenciais ao deslinde da controvérsia, apenas por conter conclusão adversa ao interesse dos autores.

II. Irrelevante a argumentação do especial acerca da natureza jurídica da instituição-ré, se esta circunstância não constituiu fundamento da decisão.

III. Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócua o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida.

Recurso especial conhecido em parte e provido.” (grifei) “(STJ, REsp 466667 SP 2002/0114103-4, Relator Ministro Aldir Passarinho Junior, Julgado em 27/11/2007)

Verifica-se, portanto, que não há ainda entendimento consolidado nos tribunais acerca da possibilidade de inclusão de prazo para carência, devendo ser analisado caso por caso, bem como a necessidade de tratamento de acordo com a situação do paciente/segurado.

Ao que diz respeito sobre o reajuste de planos de saúde coletivo existe um movimento nos Tribunais de que mesmo que os índices de reajustes dos contratos coletivos não sejam definidos pela ANS, quando implicado acima do que foi determinado pela Agência, as operadoras teriam como obrigação justificar o aumento. Em regra, como visto anteriormente, os reajustes definidos pela ANS reverberam apenas sobre os planos individuais e familiares. Sendo assim, não recairia sobre os de contratação coletiva os índices determinados pela agência reguladora de saúde suplementar.

No entanto, existe o entendimento nos Tribunais no sentido de que ao ser verificado abusividade do reajuste do prêmio dos contratos coletivos de adesão, provocando o desequilíbrio contratual, deve o mesmo ser anulado e adotado a aplicação do reajuste prescrito pela ANS para os planos individuais, vide Apelação 0533312-62.2018.8.05.0001, abaixo, julgada pela Ministra Marielza Maués Pinheiros Lima.

“APELAÇÃO. AÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. AUMENTO EXCESSIVO. INDICES DA ANS. PRESCRIÇÃO TRIENAL. INAPLICABILIDADE. CLÁUSULA DE REAJUSTE COM BASE EM SINISTRALIDADE E VCMH. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO DESEQUILÍBRIO CONTRATUAL ALEGADO. AUMENTO UNILATERAL ABUSIVO. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. Deste modo, é possível a majoração da mensalidade dos planos de saúde coletivos em razão da VCMH ou de sinistralidade, a fim de se manter o equilíbrio contratual, desde que **cláusula contratual aponte, de modo claro e inteligível, os critérios considerados para fins de apuração do percentual do reajuste e que este se dê com base em provas dos aumentos dos custos.** Cabe à seguradora demonstrar o aumento dos preços - ou da utilização - que gerou desequilíbrio do contrato, por meio de cálculo atuarial, e, com isso, a matemática do reajuste das mensalidades por ela pretendido, de modo a não se revelar abusivo, o que não ocorreu no presente caso. É incabível a cobrança de diferenças de reajuste unilateral sob a alegação manutenção de equilíbrio financeiro se o excesso não ficou devidamente comprovado nos autos. O fato de a Agência Nacional de Saúde (ANS) não fixar índices para reajuste das mensalidades dos planos de saúde coletivos não autoriza a operadora a impor ao usuário **reajuste exorbitante**, por força do princípio da boa-fé objetiva que deve nortear as ações dos partícipes das relações contratuais em geral. Nessas circunstâncias, entendo que a sentença guerreada deve ser reformada em parte, visto que trouxe a Apelante argumentos capazes de invalidar relativamente o entendimento preconizado no decisum hostilizado. Pelo exposto, voto no sentido de CONHECER E DAR PARCIAL PROVIMENTO ao recurso interposto, reformando em parte a sentença objurgada para reconhecer a nulidade dos reajustes aplicados pela Apelada, a partir do ano de 2011 até a presente data, substituindo-os pelos índices autorizados pela ANS para os planos individuais.” (TJBA. APELAÇÃO 0533312-62.2018.8.05.0001. RELATORA MARIELZA MAUES PINHEIRO LIMA. PUBLICAÇÃO 18/08/2021)

Importante frisar, que a jurisprudência é unânime na consideração de que não é abusiva as cláusulas contratuais que prevêm a possibilidade de reajuste dos planos. Ao magistrado, cabe apenas a análise se no caso concreto houve prática abusiva ou não por parte das operadoras. No julgado abaixo realizado pelo Ministro Raul Araújo do Agravo Interno no Recurso Especial 1924147 SP 2021/0054359-8, de 21/06/2021, por exemplo, não foi identificada prática abusiva e os reajustes de acordo com o contrato foi mantido.

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE POR AUMENTO DE SINISTRALIDADE. ÍNDOLE ABUSIVA NÃO DEMONSTRADA NO CASO. REEXAME PROBATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. ÍNDICES ESTABELECIDOS PELA ANS. INAPLICABILIDADE AOS CONTRATOS COLETIVOS. CONSONÂNCIA DO ACÓRDÃO RECORRIDO COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. A jurisprudência desta Corte é no sentido de que não é abusiva a cláusula que prevê a possibilidade de reajuste do plano de saúde, seja por variação de custos ou por aumento de sinistralidade. Precedentes. 2. Na hipótese, o Tribunal de origem afastou a índole abusiva do reajuste por sinistralidade do valor da mensalidade do plano de saúde coletivo, sendo inviável a modificação de tal entendimento, em razão da incidência das Súmulas 5 e 7 do STJ. 3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, no plano coletivo empresarial, o reajuste anual é apenas acompanhado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, para fins de monitoramento da evolução dos preços e de prevenção de abusos, prescindindo, entretanto, de sua prévia autorização. 4. O entendimento adotado pelo acórdão recorrido coincide com a jurisprudência assente desta Corte Superior, circunstância que atrai a incidência da Súmula 83/STJ. 5. Agravo interno a que se nega provimento.” (Agint No Aresp 1400251/Sp, Relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, Julgado em 07/12/2020, Dje 01/02/2021)

Verifica-se, portanto, que o que determina a abusividade das cláusulas são os reajustes que não possuam qualquer previsibilidade e clareza contratual, transformando o contrato em uma relação extremamente onerosa ao beneficiário, em ele se encontra em posição extramamente desvantajosa. Independente do contrato coletivo de adesão não estar submetido ao regulamentado pela ANS, deve sempre ser observado as demais normas, em especial atenção ao CDC para evitar que os direitos do Consumidor sejam feridos. Como dito pela Ministra Marielza Maués Pinheiros Lima, no julgado da Apelação n.º 0533312-62.2018.8.05.0001:

“O fato de a Agência Nacional de Saúde (ANS) não fixar índices para reajuste das mensalidades dos planos de saúde coletivos não autoriza a operadora a impor ao usuário reajuste exorbitante, por força do princípio da boa-fé objetiva que deve nortear as ações dos partícipes das relações contratuais em geral.” (TJBA. APELAÇÃO 0533312-62.2018.8.05.0001. RELATORA MARIELZA MAUES PINHEIRO LIMA. PUBLICAÇÃO 18/08/2021)

CONCLUSÃO

Neste trabalho fora traçada o caminho para a regulação do sistema de saúde suplementar no país, com menção a promulgação de nossa Constituição de 1988, em que foi instituído o sistema da saúde suplementar no Brasil, com a intenção de auxiliar a saúde garantida pelo Estado a todos os cidadãos.

Entretanto, considerando todo o exposto no presente trabalho, a criação do sistema de saúde suplementar não foi apenas com o intuito de auxiliar a saúde pública brasileira, mas também uma tentativa do Estado em substituir a precária saúde pública brasileira, tendo em vista à frágil situação desta.

Menciona-se o período em que o sistema de saúde oferecido pelas operadoras ficara sem uma legislação que a regule e limite em alguns aspectos. Tendo em vista tratar-se de um período obscuro legislativamente para a saúde suplementar no Brasil, eram comuns práticas abusivas por parte das operadoras de plano de saúde, pois, sem uma lei que limitasse seu campo de atuação, praticavam abusos para com o indivíduo, com a implementação de cláusulas abusivas, tais como a cláusula que permite reajustes absurdos na mensalidade de seus usuários tendo em vista a alteração de faixa etária, bem como a negativa de procedimentos solicitados pelos seus clientes.

Nesta esteira, o presente artigo mencionou a criação da Lei 9.656/98, com o intuito de terminar com a obscuridade que caracterizava o sistema da saúde privada no Brasil, fiscalizando a saúde suplementar em todos os sentidos, afim de, com a existência de uma nova legislação restritiva, fiscalizadora, e específica para o tema, encerrar as práticas abusivas realizadas pelas operadoras.

Até aquele momento, a fiscalização da saúde suplementar no Brasil, bem como de suas operadoras, cabia a SUSEP e ao CONSU, de acordo com o tipo contratual, os seguros de saúde eram regulados pela SUSEP, enquanto os planos pelo CONSU. Então, um plano privado de assistência à saúde se fosse na modalidade de reembolso, era regulado na SUSEP, pois era considerado seguro. Se não, era regulado pelo CONSU. Porém, A SUSEP era responsável não só por esse sistema, mas também por diversos tipos de seguros. Com a constante evolução da lei regulamentadora da saúde particular no Brasil, a SUSEP sobrecarregou-se de certa maneira,

que aquela fiscalização passou a ficar defasada. Para mais, a divisão de funções entre os dois órgãos não permitia uma coordenação da fiscalização e regulamentação, ocasionando em mais desorganização do que solução dos problemas.

Além disso, com o passar do tempo, o mercado de planos de saúde passou a crescer, proporcionalmente a evolução econômica em nossos tempos. Sendo assim, com a intenção de desafogar a sobrecarregada SUSEP, fora criada a Lei 9.961/2000, lei essa responsável pela criação da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, para regulamentar, normatizar e fiscalizar todo o ramo da saúde suplementar no Brasil, além de aplicar sanções nas operadoras que cometessem atos abusivos contra seus usuários.

O serviço da saúde suplementar é adquirida pelo consumidor através de um contrato, sendo assim, a presente monografia analisou um dos principais institutos quando fala-se em contratos, quais sejam, os princípios. Foi abordado os princípios que regem os contratos de adesão em geral, por tratar-se os contratos de saúde suplementar como um exemplo desses.

Mais adiante, analisou-se a como a Constituição estabelece em seus princípios a necessidade de se legislar, para organizar e até certo ponto proteger as relações sociais, sejam elas de que natureza forem, autorizando a elaboração de legislação infraconstitucional com o intuito de ajudar a normatização dessas relações que no caso do presente trabalho, foca-se nas relações de consumo, principalmente quando o serviço contratado é a saúde suplementar com a criação do Código de Defesa do Consumidor – CDC e a Lei 9.656/98.

Em síntese, no presente trabalho, analisou-se a aplicação dos diplomas legais citados acima, sobre em que momento os mesmos são condizentes com o caso concreto, com a indicação de jurisprudência que demonstraram a posição dos Tribunais, no caso de conflito entre as duas normas, ou até a aplicação conjunta das mesmas.

Destarte, diante do que foi exposto na presente monografia, conclui-se que a Saúde Suplementar no Brasil fora criada pelo Estado com o intuito de auxiliar e substituir o precário sistema de saúde pública brasileiro, o SUS, como um meio para garantir, de certa forma, saúde para seus cidadãos.

Com a criação da saúde suplementar no Brasil, porém sem uma legislação específica para

controlar e fiscalizar as empresas responsáveis pelo oferecimento desse sistema de saúde, o que viu-se foi um grande número de ações abusivas por parte dessas empresas, que valiam-se da falta de fiscalização pelo Estado.

Observa-se que ocorreu uma evolução na legislação com o intuito de se limitar o poder dessas empresas e conseqüentemente proteger e trazer mais benefícios para os consumidores, principalmente com a criação do CDC e Lei 9.656/98.

Analisou-se a criação, bem como o campo de atuação do CDC, concluindo-se que o campo de aplicação deste é mais amplo e genérico, estabelecendo normas e limites para todos os tipos de contratos de consumo. Com relação à Lei 9.656/98, observou-se que seu campo legislativo é apenas os contratos definidos em seu artigo 1º, qual sejam, os contratos de planos privados de saúde.

Entendeu-se que todos os contratos de Planos Privados de Assistência à Saúde são contratos de consumo, uma vez que trata-se de um contrato em que um consumidor adquire um serviço de um fornecedor, representado pela operadoras, e que por trata-se de um relação de consumo, são regulados tanto pelo CDC, quanto pela Lei 9656/98, inclusive, em alguns momentos, simultaneamente.

Ou seja, mesmo que a Lei 9.656/98 verse sobre os planos de saúde, sua atuação em demandas, cujo objeto seja esse, não limita à aplicação do CDC a esta situação. Há casos em que os contratos de planos de saúde anteriores à criação da lei 9.656/98 exigem a aplicação, apenas, do CDC, como também em casos que os contratos pós-lei demandem a aplicação somente desse diploma legal, como também do CDC, visto que a intenção de ambas as leis é a proteção ao consumidor, seja esse consumidor de um modo geral, seja ele de planos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELOS, Daniela. A regulação da saúde suplementar: avanços e limites perante o usuário de plano de saúde. Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde suplementar. Disponível em <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: abril de 2023

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.congresso.gov.br>. Acesso em: abril de 2023

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: abril de 2023.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: abril de 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Disponível em: <http://www.stj.jus.br>. Acesso em: maio de 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.tjrj.jus.br/>. Acesso em: maio de 2023.

FACHIN, Melina Girardi e Umberto Paulini. Diálogos sobre direito Civil – volume II – p. 196; 197.

GREGORI, Maria Stella. Planos de Saúde, A ótica de proteção do consumidor. São Paulo: RT, 2007; p. 141-142.

MARQUES, Cláudia Lima et. al. Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde. 1ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 22- 36.

MARQUES, Cláudia Lima e Cristiano Heineck Schmitt. Visões Sobre os Planos de Saúde Privada e o Código de Defesa do Consumidor, 2007. Disponível em

<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/24753-24755-1-PB.pdf>.

Acesso em: maio de 2023.

MELO NETO, Gonçalo Ribeiro de. Práticas abusivas nos contratos de plano de saúde e atuação do Ministério Público. Conteúdo Jurídico, Brasília: 10 out. 2010. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.29238&seo=1>. Acesso em: maio de 2023.

MONTONE, Januario. Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). - Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans4.pdf. Acesso em: abril 2023.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. Iniciativa Privada e Saúde - Estudos Avançados. 13ª Ed., 1999.

RIBEIRO, Joaquim de Sousa. Direito dos Contratos – Estudos. Coimbra Editora, 2007.

SCHULMAN, Gabriel. Planos de Saúde – Saúde e Contrato na Contemporaneidade. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 18ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

SUS (BR). 2. Planos Governamentais de Saúde. I. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. II. Título.