

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO**

Carlos Henrique Castello Branco Fittipaldi

**O REAJUSTE DE MENSALIDADE DE PLANO DE SAÚDE FUNDADO NA  
MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA DO BENEFICIÁRIO**

Rio de Janeiro

2017

Carlos Henrique Castello Branco Fittipaldi

**O REAJUSTE DE MENSALIDADE DE PLANO DE SAÚDE FUNDADO NA  
MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA DO BENEFICIÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Professor Leonardo de Andrade Mattietto.

Rio de Janeiro

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Optar pelo Direito como o ramo do conhecimento que trilharia toda minha vida daquele momento em diante não parecia uma opção desafiadora.

A bem da verdade, era mais correto dizer que se aproximava de uma opção lógica, natural, e, por conseguinte, a mais adequada a um aluno que sempre foi voltado à área de humanas e que possuía o mínimo de interesse, e curiosidade, pela área (esta última essencial, visto o exíguo contato que temos com o ramo durante os anos que precedem a faculdade).

A realidade sucumbe, de fato, somente quando adentramos no primeiro dia à faculdade e ousamos desbravar nossos primeiros passos no mundo que é o Direito.

Os percalços começam quando já estamos imersos, às escuras, dentro de um mundo inimaginavelmente vasto, amplo, aterrorizante, cativante, chamativo, curioso, indescritível, por si só, em uma única palavra, que é estar em uma faculdade de Direito - ou mais, ser um estudante de Direito.

Por vezes, a vontade de desistir se avoluma, diante de livros e mais livros, artigos, papéis que caem sobre nossos jovens colos, quando em casos como o meu, especificamente, são os de ainda um jovem que nem sequer alcançou a maioria (tampouco a maturidade) no inocente e desprezioso ato de matricular-se, e lá está iniciando o desafiador enfrentamento de uma longa caminhada que se faz necessário para alcançar o objetivo de conquistar o grau de bacharel em Direito.

São anos de estágio forense, matérias obrigatórias, seminários, horas de atividades complementares, estudos paralelos para provas como a da Ordem dos Advogados, livros e mais livros, cadernos, resumos, família, deveres e afazeres que se acumulam e vão, juntos, formando uma massa de tarefas que moldam a vida em prol daquela meta, esculpindo o já deixado para trás “calouro”, que de agora em diante começará a desbravar as responsabilidades atinentes à torna-lo, ao cabo de 5 anos, em um profissional da área do Direito.

Repetimos, ao longo de toda a faculdade, o quão distante esse objetivo parece sempre estar. Ainda estamos na metade.... Ainda faltam dois anos.... Resta ainda um

ano inteiro... E, de repente, ao olhar para trás, contempla todo o caminho que trilhou naqueles cinco anos, sedimentado, e se vislumbra digitando os agradecimentos em seu trabalho de conclusão de curso, já nos últimos suspiros do longo caminho que, enfim, chega ao seu final.

Mas seria o final? O final, na verdade, ainda é intangível, inalcançável, e não cabe aqui sobre ele discorrer. A respeito do fim de um ciclo importantíssimo que é a faculdade, este sim, aqui cabe esposarmos os agradecimentos a todos que puderam me ajudar a estar aqui, agora, o escrevendo.

Primeiramente, aos meus pais, Antonio Carlos Fittipaldi e Evanete Marques Castello Branco Barreto, todo amor do mundo a vocês que sempre me apoiaram, me educaram, incentivaram, me deram conselhos, remediaram minhas preocupações, afagaram minhas lágrimas e, acima de tudo, sempre me deram todo o amor que um filho neste mundo pode sonhar em ter. Sem vocês ao meu lado, eu nada seria.

Eu gosto tanto de você, meu pai, que até prefiro esconder. Deixe assim ficar subentendido, como já dizia a letra de Lulu Santos, que sempre foi, e sempre será, a música que nos define como pai e filho. Obrigado pelos sacrifícios que já fez por mim, pelas decisões que me ajudou a tomar, pela voz da razão que sempre desempenhou em mim. Te amo!

Minha mãe, minha guerreira, minha maior admiração, para quem eu sempre olhei e sempre olharei para me servir de referência quando as adversidades da vida parecerem insuperáveis, quem me põe para cima, quem olha por trás dos meus olhos e compreende as virtudes e defeitos da minha alma sem que eu mesmo o seja capaz. Obrigado por ser a minha fonte de inspiração, minha heroína, meu reflexo. Você, desde o ventre, será sempre a pessoa a ocupar o espaço cativo no meu coração. Te amo!

Ao meu segundo pai, Elias Barreto dos Santos, obrigado por ser meu vigia, estar sempre do meu lado e ao lado de minha mãe, nos amando, ensinando, e sendo o melhor que eu jamais poderia imaginar ter em minha vida. Obrigado.

À minha doce avó, Leda Marques Castello Branco, que de mim sempre cuidou tal qual uma mãe: seu “doutorzinho” te ama de igual modo. Seu amor, do jeito mais

puro, sem máculas, é a raiz de toda a existência de nossa família. Agradeço, ainda, em menção especial, a minha falecida avó, com quem convivi e amei imensamente durante minha infância, Maria Annunziata Policano Fittipaldi, e aos meus avós, que infelizmente não pude conhecer, mas que estarão sempre em meu coração e materializados nas histórias que ouço sobre vocês, Erivan Marques Castello Branco e Antonio Fittipaldi: O legado de vocês vive em mim, e estarão sempre eternizados em meu corpo e alma. Obrigado.

Aos membros de minha imensa, calorosa e apaixonante família: um obrigado especial a cada um dos meus tios e tias, padrinho e madrinha, primos e primas. Vocês também são igualmente responsáveis por me permitir realizar o sonho que hoje concretizo.

A Santo Agostinho, patrono do colégio onde cresci e me formei, obrigado! *Caritas et Scientia* sempre estará eternizado em meu coração e na minha vida. Propagarei teus ensinamentos, ainda que involuntariamente, em meus atos da vida civil, nos meus relacionamentos, em meu trabalho, com meus pais e com meus amigos, pois graças a ti aprendi a disciplina necessária para chegar até aqui. Obrigado, por último e não menos importante, a ter me permitido, durante os anos em que estudei sob a luz de tua doutrina, conhecer aqueles que hoje são os meus amigos do peito, que levarei pela vida toda em meu coração como frutos daquilo que colhi enquanto estava sob teus braços, sem prejuízo da distância que a vida possa nos impor no futuro.

Aos meus professores, companheiros de trabalho, colegas de turma, o meu mais singelo obrigado. O conhecimento que possuo hoje se deve a vocês, e chegar aqui sem a mão de cada um seria impossível. Obrigado.

Como já dito por John Lennon: “A vida é aquilo que acontece enquanto você está fazendo outros planos. “

Diante das interrogações e novos desafios que virão após o fim desta jornada, cedo lugar, cativo, à certeza de dever cumprido que agora impera. Obrigado a todos!

## RESUMO

O presente trabalho analisa a sistemática dos contratos de planos de saúde individuais ou familiares no Brasil, sob a ótica da lei 9.656/98, do Estatuto do Idoso, e das Resoluções Normativas 6 de 1998 do CONSU e 63 da ANS, pormenorizando as diferenças de cada contrato a depender da fonte regulatória que regerá a relação contratual, variável de acordo com o marco inicial da contratação. Se estende, em um segundo momento, à repercussão do tema sob a análise do tratamento dado pelos tribunais, aprofundando os ensinamentos do Recurso Repetitivo nº 1.568.244-RJ, responsável por estabelecer e fixar uma nova tese pertinente às diretrizes que devem ser seguidas no enfrentamento à judicialização dos contratos que violem as normas de ordem pública do Código de Defesa do Consumidor, se debruçando, ainda, ao posicionamento da jurisprudência e da doutrina sobre a questão. Por último, é feita uma análise profunda a respeito das propostas de reforma à lei 9.656/98 para solucionar a questão da sustentabilidade dessa modalidade de contratos, em decadência nos últimos anos, com o cerne voltado a encontrar uma solução para a pergunta: “Os Planos de Saúde Individuais são Sustentáveis? ”.

**Palavras-Chave:** Plano de Saúde. Reajuste por faixa etária. Lei 9.656/98. Estatuto do Idoso. Recurso Repetitivo nº 1.568.244-RJ.

## ABSTRACT

The present study analyzes the systematics of contracts for individual or family health plans in Brazil, under the terms of Law 9,656 / 98, of the Statute of the Elderly, and the Normative Resolutions 6 of 1998 of CONSU and 63 of the ANS, detailing the differences of each contract depending on the regulatory source that will rule the contractual relationship, variable according to the initial contracting framework. It extends, in a second moment, to the repercussion of the subject under the analysis of the treatment given by the courts, deepening the teachings of Repetitive Appeal 1,568,244-RJ, responsible for establishing a new thesis pertinent to the guidelines that must be followed in the confrontation with the judicialization of contracts that violate the public order norms of the Consumer Protection Code, while also addressing the positioning of jurisprudence and doctrine on the issue. Lastly, an in-depth analysis of the proposals for reform of Law 9,656 / 98 is made to resolve the question of the sustainability of this modality of contracts, which has declined in recent years, with the key answer to the question "Are Individual Health Plans Sustainable? ".

**Keywords:** Health Plan. Adjustment by age group. Law 9,656/98. Statute of the Elderly. Repetitive Appeal 1,568,244-RJ.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. PLANO DE SAÚDE: A FAIXA ETÁRIA COMO CRITÉRIO DE PRECIFICAÇÃO CONTRATUAL .....</b>	<b>3</b>
1.1. As Normas Reguladoras dos Contratos de Planos de Saúde .....	3
1.2. A Questão da Retroatividade da Lei 9.656/98 e do Estatuto Do Idoso Sobre os Contratos de Plano de Saúde.....	5
1.3. Das Espécies de Contrato de Seguro de Saúde sob a Ótica do Custeio Intergeracional e do Princípio do Mutualismo Contratual .....	9
<b>2. AS LIÇÕES DO RECURSO REPETITIVO Nº 1.568.244-RJ .....</b>	<b>20</b>
<b>3. REFLEXÃO SOBRE O PRISMA LEGAL, DOUTRINÁRIO E JURISPRUDENCIAL: OS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS SÃO SUSTENTÁVEIS?.....</b>	<b>31</b>
3.1. O Impacto do Envelhecimento Populacional e Tecnológico sobre a Sustentabilidade dos Planos de Saúde .....	31
3.2. Da Necessidade ou Não de Modificação da Lei 9.656/98 para a Viabilidade dos Planos Individuais ou Familiares .....	38
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

O tema dos contratos de planos de saúde suscita debates de vastas grandezas por ser de fragilidade singular, cuidando da relação contratual que se inicia sem paridade de armas, entre um ente poderoso, tal qual é a operadora de planos de saúde, que é procurada pelo cidadão comum, interessado em obter os serviços por ela dispostos, a fim de obter um seguro contra eventuais áleas que venham a incidir sobre a sua saúde.

Os contratos de planos de saúde somente vieram a ser regulamentados por lei em 1998, quando a lei especial entrou em vigor no nosso ordenamento e, com ela, incidiram normas revolucionárias para o enfrentamento de um sistema que, até então, era regulado pela livre iniciativa das partes, através do comum acordo nos contratos que versavam sobre a matéria.

A partir de 1998, os contratos passaram a obedecer certos parâmetros, como as camadas etárias de reajuste, inicialmente estipuladas pela RN 6 de 1998 do Conselho de Saúde Suplementar que, em conjunto com a lei especial 9.656/98, traziam uma proteção específica que o Código de Defesa do Consumidor, norma de caráter geral e principiologica, não possuía o condão de abarcar.

A evolução da matéria foi caminhando até que se chegasse aos anos 2000, mais especificamente em 2003, quando se deu a aprovação do Estatuto do Idoso, encarado como um grande passo para o combate a essa discriminação, de especial enfoque ao tema deste trabalho, que é a análise a respeito dos reajustes fundados na faixa etária do beneficiário de maneira geral.

Através dele, verificamos a maior das delimitações até então já trazidas em nosso ordenamento quanto ao tema, visto que, daquele momento em diante, os reajustes de mensalidade dos planos de saúde não mais poderiam ser feitos em relação aos beneficiários que tivessem 60 anos ou mais, por expressamente violar a norma do Estatuto em seu artigo 15, §3º, que vedava qualquer discriminação ao idoso em função de sua faixa etária nos contratos de plano de saúde.

Daí em diante, uma enorme gama de demandas começou a bater às portas do Judiciário, questionando reajustes desarrazoados e que extrapolavam os percentuais

justificáveis para aquele beneficiário, que não mais deveria se sujeitar a qualquer reajuste em função de sua faixa etária.

Por muito também se deu a discussão sobre a aplicabilidade retroativa das disposições do Estatuto do Idoso aos contratos não adaptados à lei 9.656/98 e anteriores à 2003 – data de publicação do Estatuto -, posto que a norma protetiva garantiria vantagens nunca antes observadas àqueles beneficiários, que à época haviam contratado a seguradora para prestar o serviço de saúde suplementar.

Os contratos de cunho familiar ou individual, que são o objeto deste trabalho, acabaram por perder o espaço que possuíam para os contratos coletivos, tendo em vista que estes últimos não se submetiam às mesmas regras protetivas, gozando de inúmeras vantagens que afastavam cada vez mais o interesse das operadoras em realizar contratos individuais, em função dos menores atrativos econômicos.

Em 2016, o Recurso Repetitivo, objeto do segundo capítulo deste trabalho, trouxe parâmetros de grande importância que serão oportunamente analisados sobre o tema. O Judiciário passou a ter uma conduta mais parametrizada de como se comportar diante do vasto número de processos que tomavam conta dos Tribunais versando sobre o mesmo tema de reajustes em planos de saúde.

Apesar da crescente diminuição do espaço que estes ocupam na vitrine das empresas que controlam o mercado da saúde suplementar no Brasil, o presente trabalho abordará, ainda, em seu último capítulo, uma análise crítica, caminhando por dados levantados pelas mais diversas entidades ligadas ao direito à saúde no país, e chegando a conclusões importantes que são de extrema valia para que o debate sobre o tema, e as mudanças que este necessita, sejam calcadas de fundamentos justificados que convalidem uma reinserção correta dessa modalidade contratual no mercado.

## **CAPÍTULO 1 - PLANO DE SAÚDE: A FAIXA ETÁRIA COMO CRITÉRIO DE PRECIFICAÇÃO CONTRATUAL**

### **1.1 – As Normas Reguladoras dos Contratos de Planos de Saúde**

Como um primeiro objeto de estudo para compreensão dos critérios de precificação dos contratos de plano de saúde, devemos observar que a principal fonte normativa aplicável na sistemática dessa espécie contratual é a lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, aplicável a todos os contratos realizados a partir da sua vigência e, portanto, responsável pela regulamentação necessária a essa espécie contratual de indiscutível relevância, sendo assim a concretização do direito fundamental à saúde, segundo os ditames da dignidade da pessoa humana, e preconizado na Carta de 1988 no artigo 196, que dispõe:

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.<sup>1</sup>

Sobre o alcance e a importância da norma legal discriminada, disserta Ronei Danielli:

Nesse contexto, a edição da lei 9.656/98, pretendendo dar efetividade aos dispositivos constitucionais, determina as diretrizes básicas para a atuação das empresas operadoras de planos de saúde e as coberturas mínimas exigidas no interesse dos consumidores. A interpretação do alcance de tal legislação (inclusive os aspectos intertemporais envolvidos) deve primar pela observância dos objetivos delineados na Carta de 1988, sem olvidar-se de sua função concretizadora, sobretudo do primado da dignidade da pessoa humana.<sup>2</sup>

No entanto, a lei especial não se consubstancia como fonte exclusiva disciplinadora no certame.

---

<sup>1</sup>BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.html)>.

<sup>2</sup> DANIELLI, Ronei. A efetividade do direito à saúde no Estado Social: uma análise do direito privado sobre a normatização da saúde complementar no Brasil pela Lei 9.656/1998 e sua aplicação no tempo. Revista de Direito Contemporâneo. n. 2. v.3. p. 99-100. São Paulo: Ed. RT, abr-jun. 2015.

Em caráter secundário, junta-se à lei 9.656/98 o primeiro de dois dos principais atos normativos: expedido pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), destaca-se a Resolução nº 6 de 1998, que determina aos contratos entabulados entre a vigência da lei de planos de saúde e o Estatuto do Idoso em 2003, dentre outras medidas, a separação entre 7 faixas etárias dos beneficiários e um limite de variação entre a primeira e a última faixa (o reajuste dos maiores de 70 não poderá ser superior a seis vezes o previsto para usuários entre 0 e 17 anos).

O Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), em 1998 estabeleceu sete faixas etárias, sendo a última iniciada aos 70 anos de idade, e limitou a relação de preços da faixa dos 70 e mais anos a seis vezes o preço da faixa etária mais jovem. Previu ainda a não aplicação do reajuste após os 60 anos de idade para aqueles que tivessem mantido o plano por dez ou mais anos.<sup>3</sup>

Em segundo momento, aponta-se à aplicação da RN 63 da ANS, que reordenou as faixas etárias em 10 categorias, modificando as antes 7 separações estipuladas pela resolução da CONSU, de modo a equalizar de maneira mais solidária o custeio entre as camadas de beneficiários à nova perspectiva trazida pelo advento do Estatuto do Idoso, que coibiu a discriminação ao idoso no trato dos planos de saúde individuais ou familiares e, com isso, os isentou de arcar com os reajustes etários aplicados pelas operadoras.

Vale, aqui, breve destaque ao pensamento de Eliane Armond Pinto a respeito da crítica sobre o tema, primando pela inescusável observância da fundamentação constitucional que a matéria pressupõe:

Embora seja matéria relativa a uma relação de direito privado (contratos), a maior parte da fundamentação é encontrada no campo do direito constitucional, em especial no que tange aos princípios constitucionais e sua importância, o que demonstra mais uma vez a significância do estudo de uma concepção moderna com relação ao direito privado, especificamente o direito civil que hoje é visto como um direito civil constitucional, mostrando-se assim uma outra faceta deste ramo das ciências jurídicas que é a publicização do direito. É

---

<sup>3</sup> CECHIN, José. Saúde na Idade – Por que diferenciar preços dos planos de saúde por idade e consequências econômicas da não aplicação dos reajustes previstos em contrato. Pag. 185. Disponível em: O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde / Coordenadores: Milton Augusto de Brito Nobre; Ricardo Augusto Dias da Silva; apresentação de Gilmar Ferreira Mendes. – 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

assim o direito constitucional campo vasto e inseparável na hermenêutica dos demais ramos do direito.<sup>4</sup>

Essa tríade legal é responsável pela grande malha regulatória dos contratos de plano de saúde e, em consonância às normas principiológicas do Estatuto do Idoso e do Código de Defesa do Consumidor, atuam em prol da tutela do direito fundamental à saúde que o constituinte originário recepciona ao versar sobre os direitos fundamentais de cunho social, destrinchados ao longo do artigo 6º da Carta Magna.

Consoante inteligência da obra de Luciana de Oliveira Leal Halbritter:

Dada à relevância social desta espécie de contrato, o oferecimento do produto plano de saúde ao consumidor é minuciosamente regulado na legislação pátria, tendo esta regulação por principal fonte normativa a Lei 9.656/1998 e como fontes secundárias os atos normativos expedidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde) e pelo CONSU (Conselho de Saúde Suplementar), os quais atuam como legisladores extraordinários, editando, revogando ou modificando normas com vistas a alterar a relação de tratamento obrigatório, adaptando os contratos à evolução da ciência médica.<sup>5</sup>

Feita a pontuação preliminar das normas de principal incidência sobre a questão dos planos de saúde, passemos à abordagem da aplicabilidade dessas leis no tempo, analisando como que a edição das leis 9.656/98 e 10.741/03 influenciou nos contratos feitos antes e depois de suas edições.

## **1.2 – A Questão da Retroatividade da Lei 9.656/98 e do Estatuto Do Idoso Sobre os Contratos de Plano de Saúde**

É de salutar importância a questão da retroatividade ou não da lei 9.656/98 e do Estatuto do Idoso aos planos anteriores à vigência das normas.

A análise deve ser feita a partir de três abordagens: os contratos anteriores à vigência da lei 9.656/98; os contratos posteriores à lei 9.656/98 e anteriores ao Estatuto do Idoso de 2003; e aos contratos posteriores à vigência do Estatuto.

---

<sup>4</sup> PINTO. Eliane Armond. Revista de Direito da Defensoria Pública Ano 19 – nº 21 – dezembro de 2016 – Rio de Janeiro – Defensoria Pública Geral, 2006, pág. 91.

<sup>5</sup> HALBRITTER. Luciana de Oliveira Leal. Revista de Direito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro: doutrina e jurisprudência. n. 080, v. 00, 2009. p. 095.

Quanto à aplicabilidade da lei 9.656/98 aos contratos anteriores à sua edição, o Supremo Tribunal Federal adotou o entendimento de que a lei 9.656/98 deve ter aplicação não retroativa.

Através da Medida Cautelar deferida na Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931, por unanimidade dos votos, foi reconhecida a inaplicabilidade da lei para contratos firmados antes da vigência da lei 9.656/98 no ordenamento jurídico, suspendendo-se a eficácia do artigo 35-E, que previa a observância da produção dos efeitos da lei para os contratos realizados antes de sua edição.

Na obra de Ronei Danielli, abre-se espaço para os dizeres transcritos do voto do Min. Maurício Corrêa, relator da Medida Cautelar na ADIn 1.931:

55. Assim sendo, os contratos assinados com os consumidores antes da nova legislação não podem ser modificados pelas regras ora impostas, sob pena de violação ao princípio do direito adquirido e também ao ato jurídico perfeito – garantias protegidas pelo mandamento constitucional (CF, art. 5º, XXXVI).<sup>6</sup>

Resta ao beneficiário, nestes casos, recorrer ao Poder Judiciário quando verificada violação do contrato ao Código de Defesa do Consumidor, invocando a proteção dada pela norma em face de cláusulas de excessiva onerosidade ou aumento abusivo das mensalidades do contrato, tendo em vista que não possuem amparo no artigo 15 da lei especial de 1998, tampouco na resolução 6/1998 da CONSU, somente aplicáveis aos contratos posteriores à lei de planos de saúde, como dispõe Josiane Araújo Gomes:

Nesse passo, quanto aos contratos de plano de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei 9.656/98 – e que não foram adaptados à referida legislação -, verifica-se não existir disciplina normativa específica sobre a matéria, o que contribuiu para a ausência, nos instrumentos contratuais, de previsão detalhada acerca das faixas etárias e dos percentuais de reajuste, tendo se resumido, apenas, a prever, genericamente, a possibilidade de majoração da mensalidade em função da idade do usuário. Assim, para coibir os aumentos abusivos praticados pelas operadoras, resta aos beneficiários se socorrerem no Poder Judiciário, pleiteando a declaração de nulidade do reajuste aplicado, fundamentando o pedido com as disposições do

---

<sup>6</sup> DANIELLI, Ronei. A efetividade do direito à saúde no Estado Social: uma análise do direito privado sobre a normatização da saúde suplementar no Brasil pela Lei 9.656/1998 e sua aplicação no tempo. Revista de Direito Contemporâneo. n. 2. v.3. p. 109. São Paulo: Ed. RT, abr-jun. 2015.

Código de Defesa do Consumidor, notadamente as contidas no art. 6º, V, art. 46 e art. 51, IV e X.<sup>7</sup>

Em sentido contrário, posiciona-se o autor Ronei Danielli, consignando o entendimento de que a retroatividade da norma aos planos de saúde anteriores à vigência da lei 9.656/98 deve ser defendida, no que se transcreve:

(...) a aplicação imediata da Lei 9.656/1998 (eficácia prospectiva e retrospectiva, esta última representando sua aplicação aos fatos novos, mesmo que decorrentes de contratos antigos) deve ser defendida, não só porque essa regra é geral no direito brasileiro, mas porque entender em sentido contrário (fatos novos devem, *independente da opção do consumidor*, ser regidos pelo contrato antigo, ainda quando ocorram na vigência da lei nova) significa proporcionar a desigualdade, a inquietude entre os consumidores dos planos de saúde suplementar.

Tal inteligência contraria o verdadeiro sentido do progresso das normas (princípio da modernidade) pelo qual as conquistas sociais devem ser juridicizadas para abranger o maior número de beneficiários possível.<sup>8</sup>

O segundo grande marco para o enfrentamento da questão dos reajustes por faixa etária nos planos de saúde foi a edição do Estatuto do Idoso em 2003.

Consubstanciado na inteligência de seu artigo 15, §3º, ele prevê a vedação da discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, tendo sido editada em 2000 a RN 63 da ANS para regulamentar o reordenamento das categorias etárias e como que cada uma das camadas ficaria sujeita aos reajustes etários, de modo a isentar o reajuste aos idosos, acima dos 59 anos de idade.

O E. Superior Tribunal de Justiça se coaduna ao posicionamento da aplicação imediata do Estatuto do Idoso a todos os contratos de plano de saúde, anteriores ou não à vigência da lei, justificado pelo trato sucessivo que regulamenta as prestações fundadas na espécie contratual, o que permitiria o reajuste a nova sistemática legislativa a partir das mensalidades posteriores à vigência da norma, certo de que o ato jurídico perfeito somente se configuraria no momento em que o beneficiário

---

<sup>7</sup> GOMES, Josiane Araújo. Reajuste de mensalidade do plano de saúde por mudança de faixa etária: análise do Resp. 1.568.244/RJ. Revista de Direito do Consumidor. vol. 110. ano 26. Pag. 226. São Paulo: Ed. RT, mar-abr. 2017.

<sup>8</sup> DANIELLI, Ronei. A efetividade do direito à saúde no Estado Social: uma análise do direito privado sobre a normatização da saúde suplementar no Brasil pela Lei 9.656/1998 e sua aplicação no tempo. Revista de Direito Contemporâneo. n. 2. v.3. p. 112. São Paulo: Ed. RT, abr-jun. 2015.

atingisse os 60 anos de idade, como se vislumbra na transcrição do voto da Ministra Nancy Andrichi:

(...) enquanto o contratante não atinge o patamar etário preestabelecido, os efeitos da cláusula permanecem condicionados a evento futuro e incerto, não se caracterizando o ato jurídico perfeito, tampouco se configurando o direito adquirido da empresa seguradora, qual seja, de receber os valores de acordo com o reajuste predefinido.

Face a divergência de posicionamento entre as cortes superiores do Poder Judiciário brasileiro, André Fernandes Arruda, magistrado da 7ª Vara Cível do Meier, formula a seguinte ponderação:

Em razão dessas posições conflitantes, o douto palestrante chegou à conclusão de que hoje há um clima de completa insegurança jurídica, pois a retroação do Estatuto do Idoso acabou por atingir diretamente o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada.

O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro adota o entendimento de que o Estatuto do Idoso se aplica imediatamente aos contratos de plano de saúde, sendo vedado o aumento decorrente de ultrapassagem da faixa etária de 60 anos.

Em mesma linha de raciocínio, versa Eunice Bitencourt Haddad sobre a aplicação retroativa do Estatuto do Idoso:

O entendimento doutrinário e jurisprudencial majoritário sobre o tema segue a orientação de que se aplica o Estatuto do Idoso, que tem incidência imediata e alcança diretamente os contratos de planos de saúde firmados antes de sua vigência, já que estes se caracterizam como de longa duração, comportando prestações de trato sucessivo.

Há, inclusive, Enunciado neste Egrégio Tribunal de Justiça sobre o tema, retratado no verbete sumular 214: *'A vedação do reajuste de seguro saúde, em razão de alteração da faixa etária, aplica-se aos contratos anteriores ao Estatuto do Idoso'*<sup>9</sup>

Por último, partindo-se aos contratos entabulados em momento posterior à vigência do Estatuto do Idoso, não restam maiores considerações a serem feitas sob a ótica do instituto da retroatividade.

---

<sup>9</sup>HADDAD, Eunice Bitencourt. CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. Pag. 142.

Para estes, aplicam-se as disposições da RN 63/2003, disciplinada à luz do Estatuto do Idoso, amparando a nova roupagem de tratamento dos contratos sob a diretriz da indiscriminação do idoso com a redistribuição dos encargos pertinentes ao custeio dos reajustes etários entre as diversas categorias, isentando os idosos dessa espécie de reajuste.

Houve, inclusive, por parte do legislador, a tentativa de adaptar os contratos antigos a nova legislação à Resolução 63 de 2003 da ANS, por meio da MP nº 148/200, que isentaria do pagamento de carência os interessados na adaptação aos contratos novos, mas submetendo-os à atualização dos preços a serem pagos mensalmente para se adaptarem a nova sistemática dos contratos novos.

O governo tentou induzir os beneficiários desses contratos antigos a adaptá-los à regulamentação ou migrar para os contratos novos, com a MP nº 148/2003 que estabeleceu o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos, PIAC, em 2003. A adaptação ou migração seria feita sem exigência de novas carências pelo menos para as coberturas já constantes do contrato antigo. Ocorre que as condições atuariais dos planos regulados diferem daquelas dos contratos antigos, por exemplo, na cobertura de órteses e próteses e na vedação de reajustes por idade depois dos 60 anos. Tudo isso tem custos e deve ser reconhecido nas mensalidades do plano adaptado. Por isso, a adaptação pode ser feita sem carências (exceto para coberturas não constantes do contrato original), mas com a atualização de preços. Foi exatamente em razão da majoração de preços que os beneficiários se recusaram a adaptar seus contratos tendo optado por permanecer com seus contratos antigos.

E na medida em que esses beneficiários obtêm do Judiciário o reconhecimento de direitos, previstos na regulamentação, mas que a rigor eles não os têm porque seus contratos anteriores à regulamentação não os contemplam, maior ainda será o desestímulo à adaptação ou migração.<sup>10</sup>

A análise a respeito da repercussão dos impactos econômicos oriundos da aplicação das normas regidas aos contratos novos àqueles antigos será oportunamente pormenorizada no último capítulo deste trabalho, que por ora passará a separação das espécies de contratos de planos de saúde de acordo com o marco de sua contratação.

---

<sup>10</sup> CECHIN, José. Saúde na Idade – Por que diferenciar preços dos planos de saúde por idade e consequências econômicas da não aplicação dos reajustes previstos em contrato. Pag. 196. Disponível em: O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde / Coordenadores: Milton Augusto de Brito Nobre; Ricardo Augusto Dias da Silva; apresentação de Gilmar Ferreira Mendes. – 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

### **1.3 – Das Espécies de Contrato de Seguro de Saúde sob a Ótica do Custeio Intergeracional e do Princípio do Mutualismo Contratual**

Feita a devida abordagem diante da controvertida questão da retroatividade das leis sobre os contratos de plano de saúde, nos é permitido vislumbrar, com a edição da lei de planos de saúde de 1998, uma primeira separação quanto ao tratamento que o nosso ordenamento dá ao consumidor inserido na mesma situação de fato – a contratação do serviço suplementar de assistência à saúde -, admitindo tratamento diferenciado a depender do marco temporal em que fora realizada a contratação do serviço pretendido: se antes ou depois da vigência da lei de planos de saúde.

Nesse sentido, Luciana de Oliveira Leal Halbritter:

Desta forma, a legislação aplicável aos reajustes por mudança de faixa etária assim se resume:

-Contratos anteriores a Lei 9.656/98: decide-se com aplicação do Código de Defesa do Consumidor. A lei 9.656/98 incide de modo indireto, como orientação para a interpretação do contrato.

-Contratos posteriores a Lei 9.656/98: decide-se com base no artigo 15 da Lei 9.656/98, em leitura conjunta com o Código de Defesa do Consumidor.<sup>11</sup>

Para os contratos anteriores a vigência da lei, vale pontuar, não se deve olvidar à aplicação correta da lei 8.078/90, o Código de Defesa do Consumidor, por tratar-se de manifesta relação de consumo, com a caracterização das figuras do contrato de prestação de serviços (art. 3º, §2º lei 8.078/90), na modalidade adesão, bem como fornecedor e consumidor, como preconizado nos artigos 2º e 3º da referida lei.

À luz desse entendimento, Regina Beatriz Tavares da Silva:

Em vista do que acima se expôs, possível aplicar aos contratos anteriores à Lei nº 9.656/98 limites às cláusulas abusivas de variação das parcelas em razão da idade, que em termos econômicos excluem o consumidor idoso e de maior risco de contrato relacional, para o qual contribuiu durante anos, na justa expectativa de segurança na velhice. Em outros termos, os limites postos pela Lei nova nada mais são do

---

<sup>11</sup> HALBRITTER. Luciana de Oliveira Leal. Revista de Direito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro: doutrina e jurisprudência. n. 080, v. 00, 2009. p. 098 a 099.

que a concretude *ratione materiae* das cláusulas abertas de excessiva onerosidade do Código de Defesa do Consumidor.<sup>12</sup>

Em posicionamento harmonioso ao supramencionado, nos leciona Fátima Nancy Andrichi:

No tocante aos planos de saúde, uma breve retrospectiva aponta para um início sem qualquer proteção aos usuários desses serviços até a edição do CDC, diploma que não é somente um conjunto de artigos que protegem o consumidor a qualquer custo, mas antes de tudo, é um instrumento legal que pretende harmonizar e equilibrar as relações entre fornecedores e consumidores, sempre com base nos princípios da boa-fé e do equilíbrio contratual.<sup>13</sup>

O STJ firmou, nesse diapasão, o enunciado de nº 469, que adota o entendimento de que a operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo Código de Defesa do Consumidor, pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota<sup>14</sup>, tendo em vista que o acesso à saúde é direito constitucionalmente previsto no artigo 196 da Carta Magna.

Desse modo, nem mesmo os contratos mais antigos ficam fora da alçada da proteção que o Código de Defesa do Consumidor dispõe.

Nas palavras do Ministro Raúl Araújo Filho:

Traçadas, em linhas gerais, essas considerações, já se vislumbra a complexidade que envolve os temas deste exame e os problemas que emergem das relações jurídicas contratuais entre os segurados, beneficiários e consumidores, num polo, e as seguradoras e operadoras de planos de saúde, noutro extremo. As questões surgidas em tais conflitos suscitam a incidência de normas especiais constitucionais, legais e regulamentadoras de seguro-saúde, vinculadas ao mutualismo e a probabilidade de riscos, bem como de regras e princípios gerais, tais como as do Código Civil e de Defesa do Consumidor, além dos princípios da dignidade da pessoa humana,

---

<sup>12</sup> Responsabilidade civil: responsabilidade civil na área da saúde / coordenadora Regina Beatriz Tavares da Silva. – 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 2009. – (Série GV-law) 1. Responsabilidade (Direito) - Brasil I. Tavares da Silva, Regina Beatriz. II. Série. 09-00641 CDU- 347.51:616(81). Pág. 281.

<sup>13</sup> ANDRIGHI, Fátima Nancy. Os planos de saúde privados e o Código do Consumidor – Principais questões geradoras de conflito entre planos de saúde e consumidores. Pág. 68. Disponível em: O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde / Coordenadores: Milton Augusto de Brito Nobre; Ricardo Augusto Dias da Silva; apresentação de Gilmar Ferreira Mendes. – 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

<sup>14</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº469. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. (Súmula 469, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/11/2010, DJe 06/12/2010).

da função social do contrato, da boa-fé objetiva e outros igualmente relevantes.<sup>15</sup>

Há como diferença nítida, portanto, o uso direto do CDC no que concerne aos contratos mais antigos, enquanto que para os demais, posteriores à lei de planos de saúde e anteriores ao Estatuto do Idoso, utiliza-se diretamente a legislação própria (lei 9.656/98), com lastro em seu artigo 15 que dispõe das regras de variação da contraprestação do consumidor em face do reajuste etário, cumulado à resolução 6/1998 da CONSU, renegando a incidência do Código de Defesa do Consumidor somente para eventual lacuna que a lei especial não tenha suprido, ou ainda para o amparo principiológico que o mesmo dispõe.

Portanto, as empresas, que aqui devem ser interpretadas como as operadoras e administradoras de planos de saúde, não ficam obrigadas, a partir desse entendimento, a oferecer as medidas da sistemática da lei de planos de saúde e da resolução 06 de 1998 da CONSU aos segurados que já possuíam relação contratual consigo, ficando apenas vinculadas ao oferecimento em face dos clientes novos, ou seja, que ingressassem posteriormente à data da vigência da norma.<sup>16</sup>

É dizer, em *última ratio*, que a lei de planos de saúde veio para regular novos métodos, mais equânimes, de divisão do custeio intergeracional do sistema de saúde suplementar entre as camadas etárias, de modo a perquirir, como o objetivo principal, uma menor onerosidade aos idosos, estes que assistem de maior dependência do sistema, sem, entretanto, violar o ato jurídico perfeito, relativo àqueles que, a seu tempo, realizaram atos dispositivos de vontade válidos, mediante contratações legítimas de seguros de saúde junto às operadoras com respaldo no princípio da autonomia da vontade e em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor.

A adoção do custeio intergeracional dos planos de saúde, inclusive, é apontada com clareza o Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, em seu voto no julgamento do recurso especial repetitivo nº 1.568.244-RJ:

---

<sup>15</sup> ARAUJO FILHO, Raúl. Planos de saúde: cláusulas limitativas e de reajuste de prêmio por mudança da faixa etária. In: ROCHA, Cesar Asfor. Estudos jurídicos em homenagem ao Ministro Cesar Asfor Rocha – 20 anos de STJ. Ribeirão Preto: Migalhas, 2012. vol II, p. 182.

<sup>16</sup> CORRÊA. Mauricio. Voto de sua relatoria no julgado da Med. Caut. em Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931-8 DF. 21/08/2003.

(...) para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, a forçar que os mais jovens suportassem parte dos custos gerados pelos de idade mais avançada, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do *community rating* modificado).<sup>17</sup>

E exaure o raciocínio, *in verbis*:

Conclui-se que a cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária encontra fundamento no mutualismo e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos, o que concorre para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do próprio plano.<sup>18</sup>

Nesse contexto, o artigo 15 da lei 9.656/98 possui exatamente o condão de transparecer a solidariedade intergeracional entre os segurados: ao estabelecer em seu texto que a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos em razão da idade do consumidor somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ele recepciona a ideia da sistemática da solidariedade intergeracional, com o custeio do sistema de maneira mais equânime, repartida entre os segurados.

Nesse sentido, as palavras de Cláudia Lima Marques:

(...) o grupo de segurados ou de consumidores presentes no plano une-se em mutualidade, pois expostos aos mesmos perigos, às mesmas probabilidades de danos à saúde, unem-se solidamente para organizar uma espécie de fundo gerado pelo fornecedor que organiza uma cadeia de prestadores de saúde ou reembolsa despesas de saúde e gere verbas. Para garantir que poderão manter-se no sistema, apenas de aposentados e mais doentes, os consumidores ligam-se ao sistema enquanto ainda jovens e por muito tempo contribuem para o sistema, devendo os cálculos do fornecedor assegurarem que os mais novos poderão sustentar no sistema, aqueles com maior sinistralidade.<sup>19</sup>

<sup>17</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão. Recurso Especial Repetitivo nº 1.568.244-RJ. Segunda Seção. Relator Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. DJU, Brasília, DJe 19/12/2016.

<sup>18</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão. Recurso Especial Repetitivo nº 1.568.244-RJ. Segunda Seção. Relator Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. DJU, Brasília, DJe 19/12/2016, p. 11-12.

<sup>19</sup> Contratos no Código de Defesa do Consumidor. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002, p. 418.

Desse modo, percebe-se aqui a grande diferença prática entre os contratos posteriores à vigência da lei específica em relação seus antecessores, posto que somente a partir da especificação do artigo 15 da lei especial de 1998 é que houve a primeira restrição legal ao direito das operadoras de reajustarem as mensalidades em função da variação de faixa etária dos beneficiários.

À luz da doutrina de Regina Beatriz Tavares da Silva:

Questão delicada é a do reajuste e dos aumentos do preço das mensalidades em razão da idade dos consumidores. O art. 15 da Lei n. 9.656/98 coloca limites cogentes à variação. Determina que constem do contrato inicial as faixas etárias em que ocorrerá o aumento, bem como os respectivos percentuais, de acordo com normas expedidas pela ANS

O parágrafo único do citado artigo colocou um limite à variação do preço em razão da faixa etária, sujeito a um duplo requisito: (a) idade de 60 anos; (b) que participe do produto, isto é, seja parceiro contratual há mais de dez anos. A regra tem aplicação imediata, de modo que o consumidor que tinha dez anos de contrato no dia em que passou a vigor a lei faz jus à vedação de novas variações.<sup>20</sup>

A partir de 2003, o tratamento dado pelo Direito aos contratos de planos de saúde sofreu a reforma mais significativa desde o advento da lei especial de 1998, quando entrou em vigor a Lei 10.741/03, o Estatuto do Idoso, que foi responsável por notórias readaptações da Lei 9.656/98 à nova ótica de enfrentamento da questão.

Grande influência partiu do Código Civil de 2002, no qual houve a translação de uma tutela mais ampla à autonomia da vontade entre as partes, consagrada pela excelência do livre direito de contratar como grande postulado do Código Civil de 1916, para a tutela no âmbito do Direito Privado dos ditames da Constituição de 1988, no fenômeno conhecido como constitucionalização, que faz com que a Constituição esteja no centro do ordenamento jurídico privado, reorganizando os seus micro sistemas e lhe servindo de base axiológica, redefinindo todos os seus institutos a partir dos princípios da dignidade da pessoa humana, da igualdade material e da solidariedade social.

---

<sup>20</sup> Responsabilidade civil: responsabilidade civil na área da saúde / coordenadora Regina Beatriz Tavares da Silva. – 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 2009. – (Série GV-law) 1. Responsabilidade (Direito) - Brasil I. Tavares da Silva, Regina Beatriz. II. Série. 09-00641 CDU- 347.51:616(81). Pág. 280.

É dizer que, a partir da data em que passou a vigorar, o Estatuto do Idoso implementou, dentre outras medidas, a vedação dos reajustes feitos ao preço das mensalidades dos contratos de plano de saúde entabulados pelo consumidor a partir da data em que este completasse 59 (cinquenta e nove) anos de idade.

Sobre relevância do Estatuto para a seara dos contratos de plano de saúde, discorre Eliane Armond Pinto:

O Estatuto do Idoso, lei recente em nosso ordenamento jurídico, é de grande importância para a sociedade, representando significativa conquista e reconhecimento dos direitos fundamentais inseridos na Carta Magna àqueles que se encontram hoje na terceira idade. Na esteira deste raciocínio o Estatuto do Idoso densifica o princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana.<sup>21</sup>

A Lei 10.741/03 consagra um capítulo inteiro somente para tratar da questão do direito à saúde do idoso, estabelecendo em seu artigo 15, *caput*, o acesso universal, igualitário e indiscriminado do idoso ao Sistema Único de Saúde - SUS.

No entanto, merece especial atenção o §3º deste mesmo dispositivo, *in verbis*: “É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em relação à idade. ”

Para adaptar-se ao novo cenário, a ANS, com o intuito de direcionar os novos contratos entabulados a partir da data em que o Estatuto passasse a vigorar à nova sistemática de proteção ao idoso, foi editada a Resolução RN 63, que estabeleceu uma nova separação, pautada na solidariedade intergeracional e no mutualismo, obedecendo o caráter não discriminatório do custeio do sistema.

Percebe-se assim que o núcleo da discussão gira em torno da possibilidade ou não de aumentos desiguais em função da faixa etária. É conveniente lembrar que os contratos de planos de saúde estão sujeitos a duplo reajuste, sendo um deles aplicado anualmente em percentual determinado pela ANS (Agência Nacional de Saúde – Autarquia Federal com poderes para dispor sobre o assunto) e outro em função da mudança de faixa etária prevista na lei 9.656/98 e no contrato. O ponto nodal é que as operadoras de planos de saúde fazem incidir um aumento extremamente exagerado ao contratante idoso em relação às outras faixas etárias, ferindo assim o princípio constitucional da igualdade, razoabilidade, solidariedade e onerosidade excessiva sem nenhuma explicação plausível ou no

---

<sup>21</sup> PINTO. Eliane Armond. Revista de Direito da Defensoria Pública Ano 19 – nº 21 – dezembro de 2016 – Rio de Janeiro – Defensoria Pública Geral, 2006, pág. 87.

mínimo convincente para tanto, no momento em que estes mais precisam de assistência à saúde.<sup>22</sup>

A resolução foi, portanto, responsável por implementar a atual divisão de cadeias etárias sobre o custeio, implementando uma nova separação, dessa vez em 10 faixas etárias, sendo a última faixa passível de reajuste a que é composta por beneficiários de até 59 anos.

É dizer que, a partir do advento do Estatuto do Idoso, ficam vedados os reajustes oriundos da mudança de faixa etária que atinjam o beneficiário que se classifica como idoso, quando é notória a diminuição da receita percebida pelo beneficiário e um desgaste naturalmente maior com as despesas relacionadas à manutenção da saúde.

Nos dizeres de Eunice Bittencourt Haddad:

A precificação é baseada essencialmente no mutualismo e no regime financeiro de repartição simples. Não é possível se resguardar individualmente sobre possível problema de saúde; deve haver um grupo solidário, em que as contribuições são revertidas para um fundo comum. Tal contribuição serve para custear as despesas do próprio indivíduo e de todas as pessoas do grupo.<sup>23</sup>

A principal repercussão do artigo 15, §3º do Estatuto é a revogação da aplicação integral dos requisitos do parágrafo único da lei especial aos contratos realizados em momento posterior à vigência do Estatuto.

Enquanto que aos contratos advindos do intervalo entre a vigência da lei de planos de saúde e do Estatuto do Idoso exigia-se a parceria contratual pelo prazo de 10 anos cumulado ao requisito do contratante possuir 60 anos ou mais para que fosse vedado o reajuste com fulcro na mudança de faixa etária do consumidor, agora não mais há que se falar na necessidade de comprovação dos 10 anos de parceria entre a operadora e o beneficiário para, em conjunto ao requisito da idade avançada, vedar o reajuste fundado na mudança de faixa etária.

---

<sup>22</sup> PINTO, Eliane Armond. Revista de Direito da Defensoria Pública Ano 19 – nº 21 – dezembro de 2016 – Rio de Janeiro – Defensoria Pública Geral, 2006, pág. 90.

<sup>23</sup> HADDAD, Eunice Bittencourt. CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. Pag. 140-141.

É dizer que, a partir da obediência do caráter não discriminatório aos idosos no campo dos planos de saúde, se estabelece como requisito exclusivo o alcance da idade de 59 anos para que as operadoras possam, até essa idade limite, promover os reajustes fundados no maior dispêndio de encargos para essa determinada categoria de consumidor.

Deve-se pontuar, no entanto, sempre a conformidade com a obediência em paralelo às cláusulas gerais de proteção exaradas pelo CDC, que veda eventuais tentativas de fraudar a sistemática de não discriminação do idoso com reajustes excessivos à beira de o consumidor completar a idade vedatória aos reajustes etários, através dos mecanismos dispostos nos artigos 51, X, que veda o aumento unilateral de preços, e do art. 6º, V, que possibilita a revisão das cláusulas contratuais que tenham dado causa a um contrato demasiadamente oneroso.

É pensamento alinhado a esta ideia que destaca Regina Beatriz Tavares da Silva em sua obra:

O requisito da parceria contratual pelo prazo de dez anos foi revogado pela superveniência do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003), que em seu art. 15, § 3º, assim dispõe: “É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”. Em resumo, hoje não mais há possibilidade de variação do preço após os 60 anos, independentemente do tempo de contrato.<sup>24</sup>

Não obstante, outras medidas foram implementadas, como bem elucida Luciana de Oliveira Leal Halbritter em sua doutrina a que se transcreve:

A ANS, visando adequar os contratos à nova realidade legal, editou a Resolução RN 63, em 22/12/2003, e estabeleceu 10 (dez) faixas, sendo a última a partir de 59 anos. Limitou a variação entre a 1ª e a última a 500%. A distribuição do reajuste entre as faixas etárias ficou a critério das operadoras, mas os reajustes aplicáveis às 4 últimas (da 7ª à 10ª) faixas não podem somar mais do que os aplicáveis da 1ª à 7ª faixas. Assim, os idosos ficam isentos do pagamento de reajustes por mudança de faixa etária.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Responsabilidade civil: responsabilidade civil na área da saúde / coordenadora Regina Beatriz Tavares da Silva. – 2. ed. – São Paulo : Saraiva, 2009. – (Série GV-law) 1. Responsabilidade (Direito) - Brasil I. Tavares da Silva, Regina Beatriz. II. Série. 09-00641 CDU- 347.51:616(81). Pág. 280.

<sup>25</sup> HALBRITTER. Luciana de Oliveira Leal. Revista de Direito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro: doutrina e jurisprudência. n. 080, v. 00, 2009. p. 098.

A partir da compreensão do trecho supracitado, fica clara a preocupação do legislador em estabelecer um limite máximo de variação entre a primeira e última faixa de custeio, bem como entre as 4 últimas faixas e as 6 primeiras, a fim de impedir uma maior concentração de reajustes nas faixas mais onerosas, e assim possibilitando a isenção de reajustes aos idosos para custear o sistema suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar traz, em seu endereço eletrônico, tabela elucidativa acerca das principais diferenças entre cada tratamento dado ao contrato de plano de saúde a depender do tempo em que se procedeu à contratação, que se colaciona:<sup>26</sup>

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de Janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de Janeiro de 2004	0 a 17 anos 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais	A Consu 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos)  Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 1 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	0 a 18 anos 19 a 23 anos 24 a 28 anos 29 a 33 anos 34 a 38 anos 39 a 43 anos 44 a 48 anos 49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).  A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

O fundamento para tanto é feito sob a ótica da natureza da atividade explorada pelas operadoras do serviço de assistência à saúde. Explica-se.

Como a atividade explorada nada mais é do que uma atividade privada regulamentada e complementar ao Serviço Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado, a aferição de lucro não poderá ser feita de modo inconsequente, predatório, expropriador, tendo em vista a ponderação que deverá ser feita entre a natureza da atividade explorada pela operadora e o seu objetivo final de

<sup>26</sup> Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude> >

obtenção de lucro por meio da prestação do serviço assistencialista, que também deverá ser tutelado na medida da razoabilidade.

É certo dizer, para tanto, que aos contratos posteriores a vigência do Estatuto do Idoso, ou seja, realizados após 1º de janeiro de 2004, incidem as regras da Resolução Normativa 63, em conjunto ao artigo 15 da Lei 9.656/98, sempre amparados pelo Código de Defesa do Consumidor, lastro para a relação contratual entre as operadoras e o consumidor do serviço de assistência médica, que prevê em seu artigo 51, §2º a pena de nulidade para as cláusulas que forem consideradas abusivas.

A ANS dispõe, inclusive, de informações em seu *site* para o público em geral acerca dos parâmetros para o reajuste etários nos planos de saúde:

Isso acontece porque, em geral, por questões naturais, quanto mais idosa a pessoa, mais necessários e mais frequentes se tornam os cuidados com a saúde. As faixas etárias variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.<sup>27</sup>

Feitas as devidas separações quanto às particularidades de cada um dos tratamentos dados aos segurados a depender do momento em que procedeu com a contratação do seguro, o capítulo subsequente tratará do julgamento do recurso repetitivo nº 1.568.244/RJ de 2016, de grande valia para o presente trabalho, como se verá a seguir.

---

<sup>27</sup>Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude>>

## CAPÍTULO 2 - AS LIÇÕES DO RECURSO REPETITIVO Nº 1.568.244-RJ

O recurso repetitivo nº 1.568.244 merece especial destaque pois foi o responsável em ajustar o posicionamento a ser seguido pelos Tribunais no confronto às questões ligadas a judicialização de direitos relacionados à saúde, mais especificamente quanto aos reajustes das mensalidades dos planos familiares ou individuais.

À luz da melhor doutrina de Fredie Didier Jr., ilustra-se o papel dos recursos repetitivos como instrumento no Direito Processual Civil brasileiro:

O objetivo do IRDR e dos recursos repetitivos é conferir tratamento prioritário, adequado e racional às questões repetitivas. Tais instrumentos destinam-se, em outras palavras, a *gerir e decidir os casos repetitivos*.

Além de gerir os casos repetitivos, o IRDR e os recursos repetitivos também se destinam a *formar precedentes obrigatórios*, que vinculam o próprio tribunal, seus órgãos e os juízos a ele subordinados.

O IRDR e os recursos especial e extraordinário repetitivos compõem, por isso, dois microssistemas, cada um deles relacionado a uma de suas funções.<sup>28</sup>

Em sua ementa, a que se transcreve, o Relator Ministro Ricardo Vilas Bôas Cueva pacifica desgastantes questões que vinham trazendo insegurança jurídica para os requerentes que perquiriam o direito objetivado nas demandas judicializadas, posto que não havia, dentro do próprio Judiciário, consenso quanto a aplicabilidade de determinada lei para determinado contrato, já que alguns juízos inclinavam para um posicionamento que tendia ao consumidor, enquanto outros adotavam uma visão ajustada a resguardar o melhor direito das seguradoras.

“RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. LEGALIDADE. ÚLTIMO GRUPO DE RISCO. PERCENTUAL DE REAJUSTE. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS. ABUSIVIDADE. NÃO CARACTERIZAÇÃO. EQUILÍBRIO FINANCEIRO-ATUARIAL DO CONTRATO. 1. A variação das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde em razão da idade do usuário deverá estar prevista no contrato, de forma clara, bem como todos os

<sup>28</sup> DIDIER JR., Fredie. Curso de direito processual civil: o processo civil nos tribunais, recursos, ações de competência originária de tribunal e *querela nullitatis*, incidentes de competência originária de tribunal / Fredie Didier Jr., Leonardo Carneiro da Cunha – 13. ed. reform. – Salvador: Ed. JusPodivm, 2016. v. 3. pág. 590.

grupos etários e os percentuais de reajuste correspondentes, sob pena de não ser aplicada (arts. 15, caput, e 16, IV, da Lei nº 9.656/1998). 2. A cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária do beneficiário encontra fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos. 3. Os gastos de tratamento médico-hospitalar de pessoas idosas são geralmente mais altos do que os de pessoas mais jovens, isto é, o risco assistencial varia consideravelmente em função da idade. Com vistas a obter maior equilíbrio financeiro ao plano de saúde, foram estabelecidos preços fracionados em grupos etários a fim de que tanto os jovens quanto os de idade mais avançada paguem um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de atenção à saúde. **4. Para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional**, a forçar que os de mais tenra idade suportassem parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do community rating modificado). 5. As mensalidades dos mais jovens, apesar de proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente, sob pena de o negócio perder a atratividade para eles, o que colocaria em colapso todo o sistema de saúde suplementar em virtude do fenômeno da seleção adversa (ou antisseleção). 6. A norma do art. 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003, que veda "a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade", apenas inibe o reajuste que consubstanciar discriminação desproporcional ao idoso, ou seja, aquele sem pertinência alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato. **7. Para evitar abusividades (Súmula nº 469/STJ) nos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, alguns parâmetros devem ser observados, tais como (i) a expressa previsão contratual; (ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e as cláusulas gerais da boa-fé objetiva e da especial proteção ao idoso, dado que aumentos excessivamente elevados, sobretudo para esta última categoria, poderão, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e (iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais:**

a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, **aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato**, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS. b) **Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 6/1998**, a qual determina a observância de 7 (sete) faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos), não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos. c) **Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as**

**regras da RN nº 63/2003 da ANS**, que prescreve a observância (i) de 10 (dez) faixas 8. A abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde por inserção do usuário em nova faixa de risco, sobretudo de participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto. Tal reajuste será adequado e razoável sempre que o percentual de majoração for justificado atuarialmente, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa comumente o lucro, o qual não pode ser predatório, haja vista a natureza da atividade econômica explorada: serviço público impróprio ou atividade privada regulamentada, complementar, no caso, ao Serviço Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado. 9. Se for reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde em virtude da alteração de faixa etária do usuário, para não haver desequilíbrio contratual, faz-se necessária, nos termos do art. 51, § 2º, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença. 10. TESE para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: **O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.** 11. CASO CONCRETO: Não restou configurada nenhuma política de preços desmedidos ou tentativa de formação, pela operadora, de "cláusula de barreira" com o intuito de afastar a usuária quase idosa da relação contratual ou do plano de saúde por impossibilidade financeira. Longe disso, não ficou patente a onerosidade excessiva ou discriminatória, sendo, portanto, idôneos o percentual de reajuste e o aumento da mensalidade fundados na mudança de faixa etária da autora. 12. Recurso especial não provido" (grifo nosso).<sup>29</sup>

Como observado, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça foi o de adotar, em um primeiro ponto, para os contratos antigos - anteriores a lei 9.656/98 -, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, com a obediência dos percentuais de reajuste assumidos contratualmente entre as partes, desde que expressos e dentro da razoabilidade.

Em segundo momento, para os contratos firmados entre a vigência da lei 9.656/98 e o Estatuto do Idoso, a lei especial prevaleceria, com a aplicação em

---

<sup>29</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão. Recurso Especial Repetitivo nº 1.568.244-RJ. Segunda Seção. Relator Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. DJU, Brasília, DJe 19/12/2016.

conjunto da Resolução 06 de 1998 do CONSU, que fixava os percentuais de reajuste para as 7 camadas etárias divididas inicialmente.

Por último, foi consagrada a adoção da RN 63 da ANS para os contratos posteriores ao Estatuto do Idoso, quando já não haveria mais a possibilidade de reajuste para os beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos, como consignado pelo Estatuto, reajustando a sistemática dos reajustes para uma nova separação, desta vez em 10 camadas etárias, nas quais a última seria composta pelos beneficiários acima dos 59 anos de idade, na qual o reajuste não mais poderia ser feito com base na idade do usuário, limitando-se tão somente aos reajustes atuariais que fossem previstos anualmente pela ANS.

Há que se destacar, ainda, que por meio do presente Recurso Repetitivo os princípios da solidariedade intergeracional e do mutualismo do fundo de custeio receberam importante destaque no certame da matéria, com a expressa remição a estes institutos pelo relator ao longo de seu voto, o que demonstra a indissociável relevância destes corolários para o funcionamento virtuoso do sistema.

A análise das abusividades, como bem destacado pelo relator, deve ser determinada casuisticamente, a fim de evitar a excessiva onerosidade do consumidor na relação jurídica contratual e a discriminação do idoso, quando este for objeto da demanda litigiosa.

Em decorrência do entendimento fixado pelo STJ através do Recurso Repetitivo, já é possível destacar sua influência sobre julgados que se utilizam deste para fundamentar as decisões de casos concretos diversos.

A título de uma primeira amostragem exemplificativa, transcreve-se a ementa do julgado de relatoria da Sra. Dra. Desembargadora Maria da Glória Oliveira Bandeira de Mello, do e. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, que utiliza em sua decisão os preceitos fixados no repetitivo a fim de julgar, no caso concreto, abusivo o reajuste de 100% na mensalidade de beneficiário que possuía modalidade contratual de plano de saúde anterior a lei 9.656/98.

“APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE NA MODALIDADE INDIVIDUAL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE

NULIDADE CONTRATUAL C/C REVISIONAL. UNIMED QUE ASSUME A CARTEIRA DE CLIENTES DA GOLDEN CROSS. CONTRATO ANTERIOR À LEI 9656/98 NÃO ADAPTADO. REAJUSTE EM FUNÇÃO DA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. **ENTENDIMENTO PACIFICADO NO RECURSO ESPECIAL REPETITIVO Nº 1.568.244 QUANTO A LEGALIDADE DOS REAJUSTES, DESDE QUE PREVISTOS EXPRESSAMENTE NO CONTRATO E NÃO CONFIGURADA ABUSIVIDADE, COM A DEVIDA OBSERVÂNCIA DAS NORMAS DOS ÓRGÃOS REGULADORES E DO CDC.** SENTENÇA JULGANDO PARCIALMENTE PROCEDENTE OS PEDIDOS AUTORAIS PARA DECLARAR A ABUSIVIDADE DO PERCENTUAL DE REAJUSTE DE 100% APLICADO E CONDENAR A RÉ A EMITIR AS MENSALIDADES DO PLANO DE ACORDO COM OS ÍNDICES AUTORIZADOS PELA ANS NO PERÍODO. RECURSO DO PLANO DE SAÚDE RÉU POSTULANDO PELA IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS AUTORAIS. ALEGA O RÉU A EXISTÊNCIA DE EXPRESSA PREVISÃO CONTRATUAL PARA O REAJUSTE, DEIXANDO, NO ENTANTO, DE COLACIONAR AOS AUTOS O ALUDIDO INSTRUMENTO CONTRATUAL, IMPOSSIBILITANDO ASSIM O COTEJO DAS CONDIÇÕES AVENÇADAS COM AQUELAS EFETIVAMENTE IMPLEMENTADAS. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA QUE SE IMPÕE. NÃO CONHECIMENTO DO AGRAVO RETIDO, EIS QUE NÃO RATIFICADO NAS RAZÕES DO APELO. DESPROVIMENTO DA APELAÇÃO” (grifo).<sup>30</sup>

Em seu voto, a ilustre desembargadora acentua, ainda, o posicionamento a ser seguido de acordo com a sumula normativa 03 de 2001, da ANS, que versa a respeito da obediência do que fora acordado previamente, de modo expresso, em contrato firmado entre as partes, resguardado o direito de reajuste na hipótese de percentuais que porventura sejam fixados de modo desarrazoado, em desarmonia com o princípio da razoabilidade.

A Segunda Seção do STJ, no julgamento do tema, definiu que, no tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS.<sup>31</sup>

Nesse sentido, leciona Josiane Araujo Gomes, em sua obra à qual inteligência trazemos em destaque:

<sup>30</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. 23ª Câmara Cível. Apelação Cível nº 0002537-52.2014.8.19.0202. Relatora Jds. Maria da Gloria Bandeira de Mello. Data de Julgamento: 20/09/2017. Pág. 01/02.

<sup>31</sup> <sup>31</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. 23ª Câmara Cível. Apelação Cível nº 0002537-52.2014.8.19.0202. Relatora Jds. Maria da Gloria Bandeira de Mello. Data de Julgamento: 20/09/2017. Pág. 05.

Podem os usuários dos contratos anteriores à lei dos planos de saúde, ainda, suscitar a incidência da Súmula Normativa 3/2001 da ANS, que dispõe sobre a validade formal da cláusula de reajuste. Aliás, foi esse o entendimento firmado no julgamento do REsp 1.568.244/RJ, conforme o seguinte trecho da ementa do julgado, *in verbis*: “No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da lei 9.656/98, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto a abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa 3/2001 da ANS.”<sup>32</sup>

Observa-se, em alinhamento à diretriz firmada no Repetitivo quanto a necessidade de uma comprovação atuarial casuística que fundamente os reajustes a serem aplicados pelas operadoras, o julgado abaixo transcrito do TJRJ que negou provimento ao recurso de apelação da UNIMED-RIO pela ausência de cálculos que motivassem, no caso concreto, os reajustes de 52% ao autor que completara 60 anos e 72,58% à esposa do demandante ao completar 47 anos, aplicados nas mensalidades dos contratos entabulados.

“APELAÇÕES CÍVEIS. REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL. DESNECESSIDADE DE PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA ANS, QUE NÃO AFASTA A VERIFICAÇÃO DE ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL, COM BASE NO CDC. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS ATUARIAIS QUE LEGITIMEM A MAJORAÇÃO DA MENSALIDADE. NULIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL QUE PREVÊ O REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA DANO MORAL. REFORMA PARCIAL DA SENTENÇA. 1. Trata-se de demanda que versa acerca da validade de cláusula de reajuste por mudança de faixa etária prevista em contrato individual, devendo ser observado o que restou decidido pelo Eg. STJ no Resp 1.568.244 - RJ, julgado pelo rito dos repetitivos. 2. Como se depreende da leitura do aresto supracitado, o STJ consolidou o entendimento de que não se pode afirmar, de forma genérica e abstrata, que todo e qualquer reajuste por mudança de faixa etária viola o Estatuto do Idoso, pois a cláusula de aumento da mensalidade do plano de saúde encontra fundamento no mutualismo e na solidariedade intergeracional, além de ser regra asseguradora de riscos. 3. No entanto, aquela Corte reconheceu que devem ser observados alguns parâmetros para legitimar o reajuste, dentre os quais se destaca a necessidade de não serem aplicados índices desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e com as cláusulas gerais da boa-fé, porque não são raros os casos em que há efetiva violação à normatividade protetiva do Idoso, tendo em vista que

---

<sup>32</sup> GOMES, Josiane Araújo. Reajuste de mensalidade do plano de saúde por mudança de faixa etária: análise do Resp. 1.568.244/RJ. Revista de Direito do Consumidor. vol. 110. ano 26. Pag. 226. São Paulo: Ed. RT, mar-abr. 2017.

as operadoras comumente objetivam o lucro, o qual não pode ser "predatório", dada a relevância social dos serviços de saúde. 4. **No caso dos autos, apesar de haver previsão contratual, a ré, ora recorrida, não logrou demonstrar, mediante perícia atuarial, que os índices de reajuste aplicados - 52% ao autor por completar 60 anos e 72,58% à esposa do demandante ao completar 47 anos - justificam-se em razão do efetivo incremento do risco pactuado, ônus que lhe competia, por força do art. 373, II, do CPC, sendo imperioso, pois, reconhecer a abusividade da cláusula de reajuste, nos termos do art. 51, IV, do CDC.** 5. O Estatuto do Idoso encerra matéria de ordem pública, sendo perfeitamente aplicável aos efeitos futuros dos atos e negócios jurídicos formados anteriormente à sua vigência. Aplicação da Súmula nº 214 desta Corte: "A vedação do reajuste de seguro saúde, em razão de alteração de faixa etária, aplica-se aos contratos anteriores ao Estatuto do Idoso". 6. Prevalência das normas constitucionais (art. 3º, IV, CF), legais (art. 15, §3º, da Lei nº 10.741/03) e dos deveres anexos, colaterais ou fiduciários inerentes a todo e qualquer contrato sobre o vetusto princípio da obrigatoriedade, de modo a melhor proteger a parte que teve a sua legítima confiança frustrada por ato da outra. 7. Restituição dos valores pagos indevidamente pelo segurado, diante da vedação de reajuste abusivo por mudança de faixa etária decorrente de expresso texto de lei federal. 8. O aumento exagerado no valor da mensalidade causa inegável aflição e preocupação ao segurado que se vê com dificuldades de manter o pagamento do plano de saúde, justamente quando dele mais necessita, causando-lhe, sem dúvida, dano moral indenizável. Nesta parte, considerando os critérios sugeridos pela doutrina e jurisprudência e em observância aos princípios da razoabilidade e da vedação ao enriquecimento sem causa, entendo que o valor de R\$ 10.000,00 revela-se justo e adequado. 10. Desprovisionamento ao recurso da ré, ora apelante 1, e provimento ao recurso do autor, ora apelante 2<sup>33</sup> (grifo).

É certo dizer que, nessa linha de entendimento, não basta a operadora se basear exclusivamente em uma expectativa do percentual que seria razoável à aplica-lo ao reajuste daquela determinada camada etária; é imprescindível, também, o alinhamento deste reajuste a um cálculo que convalide a majoração do prêmio, sob pena de, conforme verificado neste último exemplo, readequação da mensalidade a patamares dentro da razoabilidade e, ainda, aplicação de indenização moral pelo abuso de direito constatado.

Em outras palavras, a adoção do parâmetro do Repetitivo, que julgou dentro da razoabilidade a mensalidade do contrato reajustado próximo a 90%, não basta para afirmar que a seguradora está aplicando reajustes legítimos, haja vista que este deve

---

<sup>33</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. 27ª Câmara Cível. Apelação Cível nº 0161662-77.2014.8.19.0001. Relator Des. Marcos Alcino de Azevedo Torres. Data do julgamento: 13/09/2017. Pág. 01/02.

vir precedido, também, de justificativa atuarial independente do percentual verificado no caso concreto.

Essa expectativa de aumento, portanto, não deve ser usada de subterfugio para um aumento vertiginoso e em descompasso com demonstrativos de cálculo, periciais sob juízo ou ainda trazidos pela própria operadora como meios de prova, indispensáveis para que sustentem o ato unilateral que a operadora possui de aplicar os reajustes ao plano de saúde do consumidor.

Em posicionamento alinhado colacionado abaixo, versa a Desembargadora Andréa Fortuna, quando oportunamente decidiu em sede de agravo de instrumento interposto pela “Golden Cross” pela manutenção dos termos da tutela provisória concedida pelo juízo de primeira instância, que suspendeu os reajustes praticados pela operadora no patamar de cerca de 70% sobre o valor das mensalidades do contrato.

Os efeitos da suspensão foram mantidos com base nos preceitos do Repetitivo em comento, visto que não houve, por parte da operadora, produção de provas que, àquele momento recursal, pudessem balizar o reajuste praticado em detrimento do beneficiário.

**“PLANO DE SAÚDE CONTRATADO ANTERIORMENTE À LEI Nº 9.656/98 E NÃO ADAPTADO. REAJUSTE DE MENSALIDADE. TUTELA PARA SUSPENSÃO DO REAJUSTE DEFERIDA. CLÁUSULA DE REAJUSTE APÓS OS 60 ANOS, NOS CONTRATOS FIRMADOS ANTERIORMENTE AO ESTATUTO DO IDOSO, NÃO É NULA. ABUSIVIDADE QUE DEVE SER EXAMINADA CASO A CASO. IMPRESCINDÍVEL DILAÇÃO PROBATÓRIA, COM A PRODUÇÃO DE PERÍCIA ATUARIAL, PARA QUE FIQUE DEMONSTRADO O ERRO NA APLICAÇÃO DA FÓRMULA PREVISTA CONTRATUALMENTE OU MESMO A SUA DESPROPORCIONALIDADE COM O ÍNDICE DE SINISTRALIDADE. CASO FIQUE COMPROVADO A LEGALIDADE DAS COBRANÇAS FEITAS PELA RÉ, NADA IMPEDE QUE A MESMA TENHA OS VALORES RESTITUÍDOS. NECESSIDADE DE ENTENDIMENTO EXPOSADO NO RECURSO ESPECIAL REPETITIVO 1.568.244. RECURSO QUE SE NEGA PROVIMENTO”<sup>34</sup> (grifo nosso).**

---

<sup>34</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. 24ª Câmara Cível/Consumidor. Relatora: Desembargadora Andréa Fortuna. Agravo de Instrumento nº 0008154-12.2017.8.19.0000.

E prossegue, na fundamentação do *decisum*, mencionando as três causas impeditivas de que a operadora proceda com reajustes nos contratos pactuados, estas firmadas na tese do Repetitivo de 2016:

Sabe-se que o atual entendimento do Superior Tribunal de Justiça e adotado por esta relatoria é de que o reajuste não é abusivo por si só, sendo possível o reajuste por faixa etária, desde que expressamente pactuada, como é o caso dos autos (cláusula 44.0), conforme se verifica no julgamento do Recurso Especial n.1568244/RJ: **"O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedida pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso"** <sup>35</sup>(grifo).

Em última análise, segue em destaque decisão que indeferiu o pleito autoral que, em suma, peticionava arguindo a abusividade dos reajustes praticados pela "Sul América Seguros".

**"APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO DE CONSUMO. SENTENÇA SOB A ÉGIDE DO CPC/73. AÇÃO REVISIONAL DE CLÁUSULA CONTRATUAL. PLANO DE SAÚDE FIRMADO EM 1995, ANTERIORMENTE À LEI Nº 9.656/98, QUE NÃO FOI ADAPTADO. REAJUSTE FAIXA ETÁRIA. CLÁUSULA DE REAJUSTE APÓS OS 60 ANOS, NOS CONTRATOS FIRMADOS ANTERIORMENTE AO ESTATUTO DO IDOSO, NÃO É NULA. ABUSIVIDADE QUE DEVE SER EXAMINADA CASO A CASO. ENTENDIMENTO EXPOSTO NO RECURSO ESPECIAL REPETITIVO 1.568.244. VARIAÇÃO ATUAL ENTRE A PRIMEIRA E ÚLTIMA FAIXA ETÁRIA QUE NÃO PODE EXCEDER A 6 VEZES (RESOLUÇÃO CONSU 06/98 E RN 63/2003). MENSALIDADE REAJUSTADA QUE SE MANTEVE DENTRO DOS INDICES ESTABELCIDOS PELA ANS, (APROXIMADAMENTE, NO VALOR EQUIVALENTE A CINCO VEZES A DA PRIMEIRA FAIXA). POSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE ILICITUDE. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA QUE MERECE REFORMA PARA JULGAR IMPROCEDENTE A DEMANDA E DECLARAR A VALIDADE DO REAJUSTE REALIZADO NO PLANO DE SAÚDE DA AUTORA, NA FAIXA ETÁRIA DE 66/70 ANOS. CONTUDO, DEVE SER DECLARADA NULA A CLÁUSULA DO CONTRATO QUE PREVÊ REAJUSTE ANUAL DE 5%, APÓS 72 ANOS, POIS COLOCA A PARTE AUTORA EM UMA SITUAÇÃO DE DESVANTAGEM EXAGERADA, CARACTERIZANDO VIOLAÇÃO AO INCISO IV DO ARTIGO 51 DO CDC. DEMANDA QUE DEVE SER JULGADA PARCIALMENTE PROCEDENTE. SUCUMBÊNCIA MÍNIMA DA RÉ.**

---

<sup>35</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. 24ª Câmara Cível/Consumidor. Relatora: Desembargadora Andréa Fortuna. Agravo de Instrumento nº 0008154-12.2017.8.19.0000. Pág. 06.

INVERSÃO DOS ÔNUS SUCUMBENCIAIS. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO AUTORAL. PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO DA RÉ<sup>36</sup> (grifo).

Neste exemplar, o juízo entendeu pela legalidade dos reajustes praticados no contrato, da modalidade “antiga”, ou seja, anterior à lei 9.656/98, tendo em vista que foram todos alinhados às cláusulas contratuais acordadas interpartes.

Isso porque, neste caso em particular, diferentemente dos demais, houve comprovação através de cálculos realizados sobre as cláusulas contratuais de reajuste, possibilitando a verificação precisa dos percentuais questionados e, a revés dos demais casos trazidos à tona neste capítulo, possibilitando a manutenção dos reajustes pactuados por estarem de acordo com o contrato e em obediência com as regras de ordem pública do CDC que regem essa modalidade.

Entretanto, nega a manutenção dos reajustes após 71 anos, usando como preceito base a violação ao artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor que veda a cláusula excessivamente onerosa ao consumidor.

O contrato foi juntado aos autos no index 60/76, sendo que as faixas etárias e variação percentual a cada mudança contam no index 76, às fls. 78. Ali constam sete faixas etárias, sendo três delas após os sessenta anos de idade (61, 66 e 71 anos). A cláusula 16 prevê, a partir dos 72 anos, reajustes anuais de 5%.

No caso dos autos, o reajuste impugnado foi implementado pela ré em janeiro/14, logo após a autora completar 67 anos de idade, correspondendo a um acréscimo efetivo de R\$ 286,44, ou 36,56% sobre a mensalidade anterior.

**O cálculo está de acordo com o contrato, no index 76, às fls. 78, 79 e 80, cláusulas 15 a 17.**

**A conclusão é de que o reajuste de 36,54%, efetivado pelo réu a partir de janeiro/2014, corresponde a cinco vezes o valor inicial, estando, portanto, o contrato dentro dos parâmetros estabelecidos pela ANS para aquela faixa etária e em harmonia com o que decidiu o STJ.**

Sublinhe-se que todos os reajustes que incidiram e ainda incidirão no contrato até que a autora complete 71 anos de idade estão dentro dos critérios estabelecidos pela Agência Reguladora e pelos Tribunais Superiores, não havendo que se falar em conduta abusiva pela ré, neste aspecto.<sup>37</sup> (grifo)

<sup>36</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. 23ª Câmara Cível/Consumidor. Relator: Desembargador Marcos André Chut. Apelação Cível nº 0019232-57.2014.8.19.0210.

<sup>37</sup> <sup>37</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. 23ª Câmara Cível/Consumidor. Relator: Desembargador Marcos André Chut. Apelação Cível nº 0019232-57.2014.8.19.0210. Pág. 11.

Desse modo, conclui-se que já verificamos a extensa e impactante incidência do Recurso Repetitivo em cotejo, com a aplicação da tese produzida bem como dos procedimentos a serem adotados a depender da modalidade de contrato que se verifica na lide do caso em concreto trazido ao crivo do Judiciário.

O Repetitivo é ferramenta indispensável para o ajuste da matéria nos Tribunais, com a acentuação do posicionamento que deve ser adotado em todo o país. Contudo, como se verá a seguir no último capítulo deste trabalho, a discussão requer aprofundamento de ordem não exclusivamente voltada a reforma nos Tribunais; é mandatória, ainda, a reforma legislativa, com medidas que incidam na lei de planos de saúde para reerguer a modalidade dos planos familiares ou individuais como espécies comercialmente viáveis.

## **CAPÍTULO 3 - REFLEXÃO SOB O PRISMA LEGAL, DOUTRINÁRIO E JURISPRUDENCIAL: OS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS SÃO SUSTENTÁVEIS?**

### **3.1 – O Impacto do Envelhecimento Populacional e Tecnológico sobre a Sustentabilidade dos Planos de Saúde**

Os contratos de planos de saúde individuais são pautados no princípio do equilíbrio econômico contratual, responsável por manter a paridade na relação comutativa e garantir a harmonia do contrato, sem que haja excessiva onerosidade entre as partes, operadora e beneficiário, no ato de cumprimento com a obrigação assumida por cada um no momento da contratação.

Com o aumento das possibilidades de tratamento oriundo de uma maior desenvoltura tecnológica na área da saúde, a população brasileira passou – e ainda passa – por um constante processo de envelhecimento.

Assim dispõe Eunice Bitencourt Haddad:

O aumento do número de idosos, que se revela em verdadeiro bônus demográfico, acarreta, em consequência, aumento dos gastos com saúde, eis que as pessoas nessa faixa ficam mais sujeitas ao desenvolvimento de doenças crônicas e à necessidade de tratamentos de longo prazo. Em outras palavras: quanto mais idosa a pessoa, maiores tendem a ser os riscos relacionados à sua saúde. Isso implica que os custos de assistência à saúde aumentam, conforme avança a idade dos beneficiários de planos de saúde.<sup>38</sup>

Em decorrência disso, a sistemática da solidariedade intergeracional de custeio do fundo mutuário suporta uma sobrecarga, como acentua André Fernandes Arruda:

(...) com o surgimento de novas tecnologias e a notória melhora na qualidade de vida da maioria dos cidadãos brasileiros, a população torna-se cada vez mais envelhecida, o que traz evidentes reflexos nos contratos de seguro e plano de saúde.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> HADDAD, Eunice Bitencourt. CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. Pag. 140.

<sup>39</sup> ARRUDA, André Fernandes. CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. Pag. 53.

Tendo em vista que os jovens, a base da pirâmide na sistemática de subsídio dos planos de assistência suplementar, ficam encarregados por uma parcela proporcionalmente maior de custeio do sistema, e partindo da premissa de que verificamos uma crescente quantidade de idosos isentos aos reajustes atuariais referentes à mudança de faixa etária nos planos familiares ou individuais, é possível dizer que as operações relativas à planos de saúde se encontram em um cenário alarmante quanto a sua sustentabilidade.

Para manterem o custeio com os tratamentos, as operadoras ficam compelidas a tornarem a contratação ainda mais onerosa para os de idade menos avançada, que conseqüentemente se veem menos estimulados a aderirem à cobertura segurada.

Com um menor incentivo para realizarem o seguro, a repercussão se constata no menor número de beneficiários jovens estimulados a adentrar ou permanecer custeando o fundo mutuário, despejando uma responsabilidade de custeio maior sobre as faixas etárias mais avançadas, fenômeno que recebe o nome de “seleção adversa”.

A respeito da seleção adversa, as palavras do Ministro Relator do Recurso Repetitivo nº 1.568.244/RJ:

"(...) essas limitações normativas prestigiam e garantem a preservação dos dois pilares que sustentam o contrato de plano de saúde: o pacto intergeracional e a prevenção da antisseletividade. Por meio delas os usuários de maior idade não são surpreendidos com percentuais de reajuste muito elevados, havendo distribuição entre os beneficiários mais jovens de parte da despesa que tornaria a mensalidade dos mais velhos excessivamente onerosa, mas essa diluição deve ser razoável, para que não haja abandono ou exclusão dos de mais tenra idade do sistema por falta de atratividade econômica (seleção adversa), o que levaria, com o tempo, à insolvência e à ruína do próprio plano."<sup>40</sup>

Conclui-se, a partir disso, que a longo prazo poderíamos nos deparar com um cenário de colapso de todo o sistema de custeio, com repercussão ainda mais acentuada sobre os idosos, os mais dependentes dos serviços segurados.

---

<sup>40</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão. Recurso Especial Repetitivo nº 1.568.244-RJ. Segunda Seção. Relator Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. DJU, Brasília, DJe 19/12/2016.

Em sua obra, André Fernandes Arruda:

Uma das principais características desses contratos é o mutualismo; ou seja, o valor da contribuição individual deve corresponder ao custo operacional das operadoras com os gastos de saúde e lucros. O modelo de gestão dos planos de saúde baseia-se, principalmente, no custeio dos mais idosos pelos mais jovens; a base da pirâmide mais populosa e com menos gastos de saúde irá subsidiar o valor da mensalidade dos mais velhos, em menor quantidade e com mais gastos em saúde.<sup>41</sup>

O autor continua sua explanação com o questionamento que enseja toda a discussão da sustentabilidade do sistema: “como compatibilizar o mutualismo, com a impossibilidade de custeio do plano pelos mais idosos, em razão do aumento das mensalidades? ”.

André Fernandes Arruda discorre em uma análise crítica do comportamento do Judiciário, que, ao utilizar em considerável parcela das lides a lei vigente no momento do ajuizamento das demandas nos Tribunais, mais benéfica ao consumidor, concorre a dar causa para a incapacidade das operadoras em administrarem a absorção do custeio de todos os reajustes que são deferidos aos segurados, via Judiciário, para os contratos firmados em momento anterior à edição da lei, sobrepujando as cláusulas de reajuste pactuadas inter partes nos contratos antigos, e acentuando a imprevisibilidade das despesas com o serviço para os fornecedores.

(...) se aplica a lei diretamente ao caso, mas, na grande maioria dos casos, não há como avaliar o impacto da decisão ao mutualismo contratual, pois, quando se impede o reajuste pela faixa etária, se desequilibra a balança do contrato e o prejuízo é absorvido apenas pela prestadora do serviço.<sup>42</sup>

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor aponta, inclusive, através de estudos publicados em outubro de 2017, que a Justiça suspende reajustes em 75% dos casos judicializados em lides que dispõem sobre planos de saúde coletivos. A pesquisa, realizada por Ana Carolina Navarrete, analisou 113 decisões de tribunais de 10 estados do país e do STJ, publicadas entre 2013 e 2017.

---

<sup>41</sup>ARRUDA, André Fernandes. CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. Pag. 53.

<sup>42</sup>ARRUDA, André Fernandes. CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. Pag. 56.

Vislumbra-se ainda que, em média, o percentual de reajuste que enseja o ajuizamento de demandas na Justiça entre 2013 e 2017 é de 89%, 1% acima do entendido como justificável na demanda paradigma utilizada no repetitivo abordado no capítulo anterior.

A advogada e pesquisadora em saúde do Idec, Ana Carolina Navarrete, responsável pela pesquisa, considera que a judicialização é a saída encontrada pelos usuários encontrada diante da inércia da ANS.

(...)

A pesquisa também mostra que, em média, o percentual dos reajustes questionados em juízo são de 89% - número 8% superior ao registrado no estudo de 2013. De acordo com o levantamento atual, nenhum aumento contestado foi menor do que 11%. Já o maior chegou a 2.334%.

Outra tendência importante detectada sobre o percentual de reajustes é que as chances da Justiça derrubá-los são maiores quando o índice fixado pela operadora é de 30% ou mais. Entre os casos com aumentos até 29,9%, só em 43,5% dos casos o reajuste é anulado.<sup>43</sup>

Partindo-se para uma análise amostral de dados colhidos pela UNIDAS, associação de operadoras na modalidade de autogestão, e estimativas provenientes do IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, o autor José Cechin, economista, atual diretor executivo da FenaSaúde e ex-ministro da Previdência Social, pôde firmar importantes ponderações em sua obra.

Gráficos fornecidos por essas instituições demonstram quais os desdobramentos práticos das diretrizes definidas pela resolução 06 de 1998 da CONSU e da RN 63 de 2003 da ANS.

Na primeira amostragem, relacionada aos contratos entabulados sob os critérios definidos pela resolução da CONSU, que divide os segurados em sete faixas etárias, verifica-se um substancial aumento nas despesas médias *per capita* dos beneficiários.

Com um aumento de despesa média anual de 47,25% entre os segurados que aparecem na faixa de 50 a 59 anos em relação aos presentes na faixa de 60 a 69 anos, saltando para um aumento no percentual de 96,7% das despesas entre os beneficiários desta última faixa com a faixa dos beneficiários de 70 anos ou mais,

---

<sup>43</sup> NAVARRETE, Ana Carolina. Disponível em: < <https://idec.org.br/pesquisa-do-idec/plano-de-saude-coletivo-justica-suspende-reajuste-em-75-dos-casos>>.

constata-se um escalonamento de reajuste entre as faixas que supera o limite da razoabilidade que vem sendo adotado pelos Tribunais, bem como ultrapassa, na soma dos percentuais de reajuste, o teto de seis vezes entre o custo gerado pela última faixa, de 70 anos ou mais, em relação a primeira, de 0 a 17 anos.

O mesmo fenômeno ocorre em proporções semelhantes se a amostragem for baseada na regulamentação dada pela RN 63 de 2003 da ANS.

As despesas médias *per capita*, nesse cenário, sofrem um aumento de 105% quando comparadas as duas faixas etárias, de 54 a 58 anos com a dos beneficiários acima dos 59 anos, muito acima, portanto, do reajuste esperado, dentro da razoabilidade e proporcionalidade que a RN 63 recomenda que seja aplicado aos contratos.

A respeito dos resultados encontrados através das referências expostas acima, reflete José Cechin:

O Estatuto do Idoso foi uma escolha da sociedade com base no reconhecimento de que esse grupo etário tem maiores gastos médios *per capita* do que os outros e nessa fase da vida tendem a ter rendas menores. Como resultado, tanto os menores de 59 anos de idade são chamados a pagar uma parte das mensalidades dos idosos quanto os idosos sexagenários são chamados a auxiliar no pagamento das mensalidades dos idosos septuagenários e acima. Ao mesmo tempo discute-se a *mens legis* inserida no Estatuto do Idoso. O legislador vedou todo e qualquer reajuste para pessoas com 60 anos ou mais de idade, ou especificou que tais reajustes não poderiam ser discriminatórios? Em algum momento, assim como o tema previdenciário, a sociedade terá que enfrentar esse questionamento.<sup>44</sup>

Algumas considerações ainda devem ser consignadas a partir da análise dos dados acima.

Apesar do Estatuto do Idoso sustentar a não discriminação como princípio primordial, vedando o reajuste a partir dos 60 anos de idade nos contratos de plano de saúde, o estudo não pode ser feito voltado apenas à análise da discriminação sem

---

<sup>44</sup> CECHIN, José. Saúde na Idade – Por que diferenciar preços dos planos de saúde por idade e consequências econômicas da não aplicação dos reajustes previstos em contrato. Pag. 185. Disponível em: O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde / Coordenadores: Milton Augusto de Brito Nobre; Ricardo Augusto Dias da Silva; apresentação de Gilmar Ferreira Mendes. – 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

valorar, em conjunto, a sustentabilidade do sistema, sob a ótica da operabilidade dos fornecedores.

Nesse sentido, a análise da discriminação dos reajustes etários deve ser feita simultaneamente às transformações atinentes ao aprimoramento tecnológico, bem como à mudança de mentalidade da população que, de maneira crescente, vem dando maior importância aos tratamentos assistenciais, gerando encargos que devem ser balanceados e revertidos no valor do prêmio, ou mensalidade, dos segurados que contribuem com o fundo mútuo de sustentação.

O dilema é enaltecido nos comentários de Nícia Olga Andrade de Souza Dantas:

Se, de um lado, há uma iminente situação de hipossuficiência financeira gerada pela aposentadoria, época da vida em que o consumidor normalmente precisa de maiores cuidados médicos, que geram custos adicionais, por outro, o reajuste com base em sua última faixa etária já foi calculado e previsto. Isso porque todos os contratos têm uma Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP, que justifica os reajustes, através de estudos atuariais prévios dos riscos cobertos, e que só podem ser modificados se autorizados pela ANS, através de Revisão Técnica.<sup>45</sup>

Diretor executivo da FenaSaúde, José Cechin expressa importante reflexão sobre o ponto, a que se transcreve:

Se fizermos uma lei atrativa só para as operadoras, os consumidores não vão comprar planos de saúde. Um mercado saudável é aquele que atende aos dois lados para haver negócio.

(...)

Há muitas decisões que não respeitam o que está escrito na resolução da ANS e no contrato. Entendemos a preocupação com a vida de quem vai buscar direitos na Justiça, mas é preciso respeitar a norma. Se o preço do produto foi calculado sem incluir o procedimento, a pessoa não tem direito a ele e está pleiteando um benefício adicional. Isso não deveria ser chamado de negativa.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> DANTAS, Nícia Olga Andrade de Souza. STF – Resp. 1.568.244/RJ – Comentário por Nícia Olga Andrade de Souza Dantas. *Revista dos Tribunais*. vol. 980. ano 106. p. 598-642. São Paulo: Ed. RT, junho 2017.

<sup>46</sup> CECHIN, José. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/mudanca-na-lei-dos-planos-de-saude-pode-prejudicar-usuarios/#>>.

Enquanto de um lado há que se colocar em pauta a maior onerosidade das operadoras em decorrência do aumento com o custeio funcional, decorrente da sofisticação tecnológica da medicina, somada ao envelhecimento populacional, de outro, e não menos importante, é inafastável ponderar as medidas de ajuste dos planos individuais e familiares com a *mens legis* do Estatuto do Idoso, que prevê a não discriminação do idoso no bojo do reajuste etário para fins de precificação das mensalidades dos planos de saúde, com repercussão na RN 63, tendo em mente que esta não vem se mostrando exitosa em coibir as médias de reajuste discriminatórias (superiores a 100% como previamente demonstrado) quando se trata de reajustes das mensalidades no momento de transição para a última faixa de reajuste, que no posicionamento jurisprudencial atual é desmedida e discriminatória.

Em acertada síntese, Josiane Araújo Gomes doutrina a inteligência transcrita a seguir:

Deveras, a necessidade de aumento das quantias pagas pelos usuários ao longo da vigência do contrato é inquestionável, na medida em que os custos dos serviços médico-hospitalares de cobertura obrigatória pela operadora – nos termos da segmentação contratada –, variam de acordo com as alterações do mercado e em razão dos progressos médicos-científicos, responsáveis pela descoberta sucessiva e constante de novos tratamentos para a cura de doenças. Outrossim, o avanço da idade do usuário também é responsável pela majoração da frequência de utilização dos serviços e, por consequência, o aumento dos custos a serem cobrados pelas operadoras, pois, em regra, é com a velhice que a pessoa se torna mais propensa ao desenvolvimento de doenças, necessitando, assim, da assistência à saúde prestada pela operadora do plano de saúde.

Ressalva-se, contudo, que o reajuste motivado, apenas, pelo crescimento da taxa de sinistralidade é totalmente abusivo. De fato, o contrato de plano de saúde é eminentemente aleatório, pois há a atribuição de riscos para ambas as partes: o usuário assume a obrigação de pagar as mensalidades sob o risco de não necessitar dos serviços contratados; a operadora assume a obrigação de fornecer/custear os serviços contratados sob o risco de não ter captado valor suficiente para a satisfação de tal cobertura. Assim, tem-se ser inadmissível que a operadora transfira todos os riscos ao usuário, exigindo a majoração da mensalidade em razão da utilização dos serviços contratados, pois tal prática contraria a própria razão de ser do contrato – o qual se aproxima à ideia de seguro, em que o segurador se obriga, mediante o recebimento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado – colocando o consumidor em posição

de desvantagem, o que é vedado pelo art. 6º, V do Código de Defesa do Consumidor.<sup>47</sup>

Ante o exposto introdutório sobre o tema do capítulo em comento, o subitem a seguir abordará a principal proposta de readaptação dos planos de saúde, com o enfoque central da discussão na repercussão que isso poderá acarretar aos planos individuais ou familiares.

### **3.2 –Da Necessidade ou Não de Modificação da Lei 9.656/98 para a Viabilidade dos Planos Individuais ou Familiares**

Atualmente, tramita em caráter de urgência em comissão especial na Câmara dos Deputados projeto de lei que põe em discussão um novo marco legal para os planos de saúde individuais ou familiares, que sofrem com uma acentuada diminuição do número de usuários nos últimos anos.

Como principais mudanças propostas pelo relator do projeto Rogério Marinho (PSDB-RN), enumera-se a possibilidade de as operadoras realizarem reajustes no preço das mensalidades para os beneficiários acima dos 60 anos de idade, bem como a segmentação de coberturas assistenciais (adesão facultativa do consumidor ao rol completo dos serviços assistenciais, mediante contraprestação), diminuição no valor de repasse feito ao SUS, dentre outros.

A questão do reajuste para idosos é apenas um dos aspectos que podem ser alterados na legislação. O texto prevê mudanças que interferem diretamente no cotidiano do consumidor, como a obrigação de oferta de planos de saúde individuais que praticamente sumiram do mercado, e a redução de multas para as operadoras em casos de negativa ou demora no atendimento, entre outras infrações.

-Muitas mudanças podem ter impacto forte na relação entre consumidor e operadoras. Há uma grande preocupação que o texto esteja abrindo espaço para que as operadoras possam segmentar ainda mais a cobertura dos planos. Há receio que a proposta de parcelamento do reajuste da última faixa etária possa abrir espaço para um aumento do custo final aos idosos – afirma Igor Britto, advogado do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> GOMES, Josiane Araújo. Reajuste de mensalidade do plano de saúde por mudança de faixa etária: análise do Resp. 1.568.244/RJ. Revista de Direito do Consumidor. vol. 110. ano 26. Pag. 216. São Paulo: Ed. RT, mar-abr. 2017.

<sup>48</sup> NASCIMENTO, Barbara, CAVALCANTE, Glauce, CASEMIRO, Luciana. Planos com reajuste para idosos. O Globo. Quinta-feira, 19 de outubro de 2017, ano XCIII – nº 30.754. Pág. 17. Rio de Janeiro.

Uma série de fatores estaria provocando a desestabilização do sistema - e a perda de beneficiários seria apenas um deles. Os demais têm raízes na própria estrutura do modelo, que, afirmam as empresas, se ressentem do crescimento da taxa de sinistralidade, do teto legal de reajuste calculado pela ANS para os planos individuais, da constante atualização do rol de procedimentos pela ANS, da obrigatoriedade de ressarcimento de atendimentos feitos no Sistema Único de Saúde (SUS), do crescente número de beneficiários idosos, da judicialização dos contratos, entre outros. "O sistema não se sustenta", afirma Emílio Cesar Zilli, diretor da Associação Médica Brasileira (ABM).<sup>49</sup>

Entidades como a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), se posicionam no sentido de arguir a insustentabilidade dos planos familiares ou individuais em face da grande malha regulatória que protege o consumidor adquirente dessa espécie de plano.

A ideia é diluir o aumento que marca a mudança da faixa etária. Hoje ele é aplicado de uma só vez, quando o beneficiário completa 59 anos. A proposta prevê que essa mudança de faixa seja paga de forma escalonada ao longo de 20 anos, com uma parcela a cada cinco anos. O texto prevê ainda um percentual máximo de reajuste de 20%.<sup>50</sup>

Em dados fornecidos pela ANS, verifica-se que os planos familiares ou individuais correspondem a somente 20% do total dos planos atualmente em vigor no país, e o argumento é de que isso decorre, principalmente, da maior facilidade que as operadoras encontram em sustentar economicamente o modelo dos planos de saúde coletivos, cujo índice de reajuste não é limitado pela ANS (como ocorre nos planos de caráter individual) e o contrato pode ser cancelado unilateralmente pela operadora.<sup>51</sup>

---

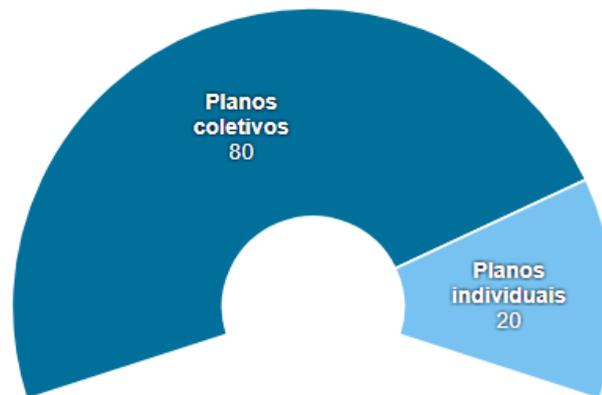
<sup>49</sup> DEMARCHI, Celia. Disponível em: <<http://abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/abramge-na-midia/868-planos-tem-perda-de-usuarios-mas-aumentam-lucro>>.

<sup>50</sup> NASCIMENTO, Barbara, CAVALCANTE, Glauce, CASEMIRO, Luciana. Planos com reajuste para idosos. O Globo. Quinta-feira, 19 de outubro de 2017, ano XCIII – nº 30.754. Pág. 17. Rio de Janeiro.

<sup>51</sup> Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/09/1922784-saude-de-empresas-e-usuarios-de-planos-envolve-evitar-desperdicios.shtml>>.

## ENTRE OS BENEFICIÁRIOS ATUAIS

Em %



Fontes: ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), relator Rogério Marinho (PSDB-RN) e entidades  
Confira mais infográficos da [Folha](#)

Nas palavras do relator Rogério Marinho (PSDB-RN):

A operadora sabe que quem tem 59 anos, pelo IBGE, vai viver em média até os 82 anos. Se você diluir esse aumento, fica mais justo para a operadora e para o consumidor, que muitas vezes é obrigado a sair do plano porque não tem a condição financeira de se manter nele.<sup>52</sup>

Nesse sentido, uma das propostas vislumbradas no projeto de modificação da lei 9.656/98 seria a obrigatoriedade das operadoras que rescindam imotivadamente contrato coletivo junto a um beneficiário idoso, tenha que viabilizar, em contrapartida, contrato de caráter individual ou familiar para que este não fique desamparado pelo ato unilateral de vontade:

O projeto prevê ainda que a operadora que rescindir o contrato coletivo sem motivo com um idoso terá de oferecer a ele um plano compatível, individual ou familiar, sem a necessidade de cumprir carência. O relatório propõe retirar a carência para migração de uma operadora para outra, desde que o beneficiário esteja com o pagamento em dia. Em casos de coberturas mais abrangentes, poderá ser exigido o cumprimento de carência somente para os serviços que não estavam previstos no plano anterior.<sup>53</sup>

<sup>52</sup> NASCIMENTO, Barbara, CAVALCANTE, Glauce, CASEMIRO, Luciana. Planos com reajuste para idosos. O Globo. Quinta-feira, 19 de outubro de 2017, ano XCIII – nº 30.754. Pág. 17. Rio de Janeiro.

<sup>53</sup> NASCIMENTO, Barbara, CAVALCANTE, Glauce, CASEMIRO, Luciana. Planos com reajuste para idosos. O Globo. Quinta-feira, 19 de outubro de 2017, ano XCIII – nº 30.754. Pág. 17. Rio de Janeiro.

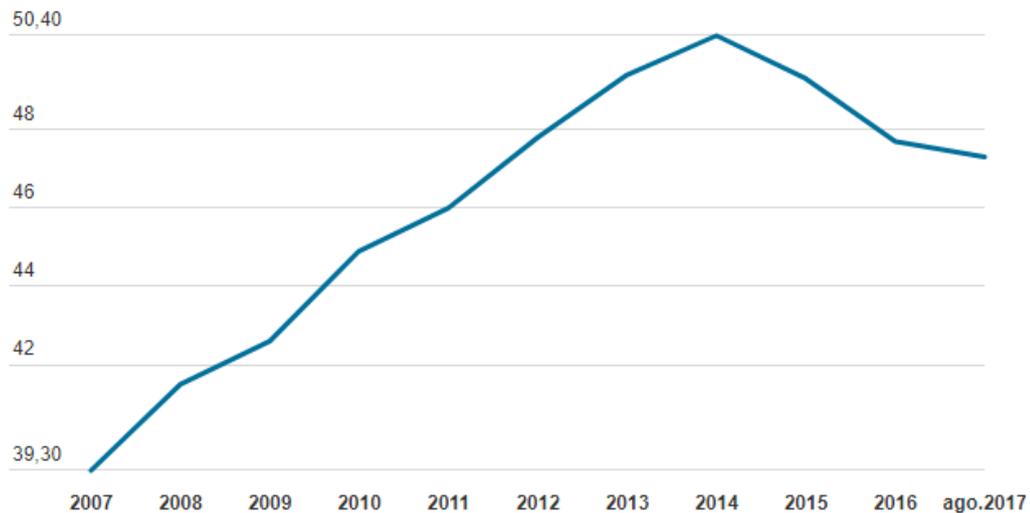
À Folha de São Paulo, Marinho diz que a proposta deve ser aprovada porque “Aos 59 anos, os planos têm feito reajuste muito maior, já que não podem reajustar depois”.

Desse modo, o relator justifica que haveria uma espécie de “pro rata”, ou seja, uma maior diluição do custeio dos planos de saúde entre os usuários com a inclusão da faixa etária dos beneficiários acima de 60 anos, o que equivale a 6,7 milhões de segurados que seriam potencialmente afetados pelo novo marco regulatório em tramitação.

Segundo dados da ANS, esse número sofreu uma queda considerável de 2014 a 2017, passando de 50,4 milhões de usuários para 47,3 milhões, uma redução que corresponde a 6,15% nesse curto espaço de tempo, como demonstrado no gráfico a seguir:

### **BENEFICIÁRIOS, EM MILHÕES**

Queda no número após a crise fez com que operadoras pressionassem por mudanças na lei



**47,30** = Equivale a 23% dos brasileiros

Fontes: ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), relator Rogério Marinho (PSDB-RN) e entidades  
Confira mais infográficos da [Folha](#)

De acordo com levantamento realizado pelo Valor Econômico, em artigo de autoria de Celia Demarchi, são feitas as seguintes ponderações:

O número de beneficiários de planos de saúde vem caindo de forma expressiva nos últimos anos, em consequência do desemprego e da recessão. Desde 2014, quando o setor alcançou o maior total de

usuários ao longo do tempo, 50,4 milhões, mais de 3 milhões deixaram o sistema, cerca de metade deles em 2016. A receita e o lucro líquido das empresas, contudo, aumentaram em 2016, respectivamente, 12% (para R\$ 182,9 bilhões, incluindo a receita não operacional) e 66% (para R\$ 6,4 bilhões), segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os dados, porém, não refletem a realidade do setor de forma homogênea, de acordo com as operadoras. A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) afirma que em seis dos últimos dez anos as empresas fecharam as contas com déficit. Pedro Ramos, diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), pontua que a receita operacional bateu em raquíticos 0,2% do faturamento em 2016.<sup>54</sup>

Um exemplo claro da insustentabilidade dos planos de saúde individuais ou familiares, segundo a ótica das operadoras, é de que, além da diminuição do número de operadoras no mercado de maneira geral, outras, de grande porte, já sequer comercializam essa espécie de cobertura, tal qual a SulAmérica deixou de fazê-lo desde 2008.

Até a edição da Lei 9.656, de 1998, que regulamentou o setor, os planos individuais representavam cerca de 40% do total, oferecidos à época por mais de 1,4 mil empresas, que encolheram para as atuais 780. Ramos, da Abramge, responsabiliza a legislação pela redução do número de operadoras, que se confrontaram com forte queda de rentabilidade a partir da regulamentação, e também pela paralisação na comercialização de planos individuais: "Ninguém vai vender plano para quebrar".<sup>55</sup>

Ao revés deste último exemplo, podemos apontar o caso da Amil, maior empresa de saúde suplementar do país e que se adaptou ao mercado, reestruturando-se para abranger também a venda dos planos familiares ou individuais, desde 2013 outrora descontinuados.

O principal nó, segundo as operadoras, está no mecanismo de reajuste do plano individual, que tem o aumento anual das mensalidades calculado pela ANS. Este ano, ficou em 13,55%. Nos planos coletivos — que representam 81% dos contratos do setor — o percentual chegou a 40% em alguns casos.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> DEMARCHI, Celia. Disponível em: <<http://abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/abramge-na-midia/868-planos-tem-perda-de-usuarios-mas-aumentam-lucro>>.

<sup>55</sup> DEMARCHI, Celia. Disponível em: <<http://abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/abramge-na-midia/868-planos-tem-perda-de-usuarios-mas-aumentam-lucro>>.

<sup>56</sup> CASEMIRO, Luciana. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

Segundo Laís Perazo, diretora técnica da Amil:

O cenário não mudou, nós que mudamos. Formulamos um plano focado na coordenação do cuidado, com rede hierarquizada, negociamos diferentes formas de remuneração com os prestadores, saindo do modelo de pagamento por serviço que incentiva desperdício e não promove qualidade.<sup>57</sup>

Na mesma linha segue a Unimed Rio, que segundo dados da reportagem do Jornal O Globo, obteve um aumento de 35% na comercialização dos planos individuais no terceiro trimestre, estatísticas que receberam destaque nas palavras de Solange Beatriz Palheiro Mendes:

As empresas estão desenvolvendo projetos para reduzir custos e ter planos mais acessíveis. Mas os custos são muito altos. O rol de procedimentos é muito amplo e poderia ser mais restrito em algumas coberturas.<sup>58</sup>

A respeito das medidas propostas no projeto da nova lei de planos de saúde, estas são fortemente combatidas por diversas organizações de defesa do consumidor, da saúde e instituições públicas, tais quais o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Comissão de Defesa do Consumidor da Ordem dos Advogados do Brasil, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, dentre outras, que ao todo perfazem um total de 22 entidades signatárias do manifesto contrário a aprovação do projeto em trâmite.

Essas entidades expressam, através do manifesto, que a proposta elaborada pelo relator Rogério Marinho representa um grande retrocesso para os direitos adquiridos pelo consumidor nas relações jurídicas com as operadoras, que teriam o intuito de, por meio da proposta, “afastar o CDC e atender os interesses das operadoras”<sup>59</sup>, nas palavras de Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Idec.

Um dos principais pontos combatidos por meio do manifesto é a alteração do Estatuto do Idoso, impedindo que as operadoras possam aplicar reajustes fundados

<sup>57</sup> PERAZO, Laís. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

<sup>58</sup> MENDES, Solange Beatriz Palheiro. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

<sup>59</sup> NAVARRETE, Ana Carolina. Disponível em: <<https://idec.org.br/noticia/organizacoes-lancam-manifesto-contra-nova-lei-de-planos-de-saude>>.

na mudança de faixa etária também para os segurados que possuam 60 anos ou mais, o que atualmente é vedado nos contratos individuais ou familiares.

Outra intenção é a de alterar o Estatuto do Idoso, que hoje proíbe reajuste após os 60 anos. A alegação do relator é que os reajustes que hoje incidem antes dos 60 anos precisam ser “diluídos” após essa idade, com o “parcelamento” do aumento.

Na prática, as operadoras poderão aplicar reajuste após 60 anos. O idoso será “expulso” dos planos de saúde, por impossibilidade de pagamento, como ocorria antes do Estatuto do Idoso e da Lei nº 9.656/98. O pretexto é que o valor do plano aumenta muito antes dos 60 anos e, com a alteração, haveria maior diluição temporal do impacto do valor na mensalidade. Em vez de corrigir a distorção, a intenção do relator é deixar ao arbítrio das operadoras os reajustes de mensalidades dos planos durante a fase de vida de redução da renda e aumento das necessidades de atenção à saúde.<sup>60</sup>

Salomão Rodrigues, coordenador da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Federal de Medicina (CFM), consonante ao entendimento do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, se alinha ao posicionamento de que “a proposta final ‘encampa quase que por cópia’ a das operadoras”, e que os modelos de planos de saúde propostos pelo Ministério da Saúde são modelos que atendem a um determinado nicho de mercado, mas não aos pacientes.

O Ministério da Saúde propõe a criação de três tipos de planos acessíveis. O Simplificado, cobertura para atenção primária conforme o rol de procedimentos clínicos da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas pelo Conselho Federal de Medicina, e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias apenas de baixa e média complexidade e sem internação. Tal escopo, afirma-se na proposta, atenderia mais de 85% das necessidades de saúde dos pacientes.

Já o Plano Ambulatorial + Hospitalar cobre a atenção primária e especializada de média e alta complexidade, à qual, contudo, o paciente só teria acesso após decisão preliminar de um médico da família ou da atenção primária e, eventualmente, de um segundo profissional. A cobertura, além disso, se limitaria à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular. Ideia é criar planos mais acessíveis para a população e equilibrar custos per capita das operadoras.

A terceira modalidade, o Plano em Regime Misto de Pagamento, prevê cobertura, mediante a contraprestação mensal, apenas de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva,

---

<sup>60</sup> Manifesto Contra as Propostas de Alteração na Lei de Planos de Saúde. Disponível em: <<https://idec.org.br/noticia/organizacoes-lancam-manifesto-contra-nova-lei-de-planos-de-saude>>.

além de atendimento ambulatorial. Os procedimentos seriam pagos à parte, de acordo com valores previstos em contrato.<sup>61</sup>

No parecer de Patrícia Cardoso, coordenadora do Núcleo de Defesa do Consumidor (NUDECON) da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, a mudança nas regras de reajuste para idosos visa reduzir a judicialização das lides que envolvem a operadora de planos de saúde com o segurado:

Os aumentos aos 59 anos são altíssimos, e muitos consumidores conseguem, na Justiça, reduzir esse percentual. Com o parcelamento se esvazia esse primeiro aumento, mas o impacto vem num momento que o consumidor está fora do mercado, com renda menor.<sup>62</sup>

O que se extrai desta última análise de singular importância para o desfecho do presente trabalho é de que o cenário de sustentação dos planos de saúde individuais ou familiares não é economicamente sustentável sem a aprovação de reformas que viabilizem seu reingresso efetivo no mercado.

Os dados convergem amplamente para um colapso de ambas as partes da relação: enquanto as operadoras absorvem boa parte dos custos oriundos da judicialização das operações relativas à saúde, os beneficiários também se encontram engessados com os altos índices de reajustes verificados que, como já enaltecido, chegam a uma média de até 100% na última faixa de reajuste, com base na aplicação da RN 63 da ANS até o ano de 2017.

Nos dizeres de Mario Scheffer, coordenador do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, do Departamento de Medicina Preventiva da USP:

Se a ideia era incentivar o plano individual, seria mais efetivo proibir os falsos coletivos. Com a recessão, esse perfil de plano, em que as pessoas são convidadas a se associar a entidades com as quais não têm relação ou a declarar vínculo com um CNPJ, muitas vezes, oferecido pelo próprio vendedor, só cresce. O individual não deixou de ser oferecido, é que o preço não é atraente. A diferença de valor para um plano coletivo pode bater 50%. Se não houvesse a possibilidade

---

<sup>61</sup> Disponível em: <<http://abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/abramge-na-midia/868-planos-tem-perda-de-usuarios-mas-aumentam-lucro>>.

<sup>62</sup> NASCIMENTO, Barbara, CAVALCANTE, Glauce, CASEMIRO, Luciana. Planos com reajuste para idosos. O Globo. Quinta-feira, 19 de outubro de 2017, ano XCIII – nº 30.754. Pág. 17. Rio de Janeiro.

de “coletivo” de um só (falso coletivo), as empresas seriam impulsionadas a oferecer individuais mais atrativos.<sup>63</sup>

O julgamento do Recurso Repetitivo, em cotejo no segundo capítulo deste trabalho, entende-se, desde já, como de grande valia para o alcance de um tratamento homogêneo promovido pelos Tribunais ao redor do país no confronto do tema, visto que estabelece diretrizes precisas a serem respeitadas na concessão da tutela jurisdicional pretendida pela parte que demanda ao Judiciário.

Entretanto, ao que parece, o resultado pretendido não poderá ser quisto exclusivamente mediante o combate à judicialização excessiva das demandas que giram em torno do tema. É necessário discutir, em sincronia, mudanças legislativas capazes de agraciar a espécie dos contratos individuais novamente com viabilidade comercial.

Segundo reportagem do Jornal O Globo, colacionam-se algumas das reformas de maior impacto:

Os idosos poderão ter reajustes escalonados nas mensalidades. Hoje, a regra prevê que a última faixa etária (acima de 60 anos) tenha uma mensalidade de no máximo seis vezes o valor pago pela primeira faixa etária (0 a 18 anos). Por isso, os planos atualmente costumam aplicar um reajuste altíssimo quando o cliente completa 59 anos, já que o Estatuto do Idoso restringe aumentos após essa idade. Atualmente, apenas os reajustes no aniversário do plano são permitidos na terceira idade, não mais os aumentos por faixa etária.

Todas as operadoras de saúde terão de oferecer planos individuais e familiares. Hoje, não há essa obrigação e há muito pouca oferta desses planos. Quando um plano coletivo por adesão decidir não renovar o contrato, aos idosos, é garantida a oferta de um plano individual ou familiar.

Quando houver disputa na Justiça entre planos de saúde e consumidores sobre autorização de procedimentos, o juiz precisará ouvir profissionais de saúde de um “núcleo de apoio técnico” antes de tomar sua decisão. Esse núcleo já existe em alguns tribunais hoje. Especialistas em defesa do consumidor temem que isso seja prejudicial aos beneficiários dos planos.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> SCHEFFER, Mario. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

<sup>64</sup> NASCIMENTO, Barbara; CAVALCANTI Glauce; CASEMIRO, Luciana. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/confira-as-principais-mudancas-previstas-na-lei-dos-planos-de-saude-21965169>>.

A sustentabilidade dos planos familiares passa também, portanto, pela reestruturação do seu modelo, que vem sendo preterido pelas operadoras à sorte de planos mais vantajosos e de maior maleabilidade que se coadunam às finalidades econômicas e financeiras das fornecedoras.

O debate sobre as reformas é de vital e inadiável importância, visto que as perdas pelo decurso do tempo se desenvolvem em ritmo crescente, e, em se tratando de um modelo contratual indiscutivelmente mais benéfico ao consumidor, isto traz ainda maiores precauções com a necessidade de uma medida eficiente para possibilitar a viabilidade da espécie no mercado.

Segundo Patrícia Cardoso, ao apoiar a medida estabelecida no projeto de lei que obriga as operadoras a comercializarem os planos individuais, em reportagem do Jornal O Globo publicada em 22 de outubro de 2017, “Toda lei deveria ser uma resposta a uma demanda da sociedade, e essa mudança reflete isso. É um problema sistêmico da saúde, o consumidor que sai do plano empresarial não tem para onde ir”.

Lígia Bahia, especialista no setor de Saúde da UFRJ, tece comentários a respeito da criação dos planos populares como um meio de resgatar os cidadãos que rescindiram nos últimos anos seus contratos de plano de saúde em função do custo demasiado que estes acarretam ao orçamento familiar:

O que se defende entre as empresas do mercado é vender plano individual popular, ainda que não seja autorizado no momento. Elas querem recuperar as pessoas que deixaram de ter plano e atrair outras. As operadoras vão voltar a vender o individual, especialmente um produto reduzido.<sup>65</sup>

A tutela dos direitos do consumidor, portanto, poderá enfraquecer na seara dos contratos de plano de saúde a depender das modificações que serão deliberadas no projeto que tramita na Câmara dos Deputados.

O resultado poderá ocasionar maior predominância nos contratos de cunho coletivo, mais vantajosos financeiramente para as operadoras, se consolidada for a

---

<sup>65</sup> BAHIA, Lígia. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

progressão que se verifica no atual momento, no sentido de minguar, cada vez mais, a modalidade individual como contraponto aos contratos coletivos.

Na opinião de Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde, a medida que impõe às operadoras a comercialização compulsória dos planos de caráter individual fere a livre concorrência e, por conseguinte, a liberdade constitucional das prestadoras de serviço de livre concorrência, no trecho a que se transcreve:

O deputado (relator do projeto) quer que se volte a vender plano individual. Mas há uma agressão ao princípio constitucional da livre iniciativa. Afora isso, houve uma razão para o desinteresse das operadoras na venda do produto, que é o sobreajuste. O aumento autorizado pela ANS não permite recompor os custos. A operadora fica no prejuízo e, por isso, não quer vender individual — diz Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da entidade.

(...)

As operadoras não vão resistir, mas não podemos entender que, isoladamente, seja uma boa proposta. Não precisa liberar o reajuste dos individuais, mas poderiam ser criadas regras para fazer um reajuste adequado, com parâmetros realistas.<sup>66</sup>

A reportagem destaca, nesse diapasão, dados comparativos fornecidos pela ANS a respeito da diferença dos reajustes aplicados aos planos coletivos em relação aos individuais, corroborando o entendimento atual das operadoras em expor a insustentabilidade destes últimos:

No estado de São Paulo, segundo dados de 2016 da ANS, o preço do plano individual com cobertura ambulatorial e hospitalar, para a faixa de 44 a 48 anos, custava, em média, a partir de R\$ 479,77, ou 19,4% mais que os coletivos no mesmo padrão. No mercado fluminense, o custo era 36,1% mais alto. A maior diferença foi registrada em Roraima: 77,4%.

O principal nó, segundo as operadoras, está no mecanismo de reajuste do plano individual, que tem o aumento anual das mensalidades calculado pela ANS. Este ano, ficou em 13,55%. Nos planos coletivos — que representam 81% dos contratos do setor — o percentual chegou a 40% em alguns casos.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> MENDES, Solange Beatriz Palheiro. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

<sup>67</sup> CASEMIRO, Luciano. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

A reinserção dos planos de saúde na modalidade individual ou familiar como modalidade economicamente competitiva no mercado, a que se conclui, sofrerá enorme impacto com o deslinde das deliberações do projeto de lei em comento, podendo ou não, ao final, alcançar o objetivo de tornar a modalidade novamente viável para o custeio por parte das operadoras, tornando-a novamente uma opção viável a ser ofertada.

## CONCLUSÃO

Ao final do presente trabalho, chegamos à conclusão de que os contratos da modalidade familiar ou individual, para voltarem a ser atrativos aos olhos do prestador de serviços, dependem de uma renovação, que passa pelo projeto de lei que tramita atualmente no Congresso Nacional.

A sustentabilidade da modalidade, nesse sentido, é essencial para manter a oferta de saúde suplementar com um leque aberto de opções; o fracasso dos planos individuais afetaria imensamente o mercado, que passaria a contar somente com os planos coletivos, que não são pautados pelas diretrizes do Código de Defesa do Consumidor.

Isto implicaria, em última análise, no afunilamento do mercado, sendo a alternativa de contratação dos planos coletivos mais arriscada para o beneficiário que busca, ao menos no que diz respeito a saúde, alguma segurança de que possa contar com um serviço bem prestado para usufruir principalmente sua maior idade, quando mais precisará da assistência do prestador de serviço.

As reformas que estão em debate no Congresso Nacional têm de zelar por uma reestruturação da figura desta modalidade no mercado, mantendo o benefício que esta modalidade originariamente já possui em sua essência para o beneficiário, mas, cumulativamente, alcançando maiores flexibilidades que possam torna-la minimamente competitiva com a modalidade coletiva, que hoje ocupa 80% do mercado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRIGHI, Fátima Nancy. **Os planos de saúde privados e o Código do Consumidor** – Principais questões geradoras de conflito entre planos de saúde e consumidores. Pág. 68. Disponível em: O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde / Coordenadores: Milton Augusto de Brito Nobre; Ricardo Augusto Dias da Silva; apresentação de Gilmar Ferreira Mendes. – 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

ARAUJO FILHO, Raúl. **Planos de saúde**: cláusulas limitativas e de reajuste de prêmio por mudança da faixa etária. In: ROCHA, Cesar Asfor. Estudos jurídicos em homenagem ao Ministro Cesar Asfor Rocha – 20 anos de STJ. Ribeirão Preto: Migalhas, 2012. vol II, p. 182.

ARRUDA, André Fernandes. **Curso de Direito em Saúde Suplementar**, 2011, Rio de Janeiro. Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. Pag. 56.

BAHIA, Lígia. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Acórdão. Recurso Especial Repetitivo nº 1.568.244-RJ. Segunda Seção. Relator Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. DJU, Brasília, DJe 19/12/2016.

BRASIL. **Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro**. 23ª Câmara Cível. Apelação Cível nº 0002537-52.2014.8.19.0202. Relatora Jds. Maria da Gloria Bandeira de Mello. Data de Julgamento: 20/09/2017. Pág. 01/02.

BRASIL. **Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro**. 27ª Câmara Cível. Apelação Cível nº 0161662-77.2014.8.19.0001. Relator Des. Marcos Alcino de Azevedo Torres. Data do julgamento: 13/09/2017. Pág. 01/02.

BRASIL. **Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro**. 24ª Câmara Cível/Consumidor. Relatora: Desembargadora Andréa Fortuna. Agravo de Instrumento nº 0008154-12.2017.8.19.0000.

BRASIL. **Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro**. 23ª Câmara Cível/Consumidor. Relator: Desembargador Marcos André Chut. Apelação Cível nº 0019232-57.2014.8.19.0210.

CASEMIRO, CAVALCANTE, NASCIMENTO, Glauce, Luciana, Barbara. **Planos com reajuste para idosos**. O Globo. Quinta-feira, 19 de outubro de 2017, ano XCIII – nº 30.754. Pág. 17. Rio de Janeiro.

CASEMIRO, Luciano. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

CECHIN, José. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/mudanca-na-lei-dos-planos-de-saude-pode-prejudicar-usuarios/#>>.

CECHIN, José. **Saúde na Idade** – Por que diferenciar preços dos planos de saúde por idade e consequências econômicas da não aplicação dos reajustes previstos em contrato. Pag. 185. Disponível em: O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde / Coordenadores: Milton Augusto de Brito Nobre; Ricardo Augusto Dias da Silva; apresentação de Gilmar Ferreira Mendes. – 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

CORRÊA, Mauricio. Voto de sua relatoria no julgado da Med. Caut. em Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931-8 DF. 21/08/2003.

DANIELLI, Ronei. **A efetividade do direito à saúde no Estado Social**: uma análise do direito privado sobre a normatização da saúde suplementar no Brasil pela Lei 9.656/1998 e sua aplicação no tempo. Revista de Direito Contemporâneo. n. 2. v.3. p. 99-100. São Paulo: Ed. RT, abr-jun. 2015.

DANTAS, Nícia Olga Andrade de Souza. **STF – Resp. 1.568.244/RJ** – Comentário por Nícia Olga Andrade de Souza Dantas. Revista dos Tribunais. vol. 980. ano 106. p. 598-642. São Paulo: Ed. RT, junho 2017.

DIDIER JR., Fredie. **Curso de direito processual civil**: o processo civil nos tribunais, recursos, ações de competência originária de tribunal e querela nullitatis, incidentes de competência originária de tribunal / Fredie Didier Jr., Leonardo Carneiro da Cunha – 13. ed. reform. – Salvador: Ed. JusPodivm, 2016. v. 3. pág. 590.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/abramge-na-midia/868-planos-tem-perda-de-usuarios-mas-aumentam-lucro>>.

DEMARCHI, Celia. Disponível em: <<http://abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/abramge-na-midia/868-planos-tem-perda-de-usuarios-mas-aumentam-lucro>>.

GOMES, Josiane Araújo. **Reajuste de mensalidade do plano de saúde por mudança de faixa etária**: análise do Resp. 1.568.244/RJ. Revista de Direito do Consumidor. vol. 110. ano 26. Pag. 226. São Paulo: Ed. RT, mar-abr. 2017.

HADDAD, Eunice Bitencourt. **Curso de Direito em Saúde Suplementar**, 2011, Rio de Janeiro. Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. Pag. 142.

HALBRITTER, Luciana de Oliveira Leal. **Revista de Direito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro**: doutrina e jurisprudência. n. 080, v. 00, 2009. p. 095.

\_\_\_\_\_. **Manifesto Contra as Propostas de Alteração na Lei de Planos de Saúde**. Disponível em: <<https://idec.org.br/noticia/organizacoes-lancam-manifesto-contra-nova-lei-de-planos-de-saude>>.

MENDES, Solange Beatriz Palheiro. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

NAVARRETE, Ana Carolina. Disponível em: < <https://idec.org.br/pesquisa-do-idec/plano-de-saude-coletivo-justica-suspende-reajuste-em-75-dos-casos>>.

PINTO. Eliane Armond. **Revista de Direito da Defensoria Pública**. Ano 19 – nº 21 – dezembro de 2016 – Rio de Janeiro – Defensoria Pública Geral, 2006, pág. 91.

PERAZO, Laís. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

SCHEFFER. Mario. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/venda-de-plano-de-saude-individual-pode-nao-decolar-21977036>>.

TAVARES DA SILVA, Regina Beatriz. **Responsabilidade civil**: responsabilidade civil na área da saúde – 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 2009. – (Série GV-law) 1. Responsabilidade (Direito) - Brasil I. Tavares da Silva, Regina Beatriz. II. Série. 09-00641 CDU- 347.51:616(81). Pág. 281.