

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

## **CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE E A ATUAÇÃO DO BALCÃO DO CONSUMIDOR<sup>1</sup>**

**Jonatan Da Silva Dinat<sup>2</sup>, Fabiana Fachineto Padoin<sup>3</sup>, Tobias Damião Corrêa<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Projeto de extensão universitária “Balcão do Consumidor”, temática de Direito do Consumidor, vinculado ao Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; Bolsista PIBEX no Projeto de Extensão “Balcão do Consumidor” na temática de Direito do Consumidor. E-mail: jonatan\_dinat@outlook.com

<sup>3</sup> Professora vinculada ao Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, integrante do Projeto de Extensão “Conflitos Sociais e Direitos Humanos: Alternativas Adequadas de Tratamento e Resolução”; E-mail: padoin.fabiana@unijui.edu.br

<sup>4</sup> Professor vinculado ao Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, coordenador do Projeto de Extensão “Conflitos Sociais e Direitos Humanos: Alternativas Adequadas de Tratamento e Resolução”; E-mail: tobias.correa@unijui.edu.br

### Resumo

O contexto de planos de saúde no Brasil tem seu início em 1960, época em que no Brasil, por meio dos sindicatos e organizações, se dá início aos planos coletivos de saúde que tem como usuários seus funcionários/trabalhadores, embora não existisse qualquer regulamentação sobre o assunto. O movimento para organização de entidades que viessem a oferecer o serviço de saúde através de planos privados começou a ganhar crescimento em 1970, em decorrência da situação econômica do País. Entretanto, foi em 1988, com a Constituição Federal, que se consolidou a ideia da iniciativa privada atuar nos serviços de saúde, mas ainda pendente de regulamentação. Em 1990, avançado na tratativa das relações de consumo, foi instituído o Código de Defesa do Consumidor (CDC), cujo passo passa a ser determinante nas relações mercadológicas em face das muitas cláusulas abusivas inseridas nos contratos de adesão. Mas foi em 1998, com a edição da Lei 9.656/98, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, que os contratos de planos de saúde passaram a ter regulamentação específica, sob a fiscalização e ingerência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a qual controla os benefícios, os modelos de saúde, entre outros aspectos.

Durante 40 anos o mercado cresceu sem regulamentação, os contratos eram redigidos sem qualquer interferência estatal pois eram atípicos, havia uma multiplicidade de prestadores de serviço de saúde, situações extremas por falta de atendimento (ex.: HIV). Contudo, em que pese a realidade tenha ganhado novo contorno com a edição da Lei dos Planos de Saúde, pois a matéria foi regulamentada, muitos outros desafios surgiram nas duas últimas décadas, sendo que os consumidores levam suas até o Balcão do Consumidor na busca da solução do conflito.

### Introdução

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

A saúde é um dos bens mais preciosos do ser humano, logo este sempre esteve em busca de uma melhor condição de vida. Para tal foram criados os planos de saúde privados que fomentam a precariedade da saúde pública, os planos de saúde privados não tinham regulamentação fazendo com que houvesse inúmeros problemas e como sempre o lado mais vulnerável os consumidores acabavam por terem perdas. Até se chegar na Lei nº 9.656/98 foram quase 40 anos sem nenhuma legislação abordando o assunto, ou seja, tínhamos inúmeros contratos de planos de saúde sendo um diferente do outro por não haverem tipicidade.

Apos muito tempo sem regulamentação e uma grande crescente na área de planos de saúde motivados pela boa economia da época se tem muitos processos em andamento pelos problemas ocorridos referentes ao assunto, por falta de atendimento ou dizendo que o plano não cobria tal doença e etc, então se criou a lei nº 9.656/98 que vem para regular o assunto.

### Objetivo

Neste estudo trataremos da diferença entre os contratos de planos de saúde efetuados anteriormente e posteriormente à Lei nº 9.656/98, bem como os principais pontos a serem discutidos como a classificação destes contratos, a cobertura dos tipos de contratos, os valores a serem reajustados e demais fatores, bem como os maiores motivadores de processos e discussões judiciais nestas áreas. Ademais, que o Código de Defesa do Consumidor (CDC) tem aplicabilidade a todos os tipos de contratos que envolvem a relação consumidor-fornecedor, inclusive os contratos de planos de saúde.

### Metodologia

A natureza da pesquisa é teórica/dedutiva analítica, a partir de consultas bibliográficas e periódicos nacionais, e principalmente a experiência diária realizada no Balcão do Consumidor.

### Resultados e Discussão

A Lei nº 9.656/98 vem para estabelecer regras para os contratos de planos de saúde, com o claro escopo de proteger os consumidores contra a violação de seus direitos. A par dessa lei, a doutrina passou a apresentar uma classificação para os contratos de planos de saúde, especialmente no que se refere a época de sua formalização. Neste aspecto, os contratos são entendidos como “planos antigos ou não regulamentados” quando foram celebrados anteriormente à vigência da Lei 9.656/98 e não foram adaptados a ela, sendo aplicáveis a estes o disposto nos respectivos instrumentos contratuais e, obviamente, o Código de Defesa do Consumidor. Os planos formalizados a partir da vigência da Lei 9.656/98 são chamados de “planos novos ou regulamentos”, e, portanto, estão submetidos a esta lei.

Claudia Lima Marques (apud SAMPAIO, 2010, p. 214) sustenta a respeito dessa classificação que “a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos anteriores recebe agora uma nova luz com a definição de abuso e cláusulas abusivas trazidas pela nova lei”.

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

Quanto ao regime de contratação, os planos podem ser individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão. Os planos individual ou familiar são direcionados às pessoas físicas, que podem aderir livremente a qualquer tipo de plano oferecido no mercado de consumo, e terão a opção de incluir ou não o grupo familiar. O plano coletivo empresarial, por sua vez, é o contratado por pessoa jurídica, que oferece assistência médica e/ou odontológica à população vinculada à pessoa jurídica. Já o coletivo por adesão, também é direcionado as pessoas jurídicas, sendo que sua adesão é automática na data de vinculação à pessoa jurídica contratante.

A Lei dos Planos de Saúde tratou de estabelecer a cobertura mínima para oferta de qualquer plano de saúde, estabelecendo as seguintes coberturas: ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e referência, da seguinte maneira. O plano ambulatorial cobre exames e consultas médicas ilimitados em consultório ou ambulatório. Este segmento, não cobre internação hospitalar. O plano hospitalar sem obstetrícia, inclui cobertura para internações hospitalares, com diárias ilimitadas, inclusive UTI, exames complementares durante a internação. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, alimentação, medicamentos e materiais utilizados. Também há cobertura das despesas do acompanhante de pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos e pessoas com deficiência, e atendimento de urgência e emergência. Já o plano hospitalar com obstetrícia, além de todo o atendimento hospitalar já mencionado, inclui as coberturas de pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido natural ou adotivo, nos primeiros 30 dias contados do nascimento ou da adoção. Este segmento não tem cobertura a consulta ambulatorial, tratamentos e procedimentos ambulatoriais não relacionados ao pré-natal. O plano odontológico, deve oferecer cobertura para todos os procedimentos odontológicos realizados em consultório. Por fim, o plano referência, que é um plano cuja oferta é obrigatória por parte das operadoras, inclui cobertura assistencial médico ambulatorial e hospitalar. Nestes casos com internações padrão enfermagem, exames, consultas e parto, mas não cobre a assistência odontológica.

Uma das principais questões que geram conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde referem-se aos reajustes anuais das mensalidades. Neste aspecto tem papel essencial a ANS, o que inclui a possibilidade de reajuste em função da faixa etária.

Quanto ao reajuste anual dos valores das mensalidades dos planos de saúde, com o objetivo de manter o equilíbrio financeiro do contrato, poderá ser feito apenas uma vez por ano. Para os planos individuais e familiares, havendo ou não cobertura odontológica, é necessária a aprovação da ANS sobre o valor reajustado. Já os individuais antigos/não regulamentados são reajustados de acordo com o estabelecido no contrato, sem interferência da ANS. Por fim, o reajuste dos planos coletivos empresariais e coletivos por adesão, se dá conforme negociação estabelecida entre as operadoras e as pessoas jurídicas contratantes, cabendo-lhes apenas comunicar à ANS.

No que se refere ao reajuste por mudança de idade (faixa etária), teve papel determinante o Estatuto do Idoso, editado em 2003, pois, a fim de evitar a discriminação e tratamento diferenciado do idoso, a última faixa etária não pode considerar pessoas com mais de 60 anos. Com isso, passou-se a adotar dez faixas etárias: I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; VII -

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Nestes casos, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

No Brasil, em 2013, tivemos 47,9 milhões de pessoas beneficiárias de planos, sendo que as despesas geradas somaram 30,5 bilhões de reais. De acordo com dados da ANS, cerca de 80% dos planos de saúde hoje no País são coletivos.



Número de beneficiários de plano de saúde cresce pouco e despesas muito.

Em 2014, de acordo com ANS, os problemas reduziram 8,5%, comparando com 2013. Já os processos julgados no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP) contra planos de saúde coletivos subiram 13,8% de 2013 para 2014.

Segundo Mário Scheffer (Disponível em: <<http://economia.ig.com.br/empresas/2015-01-27/cai-o-numero-de-reclamacoes-de-planos-de-saude-a-ans-mas-sobe-na-justica.html>> Acesso em: 22 de Jun 2015), a ANS não representam a realidade do consumidor porque mostram apenas uma parte do problema, o setor do judiciário tem crescido. Segundo Scheffer:

"A realidade é muito pior. Os problemas de usuários de planos de saúde estão pulverizados entre reclamações à ANS, processos judiciais, reclamações em órgãos de defesa do consumidor e na área de Recursos Humanos das empresas, que fazem as negociações com os planos. É preciso lembrar que muitas vezes o trabalhador que tem um plano coletivo empresarial reclama na empresa, fica insatisfeito, mas não registra a reclamação [na ANS]"

No âmbito do Balcão do Consumidor de Ijuí, os principais problemas relacionam-se com as cobranças indevida por serviço que tem cobertura, ou seja, ensejando pedido de reembolso pelo pagamento em duplicidade. Também, aplicação de reajustes indevidos em função da mudança de faixa etária, e, ainda, a não informação de faturas em aberto, sendo que, quando são cobradas do consumidor são com o acréscimos de juros.

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

## Conclusões

Os contratos de planos de saúde ainda geram inúmeros problemas e demandas judiciais em função do descumprimento do que determinada a legislação, especialmente o CDC e a Lei no 9656/98. Sistemáticamente não é respeitada a legislação, seja pelo desrespeito a cobertura mínima prevista em lei, pela não autorização de procedimentos que também estão previstos em lei, e especialmente em função dos reajustes indevidos e abusivos efetuados nos valores das mensalidades mensais.

Neste contexto, o papel desempenhado pelo Balcão do Consumidor é fundamental, pois este serve de espaço para os cidadãos consumidores reivindicarem pelos seus direitos, expondo o seu problema, para, em seguida, se buscar o meio alternativo mais adequado para resolução do conflito, seja através de contato imediato com as prestadoras de serviço, seja por meio de Carta de Informações Preliminar, ou, ainda, com a designação de audiência de tentativa de conciliação entre as partes. Nesta seara, o papel desempenhado pelo Balcão é ainda mais relevante, pois está em jogo o direito à saúde do consumidor, que, além de ser vulnerável por natureza, tem esta situação agravada quando a vida, a segurança e a sobrevivência, o que exige tratamento eficaz e efetivo.

Palavras-chave: Consumidor; Planos de Saúde; Lei 9.656/98; Balcão do Consumidor.

## Referências bibliográficas

BENJAMIN, Antonio Herman de Vasconcellos; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. Manual de Direito do Consumidor. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

BRASIL. (Constituição 1988). Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 05 de outubro de 1998. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em: 19 jun. 2015.

Cresce número de reclamações contra planos de saúde coletivos na Justiça. Disponível em: <<http://economia.ig.com.br/empresas/2015-01-27/cai-o-numero-de-reclamacoes-de-planos-de-saude-a-ans-mas-sobe-na-justica.html>> Acesso em: 22 de jun. 2015.

Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm)> Acesso em: 18 jun. 2015.

Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm)> Acesso em: 19 jun. 2015.

Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm)> Acesso em: 20 jun. 2015.

Número de beneficiários de plano de saúde cresce pouco. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2013/05/1277333-numero-de-beneficiarios-de-plano-de-saude-cresce-pouco.shtml>> Acesso em: 22 de jun. 2015.