



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO  
CURSO DIREITO**

**LORENA FERNANDES VIEIRA**

**JUDICIALIZAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS: CONFLITOS ENTRE  
CONSUMIDORES HIPERVULNERÁVEIS E OPERADORAS**

**FORTALEZA  
2019**

LORENA FERNANDES VIEIRA

JUDICIALIZAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS: CONFLITOS ENTRE  
CONSUMIDORES HIPERVULNERÁVEIS E OPERADORAS

Artigo TCC apresentado ao curso de Direito do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO – como requisito para a obtenção do grau de bacharel, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Vanessa Gomes Leite.

FORTALEZA

2019

LORENA FERNANDES VIEIRA

JUDICIALIZAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS: CONFLITOS ENTRE  
CONSUMIDORES HIPERVULNERÁVEIS E OPERADORAS

Artigo TCC apresentado no dia 13 de agosto de 2019 como requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito do Centro Universitário Fаметro – UNIFAMETRO – tendo sido aprovada pela banca examinadora composta abaixo

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. .Ms. Vanessa Gomes Leite

Orientadora – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

---

Prof<sup>o</sup>. .Ms. Adriano Cesar Oliveira Nobrega

Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

---

Prof<sup>a</sup>. .Ms. Patrícia Lacerda Oliveira Costa

Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

# JUDICIALIZAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS: CONFLITOS ENTRE CONSUMIDORES HIPERVULNERÁVEIS E OPERADORAS.

Lorena Fernandes Vieira<sup>1</sup>

Vanessa Gomes Leite<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho apresenta os efeitos da judicialização dos planos de saúde, tendo em vista a ação regulatória da Agência Nacional de Saúde. Para tal, buscou-se expor a relação entre beneficiário e a operadora de plano de saúde, exemplificando as concepções de consumo e apresentando as leis brasileiras que regem o tema, como o Código Civil Brasileiro e o Código de Defesa do Consumidor, além dos tipos de contrato utilizados nesse caso, que seriam o contrato de adesão e o coletivo empresarial. O objetivo desta pesquisa é analisar a excessiva onerosidade do consumidor em face dos reajustes por mudança de faixa etária, comparando o reajuste antes e após o advento da Lei nº 9.656/1998 e, consecutivamente, a aplicabilidade do Estatuto do Idoso como critério para o reajuste por mudança de faixa etária para os maiores de 60 anos em face da proteção da hipervulnerabilidade e do equilíbrio econômico dos idosos nos contratos de planos de saúde coletivos. Para tanto, o presente trabalho faz uso da pesquisa bibliográfica e documental na doutrina, legislação e jurisprudência acerca do tema, utilizando-se da abordagem qualitativa para análise dos dados obtidos. Como resultado comprovou-se que as legislações aplicadas aos planos coletivos não são suficientes para manter a permanência do beneficiário.

**Palavras-chave:** Judicialização da saúde. Plano de saúde coletivo. Faixa etária. Hipervulnerabilidade

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Direito pelo Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

<sup>2</sup> Docente do curso de Direito do Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

## 1 INTRODUÇÃO

Após a Lei nº 9. 656/1998 dos Planos de Saúde e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), ainda continua sendo a principal legislação utilizada pelo Poder Judiciário nos julgamentos de ações movidas contra planos de saúde. Com base em estudo feito junto ao Tribunal de Justiça de São Paulo, a maioria das decisões é favorável aos consumidores (IDEC, 2007).

Uma pesquisa sobre a judicialização na saúde aponta um crescimento de aproximadamente 130% nas demandas de primeira instância entre 2008 e 2017. A pesquisa, encomendada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Poder Judiciário, foi apresentada em São Paulo. Dessa pesquisa, foi constatado que problemas com os convênios foram a maior causa (30,3%) dos pedidos de processos relacionados ao assunto no país. Na segunda instância, os planos de saúde respondem por 38,4% e seguro, por 24,7% (CRUZ, 2019).

A comercialização dos planos de saúde no Brasil é realizada por um contrato de adesão que tem como sua principal característica contratual as cláusulas preestabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de serviços, sem margem para que o consumidor (beneficiários) possa discutir ou modificar suas cláusulas.

Esses contratos são ofertados aos consumidores de forma patronizada com margem apenas para os preenchimentos de seus dados pessoais e formalização da pecúnia a ser paga mensalmente.

Assim, a saúde suplementar atua no Brasil com mais de 2.000 operadoras, que atendem cerca de 36 milhões de pessoas e movimentam em torno de R\$ 35 bilhões por ano a relação de consumo entre operadora e consumidor (beneficiário) de plano de saúde (IDEC, 2007).

De acordo com Conselho Regional de Medicina (CFM, 2012), dentre as modalidades de contratação de plano de saúde, cerca de 80% dos usuários de planos de assistência médica estão em planos coletivos (quase 33 milhões de pessoas).

Por sua vez, os planos de saúde coletivos são aqueles contratos realizados por uma pessoa jurídica em benefício de pessoas físicas a ela vinculadas na condição de empregados, associados ou sindicalizados (IDEC, 2007).

Ademais, os planos coletivos se dividem em duas categorias: plano coletivo por adesão e plano coletivo empresarial. Enquanto que, o plano coletivo por adesão é um plano contratado através de uma administradora de benefício, vinculada a uma associação ou sindicato relacionada a uma categoria profissional; o plano coletivo empresarial é um plano ofertado para os colaboradores de empresas que tenha como principal requisito o vínculo empregatício, esse plano pode abarcar até a família do associado como dependente.

Os planos coletivos sobre a ótica do Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) em sua cartilha sobre plano de saúde reconhecem os planos coletivos como “terra sem lei” devido à excessiva onerosidade do consumidor em face do reajuste por mudança de faixa etária nos planos de saúde coletivos e às práticas abusivas sobre a mudança por faixa etária dos consumidores idosos.

Os planos de saúde excluem ou “expulsam” muitos usuários idosos, especialmente pela imposição de elevados reajustes por alteração de faixa etária. É o que chamamos de “exclusão pecuniária”. Para os planos de saúde antigos (firmados até 31/12/98) os abusos ainda são constantemente praticados, pois muitos contratos não padronizam as faixas etárias nem trazem percentuais de aumento (IDEC, 2007).

Assim, os planos coletivos preferem os consumidores mais jovens por serem saudáveis e utilizarem o plano de saúde com pouca frequência já que os idosos têm mais necessidade de cuidar da saúde e conseqüentemente fazem uso com mais frequência. Fere-se, assim, o princípio da vulnerabilidade do consumidor que, em se tratando de uma relação contratual, sempre será a parte mais fraca de uma relação de consumo.

Nesse sentido, após o advento da Lei nº 9.656/1998 foi posto no dia 01 de janeiro de 2004 no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) a proibição dos reajustes por mudança de faixa etária a partir de 60 anos.

Relevante destacar que os planos coletivos precisam de uma norma que os assistam para assim evitar que os consumidores (beneficiários) não se deparem com as irregularidades do reajuste por mudança de faixa etária abusiva distribuída nas 10(dez) faixas etária e consecutivamente a expulsão voluntária do consumidor idoso.

Diante desse contexto, tem-se como objetivo geral investigar a judicialização dos planos de saúde coletivo, tendo como objetivos específicos: apresentar de que

forma acontecem as relações de contrato entre o consumidor e a operadora de plano de saúde; mostrar os tipos de planos de saúde e seus limites legais; analisar o aumento abusivo dos reajustes por mudança de faixa etária dos consumidores (beneficiário) de planos de saúde coletivo com base na Lei nº 9.656/1998 e os critérios em face da proteção da hipervulnerabilidade do consumidor idoso.

Com relação à metodologia, quanto a sua natureza a pesquisa é pura, pois não haverá uma aplicação prática dos dados coletados. Quanto aos procedimentos ela é descritiva, já que se pretende apenas descrever os fatos sem interferir neles. No que diz respeito aos procedimentos técnicos será utilizado a pesquisa bibliográfica e documental, com o uso de livros, revistas jurídicas, artigos, leis e jurisprudência para fundamentar a pesquisa. A abordagem dos dados será de forma qualitativa, apresentando dados acerca dos reajustes abusivos por mudança de faixa etária dos consumidores.

O tema possui relevância profissional por fazer um levantamento, utilizando o método de abordagem dedutivo a partir de leis e teorias consideradas imprescindíveis para o estudo, as quais foram distribuídas nos capítulos artigo.

Para melhor explanação, o estudo foi dividido em capítulos, sendo que o segundo capítulo trata da explanação acerca da relação entre o consumidor e a operadora de planos de saúde, trazendo conceitos sobre consumo e mostrando a legislação brasileira que versam sobre o tema, como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor, além de exemplificar sobre os tipos de contrato utilizados por essas empresas que oferecem esse serviço.

O terceiro capítulo divide-se em seção e subseção, primeiramente traz uma breve introdução sobre os tipos de contratos de plano de saúde, para poder aprofundar-se no tipo de contratação de plano de saúde coletivo, mostrando os limites e possibilidade legais, também mostra a excessiva onerosidade em relação ao reajuste por mudança de faixa etária nesses tipos de contratação, além de apresentar as mudanças previstas pela Resolução Normativa da ANS nº 63, de 2003. E por último, o quarto capítulo versa sobre a hipervulnerabilidade do consumidor idoso diante dos reajustes previstos por critério de idade.

## **2 RELAÇÃO CONTRATUAL DE CONSUMO ENTRE BENEFICIÁRIO E OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurado pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988). Contudo, com o atual cenário que hoje a saúde pública se encontra no Brasil, a sociedade está indo em busca de serviços privados. A Saúde Suplementar oferece ao beneficiário (consumidor) a assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Plano de Saúde e Administradora de Benefícios. Para ser realizada essa contratação de um plano de saúde, o consumidor faz essa formalização através de um contrato consumerista de adesão, que tem como objetivo a prestação de serviços e a primazia da obrigação de fazer.

Nesse contexto, o Código de Defesa do Consumidor distingue os elementos da relação de consumo, os quais se encaixam perfeitamente nas características dos sujeitos e do objeto da relação entre operadora e beneficiária de plano de saúde:

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

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

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

§2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista (BRASIL, 1990).

Toda relação de consumo tem como parâmetro um critério bilateral, onde de um lado, se encontra o fornecedor, e de outro, o consumidor. O estudo desses componentes é necessário para haver o entendimento de como ocorre uma relação de consumo.

As relações de consumo existem desde os primórdios da humanidade, a partir das trocas de mercadorias, e se aperfeiçoaram com o passar do tempo. Dessa forma, essas relações tiveram início com os escambos, onde não havia papel moeda e as relações davam-se por meio da troca, ou seja, um fornecia alimentos outro fornecia vestuário e assim por diante.

No Brasil, não foi diferente, as relações de consumo conseguiram seu espaço desde a colonização até os dias atuais. Conforme Filomeno (2005, p. 2) “[...] na época da colonização já existiam normas punitivas para quem descumprisse as normas de defesa do consumidor.” Tais normas traziam expressas as determinações de como deveriam ser comercializadas as mercadorias na época.



Após a Segunda Guerra Mundial, surge o capitalismo e, com ele, o avanço das relações de consumo pelo mundo, ganhando campo principalmente com a Revolução Industrial, fato marcante para o desdobramento das relações consumeristas.

Essa revolução trouxe consigo dois fatores, a tecnologia e o desenvolvimento econômico dos países, os quais mudaram toda a visão de mercados de consumo da sociedade moderna. Essa evolução é notória para todos, haja vista o mundo há cinquenta anos e o mundo de hoje. Acerca dos fatos expostos, Almeida (2003, p. 2) declara que:

É fato inegável que as relações de consumo evoluíram enormemente nos últimos tempos. Das operações de simples troca de mercadorias e das incipientes operações mercantis chegou-se, progressivamente, às sofisticadas operações de compra e venda, arrendamento, “leasing”, importação, etc., envolvendo grandes volumes e milhões de dólares. De há muito, as relações de consumo deixaram de ser pessoais e diretas, transformando-se, principalmente nos grandes centros urbanos, em operações impessoais e indiretas, em que não se dá importância ao fato de não se ver ou conhecer o fornecedor. Surgiram os grandes estabelecimentos comerciais e industriais, os hipermercados e, mais recentemente, os *shopping centers*. (grifo original).

Dentro dessa ótica, com o avanço do tempo e junto à tecnologia, tais relações foram cada vez mais crescendo e se desenvolvendo para garantir a obrigação assumida por cada uma das partes contratantes. Com essas relações sendo utilizadas frequentemente, houve a necessidade de se criar uma forma escrita de segurança para elas. Eis que surgem os contratos.

Diante de uma prática jurídica zelada até os dias de hoje, um contrato se celebra diante de duas ou mais pessoas, no qual estão escritas as condições de relação de troca, o que os contratantes estão trocando e como se dará a troca. Após aceitas as especificações nele descritas, emite-se uma via para cada.

Pelo referido autor, diante de um ordenamento próprio para resolver litígios na ótica civil, os contratos ganharam uma seriedade maior e foram respeitados pelas partes que pretendiam celebrá-los.

Tal ordenamento trouxe algumas especificações acerca das relações de consumo. A partir delas, o consumidor passou a ter uma segurança maior no momento de adquirir um produto ou serviço. Então, foram instaurados os contratos, os quais, de início, eram de adesão, onde o consumidor não teria direito de opinar sobre as cláusulas dos mesmos (MARQUES, 2016).

Na tentativa de equilibrar essas relações, o legislador decidiu criar uma norma específica que deixasse o consumidor em situação pelo menos igual à dos fornecedores, haja vista que se trata de grandes empresas com um poderio comercial e econômico em grandes proporções, e o consumidor, simples pessoa física, não tem como discutir a viabilidade de uma cláusula contratual.

Portanto, surge em 1990 o Código de Defesa do Consumidor – CDC Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, criado para intervir em prol dos consumidores, os menos favorecidos nessas relações consumeristas.

Acerca da relação de consumo sobre uma ótica doutrinária, Martins (2006, p. 26) a conceitua da seguinte forma:

Deste modo, definimos a relação de consumo como o vínculo jurídico pelo meio do qual uma pessoa física ou jurídica denominado consumidor adquire ou utiliza produto ou serviço de outra pessoa denominada fornecedor. Relação de consumo é aquela relação que envolve de um lado uma pessoa que fornece um produto ou serviço, a qual chamamos de fornecedor, e de outro lado uma pessoa que vem adquirir o produto ou serviço ofertado, denominada consumidor.

No que concerne à relação de consumo na saúde do Brasil, explica-se que esta vem sendo um dos motivos da busca pela Saúde Suplementar, que oferece ao beneficiário (consumidor) assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Plano de Saúde e Administradora de Benefícios.

Para que possa existir uma relação de consumo entre consumidor e beneficiário é necessário que tenha a existência de alguns elementos: elementos subjetivos (consumidor e fornecedor), elementos objetivos serviços ou produtos a um destinatário final que é a pessoa que adquire o produto ou serviços para seu próprio consumo ou de sua família. Ao contratar um plano de saúde, o consumidor adquire um produto de serviços para ser utilizado em prol de seu bem maior que é a vida. Esses serviços devem respeitar as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Código de Defesa do Consumidor, que tem a missão de promover a defesa do consumidor e de resguardar o direito e dever dos beneficiários, além de regular as operadoras setoriais.

Sendo também contrato de adesão, a autora Claudia Lima Marques (2016, p. 79) explica que:

O contrato de adesão é oferecido ao público em um modelo uniforme, geralmente impresso e standardizado, faltando apenas preencher os dados referentes à identificação do consumidor–contratante, do objeto e do

preço. Assim, aqueles que, como consumidores desejam contratar com a empresa para adquirirem produtos e serviços já receberão, pronta e regulamentada, a relação contratual, não poderão efetivamente discutir, nem negociar singularmente os termos e condições mais importantes do contrato.

Conforme se pode notar, o contrato assinado entre consumidor e operadoras de planos de saúde ou administradora de benefício é intitulado de contrato por adesão. Trata-se de um contrato bilateral, em que gera direito e obrigações para as partes, conforme dispõem o Código de Civil Brasileiro (BRASIL, 2002)<sup>3</sup> e o Código de Defesa do consumidor (BRASIL, 1990)<sup>4</sup>.

Ao contratar um plano de saúde, o beneficiário (consumidor) juntamente com a operadora de plano de saúde entra em acordo com as partes para estipular um valor de mensalidade a ser pago mensalmente no sentido de assegurar a assistência médica.

---

<sup>3</sup> Art. 421. A liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato, observado o disposto na Declaração de Direitos de Liberdade Econômica. (Redação dada pela Medida Provisória nº 881, de 2019)

Parágrafo único. Nas relações contratuais privadas, prevalecerá o princípio da intervenção mínima do Estado, por qualquer dos seus poderes, e a revisão contratual determinada de forma externa às partes será excepcional. (Incluído pela Medida Provisória nº 881, de 2019)

Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

Art. 423. Quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente.

Art. 423. Quando houver no contrato de adesão cláusulas que gerem dúvida quanto à sua interpretação, será adotada a mais favorável ao aderente. (Redação dada pela Medida Provisória nº 881, de 2019)

Parágrafo único. Nos contratos não atingidos pelo disposto no caput, exceto se houver disposição específica em lei, a dúvida na interpretação beneficia a parte que não redigiu a cláusula controvertida. (Incluído pela Medida Provisória nº 881, de 2019)

Art. 424. Nos contratos de adesão, são nulas as cláusulas que estipulem a renúncia antecipada do aderente a direito resultante da natureza do negócio.

Art. 425. É lícito às partes estipular contratos atípicos, observadas as normas gerais fixadas neste Código.

Art. 426. Não pode ser objeto de contrato a herança de pessoa viva.

<sup>4</sup> Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

§ 1º A inserção de cláusula no formulário não desfigura a natureza de adesão do contrato.

§ 2º Nos contratos de adesão admite-se cláusula resolutória, desde que a alternativa, cabendo a escolha ao consumidor, ressalvando-se o disposto no § 2º do artigo anterior.

§ 3º Os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor.

§ 3o Os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, cujo tamanho da fonte não será inferior ao corpo doze, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor. (Redação dada pela nº 11.785, de 2008)

§ 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

Ao elucidar sobre o referido contrato de consumo a autora Claudia Lima Marques (2016, p. 107) afirma:

O objeto principal destes contratos muitas vezes é um evento futuro, certo ou incerto, é a transferência (onerosa e contratual) de riscos referentes à futura necessidade, por exemplo, de assistência médica ou hospitalar, pensão para a viúva, formação escolar para os filhos do falecido, crédito imediato para consumo. Para atingir o objetivo contratual os consumidores manterão relações de convivência e dependência com os fornecedores desses serviços por anos, pagando mensalmente suas contribuições, seguindo as instruções (por vezes, exigentes, burocráticas e mais impeditivas do que) regulamentadoras dos fornecedores, usufruindo ou não dos serviços, a depender da ocorrência ou não do evento contratualmente previsto.

Na contratação de uma prestação de serviços como plano de saúde, existe uma relação de desigualdade, que deixa bem clara a vulnerabilidade contratual do consumidor através de dois aspectos: a integridade físico-psíquica e a integridade econômica. A fragilidade do consumidor está presente em três momentos: antes, durante e após a contratação. (MARQUES, 2016).

Contudo, para resguardar o direito do consumidor na contratação de um plano de saúde, o Código de Defesa do consumidor (BRASIL, 1990) busca resguardar esse direito aplicando os princípios de boa-fé-objetiva e da confiança que impõem que a relação contratual seja pautada entre as partes pela lealdade.

Ainda, afirma o autor Paulo Luiz Netto Lôbo (2005, p. 88) sobre o princípio da boa-fé- objetiva:

Entre tantas expressões derivadas do princípio da boa-fé pode ser destacado o dever de não agir contra o ato próprio. Significa dizer que a ninguém é dado valer-se de determinado ato, quando lhe for conveniente e vantajoso, e depois voltar-se contra ele quando não mais lhe interessar. Esse comportamento contraditório denota intensa má-fé, ainda que revestido de aparência de legalidade ou de exercício regular de direito. Nas obrigações revela-se, em muitos casos, como aproveitamento da própria torpeza, mas a incidência desse dever não exige o requisito intencionalidade.

Cabe destacar que, na lei de 9.656/98, o conceito de plano privado de assistência à saúde está positivado em seu artigo 1º:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições.

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por

prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

O beneficiário (consumidor) de plano de saúde ao contratar com a operadora de serviços deve seguir em sua contratação algumas peculiaridades de cobertura assistencial.

Dentre os critérios para a contratação de um plano de saúde devem constar nos contratos de consumo: o serviço médico prestado, a rede específica da operadora presente em um guia médico atualizado do respectivo plano contratado, a formação de preços, bem como os serviços e coberturas explícitos nas cláusulas contratuais dos serviços a ser prestado para o beneficiário (consumidor).

Na extensão de cobertura, determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deve estar expressa no contrato firmado com o contratante as consultas, exames, tratamento e outros procedimentos ambulatoriais, internações, partos e tratamento odontológicos.

Na qualificação do contratante, deve constar nome comercial e número do registro do plano na ANS, tipo de contratação de plano de saúde, individual, familiar ou coletivo, início da vigência do contrato, condições de perda de beneficiário, tipo de segmentação ambulatorial ou ambulatorial hospitalar com obstetrícia, área geográfica de abrangência municipal, estadual ou nacional, como também padrão de acomodação em internação entre enfermagem ou apartamento e segmentações, como planos com coparticipação e sem coparticipação. Também devem constar no contrato de adesão os períodos de carência do beneficiário para utilizar o plano de saúde.

A Cobertura listada no rol da ANS consiste nos procedimentos de cobertura obrigatória para todos os planos de saúde contratados a partir da Lei 9.656/98, ou seja, aqueles que foram adaptados à lei. Entre eles, uma das principais incorporações que teve sua atualização no dia 01 de janeiro de 2018 com a inclusão de 18 novos procedimentos. Esse avanço é de grande importância para os beneficiários, pois é a partir dessa atualização de novos procedimentos que surge a oportunidade de prevenção ou até mesmo de cura para o paciente que necessita de cuidados.

Entretanto, mesmo com a presença desse novo rol de procedimentos, disponíveis nos planos de saúde pela a ANS, ainda não é suficiente para o consumidor (beneficiário) cuidar de saúde, porém existem procedimentos que o plano de saúde nega ao beneficiário com alegação de que não estão elencados no rol de procedimentos na ANS, como por exemplo, o chamado PET – CT oncológico, que é um exame destinado para paciente portador de câncer, que no rol da ANS estipula os tipos de cânceres que podem ser liberados para esse exame.

Esse exame é de grande relevância para o tratamento do consumidor (beneficiário) portador de câncer; é através dele que pode ser diagnosticado se há a existência de outras células cancerígenas no corpo do paciente, provocando assim o consumidor ir a busca da judicialização para cuidar de sua saúde, por se tratar de um exame de alto custo, que chega em média de R\$ 4.500,00 ao consumidor (beneficiário) e se contratado pela operadora não chega a R\$ 2.000,00 o seu custo.

Embora os procedimentos de cobertura obrigatória dos planos de saúde estejam dispostos em Lei, existem reclamações contra Operadoras de Planos de Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS por negarem procedimentos aos beneficiários, fazendo com que o consumidor tenha que procurar um órgão competente para pleitear seus direitos.

Cabe esclarecer que há 3 (três) tipos de planos de saúde comercializados no mercado de assistência médica, entre eles: o plano individual, o plano coletivo empresarial e o coletivo por adesão. Os planos coletivos são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pela Lei nº 9.656/98 tanto quanto os planos individuais.

Apenas o reajuste anual dos planos coletivos não é definido pela ANS, uma vez que o índice é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. As demais regras e operações para os planos coletivos são as mesmas que as dos planos individuais, como por exemplo, a cobertura assistencial obrigatória – rol de procedimentos e eventos em saúde (ANS, 2019).

O código de defesa do consumidor reconhece o consumidor de um plano de saúde como parte vulnerável de um contrato coletivo sempre que o mesmo em suas relações de consumo se sentir lesado pelo fornecedor de serviços, visto que o consumidor sempre será a parte mais fraca de um contrato de consumo, como mencionado em seu artigo:

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

I – reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo; (...)

III – harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170 da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores.

O princípio da vulnerabilidade do consumidor representa para coletividade o sinônimo de igualdade para relação de consumo nesse contexto, afirma Leonardo Roscoe Bessa (2013, p. 348) que:

A vulnerabilidade do consumidor é muito clara no campo contratual. É raro, senão impossível, encontrar um contrato que tenha sido elaborado a partir da discussão de cláusula por cláusula, de uma avaliação cuidadosa e criteriosa das diversas consequências jurídicas da assinatura do documento. A maioria dos contratos é de adesão, ou seja, já vêm prontos, elaborados unilateralmente pelo fornecedor. O consumidor não tem possibilidade real de modificar as cláusulas e condições apresentadas, as quais, invariavelmente, procuram resguardar apenas os interesses econômicos do empresário. O papel do consumidor cinge-se a aderir e assinar o documento. Além disso, por vezes, são utilizadas palavras complicadas, termos técnicos de difícil entendimento e compreensão.

Percebe-se, ainda, que o princípio da interpretação mais favorável do consumido, prevista no Art.47 do CDC (BRASIL, 1990) é que “as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”. Portanto, esse princípio vem garantir ao consumidor, quando em seu contrato tiver cláusulas ambíguas, que as mesmas serão interpretadas de forma mais favorável ao consumidor. Nas palavras de Leonardo Roscoe Bessa (2014, p. 216):

Não se contenta em estabelecer transparência e clareza nas contratações, bem como interpretação mais favorável ao consumidor. Existe preocupação com o conteúdo dos contratos que se reflete na definição legal de rol de cláusulas abusivas, nulas de pleno direito, ou seja, sem qualquer valor jurídico.

A sanção para as cláusulas abusivas no CDC é a nulidade da disposição: são nulas de pleno direito (art. 51, caput). Isto significa, em termos práticos, que o Juiz pode negar qualquer efeito a cláusula e, eventualmente, a todo o contrato. Em regra, a nulidade da cláusula não afeta todo o contrato, mas, se a exclusão da cláusula, gerar ônus excessivo para qualquer das partes, todo contrato deve ser invalidado. respeito estabelece o § 2º do art. 51: “A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua

ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.

Contudo, o consumidor tem direito a revisão das cláusulas contratuais quando nele não for alcançado o equilíbrio na relação de consumidor e fornecedor de serviços, além da possibilidade da invalidação ou modificação das cláusulas contratuais quando forem lesados os direitos básicos do consumidor, exposto no artigo 6º do CDC “I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos” (BRASIL, 1990).

Percebe-se com isso que a lei versa sobre proteções legais ao consumidor na contratação de planos de saúde, pois percebe a vulnerabilidade dele na negociação das partes. No próximo capítulo será apresentado os tipos de contratação e seus limites legais, como o foco no plano de saúde coletivo.

### **3 PLANO DE SAÚDE COLETIVO: POSSIBILIDADES E LIMITES LEGAIS**

Como mencionado no capítulo anterior, existem três formas de contratação de plano de saúde: os planos individuais, o plano coletivo empresarial e o plano coletivo por adesão. O contrato de plano individual ou familiar é aquele assinado entre uma operadora de planos de saúde e uma pessoa física para a assistência médica do titular e/ou do seu grupo familiar (ANS, 2019).

O plano de saúde individual ou familiar é um plano que pode ser adquirido por qualquer pessoa física, celebrado através de um contrato direto com a seguradora do plano de saúde escolhido sem a necessidade de um vínculo jurídico, a administração do plano é direto com a própria seguradora, ou seja, ele que é responsável pelos envios de boletos e carteiras, como todo o relacionamento sobre o plano de saúde, no entanto, a única particularidade é que sua tabela de comercialização geralmente é mais cara, porém os reajustes são limitados pela ANS e acaba se tornando mais acessível ao consumidor e o seu tempo de permanência no plano é indeterminado.

Plano de saúde coletivo é um plano criado para atender um grupo de pessoas com característica diferentes, sendo eles classificados de acordo com sua categoria de trabalho ou empresa onde prestam serviços. Sua tabela de comercialização é mais acessível ao bolso do consumidor comparado ao plano individual ou familiar.



Entretanto, seu reajuste anual é baseado na utilização do plano por parte do consumidor (beneficiário), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos planos coletivos, só é comunicado do reajuste, ela não intervém na elaboração do mesmo e sua permanência no plano é por tempo determinado, ou seja, enquanto tiver vínculo com a empresa, associação ou sindicato.

O plano coletivo empresarial é um benefício oferecido aos colaboradores que prestam serviço a uma determinada empresa de forma contínua, isto é, que tenha um vínculo empregatício com a empresa. Para adquirir um plano empresarial, a contratação deve ser feita diretamente com a empresa inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (NPJ) com no mínimo três beneficiários incluindo dependentes (como familiares), respeitando os graus de parentesco previstos na legislação: até o 3º grau de parentesco consanguíneo, até o 2º grau de parentesco por afinidade e cônjuge ou companheiro. Nesse sentido, dispõe a resolução normativa RN-195:

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo <sup>[1]</sup> à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;

II - os administradores da pessoa jurídica contratante;

III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV – os agentes políticos;

V – os trabalhadores temporários;

VI – os estagiários e menores aprendizes; e

VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

Diante disso, o plano coletivo empresarial não só traz um benefício para os colaboradores, como também estende até seus familiares com a prerrogativa de ter acesso à saúde com valores abaixo do mercado e com a carência reduzida para aquelas empresas que contratarem um plano acima de 30 beneficiários, como assim aduz a referida norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Nos planos empresariais com número de participantes igual ou maior que 30, os beneficiários que aderirem ao plano em até 30 dias da assinatura do

contrato não precisarão cumprir carência nem cobertura parcial temporária (CPT). Assim, novos funcionários ou dependentes precisarão contar 30 dias de vinculação à empresa que contratou o plano de saúde para ter direito a ingressar no plano.

Caso o ingresso no plano ocorra após esses períodos ou o plano empresarial tenha menos de 30 participantes, a empresa que vende o plano de saúde poderá exigir o cumprimento de prazos de carência.

O plano coletivo por adesão é aquele em que a pessoa jurídica contratante é uma associação, um órgão de classe ou sindicato. As principais vantagens de contratar um plano por adesão é a individualização, pois na dificuldade de contratar um plano individual que é conhecido com valores exorbitantes para classe trabalhadora o de adesão coletivo tem a característica de ter valores acessíveis. De acordo com a Resolução Normativa RN-Nº195/2009:

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III – associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985;

§1º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

§2º A adesão do grupo familiar a que se refere o §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

§3º Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput e a condição de elegibilidade do beneficiário.

§4º Na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário.

Importante destacar que a pessoa que vai adquirir um plano coletivo por adesão deverá, necessariamente, estar vinculada a uma associação ou sindicato ou entidade de classe e conheça seu funcionamento e estatuto. (ANS, 2019).

Levando-se em consideração os aspectos de contratação do plano coletivos existem empresas responsáveis para oferecer as formas de contratação através de

uma administradora de benefício e uma operadora de plano de saúde, ambas têm suas particularidades.

Quadro 1 - Administradora de benefícios x Operadora de plano de saúde

Administradora de benefícios	Operadora de plano de saúde
Representa a empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante;	A identificação da operadora aparece na carteira do plano de saúde;
A identificação da administradora aparece no boleto e pode ser obtida junto à área de recursos humanos da empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante.	Garante recursos e rede de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais) para atender aos beneficiários;
Realiza trabalhos administrativos, como a emitir boletos e alterar dados de cadastro dos beneficiários.	É responsável pelo plano de saúde e os serviços prestados por ele junto à ANS e aos beneficiários.
Negociam com a operadora do plano de saúde os reajustes de mensalidade, as alterações na rede credenciada e as formas de controle de acesso aos serviços do plano, representando a empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante;	
Dependendo do contrato, pode absorver o risco da operadora de planos de saúde quando há atraso ou não pagamento de mensalidades pela empresa, sindicato ou associação profissional contratante, para não prejudicar os beneficiários.	

Fonte: ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019

Diante dessa classificação acima mencionada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as pessoas jurídicas envolvidas na contratação do plano coletivo podem ser administradoras de benefício, que tem como sua principal função

assumir parte do trabalho das associações profissionais e conselhos de classes, como também operadoras de planos, que são responsáveis pelo plano de saúde.

De acordo com a página oficial no site da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), a administradora de benefícios é uma pessoa jurídica devidamente regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que atua como estipulante ou prestadora de serviço de empresas, órgãos públicos ou entidades representativas que desejam contratar um plano de saúde coletivo, auxiliando-os a proporcionar acesso à saúde à população a eles vinculada. Por serem especializadas em planos de saúde coletivos, as Administradoras de Benefícios ampliam ainda mais o poder de negociação desses contratantes, na medida em que eles passam a ter maior compreensão sobre os direitos garantidos pela legislação que rege o setor, além de poderem contar com o suporte logístico a infraestrutura de serviços que elas oferecem (ANAB, 2019).

A Administradora de Benefícios deve estar devidamente credenciada e autorizada pela ANS para atuar, cabendo a esta ofertar no mínimo uma operadora que assegure assistência odontológica e no mínimo duas operadoras de planos de saúde particular, do tipo coletivo (ANS, 2019).

Assim, as administradoras de benefício tem a função de administrar planos de saúde para categorias profissionais, como também a negociar junto às operadoras uma condição especial para seus beneficiários usuários de planos coletivos.

Cabe ressaltar, que ainda que a operadora de plano de saúde também é uma pessoa jurídica que administra sua própria carteira de beneficiário e tem como sua principal característica a contratação direta com a assistência de saúde e consumidor a partir de um registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diante da Lei nº 9.656/98 em seu artigo 1º considera.

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo.

Antônio Joaquim Fernandes Neto (2002) afirma que operadoras de planos de saúde são pessoas jurídicas de direito privado, com liberdade de forma societária, que se dedicam a captar e administrar recursos necessários ao custeio de atividades de assistência à saúde do consumidor, prestando-as diretamente ou por terceiros.

Todavia, tanto a operadora de plano de saúde como a administradora de benefício precisa estar autorizada a funcionar para assim exercer suas atividades, obedecendo às regras estipuladas e qualidades exigidas pela ANS.

### **3.1 A excessiva onerosidade do consumidor em face do reajuste por mudança de faixa etária nos planos de saúde coletivo**

Antes da institucionalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ocorrida no ano 2000, quem disciplinava os reajustes de mudança de faixa etária dos planos de saúde era o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), presidido pelo Ministro da Saúde sob a Resolução de nº6 de 1998, dispondo “sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etária” (IESS, 2016).

O Instituto Brasileiro de Defesa do consumidor (IDEC) divulga em sua página eletrônica a possibilidade de três formas de reajustes que podem ocorrer na mensalidade dos consumidores (beneficiário) quando contratam um plano de saúde coletivo: reajuste anual, reajuste por sinistralidade e o reajuste por mudança de faixa etária.

O reajuste anual “[...] é o aumento da mensalidade em função da alteração nos custos causados pelo aumento de preço, utilização do serviço médicos e pelo uso de novas tecnologias” (ANS, 2019, *s.p*). Essa modalidade fica convencionada entre o consumidor (beneficiário) a cada 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do contrato, ou seja, na data do aniversário do contrato terá um reajuste anual na mensalidade.

Reajuste por sinistralidade é o aumento imposto pela empresa sob a alegação de que o número de procedimentos e atendimentos (ou "sinistros") cobertos foi maior do que o previsto em determinado período (JUSBRASIL, 2019).

Contudo, o reajuste por mudança de faixa etária é possível quando respeitada as idades estipuladas no contrato de adesão, com base na variação de mudança de idade do consumidor.

Sendo assim o reajuste por mudança de faixa etária decorre do aumento aplicado à mensalidade do beneficiário em razão da mudança de idade para uma faixa superior, os valores serão enquadrados automaticamente no mês subsequente de seu aniversário e o percentual a ser aplicado deve constar em seu contrato de adesão.

Com o advento da Lei nº9. 656/98 dos planos de saúde, tanto as operadoras de planos de saúde quanto as administradoras de benefícios tiveram que se adequar à lei, para assim proporcionar aos consumidores (beneficiários) uma melhoria no que diz respeito à assistência médica.

O reajuste aplicado aos planos de saúde, por mudança de faixa etária antes dos contratos celebrados à lei nº 9.656/98, aconteciam a cada dez anos como está explícito na resolução normativa do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) sob nº 06 de 3 de novembro de 1998:

Art. 1º Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados a assistência à saúde, observando-se as 07 (sete) faixas etárias discriminadas abaixo: (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

I - 0 (zero) a 17 (dezessete) anos de idade;

II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;

III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;

IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;

V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;

VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;

VII- 70 (setenta) anos de idade ou mais (CONSU, 1998).

Visto que, para os contratos assinados antes de 1º de janeiro de 1999, anteriormente a promulgação da Lei nº9. 656/98, chamado plano antigo, esses reajustes só poderiam ser aplicados se estivessem estipulados no contrato de adesão. Já para os contratos assinados ou adaptados após a promulgação da Lei nº9. 656/98 chamados planos novos, deveriam respeitar as cláusulas contratuais que foram estabelecidas no novo contrato.

A Lei não define os percentuais de reajuste entre as faixas, mas estabelece que a última faixa etária (70 anos ou mais) poderá ser no máximo, seis vezes superior ao valor da faixa inicial (0 a 17 anos). Os consumidores a partir de 60 anos de idade e com 10 anos ou mais de plano não podem sofrer reajuste por mudança de faixa etária. No caso de adaptação do plano, considera-se para contagem dos 10 anos a data em que o primeiro contrato foi firmado, ou melhor dizendo, se o contrato foi assinado em 1993 e adaptado em 2004, significa que o contrato tem mais de 10 anos (ANS, 2005).

Os planos de saúde contratados após 1º de janeiro de 2004, quando entrou em vigor o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), foram, sem dúvida, divisores de águas

para saúde suplementar no Brasil que trouxe bastante polêmica no que tange aos reajustes dos planos de saúde por mudança de faixa etária.

A Resolução Normativa da ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003 define os limites a serem observados para a adoção de variação de valor por mudança de faixa etária, passando as faixas de 7 (sete) para 10 (dez), como exposto em seu artigo:

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

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 - 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 (ANS, 2003).

A partir da aplicação dessa lei do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) ficaram vedados os reajustes por mudança de faixa etária para o consumidor (beneficiário) com idade superior a 60 anos. Nesse sentido, o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990) estabelece como prática abusiva “elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços” em seu artigo 39, X, bem como dispõe em seu artigo 51:

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

X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral.

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

Em que pese o supracitado artigo do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), vedar os reajustes abusivos dos fornecedores de serviços ainda é prática comum à violação da legislação pelo aumento excessivo nos reajustes por mudança de faixas etárias dos planos de saúde coletivos, desequilibrando a relação contratual e gerando onerosidade excessiva para o consumidor.

Ressalta-se que a lei que regula os planos de saúde não determina em sua legislação um percentual a ser aplicado às faixas etárias dos planos de saúde

coletivos, as administradoras de planos coletivos encontram-se livres para aplicar reajuste com percentual diferenciado entre elas.

Ao analisar alguns contratos de administradoras de benefício e operadoras de planos de saúde, pode-se concluir que existe diferença no percentual a ser cobrado na mudança de faixas etárias do consumidor, no qual deixa visível a excessiva onerosidade nas mensalidades:

Tabela 1 - Percentual de reenquadramento por faixa etária

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentual Faixa Etária Unimed Fortaleza</b>	<b>Percentual Faixa Qualicorp</b>	<b>Percentual Faixa Clube Saúde</b>
De 00 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	14,99%	15,00%	12,00%
De 24 a 28 anos	15,01%	15,02%	12,00%
De 29 a 33 anos	14,99%	15,00%	15,00%
De 34 a 38 anos	9,99%	10,00%	15,00%
De 39 a 43 anos	15,01%	15,02%	19,00%
De 44 a 48 anos	27,34%	27,35%	25,00%
De 49 a 53 anos	32,99%	33,00%	25,00%
De 54 a 58 anos	33,00%	33,01%	25,00%
De 59 ou mais	38,44%	38,44%	55,00%

Fonte: Unimed Fortaleza; Qualicorp; Clube saúde, 'adaptado'

Verifica-se, portanto, o descaso com o consumidor (beneficiário) em face do reajuste por mudança de faixa etária nos planos coletivos e visíveis.

No entanto, os reajustes por mudança de faixa etária dos planos individual ou familiar são regulados pela agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob a Resolução Normativa nº 63 de 2003 explícitos em seu artigo:

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:  
 I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;  
 II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.  
 III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

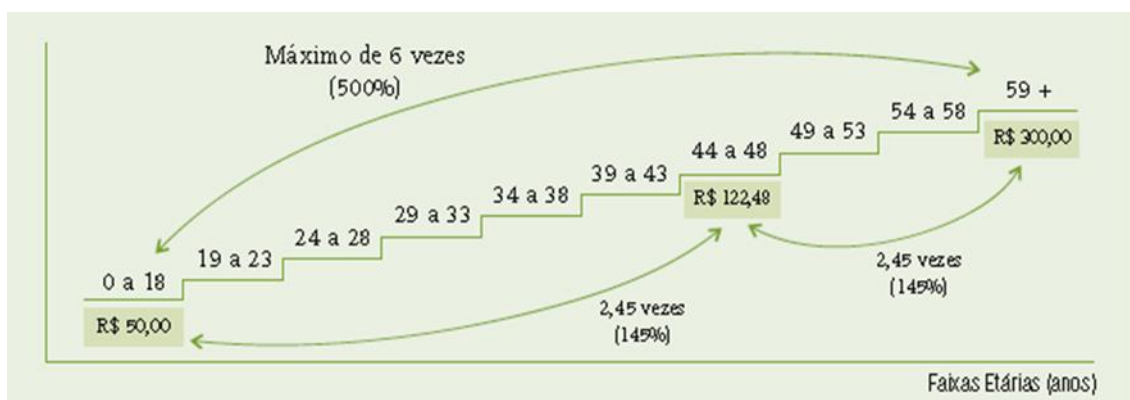


Antes de entrar em vigor a Lei n. 10.741/200328 (Estatuto do Idoso), vigoravam as regras trazidas pela Resolução n. 6/1998 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), que previa sete faixas etárias e autorizava o aumento total de até 500% entre elas. As faixas etárias estabelecidas eram: 0 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; e 70 anos em diante (TRETTEL, 2018). Entretanto, esse percentual de variação para cada mudança de faixa etária não poderia ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa, ou seja, o aumento total é de até 500% distribuído entre as faixas etárias.

Porém, as operadoras de planos de saúde começam a disturba da regra, cobrando o percentual maior distribuído nas últimas faixas etárias, causando uma grande polêmica no mercado da saúde suplementar. Mas, com o advento do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), que passou para 10 (dez) faixas etárias conservou esse limite de 500% distribuído entre as faixas etárias apenas para os planos individual ou familiar.

Para melhor interpretação segue a simulação de como ocorre os reajustes por mudança de faixa etária dos planos individual ou familiar estipulado no contrato de adesão.

Gráfico 1 - Critérios para reajuste de faixa etária para contratos individual ou familiar



Fonte: ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2005).

Como se pode perceber a maior concentração de reajuste encontra-se na faixa etária entre 44 anos e 59 anos, sendo que nesse espaço de tempo a mensalidade passa a ser bem mais que o triplo de quando houve o contrato de adesão, isso para clientes que fizeram contrato na faixa etária entre 18 e 30 anos.

Diante dessa realidade e da entrada em vigor do Estatuto do Idoso – que textualmente proíbe a discriminação do idoso, pessoa com 60 anos ou mais, por

meio da aplicação de reajustes por mudança de faixa etária (art. 15) –, a ANS editou a Resolução Normativa n. 63/200329, na qual manteve a possibilidade de reajustes de até 500% entre a primeira e a última faixa etária, mas mudou a padronização das mesmas. Previu-se a existência de dez faixas etárias, sendo vedado que o reajuste entre a sétima e a 10ª faixa ultrapasse o previsto entre a primeira e a sétima: 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; e 59 anos ou mais (TRETTEL, 2018).

Contudo, o reajuste por mudança de faixa etária dos planos coletivos regulado pela Resolução Normativa - RN nº 195 de 2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) exposto no seu artigo 19 a 22 desta norma: (i) restringiu a aplicação dos reajustes periodicidade mínima de 12 meses, com exceção do reajuste por faixa etária; (ii) proibiu a aplicação de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano; e (iii) proibiu a distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

Em outubro de 2012 a Agência de Saúde Suplementar (ANS) editou a Resolução Normativa – RN nº 309 que estabeleceu as regras de reajustes anuais para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários. A medida veio para determinar que as operadoras de planos de saúde agrupassem estes contratos e calculassem um reajuste único. Os reajustes anuais a seriam aplicados no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente. Os planos coletivos com menos de 30 vidas representam 85% dos contratos de planos de saúde no país, com cerca de dois milhões de usuários. (ANS, 2019)

A Resolução Normativa – RN nº 309 para afim de regular os reajustes de plano coletivo empresarial e por adesão exposto em seus artigos, instituiu:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

[...]

Art. 3º É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

[...]

Art. 7º O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês

de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste (ANS, 2012).

Nesse sentido, afirma o relator Villas Bôas Cueva:

Para a manutenção da higidez da saúde suplementar, deve-se sempre buscar um ponto de equilíbrio, sem onerar, por um lado, injustificadamente, os jovens e, por outro, os idosos, de forma a adequar, com equidade, a relação havida entre os riscos assistenciais e as mensalidades cobradas (REsp 1568244 – STJ).

Em virtude dos fatos mencionados as administradoras de benefício e operadoras de planos de saúde precisam de uma norma que regule um percentual igualitário na mudança de faixa etária dos contratos de planos de saúde coletivos para não continuar onerando de maneira desproporcional e não razoável às mensalidades dos consumidores, e conseqüentemente aumentando a busca de judicialização contra a onerosidade excessiva dos custos de reajuste por mudança de faixa etária.

#### **4 O CRITÉRIO DA IDADE PARA REAJUSTE CONTRATUAL NOS PLANOS DE SAÚDE COLETIVO EM FACE DA PROTEÇÃO: A HIPERVULNERABILIDADE E O EQUILÍBRIO ECONÔMICO**

Como visto, os contratos de plano de saúde coletivo sofrem reajuste contratual por mudança de faixa periodicamente para equilíbrio econômico das operadoras de planos de saúde e Administradoras de benefícios. Esses reajustes ocorrem de forma natural quando há alteração de idade de acordo com a faixa etária estipulada no contrato de adesão no valor de sua contraprestação pecuniária, reajustado automaticamente a sua nova faixa etária estabelecida no contrato de adesão.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) conceitua em sua página eletrônica que o aumento de valor por mudança de faixa etária acontece por questão natural: 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.

Ao se tratar de um contrato de consumo, o consumidor sempre será a parte mais fraca e vulnerável de uma relação jurídica. Contudo, no contexto apresentado, estar-se diante de um tipo de vulnerabilidade mais grave como a do consumidor

(beneficiário) idoso de plano de saúde ao que se caracterizou chamar de hipervulnerabilidade. (SCHMITT, 2017)

Portanto, no plano de saúde coletivo a maior idade é vista como uma fragilidade para o equilíbrio financeiro da operadora ou administradora de benefício já que quanto mais idosa, mais necessidade de utilização do plano e consequentemente o aumento de custo por esse beneficiário será mais elevado do que as faixas etárias iniciais dos mais jovens.

Por conta disso, em face da proteção da hipervulnerabilidade do consumidor idoso levou a população idosa a judicializar contra as operadoras de planos de saúde coletivo sobre alegação de discriminação no custo abusivo do reajuste por mudança de faixa etária.

O voto da Ministra Nancy Andrighi no Recurso Especial nº 809.329161, amplamente divulgado na mídia televisa e escrita, versava especificamente sobre a forma de reajuste por mudança por faixa etária, gerou repercussões em todo território brasileiro por entender que a operadora não poderia aplicar o índice de 164,91% no contrato do consumidor que havia completado sessenta anos. Ressalta-se que, no julgamento final, a maioria (três votos contra dois) foi contra a retroatividade do Estatuto do Idoso, ficando vencida a Ministra. (IESS, 2016)

Nesse sentido, observa-se o julgado da relatora ministra Nancy Andrighi:

Direito civil e processual civil. Recurso especial. **Ação revisional de contrato de plano de saúde. Reajuste em decorrência de mudança de faixa etária. Estatuto do idoso. Vedada a discriminação em razão da idade.** - O Estatuto do Idoso veda a discriminação da pessoa idosa com a cobrança de valores diferenciados em razão da idade (art. 15, § 3º). - Se o implemento da idade, que confere à pessoa a condição jurídica de idosa, realizou-se sob a égide do Estatuto do Idoso, não estará o consumidor usuário do plano de saúde sujeito ao reajuste estipulado no contrato, por mudança de faixa etária. - A previsão de reajuste contida na cláusula depende de um elemento básico prescrito na lei e o contrato só poderá operar seus efeitos no tocante à majoração das mensalidades do plano de saúde, quando satisfeita a condição contratual e legal, qual seja, o implemento da idade de 60 anos. - 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. - Apenas como reforço argumentativo, porquanto não prequestionada a matéria jurídica, ressalte-se que o art. 15 da Lei n.º 9.656/98 faculta a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos de saúde em razão da idade do consumidor, desde que estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS. No entanto, o próprio parágrafo único do aludido dispositivo legal veda tal variação para consumidores com idade superior a 60 anos. - E

mesmo para os contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei n.º 9.656/98, qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de 60 anos de idade está sujeita à autorização prévia da ANS (art. 35-E da Lei n.º 9.656/98). - Sob tal encadeamento lógico, o consumidor que atingiu a idade de 60 anos, quer seja antes da vigência do Estatuto do Idoso, quer seja a partir de sua vigência (1º de janeiro de 2004), está sempre amparado contra a abusividade de reajustes das mensalidades com base exclusivamente no alçar da idade de 60 anos, pela própria proteção oferecida pela Lei dos Planos de Saúde e, ainda, por efeito reflexo da Constituição Federal que estabelece norma de defesa do idoso no art. 230. - A abusividade na variação das contraprestações pecuniárias deverá ser aferida em cada caso concreto, diante dos elementos que o Tribunal de origem dispuser. - Por fim, destaque-se que não se está aqui alçando o idoso a condição que o coloque à margem do sistema privado de planos de assistência à saúde, porquanto estará ele sujeito a todo o regramento emanado em lei e decorrente das estipulações em contratos que entabular, ressalvada a constatação de abusividade que, como em qualquer contrato de consumo que busca primordialmente o equilíbrio entre as partes, restará afastada por norma de ordem pública. Recurso especial não conhecido. (Recurso Especial nº809 329/RJ relatora Ministra Nancy Andrighi) (BRASIL, 2008) (grifo nosso).

A judicializada questão acima citada ocorreu dia 25 de março de 2008, sob a aplicabilidade do Estatuto do Idoso aplicado ao contrato antes do advento da referida lei. No dia 1º de janeiro de 2004 entrou em vigor o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) nos planos de saúde individual e coletivos, mudando as faixas etárias de 7(sete) para 10(dez) faixas etárias, com o intuito de proteger as pessoas maiores de 60 anos que são consideradas idosas. Assim determina o artigo 1º “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”.

Deste modo as faixas etárias estão estabelecidas com os seguintes critérios:

Tabela 2 - Critérios para contratação

<b>Contratação</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Observações</b>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 17 anos</li> <li>• 18 a 29 anos</li> <li>• 30 a 39 anos</li> <li>• 40 a 49 anos</li> <li>• 50 a 59 anos</li> <li>• 60 a 69 anos</li> <li>• 70 anos ou mais</li> </ul>	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 17ss anos) Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez)

Contratação	Faixa etária	Observações
		anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 1 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 18 anos</li> <li>• 19 a 23 anos</li> <li>• 24 a 28 anos</li> <li>• 29 a 33 anos</li> <li>• 34 a 38 anos</li> <li>• 39 a 43 anos</li> <li>• 44 a 48 anos</li> <li>• 49 a 53 anos</li> <li>• 54 a 58 anos</li> <li>• 59 anos ou mais</li> </ul>	<p>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).</p> <p>A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não podem ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.</p>

Fonte: ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019)

Respeitando assim o limite de 10 (dez) faixas etárias o consumidor que contrata um plano de saúde terá seu reajuste pecuniário em sua mensalidade de quatro em quatro anos nas seguintes idades: 19 anos, 24 anos, 29 anos, 34 anos, 39 anos, 44 anos, 49 anos, 54 anos e 59 anos.

Além disso, foi determinado que a variação acumulada dentre a sétima (44 a 48 anos) e a décima (59 anos ou mais) não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira (0 a 18 anos) e a sétima (44 a 48 anos) faixas etárias. (ANS, 2005, p. 24)

Entretanto com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), ficou proibido o reajuste por mudança de faixa etária para os usuários a partir de 60 anos, deste modo às últimas faixas etárias concentram-se de 50 a 59 anos, sendo que seu percentual não ficou claro para os planos coletivo em face do beneficiário (consumidor) idoso, apenas nos contratos individual ou familiar continuou o mesmo percentual determinado pela ANS de 500% entre a primeira e a última faixa etária, ou seja, não deve ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

Com efeito, uma pesquisa do Idec, realizada no final de 2008, com base nas propostas de vendas e contratos de planos de saúde de 16 operadoras revela que pessoas a partir dos 60 anos são indesejadas pelas empresas. Entre as irregularidades, estão aumentos abusivos nas últimas faixas etárias, que chega a 104%, o que tem levado à "prática de expulsão" dos consumidores maiores de 60 anos.

Assim aquele consumidor que contribui em sua juventude com a mensalidade do seu plano regularmente é surpreendido em sua última faixa etária com esses reajustes abusivos, induzido o mesmo a não mais permanecer com o plano de saúde. Para as operadoras e administradoras de benefícios, esses consumidores trazem desequilíbrio econômico para sua empresa.

A aquisição e o acesso aos serviços dos planos de saúde não podem ser dificultados ou impedidos em razão da idade, condição de saúde ou deficiência do consumidor. Ademais, os locais de venda de planos de saúde devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores, sem qualquer tipo de restrição em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência. (ANS, 2019).

No entanto, acontece de forma recorrente, são usuários com idade acima de 54 anos tendo seu acesso a um plano de saúde dificultado por diversas razões, sendo o mais comum quando o corretor de vendas direciona o consumidor a uma operadora de plano de saúde sob a alegação de ser impedido de efetuar o contrato.

Isso acontece porque nem o corretor nem a plataforma são comissionados quando realizam vendas para essa faixa etária.

Entretanto o Ministro do STJ e o fórum da saúde debatem aumento da judicialização nos planos de saúde, entre as questões mais controversas relativas ao tema, a negativa de cobertura pelas operadoras de saúde privadas a medicamentos importados não registrados pela ANVISA responde por 35% dos casos, a manutenção de ex-empregados demitidos ou aposentados no plano de saúde por 17% das queixas e o reajuste de mensalidade por faixa etária em planos coletivos por 21% dos processos. (CNJ, 2018)

Não obstante, dos 327 mil processos que tramitaram em 2017, no Superior Tribunal de Justiça (STJ), número expressivo diz respeito a questões de saúde. A informação foi passada pelo ministro Paulo de Tarso Vieira Sanseverino durante a realização de uma mesa-redonda que reuniu coordenadores estaduais e integrantes

do Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, supervisionado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (CNJ, 2018)

Em março de 2019, a desembargadora Mary Grun da 7ª Câmara de Direito Privado acolheu recurso de operadora e reformada sentença que havia julgado reajuste de 88% como excessivo. Isto porque partindo do incremento de risco com o aumento da idade, a última faixa é de 48,50%, e no caso em voga de 88,38% é considerado abusivo (TJ-SP- ED: 1003835-87.2016.8.26.0011).

Verifica-se abaixo um caso julgado pelo TJRJ acerca do aumento de valor no plano de saúde em razão da mudança de faixa etária:

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AUMENTO EM RAZÃO DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. A Embargante se insurge contra a decisão proferida pelo Colegiado alegando ausência de pronunciamento acerca da violação da Resolução Normativa 63/2003, artigos 4º, I e III, 6º, III, 7º, caput, 51, IV, X, XIII, § 1º, todos do CDC. A Resolução Normativa 63/2003 não deve ser aplicada isoladamente, mas sim em conjunto com as demais circunstâncias que envolvem o caso. Resta claro nos autos que a Embargante tomou conhecimento prévio de que seu plano de saúde iria sofrer aumento quando ela completasse 59 anos de idade, sendo-lhe informado inclusive os percentuais do reajuste, anuindo com o acréscimo. Ademais, o laudo pericial realizado nos autos confirma que não houve abusividade no aumento. Diante dessas circunstâncias não se pode afirmar que houve violação à Resolução Normativa 63/2003 e artigos do CDC mencionados, visto que não provada cobrança excessiva tendo sido a Embargante previamente informada do reajuste. RECURSO CONHECIDO E NEGADO PROVIMENTO (fl. 478). (RECURSO ESPECIAL Nº 1.568.244 - RJ 2015/0297278-0)

De acordo com o julgado, a recorrente alegou que o ajuste pela mudança de faixa etária, ao completar a idade de 59 anos passou para o percentual de 88%, ficando a prestação extremamente onerosa, impossibilitando a sua permanência no contrato. Todavia, o magistrado entendeu que a autora não era considerada idosa para fins da Lei nº 10.741/2003. Além disso, tinha ciência de que quando completasse 59 anos, sofreria reajuste de mensalidade pela alteração da faixa etária. Assim sendo, o recurso foi negado.

Com o decorrer do capítulo fica evidente o desamparo em que se encontram as pessoas que estão dentro dessa faixa etária, na qual os reajustes são de certa forma abusivos. Há uma omissão por parte do Estado, pois além de negarem recurso, como no caso anteriormente mencionando; não oferecem um serviço de saúde pública realmente eficaz e disponível a todos. Fica claro também um certo desrespeito por parte das operadoras de planos de saúde, que não valorizam seus



clientes, importando acima de tudo o ganho em cima de seus consumidores e esquecendo-se da importância do serviço que oferecem.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto no artigo, é possível fazer algumas considerações acerca dos dados obtidos. Primeiramente é importante ressaltar a relação de consumo entre os dois agentes: o consumidor e operadora de plano de saúde. A operadora de plano de saúde assegura a qualidade do atendimento do beneficiário com o plano de saúde através de um contrato de adesão de caráter bilateral, com cláusulas contratuais estipulando sua cobertura assistencial e especificando os direitos e obrigações de ambas as partes.

Os contratos de adesão podem ser formalizados através de uma operadora específica de plano de saúde como também por uma administradora de benefícios autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS.

Como a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS optou por regular os planos coletivos parcialmente, os consumidores ficaram em uma situação de vulnerabilidade diante de práticas abusivas e onerosas nas relações contratuais com as operadoras de planos de saúde.

Para resguardar o direito do consumidor o Código Civil Brasileiro e o Código de Defesa do consumidor asseguram a igualdade contratual entre as partes, e mesmo assim, os efeitos negativos quanto à harmonização dos reajustes por mudança de faixa etária são comprovados a partir da análise pela pesquisa que evidencia a inexistência da aplicação do aumento de até 500% de reajuste entre as faixas etárias nos planos coletivos.

Para proteger as pessoas nessa faixa de idade, o Estatuto do Idoso estipulou que o reajuste por faixa etária, antes dividido em 7 (sete) faixas, passa a ser dividido entre 10 (dez) faixas etárias, protegendo, a hipervulnerabilidade do consumidor maior de 60 anos já que a norma proíbe o reajuste para esse.

Muito embora, existam normas que protegem essa classe de hipervulnerabilidade nos planos coletivos, ainda nos deparamos com reajustes exorbitantes quando se trata de mudança de faixa etária, fazendo com que os consumidores maiores de 60 anos passem por um processo de expulsão dos planos de saúde por não terem condições de permanecer devido ao alto custo. Alguns

recorrem ao judiciário para tentar permanecer no plano com a garantia de isonomia entre consumidores com idades iniciais, mas como citado no texto, alguns desses recursos são negados, fazendo com que essas situações se repitam, deixando os idosos em situação de vulnerabilidade diante de algo que não deveria ser negociado que é o direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS. **Administradora de Benefícios**. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://anab.com.br/administradora-de-beneficios/>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 6, de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 211, 04 nov. 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzEy>. Acesso em: 11 jul. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Reajuste de mensalidade**: conceitos básicos, reajuste por variações de custos, reajuste por mudança de faixa etária. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2005. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_reajuste\\_mensalidade.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_reajuste_mensalidade.pdf). Acesso em: 11 jul. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Consulta Pública 20 - Alteração do art. 1º da RDC nº 62 sobre normas para o ressarcimento ao SUS**. Período: 19 de novembro de 2004 a 19 de dezembro de 2004. Descrição: Altera o art. 1º da Resolução - RDC nº 62, de 20 de março de 2001. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/48->. Acesso em: 12 jul. 2019.
- AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, 1992.
- ALMEIDA, J. B. **Manual do direito do consumidor**. São Paulo: Saraiva, 2003.
- ANDRADE, M.; LISBOA, M. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. **Escola Brasileira de Economia e Finanças**: Ensaio Econômico, n. 382, 2000.
- AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 64-71, 1991.
- BAHIA, L. **Oferta e produção de serviços de saúde no Brasil na década de 80**: um estudo exploratório. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 1991.
- BERNARDONI, D. L.; CRUZ, J. A. W. **Planejamento e Orçamento na Administração Pública**. 2. ed. Curitiba: IBPEX, 2010.
- BESSA, L. R. **Manual de direito do consumidor**. 4. ed. Brasília: Escola Nacional de Defesa do Consumidor, 2014.

BESSA, L. R. Proteção Contratual. *In*: BENJAMIN, A. H. V.; MARQUES, C. L.; BESSA, L. R. **Manual de Direito do Consumidor**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 348.

BRASIL. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 1, 12 set. 1990.

BRASIL. **Resolução Normativa, nº 63 de, 22 de dezembro de 2003**. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. **Resolução Normativa, nº 195, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 18 jul. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo em Recurso Especial 1337368/DF**. Cuida-se de agravo interposto por Neucy Sateles do Prado contra decisão que negou seguimento a recurso especial, fundamentado no art. 105, inciso III, alínea a, da Constituição Federal. Relator: Min. Marco Buzzi, 24 de agosto de 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/617528956/agravo-em-recurso-especial-aresp-1337368-df-2018-0191180-0?ref=juris-tabs>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo em Recurso Especial 809329/RJ 2006/0003783-6**. Ação revisional de contrato de plano de saúde. Reajuste em decorrência de mudança de faixa etária. Relator: Min. Nancy Andrighi, 25 de março de 2008. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/604630/recurso-especial-resp-809329-rj-2006-0003783-6>. Acesso em: 29 jun. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial 1568244/RJ**. Recurso especial repetitivo. Clausula de reajuste de mensalidade por mudança de faixa etária. Relator: Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, 14 de dezembro 2016. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/416939208/recurso-especial-resp-1568244-rj-2015-0297278-0/inteiro-teor-416939214>. Acesso em; 12 jul. 2019.

CARNEIRO, L. A. F. (Org.). **Prêmio ISS de produção científica de saúde suplementar 2011 a 2015**. São Paulo: Midiograf, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Informações sobre a saúde suplementar no Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22200:informacoes-sobre-a-saude-suplementar-no-brasil&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22200:informacoes-sobre-a-saude-suplementar-no-brasil&catid=3). Acesso em: 15 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Ministros do STJ e Fórum da Saúde debatem aumento da judicialização**. Brasília, 16 maio 2018. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/86828-ministros-do-stj-e-forum-da-saude-debatem-aumento-da-judicializacao>. Acesso em; 14 jun. 2019.

COSTA, N. E. F. **A mensalidade do seu plano de saúde aumentou? Entenda quando o reajuste é considerado abusivo**. JusBrasil, 2017. Disponível em: [https://diligenciasbhforumtribunais.jusbrasil.com.br/artigos/473162401/a-mensalidade-do-seu-plano-de-saude-aumentou-entenda-quando-o-reajuste-e-considerado-abusivo?ref=topic\\_feed](https://diligenciasbhforumtribunais.jusbrasil.com.br/artigos/473162401/a-mensalidade-do-seu-plano-de-saude-aumentou-entenda-quando-o-reajuste-e-considerado-abusivo?ref=topic_feed). Acesso em: 14 jul. 2019.

CRUZ, F. **Judicialização na saúde cresce 130% no país, mostra estudo**. Agência Brasil. São Paulo, 18 mar. 2019 Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2019-03/judicializacao-na-saude-cresce-130-no-pais-mostra-estudo>. Acesso em: 27 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Conheça os tipos de reajuste que seu plano de saúde pode ter**. 2018. Disponível em: <https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/conheca-os-tipos-de-reajuste-possiveis>. Acesso em: 12 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Seu plano de saúde: conheça os abusos e armadilhas**. São Paulo: IDEC, 2007.

FERNANDES NETO, A. J. **Plano de saúde e direito do consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

FISCHER, O. C. Algumas aproximações entre Políticas Públicas de Saúde, Orçamento e Decisões Judiciais. **Revista AJURIS**, Paraná, v. 42, n. 137, 2015.

FILOMENO, J. G. B. **Código brasileiro de defesa do consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FILOMENO, J. G. B. **Código brasileiro de defesa do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2001.

FIUZA, C. **Direito civil: curso completo**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

LÔBO NETTO, P. L. **Teoria Geral das Obrigações**. São Paulo: Saraiva, 2005.

MARQUES, C. L. **Contratos no código de defesa do consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 8. ed. São Paulo: [s. n.], 2016.

MARTINS, P. L. **Anotações ao código de defesa do consumidor: conceitos e noções básicas**. [S. l.]: [s. n.], 2006.

MONTEIRO, A. S. M.; CASTRO, L. P. G. **Judicialização da saúde: causas e consequências**. Goiás: Pontifícia Universidade Católica, 2012.

MOTTA, A. L. C. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. São Paulo: Iátria, 2003.

NASCIMENTO, E. R. **Gestão Pública**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

SCHMITT, C. H. A “hipervulnerabilidade” como desafio do consumidor idoso no mercado de consumo. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Pelotas**, v. 3, n. 1, p. 94-111, 2017.

SERRANO, P. J. **Introdução ao direito do consumidor**. São Paulo: Manole, 2003.

TRETTEL, D.; KOZAN, J.; SCHEFFER, M. C. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista De Direito Sanitário**, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018.

VENTURA, M. *et. al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a06v20n1>. Acesso: 20 maio 2019.