

CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

ÁREA DO DIREITO: Direito Civil; Direito Público e Saúde Suplementar.

PALAVRAS-CHAVE: Contratos. Planos de Saúde. Autonomia de Vontades. Revisão Contratual. Lei nº 9.656/98.

KEYWORDS: Contratos. Planos de Saúde. Autonomia de Vontades. Revisão Contratual. Lei nº 9.656/98.

RESUMO: O presente trabalho vem apresentar o instituto dos contratos, parte especial do direito das obrigações de nosso atual Código Civil, que nos traz essa fonte de obrigações de origem antiga, esta que leva a idéia de autonomia de vontades no mundo capitalista, submetido à intervenção Estatal para garantir a supremacia da ordem pública, que por sua vez relativiza a autonomia da vontade das partes contratantes. Assim como qualquer outro ramo do direito, também é regido por princípios, como da autonomia de vontade, da supremacia da ordem pública, do consensualismo, da relatividade dos contratos, da obrigatoriedade dos contratos, e da revisão dos contratos. Será feita breve introdução com as considerações necessárias para fazer com que o leitor ingresse no universo da saúde suplementar, seguindo com comentários acerca do mercado dos planos de saúde e sua atual regulamentação por legislação e autarquia próprias, sendo a Lei 9.656/98 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entretanto, após tais considerações seguem comentários acerca do ajuste destes contratos no tempo e os limites da aplicação das leis no tempo e espaço de tais contratos. Tratando-se de contratos, posteriormente, faz-se enquadramento de cada classificação contratual aos contratos de planos de saúde e ainda as condições de validade que deverão estar presente, indicando ainda suas limitações. O trabalho tem desfecho com os comentários acerca da função social dos contratos de plano de saúde, sua extinção e eventual prescrição para ação revisional.

ABSTRACT: O presente trabalho vem apresentar o instituto dos contratos, parte especial do direito das obrigações de nosso atual Código Civil, que nos traz essa fonte de obrigações de origem antiga, esta que leva a idéia de autonomia de vontades no mundo capitalista, submetido à intervenção Estatal para garantir a supremacia da ordem pública, que por sua vez

relativiza a autonomia da vontade das partes contratantes. Assim como qualquer outro ramo do direito, também é regido por princípios, como da autonomia de vontade, da supremacia da ordem pública, do consensualismo, da relatividade dos contratos, da obrigatoriedade dos contratos, e da revisão dos contratos. Será feita breve introdução com as considerações necessárias para fazer com que o leitor ingresse no universo da saúde suplementar, seguindo com comentários acerca do mercado dos planos de saúde e sua atual regulamentação por legislação e autarquia próprias, sendo a Lei 9.656/98 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entretanto, após tais considerações seguem comentários acerca do ajuste destes contratos no tempo e os limites da aplicação das leis no tempo e espaço de tais contratos. Tratando-se de contratos, posteriormente, faz-se enquadramento de cada classificação contratual aos contratos de planos de saúde e ainda as condições de validade que deverão estar presente, indicando ainda suas limitações. O trabalho tem desfecho com os comentários acerca da função social dos contratos de plano de saúde, sua extinção e eventual prescrição para ação revisional.

SUMÁRIO: 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS – 2. CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE – 2.1. INTRODUÇÃO E HISTÓRICO AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE – 2.2. MERCADO DOS PLANOS DE SAÚDE – 2.3. REGULAMENTAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE – 2.4. CONDIÇÕES DE VALIDADE DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE E SUAS LIMITAÇÕES – 2.5. CLASSIFICAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE NO CÓDIGO CIVIL – 2.6. EXTINÇÃO E CANCELAMENTO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE – 2.7. FUNÇÃO SOCIAL DOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE – 2.8. PRESCRIÇÃO PARA REVISÃO DE CONTRATOS – 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS – 4. BIBLIOGRAFIA

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O contrato como fonte de obrigação demonstra-se de origem muito antiga, conforme se tem notícia de acordo com diversas doutrinas, levando a idéia de autonomia de vontades materializando a livre discussão das partes envolvidas.

Contudo, esse tipo de contrato já não representa atualmente a maioria das contratações no mundo dos negócios, de forma que, geralmente, como no presente trabalho, temos os contratos firmados com as pessoas jurídicas, grandes capitalistas, exigindo contratos

padronizados e impessoais, o que leva à intervenção Estatal na tentativa de assegurar a supremacia da ordem pública.

Todo contrato obedece à função social, por ser veículo de circulação da riqueza, centro dos negócios capitalistas e é essa quem relativiza a autonomia da vontade das partes contratantes em função da ordem pública, implicando valores primordiais da boa-fé e da probidade, nos termos dos artigos 421 e 422 do atual Código Civil.

Os contratos possuem condições de validade de ordem geral como a capacidade das partes, objeto possível e determinado e forma prescrita ou não defesa em lei; e ainda as condições de ordem especial, específicos aos contratos como o consentimento e o acordo de vontades.

O direito contratual é regido por diversos princípios, os quais além de fontes de direito, são de imprescindível observância na aplicação do instituto em tela, valendo mencionar os princípios da autonomia de vontade, da supremacia da ordem pública, do consensualismo, da relatividade dos contratos, da obrigatoriedade dos contratos, da revisão dos contratos, princípios estes que em qualquer doutrina constitucionalista podem ser percebidos, visto que são de suma importância.

Assim, ante ao crescente volume de questionamentos sobre os contratos de plano de saúde, são necessários os esclarecimentos sobre sua regulamentação, vigência das leis relacionadas ao tema, suas classificações e condições de validade.

2. CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

No capítulo que segue, serão abordados, histórico, introdução, requisitos e condições essenciais dos contratos, tempo e limites da aplicação das leis no tempo e espaço classificação contratual, condições de validade e suas limitações, comentando por fim a função social dos contratos de plano de saúde, sua extinção e eventual prescrição para ação revisional, relacionados aos firmados com as empresas atuantes no ramo da saúde suplementar.

2.1. INTRODUÇÃO E HISTÓRICO AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

A primeira forma de plano de saúde (além dos seguros de vida) foi o seguro por "acidentes". O seguro por acidentes normalmente pagava um valor específico e pré-determinado ao segurado no caso de um acidente. Funcionava mais como o seguro de

incapacidade de hoje. Este era o único tipo de seguro disponível nos Estados Unidos até a metade do século XIX.¹

O plano de saúde, *latus sensu*, é um contrato entre pessoa física ou jurídica e a empresa que pagará uma parte ou integralmente os gastos médicos em caso de doença, cirurgias ou o que estiver contratado na necessidade de médico ou hospital. Logo, o valor varia de acordo com a cobertura, ou seja, é a contraprestação.

Inicialmente, há primordialmente que se diferenciar do *seguro saúde* não abordado neste trabalho, por ser modalidade distinta e que estenderia demais o mesmo, por possuir características distintas, explico.

No contrato de plano de saúde, o contrato é feito com qualquer empresa (privada), cooperativa ou associação de médicos, que assume a responsabilidade da prestação de serviços médico-hospitalares, diretamente ou através de uma rede de operadores conveniados. No seguro saúde é um típico contrato de seguro, firmado com uma companhia seguradora, pelo qual, mediante a paga de um prêmio, o segurador se obriga perante o segurado a preveni-lo dos riscos (financeiros) à sua vida e integridade física, pagando-lhe uma indenização ou simplesmente reembolsando os gastos que fizer com a manutenção e recuperação de sua saúde.

Nossa atual Carta Magna está vigendo desde 1988, condicionando em seu texto constitucional uma regulação do Estado quanto à participação da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro, ainda assim, 10 anos de discussão envolveram o Congresso Nacional na regulamentação da saúde suplementar, tendo como resultado a Lei 9.656/98.

A aprovação da referida Lei no Senado somente foi possível pela introdução de determinadas alterações no enunciado legal por meio de Medida Provisória - MP, solução política adotada - com a concordância dos atores sociais envolvidos - para evitar que o setor permanecesse operando sem regras por mais tempo. Ressalto que, em tópico específico esclarecerei a regulamentação dos planos de saúde quanto à vigência da Lei nº 9.656/98.

Adiante, têm-se definidas operadoras de Planos de Assistência à Saúde como as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde.

Com base nas informações recolhidas no setor, a ANS definiu oito modalidades de operadoras. São elas: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas,

¹ <http://saude.hsw.uol.com.br/planos-de-saude1.htm>. Acesso em 01/12/2010.

instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.²

2.2. MERCADO DOS PLANOS DE SAÚDE

Os planos privados de assistência à saúde, oferecidos pelas Operadoras atualmente seguem as diretrizes estabelecidas na Lei 9.656/98 e por consequência da lei nº 9.961/2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que vem a orientar o mercado dos planos de saúde.

Explico brevemente a expressão “atualmente”, mencionada no parágrafo anterior. Como será comentado em tópico específico, ante a irretroatividade da Lei nº 9.656/98, marco regulatório da saúde suplementar, antes de sua vigência, observar-se-á disposições contratuais em consonância com o Código de Defesa do Consumidor, também após sua vigência.

Portanto, devem-se observar determinadas características como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica as quais se submetem os contratos de forma diferenciada à legislação.

Conforme extraído do endereço eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a Lei reconhece a diferença entre os contratos negociados exclusivamente por um indivíduo para si e para a sua família e aqueles negociados para grupos maiores de pessoas.

FORMAS DE CONTRATAÇÃO

Individual ou familiar

Contrato assinado entre um indivíduo e uma Operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar).

Coletivo com patrocinador

Planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante.

Inclui também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade.

Coletivo sem patrocinador

Planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade integralmente paga pelo beneficiário diretamente à operadora.³

² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.
<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588D42593F736012597844E73103F&lumItemId=8A95886526578F93012657E2B5F45B4F>. Acesso em 01/12/2010.

Quanto à cobertura assistencial, essa é o conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) a que um usuário faz *jus* pela contratação de um plano de saúde e independente da forma de contratação, desde a entrada em vigor da Lei 9.656/98, para evitar futuras negativas de assistência, é obrigatório constar de forma clara no contrato a cobertura assistencial que está sendo oferecida.

De acordo com a Lei 9.656/98, uma operadora pode oferecer um plano de saúde com dois tipos de cobertura distintos.

O primeiro é a cobertura integral do Plano Referência ou a cobertura integral por segmento (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico).

Segundo, a lei não impede, contudo, a comercialização de planos com coberturas e características superiores às do Plano Referência, como aqueles com diferentes condições de acomodação ou com cobertura para procedimentos não obrigatórios como, por exemplo, as cirurgias estéticas.

Por fim, quanto à abrangência geográfica, deve ser especificada no contrato para alcançar um município (abrangência municipal), um conjunto de municípios, um estado (cobertura estadual), um conjunto de estados ou todo o país, a chamada cobertura nacional.

2.3. REGULAMENTAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE

Como marco legal do processo de regulação, portanto, entende-se o conjunto formado pela Lei 9.656/98 e a MP, que à época tomou a numeração 1.665. Esta MP, republicada várias vezes leva atualmente o número 2177-44. Ao conjunto Lei + MP foi acrescido, em janeiro de 2000, a Lei 9961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e lhe deu as atribuições de regulação do setor.

Leonardo Vizeu Figueiredo Procurador Federal e especialista em Direito Público, na sua obra “Curso de Direito de Saúde Suplementar”, assim define a questão quanto à data de assinatura dos contratos de Plano de Saúde:

“Utiliza-se como critério e agrupamento a data de celebração do produto, em face da data de edição da Lei de Planos de Saúde.

4.2.5.1. Plano Novo

³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.
<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588D42593F736012597844E73103F&lumItemId=8A95886526578F93012657E781A164EA>. Acesso em 01/12/2010.

É o contrato celebrado depois da vigência da Lei nº 9.656/98, celebrado a partir de 01.1.1999, tem de ter registro na ANS e está totalmente sujeito à nova legislação. (grifo nosso)

4.2.5.2. Plano adaptado

É o produto antigo adaptado às normas estabelecidas na Lei nº 9.656, deve ter registro na ANS esta totalmente submetido à nova legislação.

4.2.5.3. Plano antigo

São os contratos celebrados antes da vigência a Lei 9.656, que não foram adaptados às novas regras estabelecidas. Os contratos antigos não podem mais ser comercializados; eles permanecem válidos apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, mas são intransferíveis (sua transferência é vedada a terceiros sob qualquer pretexto), e suas condições são garantidas apenas ao titular e aos dependentes já inscritos. É permitida, somente, a inclusão de novo cônjuge e filhos”.⁴

No mesmo sentido transcrevemos o conteúdo da obra de Rodrigo Alberto Correia da Silva, vejamos⁵:

“A Lei 9.656, sancionada em 3 de junho de 1998, entrou em vigor em 3 de setembro de 1998, noventa dias após sua publicação, marcando o início da regulamentação específica dos planos privados de assistência à saúde. Esta lei foi modificada em seguida pela edição de medidas provisórias, renovadas a cada 30 dias, além de dezenas de Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU).

Conforme se esgotava o prazo de cada medida provisória, o que ocorria a cada 30 dias, o Poder Executivo era obrigado a editar uma nova (quanto houvesse alteração no seu texto) ou reeditar a mesma, até que o Congresso a colocasse em pauta.

Os modelos anteriores de planos de saúde puderam continuar sendo comercializados até 31 de dezembro de 1998, a partir do que entraria em vigor o disposto na Lei 9.656, permanecendo com validade por tempo indeterminado, a não ser que o seu usuário manifestasse o interesse de migrar para enquadrar-se na regulação nascente. Já os novos planos, que, então, deveriam ser protocolados na SUSEP, passariam a ser oferecidos enquadrados na legislação pertinente.

A nova legislação trouxe mudanças positivas para os usuários de planos de saúde de todos os segmentos. A maioria delas com aplicação imediata apenas para os planos instituídos a partir de janeiro de 1999 ou para aqueles que optassem pela adaptação ao sistema previsto na lei.”

Este esclarecimento é importante para demonstrar às diferenças entre plano antigo e aqueles contratos regulamentados de acordo com a lei 9.656/98.

⁴ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. Curso de Direito de Saúde Suplementar: Manual Jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP Ed., 2006. Págs. 194/195.

⁵ SILVA, Rodrigo Alberto Correia. *Regulamentação Econômica da Saúde*. p. 195.

O setor de planos de saúde vive uma densa transformação desde o início da vigência da Lei 9.656/98.

A partir de janeiro de 1999, as Operadoras que desejam atuar no setor têm que obter na ANS um registro provisório de funcionamento. Da mesma forma, cada plano de saúde para ser comercializado precisa estar registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Tipos de planos de saúde anteriores à lei 9656/98 foram proibidos de serem comercializados. Agora, os contratos firmados entre consumidores e operadoras de planos de saúde têm garantia de assistência a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde.

Mesmo os contratos antigos também obtiveram algumas garantias com a nova legislação: não podem ser rescindidos de forma unilateral pela operadora, as internações não podem ser encerradas a não ser por alta médica.

A segurança do usuário de planos privados de assistência à saúde aumentou com a regulamentação pela ANS de medidas necessárias à manutenção da integridade das operadoras e da garantia da continuidade da prestação dos serviços de assistência contratados.

Adiante, como comentei acerca da irretroatividade da Lei 9.656/98 aos contratos firmados anteriormente à sua vigência, já houve reconhecimento de repercussão geral no Supremo Tribunal Federal no sentido de afastar a aplicação da Lei nesses casos, conforme se observa a seguir:

EMENTA: DIREITO INTERTEMPORAL. APLICAÇÃO RETROATIVA DE LEIS SOBRE PLANOS DE SAÚDE. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. Há repercussão geral na questão sobre a aplicação retroativa de leis sobre planos de saúde aos contratos firmados antes da sua vigência, à luz do art. 5º, inc. XXXVI, da Constituição da República.⁶

Logo, percebe-se a toda vista que não se aplica a Lei 9.656/98 a contrato firmado anteriormente a sua entrada em vigor.

Entretanto, os consumidores contratantes de planos de saúde “antigos”, assim definidos anteriormente, não ficarão desamparados legalmente, aplicando-se aos mesmos sempre nossa Carta Magna, o Código Civil e Código de Defesa do Consumidor.

⁶ RE/578801 - REPERCUSSÃO GERAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO, Procedência: RIO GRANDE DO SUL, Relator: MIN. CÁRMEN LÚCIA, Partes RECTE.(S) - GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA, RECDO.(A/S) - PAULO PAES VIEIRA.

Este último, Lei de 1990, merece destaque em recente decisão do Egrégio Superior Tribunal de Justiça, o qual sumulou o assunto, firmando entendimento sobre a aplicabilidade retroativa do mesmo em contratos de planos de saúde anteriores à sua vigência, senão vejamos a notícia veiculada no endereço eletrônico do STJ⁷:

26/11/2010 - 14h52

SÚMULAS

Segunda Seção aprova súmula sobre plano de saúde

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aprovou a Súmula 469, com a seguinte redação: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”. O relator do projeto de súmula foi o ministro Aldir Passarinho Junior.

As referências da súmula são as leis n. 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor – CDC) e 9.656/1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.

A súmula consolida o entendimento, há tempos pacificado no STJ, de que “a operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo Código de Defesa do Consumidor, pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota”. (Resp 267.530/SP, Rel. Ministro Ruy Rosado de Aguiar, DJe 12/3/2001).

O CDC é aplicado aos planos de saúde mesmo em contratos firmados anteriormente à vigência do código, mas que são renovados. De acordo com voto da ministra Nancy Andrighi, no precedente, não se trata de retroatividade da lei. “Dada a natureza de trato sucessivo do contrato de seguro-saúde, o CDC rege as renovações que se deram sob sua vigência, não havendo que se falar aí em retroação da lei nova”, entende.

O ministro Luis Felipe Salomão, em outro precedente, também já explicou a tese: “Tratando-se de contrato de plano de saúde de particular, não há dúvidas de que a convenção e as alterações ora analisadas estão submetidas ao regramento do Código de Defesa do Consumidor, ainda que o acordo original tenha sido firmado anteriormente à entrada em vigor, em 1991, dessa lei. Isso ocorre não só pelo CDC ser norma de ordem pública (art. 5º, XXXII, da CF), mas também pelo fato de o plano de assistência médico-hospitalar firmado pelo autor ser um contrato de trato sucessivo, que se renova a cada mensalidade”. (Resp 418.572/SP. Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, DJe 30/3/2009).

Também estão relacionados à nova súmula os seguintes processos: Resp 251.024, Resp 986.947, Resp 1.046.355, Resp 1.106.789, AgRg no Ag 1.250.819, Resp 1.106.557, Resp 466.667 e Resp 285.618.

Coordenadoria de Editoria e Imprensa

⁷ http://www.stj.gov.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texto=99986. Acesso em 01/12/2010.

Logo, com recente validação do Egrégio Superior Tribunal de Justiça, o Código de Defesa do Consumidor será aplicado nas demandas que envolvam planos de saúde mesmo firmados anteriormente à vigência do CDC, que, sob entendimento da ministra Nancy Andriahi, trata-se de contrato com natureza de trato sucessivo, motivo pelo qual não haverá que se falar em retroação da lei nova.

2.4. CONDIÇÕES DE VALIDADE DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE E SUAS LIMITAÇÕES

Assemelhando-se aos requisitos de qualquer outra forma de contratação, os contratos desta natureza também deverão possuir em suas condições de ordem geral, o agente capaz, seja pessoa física ou jurídica; seu objeto possui atualmente previsão legal, sendo a Lei nº 9.656/98, ou antes, desta, a própria Constituição Federal, a Lei nº 8.078/90 e o Código Civil, ambos associados, sendo então possível e determinado, a assistência à saúde pela iniciativa privada.

Nas condições de validade de ordem especial é de suma importância e que deve ser futuramente lembrado ao discutir a revisão de um contrato dessa natureza, *o consentimento recíproco*.

A falta de previsão contratual traz a qualquer pessoa uma indignação com o que foi contratado por si mesmo, mas é vale a antiga regra de que deve ser lido o que está sendo contratado, como em qualquer outra forma de contratação.

É sempre interessante citar um determinado exemplo, qual seja o do consumidor que vai à concessionária e adquire um carro popular. Concretizada a venda, retorna no dia seguinte para retirar seu veículo, contudo, recusa-se a sair com o veículo adquirido, desejando um modelo completo com todos os acessórios disponíveis, por ser este o modelo adequado ao seu desejo.

No caso do exemplo, para a infelicidade do consumidor, mas por óbvio sairá da concessionária com o veículo popular, uma vez que pagou por ele, e não com o carro de categoria superior que implicava em preço muito mais elevado. Assim ocorre com planos de saúde, deve-se atentar às coberturas disponibilizadas e sua equivalência ao preço pago.

Não se pode esquecer-se dos princípios constitucionais pertinentes ao ato jurídico perfeito e a reserva legal, pois subjugar o contrato e a segurança dos negócios jurídicos em nome do direito a vida e a saúde, de forma e prejudicar o equilíbrio financeiro dos planos de

saúde suplementar são um mal a ser evitado. Eis um ponto de eterna polêmica em nossos tribunais pátrios.

Sabemos que o direito a vida e a saúde são valores relevantes, porém, o ônus de custear integralmente tais necessidades humanas, em nosso País, por força constitucional, é do Estado e não da iniciativa privada, que deve suportar os custos da saúde suplementar, nos limites do contrato e da legislação específica.

Na Constituição Federal⁸, o cidadão tem o direito à saúde ali garantida, e o plano de saúde é um *plus*, que contém diversas exceções sempre visando o equilíbrio econômico financeiro de toda a coletividade de beneficiários.

Por isso os limites contratuais.

2.5. CLASSIFICAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE NO CÓDIGO CIVIL

Buscando delimitar e ajustar a forma de contratação aqui discutida, nas classificações doutrinárias mais utilizadas, considero o seguinte.

Essa forma de contratação, quanto aos efeitos, primeiramente, por óbvio são *bilaterais*, de forma que sem a devida contraprestação não se pode exigir o implemento da obrigação de prestar assistência à saúde. Em seguida, também por óbvio são *onerosos comutativos* ante sua prestação de serviços com prestações certas e determinadas.

Nesse sentido, consignou no texto de seu acórdão o seguinte julgado:

O contrato firmado entre as partes é bilateral e comutativo, vale dizer, o contratante pode escolher a abrangência pretendida. Desta maneira, o valor, mensalmente pago, pelo agravado guarda direta referência a contraprestação da Cooperativa. Logo, benefícios não previstos nos termos contratuais não devem ser concedidos; do contrário, ocorreria ofensa ao princípio da isonomia em relação aos demais clientes, bem como a onerosidade excessiva da agravante.⁹

Adiante, quanto à sua formação, o contrato de plano de saúde, é *contrato-tipo*, sendo àqueles “de massa” ou “em série” como citado no começo deste trabalho, aproximando-se aos de adesão, pois apesar da apresentação em forma impressa admite discussão no que excede a cobertura obrigatória de Lei nº 9.656/98.

⁸ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

⁹ TJPR. AG. INSTRUMENTO 301.580-3 - PARANÁ. RELATOR: DES. ANNY MARY KUSS.

Quanto ao momento de sua execução, os contratos de plano de saúde são típicos de *execução diferida* no tempo, sujeitos, destarte, a mutações, adaptações, conforme o interesse geral, público, social ou econômico e têm como característica sua consumação na propagação do tempo. Nesse sentido:

No que se refere à não aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao contrato celebrado entre os litigantes, por lhe ser posterior; devo dizer que os contratos são de execução continuada ou diferida, isto é, tem seus efeitos sendo concretizados mês a mês, após a entrada em vigor do CDC, devendo incidir sobre eles as disposições da Lei n. 8.078/90.¹⁰

Ainda conforme recente entendimento do STJ, acima noticiado, tais contratos seriam de trato sucessivo.

Quanto ao agente, por sua vez, estes contratos podem ser classificados em mais de uma modalidade, senão vejamos.

O plano de saúde empresarial, estabelecido entre duas pessoas, em que empregador convencionou com a operadora a prestação de serviços de assistência à saúde de terceiros, mediante o pagamento de certa quantia mensal em dinheiro pelos beneficiários ou de forma rateada com o empregador, nos leva ao conceito dos contratos *impessoais* e ainda dos *coletivos*.

Em verdade, sendo individual (ou familiar), se pode dar por meio da contratação individual, oferecidos no mercado para a livre adesão de pessoas físicas, facultada ou não a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

E sendo uma contratação coletiva, no contrato é oferecida cobertura dos riscos à saúde de população delimitada e vinculada a uma determinada pessoa jurídica - a empresa que contrata o plano (que também pode prever a inclusão dos dependentes da comunidade de beneficiários do contrato coletivo), onde então a adesão dos beneficiários em geral é automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação como empregado, filiado ou associado da pessoa jurídica (empregador, sindicato ou associação).

Prosseguindo, quanto ao modo por que existem, não há discussão que sejam *principais* por justificarem propriamente sua existência sem dependência de qualquer outro.

Adiante, quanto à forma, são os contratos de planos de saúde *solenes* em observância à Lei nº 9.656/98 e demais disposições do Código Civil quanto à prestação de serviços. Quanto ao seu objeto, são contratos *definitivos*, ante sua natureza específica.

¹⁰ TJAC. AGRAVO DE INSTRUMENTO 6.832 / RIO BRANCO-AC. RELATORA DES. MIRACELE LOPES.

Na classificação quanto à designação, por sua vez, tal modalidade de contrato se enquadra nos *típicos*, posto que são regulados pela lei específica já citada por diversas vezes.

2.6. EXTINÇÃO E CANCELAMENTO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

A extinção dessa modalidade de contrato, tal como diversas outras, não se dá de forma unilateral sem a ocorrência de determinadas situações, previstas somente no contrato, quando anterior à vigência da Lei nº 9.656/98 e se posterior, como disposto no art. 13 da referida Lei, como segue adiante.

Logo, sempre que houve interesse do consumidor/contratante no cancelamento ou na rescisão de um contrato de plano de saúde deverá formalizar, por escrito, o seu pedido ou enviando pelo Correio com aviso de recebimento.

Como mencionado, os *individuais e familiares* após a vigência da Lei nº 9.656/98 só podem ser suspensos ou rescindidos pelas operadoras em duas situações (fraude e inadimplência), senão vejamos:

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. [...]

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Em caso de fraude comprovada, caracterizada, por exemplo, pela omissão de informar declaração de saúde, que comprova pré-existência de doenças.

Como informado, para extinção sem cumprimento nas causas anteriores ou contemporâneas, em caso de anterioridade à Lei dos Planos de Saúde ou sendo empresarial, obedecerá às formas de extinção conhecidas pelo nosso Código Civil, por meio de *cláusula resolutiva*, no caso de inadimplemento, por exemplo; e ainda nos casos de nulidades.

Extinguindo sem cumprimento por causas supervenientes, por sua vez, admite-se, em regra, a *resilição* na forma *bilateral*, pelo distrato ou *unilateral* por alguma forma de denúncia de má utilização do contrato por alguma das partes.

Ao dizer “em regra”, me refiro aos outros casos que demandam de extensa discussão para extinção sem cumprimento em causas supervenientes na forma de *resolução*, como a *onerosidade excessiva*, em breve síntese exemplificativa, quando se torna impossível manter o contrato por seu alto custo ou baixo custo-benefício, em função de índices de sinistralidade que levem a insubsistência do contrato por falta de contraprestação compensativa, apurados por estudos atuariais e demais especificidades do contrato dessa natureza, onde, em último exemplo, temos o aumento da sinistralidade com o avanço da faixa etária dos beneficiários.

A causa superveniente *morte do contratante* pode ocorrer em alguns contratos dessa natureza, entretanto, muitas operadoras dispõem de cláusulas contratuais que permitem a continuidade do contrato por seu dependente ou terceiros autorizados pelas referidas disposições, visando beneficiar o dependente que já cumpriu períodos de carência.

2.7. FUNÇÃO SOCIAL DOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE

A função social consegue relevância jurídica, por envolver a questão aspectos políticos, econômicos e sociais.

Seguindo tal raciocínio os contratos de planos de saúde geraram um grande avanço da sociedade, já que permitiram suprir falhas e omissões do sistema público de saúde, garantindo maior segurança à quem necessita de eficaz atendimento à saúde.

Atualmente, a assistência à saúde promovida em caráter mercantil, com a finalidade de lucro e de iniciativa privada vive um momento de grande expansão, pois as deficiências no sistema único de saúde confirmam a incapacidade do Estado de promover esse direito garantido pela Constituição Federal de nosso país, o que eleva o número de pessoas que buscam um plano ou seguro de saúde privados, que lhe garantam conforto e segurança.

Todavia, trata-se, pois, de um serviço de responsabilidade do Estado que autoriza sua prestação por terceiros que participam, de forma suplementar, desde que seguindo as diretrizes impostas pela Legislação específica e pelos princípios de Direito.

Regular, através de normas públicas, tais relações estabelecidas por meio de um contrato de direito privado é forma de garantir a preservação dos interesses sociais e da dignidade da pessoa humana, fundamentais em uma sociedade que preza pela valorização do indivíduo como sujeito de direitos.

Portanto, os contratos de planos de saúde devem obedecer o princípio da função social, visto que esse trata essencialmente de um bem jurídico de extremo valor, a saúde humana.

Não é concebível que as empresas que trabalhem com esse ramo visem somente o lucro, deixando de lado as expectativas do contratante e de toda a sociedade.

Não há razão alguma para se sustentar que o contrato deva atender tão somente aos interesses das partes que o estipulam, porque ele, por sua própria finalidade, exerce uma função social inerente a poder negocial que é uma das fontes do direito, ao lado da legal, da jurisprudencial e da consuetudinária.

2.8. PRESCRIÇÃO PARA REVISÃO DE CONTRATOS

Por fim, vale comentar superficialmente a respeito da prescrição para revisão dos contratos, ante a imensa quantidade de demandas que atualmente tumultuam nossas Comarcas, relacionados à revisão de cláusulas contratuais nos planos de saúde.

Pode-se dizer que se dependendo da data da assinatura do contrato, por exemplo, antes ou depois da vigência de nosso Código Civil, ou melhor, durante a vigência do CC/1916 ou do CC/2002, por tratar-se de obrigação pessoal, no Código Antigo, o prazo de prescrição era de 20 anos, enquanto na vigência do Código Novo é de 10 anos.

Citando como exemplo, se o contrato foi assinado em janeiro de 1983, como o novo Código Civil entrou em vigor em 11 de janeiro de 2003, está o prescrito o direito à revisional.

Em outro exemplo, se a assinatura do contrato se deu em novembro de 1983, ainda assim estará prescrito, porque já decorreu o prazo de vinte anos.

Entretanto, se da data da assinatura do contrato ainda não tinha decorrido mais da metade do prazo de 20 anos (art. 177, CC/1916), a prescrição regular-se-á pelo prazo previsto no novo Código, que é de 10 (dez) anos (art. 205).

Com exceção ao reconhecimento de vínculo trabalhista, crimes de racismo e tortura, os demais direitos estão sujeitos à prescrição, caso contrário, não haveria estabilidade alguma nas relações pessoais, abertas à permanente e discussão por infinito lapso de tempo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o conteúdo apresentado, procurou-se apresentar de forma concisa e precisa os contratos de planos de saúde em suas duas formas.

A contratação é essencial e de suma importância em nosso ordenamento jurídico quando se trata de relações obrigacionais e com relação ao tema trata-se de uma atual necessidade para suprir falhas e omissões do nosso atual sistema de saúde público.

A concepção social do contrato é a forma atual e moderna de sua apresentação em nossa sociedade, consolidando-se como pilar da teoria contratual, com intuito de realizar justiça e evitar desigualdades, fazendo prevalecer a ordem pública através da função social e impedindo que prevaleça a autonomia das vontades e a obrigatoriedade.

Em 07 de junho de 2010 passou a valer um novo rol de procedimentos, regidos pela Resolução Normativa nº 211/2010. Do endereço eletrônico da ANS¹¹ temos o seguinte:

Em 07 de junho de 2010, entra em vigor a nova versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A partir dessa data, todos os planos novos (contratados após 1º de janeiro de 1999) devem cumprir a Resolução Normativa nº 211, publicada em 12 de janeiro de 2010. O Rol 2010 amplia a cobertura mínima obrigatória para os beneficiários de planos de saúde e passa a listar, a um só tempo, tanto os procedimentos médicos quanto os odontológicos. Dentre as alterações previstas, destacam-se a inclusão de cobertura obrigatória para:

- diversas cirurgias torácicas realizadas por vídeo;
- novas tecnologias, como implante de marcapasso multissítio e pet-scan oncológico para determinadas indicações;
- **transplante alogênico de medula óssea;**
- número maior de sessões de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutricionista para determinadas patologias e coroa unitária e bloco, no caso de segmentação odontológica.

(GRIFEI)

Em face da demanda de polêmicas e discussões sobre o tema, a presente análise, não se faz por completa, pois ainda existem vários pontos a serem esclarecidos nesse sentido até que se esgotem as dúvidas. Nesse sentido, a lida continua, sempre objetivando encontrar a melhor explicação, elevando a eficácia buscada ao maior grau possível.

PEDRO PUTTINI MENDES

¹¹ <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A95886526578F9301266BD0A0C943A2>. Acesso em 01/12/2010.

Bacharel em Direito pela Universidade Católica Dom Bosco, Pós-Graduando em Direito Civil e Processo Civil pela UNIDERP/Anhanguera.
<http://lattes.cnpq.br/1001252598183320>

4. BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.
<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588D42593F736012597844E73103F&lumId=8A95886526578F93012657E781A164EA>. Acesso em 11/08/2010.

BRASIL. Constituição [da] Republica Federativa do Brasil (1988). Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 4.657, de 04 de setembro de 1941. Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, 09 set., 1942.

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1988. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, 04 jun., 1988.

DINIZ, Maria Helena. *Lei de Introdução ao Código Civil Interpretada*. 8. ed. São Paulo/SP: Saraiva, 2002.

FUX, Luiz. *Tutela Antecipada e Plano Privado de Saúde*. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito das Obrigações – Parte Especial (Contratos)*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

JURISPRUDÊNCIA. Disponível em: [<http://www.stj.jus.br>]. Acesso em: 01.12.2010.

JURISPRUDÊNCIA. Disponível em: [<http://www.tjac.jus.br>]. Acesso em: 01.12.2010.

JURISPRUDÊNCIA. Disponível em: [<http://www.tjpr.jus.br>]. Acesso em: 01.12.2010.

SILVA, Rodrigo Alberto Correia. *Regulamentação Econômica da Saúde*. p. 195.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Jurisprudências. Texto *online* em <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp>>. Acesso em 01 dez. 2010.