



Revista

# Opinião.Seg

Nº 15 - JUNHO DE 2018

**20 ANOS DA  
LEI 9.656  
DE 1998**

**UMA ANÁLISE COMPLETA DOS 20 ANOS  
DA LEI QUE REGULAMENTA OS PLANOS E  
SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

# Editorial da revista *20 anos da Lei 9.656*

## **Da importância da discussão, saudável, sobre a Saúde Suplementar**

Ano de eleições para presidente da República, governadores, senadores, deputados federais, deputados estaduais e distritais. Oficialmente ainda não temos candidatos, temos pré-candidatos, e esperamos que durante a campanha possam surgir propostas objetivas e consistentes para a área da Saúde no Brasil.

Em relação à Saúde Suplementar – esse importante setor de nossa economia e que também merece a atenção dos candidatos –, o plano de saúde é o terceiro desejo do brasileiro (53%), depois da educação (71%) e da casa própria (63%), segundo pesquisa do Ibope Inteligência (2015).

## **Retrato**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou, em maio de 2018, os dados da Saúde Suplementar:

- 47,4 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares
- o setor arrecadou R\$ 161 bilhões
- operadoras em atividade: 779
- operadoras ativas com beneficiários: 758
- planos ativos: 18.394

A 5ª edição do *Mapa Assistencial* da ANS traz números que merecem atenção. Em 2016 foram realizados:

- 272,9 milhões de consultas médicas
- 141,1 milhões de atendimentos ambulatoriais
- 796,7 milhões de exames complementares
- 69,9 milhões de terapias

## **Cadeia**

O número de agentes envolvidos na Saúde Suplementar é bastante amplo. Citamos alguns:

Operadoras de planos, seguradoras, beneficiários, médicos e profissionais da saúde,

empresários que contratam os planos, prestadores de serviços, profissionais de serviços autônomos, fornecedores de dispositivos médicos implantáveis, fornecedores de produtos farmacêuticos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios, hospitais, santas casas e clínicas, Conselhos, Confederações, Federações, Fundações, Associações, Institutos, Sindicatos, Cooperativas, órgãos governamentais (Ministérios da Saúde, da Fazenda e do Planejamento), Agência Reguladora (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), órgãos de defesa do consumidor, o Judiciário, atuários e corretores de planos de saúde.

## **Desafios**

Fica patente que, nessa imensa população envolvida com o assunto, cada um precisa fazer sua parte na busca pela transparência e pela sustentabilidade do setor, devendo passar pela discussão de temas como o mutualismo, o envelhecimento populacional, a prevenção de doenças, os custos dos avanços tecnológicos, a judicialização, as deduções fiscais, os modelos de pagamento, as fraudes, os desperdícios, os abusos por parte dos profissionais e dos pacientes, a qualificação dos profissionais, os prontuários eletrônicos, os repasses ao SUS, a franquia e a coparticipação, os planos acessíveis, os índices de reajustes, os planos individuais, as *startups* e MUITOS outros.

Nossos mais sinceros agradecimentos a todos os articulistas que contribuíram, com suas opiniões, para esta edição que registra o 20º aniversário da Lei 9.656. Certamente, todos pretendem ampliar o debate em torno de soluções que promovam o equilíbrio do setor, o aprimoramento da qualidade dos serviços disponíveis aos cuidados com a saúde da população brasileira e a inclusão de um número maior de beneficiários.

**CHRISTINA RONCARATI**

Junho de 2018

# SEJA UM EXPERT EM SEGUROS!

Seguradoras e corretores, especializem sua equipe!  
Aprenda tudo na tela do tablet, notebook ou smartphone.  
Vídeo Aulas simples, rápidas e online!



**Acesse e ganhe 7 dias Grátis!**

[cursos.linhasfinanceiras.com](http://cursos.linhasfinanceiras.com)



**cursos  
online**

EXPERT EM SEGUROS

Use a câmera do seu celular  
no código abaixo e acesse



# Índice

- 2** EDITORIAL DA REVISTA *20 ANOS DA LEI 9.656*  
Christina Roncarati
- 6** SUSTENTABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE  
Reinaldo Scheibe
- 8** DA LEGITIMIDADE DO AVISO DE RECEBIMENTO DE NOTIFICAÇÕES EXTRAJUDICIAIS NOS PLANOS DE SAÚDE  
Gislaine dos Santos Pires
- 16** 20 ANOS DA LEI Nº 9.656/98  
Pedro Luis Luz Marques Martins
- 24** 20 ANOS NA MARRA  
Antonio Penteado Mendonça
- 27** SAÚDE SUPLEMENTAR X CONSUMIDOR  
Paulo Miguel
- 30** SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE: 20 ANOS DA LEI 9.656  
Roberto Cury
- 32** 20 ANOS DA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE: QUANDO AS EMPREGADORAS SERÃO OUVIDAS?  
Paulo Sogayar
- 35** REFLEXÕES SOBRE O SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE POR OCASIÃO DOS 20 ANOS DA LEI 9656  
Salomão Rodrigues Filho
- 37** MERCADO DE SEGURO/PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE  
José Antônio Lumertz
- 41** 20 ANOS DA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE: MOMENTO DE REFLETIR  
Solange Beatriz Palheiro Mendes
- 43** ANS CELEBRA OS 20 ANOS DE REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR
- 47** SOBRE OS AUTORES

Revista

**Opinião.Seg**

Número 15 – junho de 2018  
ISSN 2176-5944

A revista eletrônica Opinião.Seg é editada pela Editora Roncarati e distribuída gratuitamente.

Os textos publicados nesta revista são de responsabilidade única de seus autores e podem não expressar necessariamente a opinião desta Editora.

# 12º CONGRESSO BRASILEIRO DE ATUÁRIA

Tema Central:  
O Atuário Frente à Era  
do Compartilhamento



**CBA2018**

HOTEL HILTON RIO DE JANEIRO

05 E 06 SET

12º CONGRESSO  
BRASILEIRO  
DE ATUÁRIA

# Sustentabilidade dos planos de saúde



**REINALDO SCHEIBE**



**A** Abramge acredita que a Lei dos Planos de Saúde, que completa em junho 20 anos de existência, deva ser modernizada, mas com a devida tranquilidade e transparência que o tema requer. É preciso haver um profundo estudo técnico com a seriedade e com a participação da sociedade, da agência reguladora e associações representantes das diversas esferas da saúde complementar.

É preciso definir o que o País pode oferecer na área da saúde. Esse é um debate que diversos países têm enfrentado no mundo, inclusive com foco no envelhecimento da população. Recentemente, muito se discutiu sobre o Projeto de Lei 7419/2016, que

aglutina um total de mais de 150 projetos que preveem as variadas mudanças na legislação vigente.

O marco regulatório é imprescindível, pois a lei foi pensada para uma saúde de 20 anos atrás. Hoje tudo se modernizou, a tecnologia é outra. Para que tudo ocorra perfeitamente, da melhor maneira, é preciso que haja tempo, estudo e um amplo debate técnico com especialistas, para que sejam analisados os distintos exemplos mundiais já existentes, que possam vir a ser incorporados no Brasil, com foco no benefício mútuo a todos.

A população precisa participar mais e entender o funcionamento dos sistemas de

saúde. As pessoas são parte fundamental deste processo. Têm de se envolver mais, escolher e, quando possível, também melhorar seus hábitos, pois assim ajudarão a equilibrar a balança da sustentabilidade tanto da saúde pública quanto privada.

Tendo consciência dos serviços contratados, o uso do plano de saúde fica mais objetivo, reduz a indevida judicialização da saúde e traz maior entendimento de que a má utilização acarreta em prejuízo aos demais, que não terão o mesmo direito de usufruir de procedimentos e eventos não contratados. Assim também é no SUS (Sistema Único de Saúde) onde alguns cidadãos conseguem furar longas filas ou ainda ter acesso a cuidados não disponibilizados aos demais cidadãos, que invariavelmente não conseguem sequer o atendimento básico de saúde.

O sistema suplementar oferece serviços de acordo com a necessidade e o perfil de cada cliente, conforme o estipulado em contrato. A atualização da Lei poderia ampliar o acesso à saúde às regiões mais necessitadas, como o interior do Brasil, onde os leitos vêm sendo fechados ano a ano e há poucos profissionais de saúde disponíveis. É também nessas localidades que as tecnologias de cobertura obrigatória dos planos de saúde não chegam, pois hoje mais de 40% dos beneficiários de planos de saúde estão concentrados nas 27 capitais do País, os demais estão nos mais de cinco mil municípios restantes.

O beneficiário de plano de saúde, porém, não pode se esquecer de que a prestação dos serviços de uma operadora privada em nada difere da contratação de serviços de outros setores econômicos, ou seja, é um contrato firmado no qual se deve observar os termos preestabelecidos e os custos e procedimentos de saúde disponíveis.

Um hábito comum em relação ao uso dos planos de saúde no Brasil que pode ajudar a equilibrar os custos é sempre questionar a real necessidade da realização de determinados exames e cirurgias, na dúvida questione, procure uma segunda opinião; por exemplo, atualmente somos os campeões mundiais em realização de ressonâncias magnéticas, se observado somente os beneficiários de planos de saúde. Agendar consultas e não comparecer, sem desmarcar previamente, é outra prática recorrente e que encarece o plano de saúde, assim como emprestar a carteirinha para terceiros, solicitar dois recibos, etc.

Isso porque as operadoras dos planos se valem da lógica do mutualismo, sistema que se baseia na contribuição coletiva para a garantia do benefício/atendimento do indivíduo. Todos pagam. Uns utilizam mais, outros menos. Esta é a lógica para que o plano seja acessível a uma maior parcela da sociedade. Se fôssemos pagar por cada serviço individualmente, com certeza, se tornaria inviável.

A redução de desperdícios na saúde suplementar, por parte dos envolvidos (operadoras, hospitais, médicos, beneficiários), se faz mais importante do que nunca para evitarmos ou, ao menos, reduzirmos o constante aumento dos custos. O uso consciente, a oferta dos serviços de promoção de saúde e prevenção de doenças, uma anamnese (análise clínica) adequada, são exemplos de que é possível sim reduzir o desperdício, ganhando ainda mais qualidade.

O futuro do setor de saúde é bastante promissor. Os desafios são enormes e estamos sempre em busca de obtermos um nível de excelência cada vez maior, desse serviço de fundamental importância econômica e social.

# Da legitimidade do aviso de recebimento de notificações extrajudiciais nos planos de saúde



**GISLAINE DOS SANTOS PIRES**

Muitas são as questões envolvendo o aviso de recebimento ao consumidor quando se trata de comprovar a entrega de uma notificação extrajudicial na matéria de planos de saúde.

Visando atender obrigatoriedade de conduta pela Operadora, a Lei n. 9656 de 1998, dispõe seu artigo 13, acerca da comprovação da notificação devida ao consumidor, sem, contudo, evidenciar qual o modelo adequado que legitimaria esta comunicação expressa, 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. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I – a recontagem de carências; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

**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)**

III – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Na saúde suplementar, a sensibilidade de temas como a comunicação de inadimplências, os cancelamentos contratuais ou ainda quaisquer alterações significativas nas regras contratuais dos planos de saúde, requerem das Operadoras de Saúde melhor atenção quanto ao recebimento eficaz da notificação extrajudicial por via postal ao seu cliente: como comprovar a inequívoca ciência do conteúdo pelo consumidor?

Uma prática muito comum utilizada pelas Operadoras de Saúde é encaminhar a notificação extrajudicial ao seu cliente, por via postal, mediante aviso de recebimento, no endereço cadastrado do seu beneficiário, sem, contudo, exigir a assinatura deste no aviso.

Deste conceito adotado, se iniciou uma interminável discussão entre beneficiário e Operadora, uma vez que gerou entendimentos opostos ao longo dos anos, principalmente na esfera judiciária em nível nacional, ensejando na incerteza da correta conduta que deve ser adotada pela Operadora de Saúde para que sua boa-fé seja comprovada por meio da efetiva entrega de uma notificação extrajudicial ao seu cliente.

Nessa seara, mister esclarecer que a Agência Nacional de Saúde Suplementar – Órgão Regulador das Operadoras de planos de saúde, publicou em 30.11.2015 a Súmula n. 28, a qual vincula o entendimento

de não haver a necessidade da assinatura do beneficiário no aviso de recebimento em casos de notificação por via postal da comunicação de suspensão ou cancelamento do plano de saúde pela Operadora, devidamente entregue na residência do beneficiário.

Isso porque a Agência **presume** que o beneficiário, salvo prova em contrário, foi devidamente notificado, sendo legítimo, portanto, a comprovação de recebimento pela portaria do prédio, como exemplo.

Vejamos a Súmula n. 28:

“Considerando a realização de Câmara Técnica sobre o tema “Suspensão e rescisão unilateral de contrato individual”, que contou com a participação de representantes da Diretoria de Fiscalização da ANS, de instituições do setor regulado, de órgãos defesa do consumidor e do Ministério Público Federal (reuniões ocorridas em 25 de fevereiro de 2015, 11 de março de 2015, 25 de março de 2015 e 08 de abril de 2015); Considerando o art. 13, parágrafo único, inciso II e o art. 35-G da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998; Considerando os dispositivos do Código de Defesa do Consumidor, em especial, o caput, incisos I, II, alínea “c”, III e IV, todos do art. 4º; o caput e incisos I a III do art. 6º; os arts.30 e 31; o caput e o inciso IV do art.39; o art.42; o art.42-A; o art.46; o caput e os incisos IV e XV, todos do art.47; e o caput e § 4º do art.54; Considerando o art. 82 da Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006;

**Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:**

(...)

**3. No caso de notificação por via postal com aviso de recebimento, entregue no endereço do consumidor contratante, presume-se, até prova em contrário, que o consumidor contratante foi notificado, não sendo**

**necessária sua assinatura no aviso de recebimento”.**

Em que pese a ANS tenha vinculado um entendimento pacífico em seus processos administrativos, o poder judiciário, por sua vez, é possível encontrar diferentes abordagens sobre o tema, resultando em decisões contrárias nos tribunais locais.

Em casos concretos verifica-se que, parte da jurisprudência legitima a notificação extrajudicial encaminhada pela Operadora de saúde por via postal, trazido pelo artigo 13, parágrafo único, inciso II da Lei 9656/98, **somente se comprovada a ciência inequívoca do beneficiário. Isto é, deve a Operadora comprovar que o aviso de recebimento foi assinado pelo seu beneficiário.** Nesse sentido temos os seguintes julgados:

**TJ-CE – APL: 01041641520168060001 CE 0104164-15.2016.8.06.0001**, Relator: LIRA RAMOS DE OLIVEIRA, 3ª Câmara Direito Privado, Data de Publicação: 20/09/2017. DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS C/C PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE EM RAZÃO DE INADIMPLÊNCIA DE PARCELA VINCENDA. IMPOSSIBILIDADE. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, DETERMINANDO APENAS O RESTABELECIMENTO DO CONTRATO, SEM CONDENAÇÃO A DANOS MORAIS. **NOTIFICAÇÃO PRÉVIA ENTREGUE A TERCEIRO. IRREGULARIDADE.** NECESSIDADE DE CIENTIFICAÇÃO PESSOAL. ART. 13, PARÁGRAFO ÚNICO, INCISO II, DA LEI Nº 9.656/98. NEGATIVA DE COBERTURA MÉDICA. DANO MORAL CONFIGURADO. COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS ARBITRADO NO VALOR DE R\$ 3.000,00 (TRÊS MIL REAIS). OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. **RECURSO DA**

**OPERADORA DE SAÚDE CONHECIDO E IMPROVIDO.** RECURSO DA AUTORA CONHECIDO E PROVIDO, PARA RECONHECER O DIREITO À COMPENSAÇÃO A DANOS MORAIS, NO VALOR DE R\$ 3.000,00 (TRÊS MIL REAIS).

**TJ-MG – AC: 10470130004075001 MG**, Relator: Mota e Silva, Data de Julgamento: 06/12/2016, Câmaras Cíveis / 18ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 13/12/2016. APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO – **RESCISÃO UNILATERAL – NOTIFICAÇÃO RECEBIDA POR TERCEIRO – INVALIDADE** – RECEBIMENTO DO DÉBITO PELA SEGURADORA – COMPORTAMENTO CONTRADITÓRIO – CANCELAMENTO IRREGULAR DO CONTRATO – RECURSO PROVIDO. – Nos termos do inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei n. 9.656/1998, o cancelamento unilateral por inadimplemento deve ser precedido de notificação ao consumidor, devendo constar, na comunicação, o motivo ensejador da vontade expressada no documento emitido pelo fornecedor. – “O atraso no pagamento das prestações mensais correspondentes ao plano de saúde não implica em cancelamento automático do contrato, mormente quando inexistente a notificação pessoal do consumidor.” – **“O credor deve proceder à notificação pessoal acerca do respectivo débito, oportunizando ao beneficiário o adimplemento antes de se proceder à rescisão unilateral, prestigiando assim os princípios de conservação do contrato e de sua função social e, notadamente, o direito fundamental à saúde.”** – A aceitação do pagamento de mensalidades subsequentes à mora, incluída a própria prestação em atraso, com o envio de boleto contendo o valor atualizado do débito, evidencia a irregularidade do cancelamento do contrato.

**TJ-PR – RI: 000226257201481600180**, 2ª Turma Recursal, Relator: MARCO

VINÍCIUS SCHIEBEL, Data de Publicação: 16/06/2015.: AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS – PLANO DE SAÚDE – INADIMPLEMENTO POR PRAZO SUPERIOR À 60 (SESSENTA) DIAS – **NOTIFICAÇÃO ENCAMINHADA NO ENDEREÇO DO CONSUMIDOR E RECEBIDA POR TERCEIRO – INVALIDADE** – CANCELAMENTO IRREGULAR DO PLANO – INADIMPLÊNCIA QUE PERMITE A RESCISÃO UNILATERAL DESDE DE QUE CUMPRIDA A FORMALIDADE DE NOTIFICAÇÃO – HIPÓTESE LEGALMENTE PREVISTA (ART. 13, II, DA LEI 9.656/1998) – OBRIGAÇÃO DE REESTABELECIMENTO DO PLANO INDIVIDUAL OUTRORA MANTIDO – SENTENÇA REFORMADA.

**TJ – SP – Apelação nº 1002714-45.2017.8.26.0704** – Relator: Luiz Antônio Costa, Data de Publicação: 10/04/2018. Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S.A. Apelado: Teresa Roberto Martucci Ementa Plano de saúde Cancelamento Apesar de endereçada corretamente, **notificação prévia enviada à beneficiária recebida por terceiro** Remessa a endereço correto apenas faz presunção de notificação, suscetível de prova em contrário, como “in casu” (Súm. Normativa nº 28/2015 da ANS) À falta de notificação prévia regular (Lei nº 9.656/1998 13 p. ú. II), **cancelamento do plano indevido** Recurso improvido.

De outro ponto, encontramos decisões jurisprudenciais que entendem pela legitimidade da notificação extrajudicial, por via postal, mais uma vez invocando o artigo 13, parágrafo único, inciso II da Lei 9656/98, **desde que seja encaminhada ao endereço correto do beneficiário**, uma vez que, por **PRESUNÇÃO**, não haveria prejuízo do aviso recebimento ser assinado por terceiros, como por exemplo a portaria do edifício residencial do beneficiário, parentes ou vizinhos. Vejamos:

**TJ-RS – Recurso Cível: 71007081615 RS**, Relator: Cleber Augusto Tonial, Data de Julgamento: 28/09/2017, Terceira Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 29/09/2017. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E INDENIZATÓRIA. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. **CANCELAMENTO UNILATERAL. POSSIBILIDADE. NOTIFICAÇÃO PRÉVIA.** IMPOSSIBILIDADE DE MANUTENÇÃO DO PLANO NOS TERMOS CONTRATADOS. INOCORRÊNCIA DO DEVER DE INDENIZAR. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO PROVIDO.

**TJ – SP – Apelação nº 1045697-26.2015.8.26.0576** – Relator: Luiz Antônio Costa, Data de Publicação: 22/05/2017, da Comarca de São José do Rio Preto. Plano de saúde Operadora de plano de saúde comprovou ter enviado notificação sobre atraso ao endereço da beneficiária. Não há exigência para que notificação seja firmada pela beneficiária, **bastando endereço correto** **Súm. Normativa nº 28/2015 da ANS Precedentes** **Ofício para Receita a fim de verificar onde reside signatária de aviso de recebimento desnecessário** Ausência de cerceamento de defesa Recurso improvido.

**TJ – MG – APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0702.11.019779-6/001** – COMARCA DE UBERLÂNDIA – APELANTE(S): MARCELIO ALVES DO NASCIMENTO – APELADO(A)(S): UNIMED UBERLÂNDIA COOPERATIVA REGIONAL DE TRABALHO MÉDICO LTDA, Data de publicação: 31/01/2014. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS. **NOTIFICAÇÃO PRÉVIA.** RESCISÃO UNILATERAL. ADMISSIBILIDADE. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. RECURSO NÃO PROVIDO. – **A notificação extrajudicial entregue no endereço do**

**segurado informando sobre o inadimplemento superior a 60 dias possibilita a rescisão unilateral do contrato plano de saúde.** – Para a configuração da responsabilidade civil é indispensável a comprovação do dano, da conduta ilícita e do nexo causal.

**TJ – SP – Apelação nº 0048453.04.2009.8.26.0554** – Relator: James Siano, Data de Publicação: 01/08/2012, da Comarca de Santo André. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. Negativa de cobertura de cirurgia em razão do inadimplemento contratual. Boleto quitado em casa lotérica. As rés não acusaram o recebimento, em razão do pagamento de maneira diversa da convencionada. Induzidas a erro, cancelaram o contrato de plano de saúde. Autor notificado da mora dentro do prazo legal. Sentença de parcial procedência, restabelecendo o contrato. Pedido de indenização por danos morais improcedente. Apelo do autor pleiteando indenização por danos morais, argumentando que a recusa de cobertura para cirurgia de emergência foi indevida, tendo em vista que a mensalidade estava quitada. Sustenta que não foi constituído em mora, pois a notificação foi recebida por terceiro estranho a lide. Não agiram as requeridas de maneira arbitrária, ou maliciosa a ponto de impor sofrimento despropositado ao autor. **Notificação válida, mesmo assinada por terceiro, haja vista que foi encaminhada para o mesmo endereço dos boletos.** Decurso de mais de trinta dias entre a notificação e o cancelamento do contrato. Autor poderia ter evitado o transtorno se tivesse comunicado o pagamento às rés, quando constituído em mora. Sentença que julgou parcialmente procedente a ação, devidamente fundamentada. Apelante não inovou o que já havia sido exposto nos autos e rebatido na sentença. Motivação da sentença adotada como fundamentação do julgamento em segundo grau. Adoção do

art. 252 do RITJ. Sentença mantida. Recurso improvido.

**TJ-SP – APELAÇÃO 1006520-82.2016.8.26.0006.** Relator: James Siano, Data de Julgamento: 06/12/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 06/12/2017. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. Plano de saúde familiar. Pretensão de reativação do contrato por falha no procedimento de cancelamento por inadimplemento. Sentença de improcedência, sob fundamento de ter sido observado o prazo de 60 dias e a notificação prévia, nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98. Verba honorária arbitrada em 10% sobre o valor atualizado da causa. Apela a autora sustentando comportamento contraditório ao assentir a ré com o pagamento de mensalidade, estando o contrato cancelado ou na iminência de ser; aceitação das parcelas em atraso configura renúncia tácita à rescisão; apelante não foi notificada no quinquagésimo dia de inadimplência; aviso de recebimento assinado por terceiro; necessidade de ser indenizada por dano moral no importe de R\$ 10.000,00. Descabimento. Incontroverso que o atraso total foi de 72 dias não consecutivos. Expedida carta no formato de notificação antes do quinquagésimo dia de atraso, informando acerca do risco de rescisão se atingido o período de inadimplência de 60 dias. Missiva recebida por terceiro. Circunstância que não a torna nula. **Relevante que tenha sido expedida para o endereço do consumidor. Inexiste obrigação de que seja entregue em mãos.** Exegese do artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98 é de que antes do rompimento contratual por inadimplência tenha o consumidor ao menos dez dias para purgar a mora a partir da notificação. Recebida a carta em 05.05.2016, veio a autora a quitar a parcela vencida em abril apenas em 18.05.2016,

superando assim o decêndio concedido pela norma para cumprimento da obrigação, contado a partir do recebimento da notificação. “Venire contra factum proprium”. Inexistência. Boletim referente à parcela de maio foi expedido em abril, antes da rescisão. Exercício regular de direito não gera dano moral indenizável. Recurso improvido. Verba honorária majorada para 15% sobre o valor atualizado da causa (§ 11 do art. 85 do CPC/2015).

Para afirmar este divergente cenário, em instância superior também não foi possível identificar uma posição unânime a respeito do tema, uma vez que parte considerável de sua jurisprudência, o **Superior Tribunal de Justiça** conclui por **não admitir recursos que tratam da reanálise do tema ‘recebimento de notificação extrajudicial assinado ou não pelo beneficiário por aviso de recebimento nos planos de saúde’, em virtude da Súmula n.7:**

**Súmula n.7** A PRETENSÃO DE SIMPLES REEXAME DE PROVA NÃO ENSEJA RECURSO ESPECIAL.

Deste posicionamento, o Superior Tribunal de Justiça acaba por defender em uma mesma turma recursal pela validade do aviso de recebimento por terceiro e também pela legitimidade do aviso de recebimento somente pelo beneficiário. Vejamos:

**AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATRASO NO PAGAMENTO. RESCISÃO. NOTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR. SÚMULA Nº 7/STJ.** 1. **Inviável a revisão do aresto atacado que**, com base no exame das provas, entendeu que não houve a devida notificação do consumidor para fins de rescisão unilateral por falta de pagamento, haja vista a incidência da **Súmula nº 7 do Superior Tribunal de Justiça**. 2. Agravo regimental não provido. (AgRg. no AREsp. 527.403/PR, Relator

Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 11.11.2014, DJe 14.11.2014). (Aviso de recebimento assinado pelo beneficiário)

**AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATRASO NO PAGAMENTO. RESCISÃO. NOTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR. SÚMULA 7 DO STJ.** 1. Não se admite o recurso especial quando sua análise depende de **reexame de matéria de prova (Súmula 7 do STJ)**. 2. **Agravo interno a que se nega provimento.** (STJ – AgInt no AREsp: 990960 SP 2016/0255799-8, Relator: Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Data de Julgamento: 23/05/2017, T4 – QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 02/06/2017). (Aviso de recebimento assinado pelo beneficiário)

**AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.198.929 – SP (2017/0286142-1).** Relator MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/11/2017, DJE 06/12/2017 **AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. 1. PLANO DE SAÚDE. CANCELAMENTO POR INADIMPLÊNCIA. ALTERAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA N. 7 DO STJ. 2. ARTS. 373, II, DO NCPC E 6º DO CDC. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N. 211 DO STJ. 3. AGRAVO CONHECIDO PARA NÃO CONHECER DO RECURSO ESPECIAL.** (Aviso de recebimento assinado pelo terceiro)

**AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.158.129 – PR (2017/0211803-6).** Relator Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/09/2017, DJe 29/09/2017) CIVIL, CONSUMIDOR E PROCESSO CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. **RECURSO QUE NÃO INFIRMA OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO QUE NÃO ADMITIU O APELO NOBRE NA ORIGEM.** INCIDÊNCIA DO ART. 932, III, DO

NCPC. AGRAVO NÃO CONHECIDO. (Aviso de recebimento assinado pelo terceiro)

**AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 952.098 – SP** Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 25/10/2016, DJe 04/11/2016 AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO. FALTA DE PAGAMENTO. **NOTIFICAÇÃO ENVIADA À SEGURADA. CIÊNCIA QUANTO ÀS CONSEQUÊNCIAS DO INADIMPLEMENTO.** VERIFICAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7 DO STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. SIMILITUDE FÁTICA. AUSÊNCIA. (Aviso de recebimento assinado pelo terceiro)

**Assim, resta claro que a pretensão das Operadoras de planos de saúde para que consigam prevalecer de seus argumentos em matérias como cancelamento do plano, inadimplência de mensalidade, dentre outros, deverá ser muito bem fundamentada com provas e informações que possam lhe favorecer para convocação do juízo de primeira e segunda instância do tribunal local, dado que o reexame desta matéria em instância superior não se obtém provimento.**

De todo o exposto, é possível resumir que as Operadoras de planos de saúde devem sempre observar que:

- Há o dever de cumprir os normativos editados pelo Órgão Regulador – ANS, a qual regulamenta a saúde suplementar, sendo

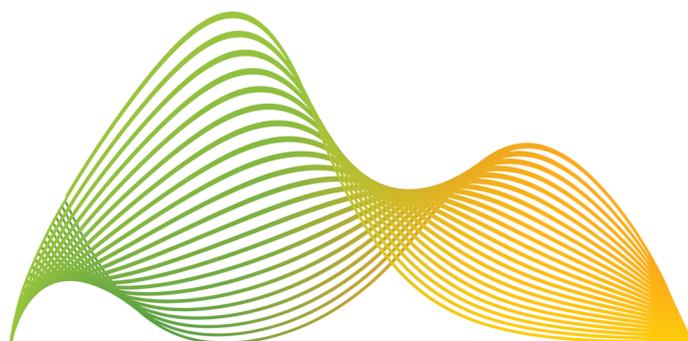
certo que, para as notificações extrajudiciais encaminhadas por meio de aviso de recebimento devem sempre observar a regra estipulada na Súmula n. 28: **notificação postal com aviso de recebimento no endereço atualizado do beneficiário, apenas;**

- Existem outros normativos da Agência Reguladora que apresentam um estrito cumprimento para legitimidade de sua conduta, incluindo penalidades em caso de descumprimento destas normas reguladas.

- A importância de explorar as jurisprudências que lhe são favoráveis, reforçando a PRESUNÇÃO do recebimento de notificação extrajudicial por via postal com aviso de recebimento pelo beneficiário, ainda que assinado por terceiro, uma vez que a este lhe cabe a obrigação de manter seus dados cadastrais atualizados na Operadora, incluindo seu endereço residencial.

Por fim, as Operadoras de Saúde também poderão desenvolver alternativas ou ainda utilizar de outros meios que contribuam para o reconhecimento da sua comunicação inequívoca aos seus beneficiários de temas delicados como é o caso de cancelamento de plano de saúde e inadimplência de mensalidade, como exemplos: requerer aviso de recebimento por mão própria e fazer uso de outros meios de notificações extrajudiciais, tais como os indicados pela Súmula 28 da ANS;

# Participe do maior Congresso de Direito de Seguro do mundo.



## AIDA Rio 2018

### XV WORLD CONGRESS

A XV edição do Congresso é uma ótima oportunidade para ampliar sua rede de contatos e atualizar seus conhecimentos sobre temas relevantes e atuais do mercado de direito do seguro e resseguro.

11 A 13 DE  
OUTUBRO DE 2018  
Rio de Janeiro

Vagas limitadas  
Inscreva-se em [www.aidario2018.com.br](http://www.aidario2018.com.br)

Realização



Patrocínio Master



# 20 Anos da Lei nº 9.656/98



**PEDRO LUIS LUZ MARQUES MARTINS**

No dia 03 de junho do corrente ano, a Lei Federal nº 9.656/98 – que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde – completará 20 anos de existência. Constituindo-se em um marco histórico na regulação do setor de saúde, referida lei resultou do esforço do legislador de conciliar os objetivos econômicos das seguradoras e das operadoras de um lado e a defesa dos consumidores e da sociedade como um todo do outro lado, trouxe inúmeros impactos ao setor e até hoje suscita acaloradas discussões, como, por exemplo, o Projeto de Lei nº 7.419/2006 ou a questão do ressarcimento ao SUS, recentemente alvo de criteriosa análise pelo Supremo Tribunal Federal.



Em um breve esboço histórico, as primeiras operadoras de planos de saúde no Brasil surgiram na década de 1960, como resposta à insuficiência estatal na gestão da saúde pública. Aqui já podemos destacar dois pontos de relevo: desde aquela época, o Estado já apresentava sinais de dificuldade ao lidar com o setor de saúde, e as operadoras surgiram, negociando planos de saúde diretamente com os consumidores, como atividade estritamente econômica, sem qualquer ingerência ou regulação estatal.

Entre as décadas de 1960 e 1980, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da Lei nº 6.229/75, composto

pelo complexo de serviços do setor público e privado<sup>1</sup>. Através deste sistema, ao Ministério da Saúde competia, principalmente, formular a política nacional de saúde e promover e executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo. Enquanto que ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), competia, principalmente, a execução de ações médico-assistenciais individualizadas para os segurados.

Chama-se a atenção ao fato de que, desde a criação de um sistema de saúde, o Estado nunca tomou para si toda a responsabilidade pelo atendimento ao cidadão. Pelo contrário, sempre se socorreu do auxílio do setor privado de saúde. Além disso, o atendimento médico-hospitalar era devido somente aos trabalhadores formais e registrados na Previdência Social, dessa forma, é possível imaginar que grande parte da população, excluída do mercado de trabalho formal, ficava fora do alcance da prestação desses serviços.

Confira-se lição de Ana Paula de Barcellos sobre o assunto<sup>2</sup>:

Todo trabalhador urbano com carteira assinada era contribuinte e beneficiário do novo sistema, tendo direito a atendimento na rede pública de saúde. No entanto, grande contingente da população brasileira, que não integrava o mercado de trabalho formal, continuava excluído do direito à saúde, dependendo, como ocorria no século XIX, da caridade pública.

1 Lei nº 6.229/75

"Art. 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (...)"

2 BARCELLOS, Ana Paula. Comentários à Constituição Federal de 1988. Coord. BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura. P. 2164. Ed. Forense. Rio de Janeiro. 2009

Ademais, a ênfase do sistema na medicina curativa deixava sem solução problemas básicos de saúde coletiva.

A insuficiência desse sistema levou a um aumento considerável da oferta de planos de saúde, dando início a inúmeros conflitos entre operadoras, o que chamou a atenção para a necessidade de intervenção estatal no setor.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal (CF) hoje vigente, também chamada de Constituição Cidadã, por ser fruto do processo de redemocratização pelo qual passava o país e também pela forte carga de proteção aos direitos da população.

Em seu artigo 196, a Constituição definiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. No entanto, em seu artigo 199, também determinou que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Convém transcrevê-los abaixo:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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

Além disso, as ações e serviços de saúde foram expressamente tidos como assuntos de relevância pública, devendo o Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, **nos termos da lei**. Confira-se a redação do art. 197, CF:

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

Dessa forma, natural concluir que o setor seria submetido à intervenção estatal, posto que, mesmo sendo livre à iniciativa privada, a saúde passou, a partir desse momento, a ser uma obrigação estatal e assunto de relevância pública por previsão expressa do texto constitucional.

Em 11 de setembro de 1990, foi promulgada a Lei nº 8.078, também conhecida como Código de Defesa do Consumidor, estabelecendo normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social. Embora tenha surgido como uma poderosa força auxiliadora dos beneficiários de planos de saúde – e continue assim até os dias atuais –, não era o suficiente, uma vez que o setor de planos de saúde demandava uma regulação mais específica por parte do Estado.

Somente quase 10 anos após a promulgação da Constituição Federal é que, em 03 de junho de 1998, foi promulgada a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Por um acordo entre Senado e Governo Federal, referida lei sofreu alterações através da Medida Provisória nº 1908/99, que foi renovada sucessivas vezes, até receber a sua numeração atual, MP nº 21.744-44/01, produzindo efeitos até os dias de hoje.

É de se notar que, no início, a referida lei, em sua redação alterada pela Medida Provisória nº 1.908, atribuía ao Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgãos vinculados ao Ministério da Fazenda, a regulação e a fiscalização, respectivamente, das atividades das operadoras de planos de saúde:

Art. 5º Compete à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, de acordo com as diretrizes e resoluções do CNSP, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor:

I – autorizar os pedidos de constituição, funcionamento, cisão, fusão,

incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

II – fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao funcionamento dos planos privados de saúde;

III – aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde previstas nesta Lei;

IV – estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo normas definidas pelo CNSP;

V – proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País;

VI – promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras.

No entanto, logo após a promulgação da referida Lei, foi criada a Agência Nacional de Saúde (“ANS”), através da MP nº 2.012-2/99, convertida na Lei nº 9.961/00. Embora receba o nome de Agência, a ANS é definida como uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, e se tornou o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, nos termos do §1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98:

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira (...)

Pela dicção do art. 3º da Lei nº 9.961/00, a ANS tem por finalidade institucional

*"promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País".*

Além disso, um dos grandes trunfos da legislação foi a padronização e homogeneização dos contratos de planos e seguros de saúde com a instituição do plano-referência de assistência à saúde e a obrigatoriedade de se observar os critérios de cobertura mínima para os planos e seguros de saúde, tudo conforme os arts. 10 e 12 abaixo.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei (...)

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

Antes dessa inovação legislativa, os padrões de cobertura eram definidos exclusivamente entre operadoras/seguradoras e o consumidor. Assim, existia uma variedade de contratos no mercado, que, por sua vez, gerava uma diversidade de problemas, e o mercado operava sem que se houvesse o mínimo de organização.

Dessa forma, com a criação de um órgão específico voltado para a regulação do setor, a ANS, bem como com a padronização dos contratos, tornou-se possível o mapeamento de todo o mercado, com a informação de quantas operadoras estão ativas, quantos beneficiários existem, entre outros dados, tornando a fiscalização e a regulação eficientes.

Uma questão bastante sensível instituída pela Lei e de grande repercussão até os dias de hoje refere-se ao ressarcimento, por operadoras de planos de saúde, de despesas relativas a serviços de atendimento aos consumidores, previstos nos contratos prestados por entidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Confira-se a redação do art. 32:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Sobre o assunto, o STF, no julgamento da ADI nº 1931 e do RE nº 597.064/RJ, em 07.02.2018, decidiu pela constitucionalidade do referido artigo.

O Tribunal, na ocasião, entendeu que a regra não estabelece nova forma de custeio da Seguridade Social, mas sim *"impede o enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação de modelo no qual o mercado de serviços de saúde submeta-se unicamente à lógica do lucro, ainda que às custas do erário"*. Isso porque, caso o ressarcimento fosse considerado inconstitucional, as operadoras de planos de saúde e seguradoras deixariam de arcar com o objeto contratado, mesmo recebendo o acordado com o beneficiário, ferindo tanto os direitos consumeristas quanto a higidez do SUS.

No que diz respeito ao RE 597.064/RJ, julgado sob a sistemática da repercussão geral, também foi tratado o tema do ressarcimento ao SUS e, assim como na ADI, também foi reconhecida a constitucionalidade do procedimento:

“É constitucional o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei 9.656/1998, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 04/06/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa no âmbito administrativo em todos os marcos jurídicos”.

Na mesma ocasião, o art. 10, §2º, e o art. 35-E da Lei nº 9.656/1998 e o art. 2º da MP 2.177-44/2001 foram declarados inconstitucionais, por preverem a aplicação de novas regras relativas aos planos de saúde em contratos celebrados antes do advento da Lei dos Planos de Saúde, violando o direito adquirido e o ato jurídico perfeito, previstos no art. 5º, XXXVI, da CF.

Já os arts. 10, 11 e 12 da Lei nº 9.656/1998, que estabelecem parâmetros para a atuação do particular no mercado dos planos de saúde, tiveram a sua constitucionalidade reconhecida. Isso porque atendem ao comando constitucional insculpido no art. 197 da CF, que reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

O art. 15 da Lei nº 9.656/1998, que veda a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos de saúde para consumidores com mais de sessenta anos de idade, também foi declarado constitucional. Isso decorre do art. 230 do texto constitucional, que determina ser um dever da família, da sociedade e do Estado amparar as pessoas idosas.

Da mesma forma, o §5º do art. 19 da Lei nº 9.656/1998, que garante a todos os usuários dos planos de saúde, contratados a

partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, também teve sua constitucionalidade reconhecida. Isso porque a norma está de acordo com o princípio da razoabilidade ao estabelecer que os consumidores não podem ser prejudicados, independentemente de impasses no registro administrativo das empresas de planos de saúde ou na adequação à disciplina normativa.

Outra questão polêmica suscitada logo após a promulgação da Lei nº 9.656/98 foi relativa à aplicação prática dos seus artigos 30 e 31.

Referidos artigos estabelecem o direito de funcionários que se aposentem ou sejam demitidos sem justa causa de continuarem como beneficiários do Plano de Saúde que lhes era oferecido, desde que preencham alguns requisitos objetivos previstos na lei. Convém, para contextualização, transcrevê-los abaixo:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

Daí surgiram dois grandes problemas.

O primeiro decorrente da jurisprudência maciça dos Tribunais brasileiros, a despeito do que dispõe o art. 35<sup>3</sup>, que passaram a entender que a Lei nº 9.656/98 se aplicava também aos contratos firmados anteriormente à sua vigência, independentemente de sua adaptação, sob o argumento de que esses contratos são relacionais, não podendo a lei retroagir aos fatos passados, mas devendo irradiar os seus efeitos sobre os fatos posteriores.

Essa tese foi construída a partir dos diversos processos, iniciados por ex-empregados que não tinham direito à manutenção de sua participação no plano de saúde sob a égide dos contratos anteriores à Lei nº 9.656/1.998.

Disso, criou-se uma série de distorções para as empresas que se viram na premência de adaptar seus contratos aos termos da Lei nº 9.656/1998.

Um outro problema diz respeito ao requisito de que o ex-funcionário, para usufruir do direito insculpidos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, tenha que contribuir ao plano.

Mais uma vez, a jurisprudência dos Tribunais, se equivocando em relação a esse requisito, entendia que os planos de saúde totalmente custeados pelo empregador (não contributários), eram formas de pagamento de salário *in natura*, de forma que não seria necessária a contribuição dos funcionários. Estes, por sua vez, arcavam somente com a coparticipação (percentual incidente sobre as despesas médicas

3 Referido artigo determina que as disposições da Lei nº 9.656/98 se aplicam obrigatoriamente a todos os contratos celebrados a partir da sua vigência, e facultativamente àqueles celebrados em período anterior, desde que se opte pela sua adaptação:

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

e odontológicas efetivamente realizadas) em exames e consultas.

No entanto, o STJ, através do julgamento dos REsp nº 1.594.346/SP e 1.608.346/SP sedimentou o entendimento de que o conceito de contribuição inclui as quantias destinada ao custeio, parcial ou integral, da própria mensalidade ou prêmio cobrado pela operadora de plano de saúde, excluindo-se as despesas pagadas a título de coparticipação.

Além disso, o custeio do plano de saúde coletivo empresarial pelo empregador não se subsume ao conceito de salário utilizada, por não ostentar a características de comutatividade (retribuição pelo trabalho prestado).

Dessa forma, os empregados participantes de planos não contributários não fariam jus ao direito de continuidade no plano, mesmo após a rescisão do contrato de trabalho, conforme estabelece a legislação.

Tais julgamentos colocaram fim a uma grande celeuma do mercado de planos de saúde, principalmente no que diz respeito ao ressarcimento ao SUS.

Uma outra questão, também atual e de grande relevância, é o Projeto de Lei nº 7.419/2006, proposto pelo Senado Federal, em trâmite pela Câmara dos Deputados, que visa a significativas mudanças na Lei nº 9.656/98. Em que pese o projeto tramitar desde 2006, o que evidencia a incapacidade de nosso Legislativo se manter atualizado face às alterações da própria sociedade, a previsão é de que seja colocado em votação ainda este ano.

Dentre as mudanças propostas, podemos destacar a obrigatoriedade de as operadoras ofertarem planos individuais ou familiares juntamente com os empresariais ou coletivos. Essa alteração é relevante, pois em decorrência da regulação imposta pela lei, a ANS é a responsável pela definição dos reajustes das mensalidades dos planos

individuais, que costumam ficar abaixo dos custos de operação, ocasionando prejuízos para as operadoras, de forma que muitas delas já deixaram de ofertar esse tipo de plano.

Além disso, o projeto propõe uma redução no valor das multas aplicadas às operadoras, que não poderão passar de dez vezes o valor do procedimento, podendo chegar a 30 vezes esse valor, em caso de reincidência. Atualmente, os valores de multa obedecem ao teto de R\$ 1.000.000,00 por infração.

É ainda necessário ressaltar que o projeto de lei também propõe o pagamento escalonado do último reajuste por faixa etária, aplicado a beneficiários que completam 59 anos de idade. O texto original da proposta determinava que esse reajuste seria diluído ao longo de 20 anos (5 parcelas de 20% do valor) com correção pelo IPCA.

Independentemente da aprovação desse projeto de lei, as discussões acerca da Lei nº 9.656/98 estão longe de acabar.

Naturalmente, por ser uma lei que aborda um ponto bastante sensível para a população, e que também desperta grandes interesses econômicos, ao mesmo tempo em que reclama uma intervenção estatal eficiente, é de esperar que, mesmo após 20 anos de sua edição, a lei suscite discussões e alterações.

Contudo, é de se notar que, do período pré-Lei nº 9.656/98 até os dias de hoje, houve um crescimento significativo da participação da sociedade na tomada dessas decisões. Como destinatária final da lei, e, também, como maior beneficiária dos serviços decorrentes dos planos de saúde, não é só esperado como necessário, que a sociedade se envolva nesses temas, mormente se considerados os números apresentados pelo mercado de saúde suplementar atualmente.

Em consulta à Sala de Situação (onde se encontram os dados estatísticos do setor), da ANS, é possível verificar que existem hoje 47.435.915 beneficiários, com 18.394 planos ativos e 779 operadoras em atividade.

Os números são expressivos, apesar de demonstrarem que boa parte da população brasileira, hoje estimada em cerca de 208.995.150 milhões de pessoas, depende apenas do SUS, e revelam a grande importância de se ter uma regulação e intervenção estatal efetiva no setor.

A partir do momento em que a saúde foi elencada como um direito universal e um dever do Estado, tornou-se um direito que se incorpora à própria inviolabilidade do indivíduo, fundada em um conceito *lato* de justiça. Ou, nas palavras de John Rawls<sup>4</sup>:

*"each person possesses an inviolability founded on justice that even the welfare of society as a whole cannot override. (...) Therefore, in a just society the rights secured by justice are not subject to political bargaining or to the calculus of social interests."*

Tendo em vista a importância da saúde, mesmo face aos avanços da legislação e aos esforços da ANS, é nítido que ainda há muito o que se fazer. Principalmente nos dias atuais, em que a crise econômica, ainda persistente no país, afetou duramente o setor.

Mas mais do que isso, deve haver uma mudança na forma de se raciocinar o mercado de saúde. Deve-se abandonar a velha crença de que as operadoras e seguradoras sempre atuarão com malícia e desídia em relação ao consumidor, sempre parte hipossuficiente e inocente. Ou até mesmo que seguradoras/operadoras e consumidores sejam partes essencialmente antagônicas dentro de uma mesma relação.

Dessa forma, propomos uma (talvez nem tão) nova abordagem do mercado de saúde.

É vital, para qualquer tipo de atividade econômica, que se preservem tanto aquele que presta o serviço quanto aquele que consome o referido serviço. Trata-se da manutenção de personagens que convivem em uma relação de mutualismo, de forma que retirar um deles dessa equação significa o fim da atividade econômica.

Assim, as mudanças devem ser norteadas pelos os interesses das operadoras e seguradoras bem como pelos interesses do indivíduo e da sociedade como um todo. Por um lado, não é aconselhável onerar em demasia as operadoras e seguradoras (como, por exemplo, obrigando-as a comercializar um plano que sabidamente gerará graves prejuízos), assim como também não é aconselhável onerar o plano a ponto de torná-lo inacessível ou impossível de se manter ao consumidor.

Nesse sentido, o Estado, como garantidor da saúde, bem como interventor e regulador desse setor, deve proceder com bastante sensibilidade às reformas que precisam ocorrer no setor, sob pena de engessá-lo ou, em um pior cenário, torná-lo inoperante.

4 RAWLS, John. A Theory of Justice. P. 3-4. Rev. ed. Harvard University Press. 1999.



**ANTONIO PENTEADO MENDONÇA**

**A** Lei 9.656 está completando 20 anos. Ela foi publicada no dia 3 de junho de 1998 com a clara intenção de ajudar a campanha de um candidato a Presidente da República que não chegou lá. Jogada típica de político brasileiro, baseada na mais deslavada demagogia, a lei é tão ruim que, no dia seguinte à sua publicação, foi quase que completamente alterada por uma Medida Provisória, que diminuiu o estrago, mas que não resolveu o problema, tanto que precisou ser completada ou alterada por várias outras Medidas Provisórias ao longo dos meses seguintes. E, mesmo assim, o resultado é um mostrengo que em algum momento vai devorar o sistema, se não forem tomadas providências

enérgicas, objetivas e sem demagogia para alterar a lei, o que é raro no país.

Toda história tem um começo. Em 1998 alguém teve a brilhante ideia de retirar da gaveta um projeto de lei adormecido há anos, votá-lo a toque de caixa e utilizá-lo para impulsionar a campanha do candidato do Governo, que patinava na sua tentativa de chegar à Presidência da República. Na mesma ocasião, a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), a autarquia encarregada da fiscalização e normatização do setor de seguros, havia desenvolvido o “Plano Universal”, com condições muito interessantes e que davam um desenho moderno como solução para



a questão dos planos de saúde privados, que, por padecerem de regras claras, corriam soltos, com problemas em todas as áreas.

O Governo poderia tomar o “Plano Universal” como modelo. Se fizesse isso, o Brasil teria, em 1998, uma lei moderna, capaz de permitir o aperfeiçoamento do sistema de saúde privado, alavancando seu desenvolvimento, criando produtos compatíveis com as necessidades da população, protegendo o consumidor e desonerando o Sistema Único de Saúde.

Mas para quê fazer bem feito se se pode fazer mal feito? O governo brasileiro tomou o antigo projeto, engavetado porque não era para virar lei, maquiou aqui e ali e colocou em pauta para ser votado rapidamente e servir de bengala para seu candidato. O resultado foi tão ruim que até hoje ninguém apareceu como pai da lei, teoricamente feita para proteger o cidadão brasileiro do ataque hipoteticamente monstruoso das operadoras de planos de saúde privados, dispostas a sugar a grana do consumidor, através de preços escorchantes e um serviço pífilo.

Ao longo destes 20 anos, o barco navegou como deu, mais perto do abismo do que do porto, com alguns avanços e muita coisa errada. A Lei 9.961 criou a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para ser a agência responsável pelo sistema de saúde privado. Uma avaliação fria dos primeiros anos de atuação da ANS mostra que sua atuação foi fraca, politizada e com forte viés ideológico. Com o tempo, a Agência percebeu que, do que jeito que estava, o barco naufragaria muito rapidamente e começou a agir no sentido de tentar evitar o naufrágio.

O uso demagógico da saúde como ferramenta política conseguiu fazer os planos individuais e familiares praticamente desaparecerem das prateleiras das operadoras. A razão é simples: os aumentos dados pelo

Governo não eram suficientes para cobrir os custos dos planos. O resultado foi as operadoras suspenderem sua venda, não porque não gostem das famílias brasileiras, mas porque não estão no mercado para quebrarem.

Hoje mais de 70% dos planos de saúde privados são planos coletivos empresariais, ou seja, produtos contratados pelas empresas para garantir o atendimento de seus colaboradores, o que faz com que o momento econômico tenha peso significativo no seu desempenho. A contratação aumenta quando o mercado está aquecido, mas se retrai nos momentos de recessão.

A alternativa para o desaparecimento dos planos individuais foi a criação dos “planos coletivos por adesão”, algo que não está na lei, mas foi um achado da ANS para permitir que centenas de milhares de pessoas que ficariam fora do sistema encontrassem a proteção dos planos de saúde privados.

Agora mesmo, os planos de saúde privados começam a sair de um de seus piores momentos, decorrente da crise dos últimos anos, que expulsou do sistema mais de três milhões de brasileiros.

Como a lei é ruim, todos os indicativos apontam a deterioração do cenário e seu comprometimento definitivo num futuro não muito distante, se não forem tomadas medidas para redesenhar o sistema, liberando as operadoras para desenvolverem novos produtos e dando aos consumidores a possibilidade de escolherem o que melhor se adequa a cada um deles.

Os planos de saúde privados são um dos três grandes sonhos de consumo dos brasileiros. Cabe ao Governo torná-lo acessível a mais gente e sólido o suficiente para se ter certeza do seu futuro. Para isso é necessário criar um novo cenário legal no qual o atual jogo de perde-perde se transforme ao menos num empate tolerável para todas as partes.

Ninguém fala na mudança da lei, mas os planos de saúde privados são pautados diariamente pelos principais órgãos de imprensa. O atual Ministro da Saúde, na linha de seu antecessor, abriu as portas para a discussão de alterações pontuais que podem fazer diferença no desempenho dos planos. Planos populares, coparticipação do segurado, franquias e resseguro são importantes, mas não são suficientes. Há temas estratégicos que ainda não foram abordados.

As operadoras menores, com as regras atuais, estão condenadas a desaparecerem. Todavia, sem elas, na medida em que as grandes não conseguem atingir todo o território nacional, não há como garantir assistência à saúde dos habitantes de centenas de cidades espalhadas pelo interior do Brasil, que têm nas operadoras

pequenas a única ferramenta eficaz para fazer frente às suas necessidades.

Enquanto não se deixar a demagogia de lado, não há muito a ser feito. Mas não podemos perder a esperança. Afinal, com todas as dificuldades criadas pela Lei 9.656 ao longo dos últimos 20 anos, graças principalmente à competência das operadoras dos planos de saúde privados, o sistema conseguiu se manter funcionando, atende satisfatoriamente, é o responsável pelo desenvolvimento dos hospitais de ponta e contribui com mais de 60% do total dos recursos que o Brasil investe em saúde. Sem ele, o SUS, que já funciona mal, simplesmente entraria em colapso. A manutenção de um sistema privado de saúde é questão de segurança nacional. Sem os planos de saúde privados e a rede de hospitais filantrópicos, o país não dá conta do recado.

# Saúde Suplementar X Consumidor



**PAULO MIGUEL**



**E**nquanto o a Câmara Federal e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propõem mudanças nas normas que regulam o sistema, os órgãos de defesa de consumidor reagem para evitar um retrocesso.

Para os especialistas em defesa do consumidor as propostas em discussão engatam a marcha à ré e não garantem a segurança e a qualidade de atendimento esperados. Afinal, o que deseja o consumidor?

É evidente que ninguém, ao contratar o serviço, está investindo na doença. Na prática quer garantir o atendimento necessário e digno, especialmente nas urgências e emergências, sem burocracia. No passado, ainda que tivessem um plano, ao dar

entrada em hospital, era necessário deixar um cheque caução para garantir o pagamento dos procedimentos sem cobertura prevista no contrato. Com ou sem plano não foram poucas as famílias que acabaram endividadas e chegaram em muitos casos a perder o pouco patrimônio conquistado para custear tratamentos mais complexos.

A partir dessas experiências, com o aprimoramento da legislação ao longo dos últimos 20 anos – a partir da Lei 9.656 – foi garantida a cobertura mínima e inclusão de novos procedimentos para prevenção e tratamento de doenças. O cheque caução foi proibido, mas o cenário não é

animador. Vários fatores têm contribuído para a insegurança dos cidadãos, quando se fala em saúde.

O acesso ao Sistema Único de Saúde é universal, mas não garante o atendimento necessário. Pacientes em corredores, meses de espera para a realização de exames, cirurgias e falta de UTIs ainda são dramas presentes nos dias atuais e só crescem com o aumento do desemprego e a perda da assistência atrelada a ele. Segundo a própria ANS, cerca de 3 milhões de pessoas se enquadram nessa situação. Quem é dispensado, ainda que queira contratar um serviço individual, encontra pouquíssimas opções destinados à pessoa física. A diferença de preços entre planos de saúde corporativos e individuais chega a 80% dependendo do lugar onde são adquiridos. É um custo muito alto para ser absorvido no orçamento da maioria das famílias.

Para as operadoras, não há interesse na oferta de planos individuais que têm um controle maior por parte da Agência Reguladora. Ainda assim, o índice de reajuste aprovado nos últimos quatro anos foi de 13% ao ano, quatro vezes o índice de inflação. Os corporativos levam em conta o índice de sinistralidade e tiveram alta ainda maior.

As operadoras alegam o alto custo dos tratamentos e excessos de exames. Isso explica a queixas que chegam à Fundação Procon-SP contra os reajustes e demora ou negativa na autorização de exames e procedimentos que, não raro, exigem a intervenção do judiciário.

É inegável a necessidade de equilibrar receitas e despesas, mas não se pode atribuir ao consumidor essa responsabilidade. Não é ele quem decide ficar doente, não é ele quem define os exames e procedimentos necessários. O paciente não tem escolha. O suposto exagero na solicitação de exames tem a ver com a formação médica, dá maior segurança ao profissional para

fechar o diagnóstico. O paciente é consumidor. É hipossuficiente, não tem escolha. Os parceiros das operadoras são os profissionais, as clínicas, os hospitais, os laboratórios que precisam revisar também suas condutas, custos, planejamento, investimentos, sem prejuízo do atendimento ao consumidor.

Não se pode apenas repassar os custos. Não podemos nos fixar apenas no “contratado”, na medida que a saúde é algo imprevisível, especialmente quando se fala em procedimentos de urgência e emergência.

O rol de atendimento para a Fundação Procon SP é o mínimo a ser oferecido. Não pode ser um limitador. Entidades de defesa do consumidor e a própria Justiça entendem que a operadora deve custear o tratamento da doença independentemente de a indicação médica constar ou não na lista já citada, o que é justo visto que o que leva o consumidor a contratar esse tipo de serviço é a garantia do atendimento na hora da necessidade.

Regulamentar novos produtos com atendimento limitado e promessa de praticar preços populares, sugerindo a inclusão de uma parcela maior da população no sistema suplementar, na prática, é legalizar “contratos leoninos” que não levam em conta a hipossuficiência do cidadão. Mais, pode criar obstáculo à aplicação do Código de Proteção e Defesa do Consumidor e limitar até a ação da justiça.

A inclusão de franquia ou coparticipação contraria a própria essência do negócio, que é oferecer garantia de atendimento e segurança nos momentos mais sensíveis, quando o indivíduo não tem condições de arcar com custos de exames, procedimentos complexos e até diárias em UTIs.

A necessidade de partilhar os custos pode levar a redução de cuidados preventivos, tratamentos deficientes e, por último, ao endividamento. Recorrer ao SUS nessa

etapa requer entrar na fila do atendimento básico, possibilitando o agravamento de doenças. O cidadão, nesse caso, paga três vezes por um serviço ineficiente. Custeia o sistema público através dos seus impostos, custeia o sistema privado e, na hora que precisa, divide os custos com as operadoras.

A Fundação Procon SP não tem dúvidas sobre a necessidade de se adotar práticas que garantam a sustentabilidade do sistema público e privado, mas para isso não

vê alternativa que não seja o investimento na prevenção de doenças e revisão da administração dos recursos existentes. A transparência na própria cobrança de procedimentos e insumos é imprescindível para evitar fraudes e proteger o consumidor de cobranças indevidas na hora em que receber a conta.

Hoje, operadoras, médicos, hospitais e laboratórios e o próprio consumidor têm queixas num claro sinal de que o problema não é apenas de quem paga a fatura.

# Sistema privado de saúde: 20 anos da Lei 9.656



**ROBERTO CURY**

**MAPFRE** | SAÚDE

**E**stamos completando vinte anos da Lei 9656 que regulamentou o sistema privado de saúde e para a população de beneficiários, apesar de duas décadas de vigência da lei, muitas dúvidas permanecem.

A lei prevê a cobertura de todas as doenças catalogadas na CID: Classificação Internacional de Doenças. Isto significa que qualquer doença diagnosticada tem cobertura do plano de saúde, respeitada a segmentação contratada (plano- referência; ambulatorial; hospitalar e hospitalar com obstetrícia).

Paralelamente à cobertura de todas as doenças, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) normatizou o Rol de Procedimentos, que define quais tipos de

coberturas (terapias, exames etc.) podem ser aplicados no tratamento da doença diagnosticada.

Importante salientar alguns conceitos básicos que geram dúvidas e polêmicas no dia a dia da utilização do plano de saúde.

Quando uma Operadora de Saúde nega a cobertura de algum tratamento, ela não está negando a cobertura para aquela doença, mas sim respeitando o previsto na legislação, desde que o procedimento solicitado não esteja contemplado no Rol de Procedimentos. Nestes casos é sempre aconselhável que o beneficiário entre em contato com a operadora para entender o motivo da negativa de cobertura.

Outras condições previstas na legislação referem-se à participação do beneficiário no custeio do plano e a sua utilização. Nestes casos estão previstas as seguintes modalidades:

- **Contribuição:** parcela fixa mensal para custeio da mensalidade do plano.

- **Coparticipação:** valor percentual que incide sobre os serviços ambulatoriais que está sendo utilizados pelo beneficiário. Este valor deve ser de conhecimento do beneficiário.

- **Franquia:** parcela única de conhecimento do beneficiário que incide no caso de internação.

Hoje, a Saúde Suplementar conta com cerca de 48,5 milhões de beneficiários, dos quais 66,3% são vinculados a planos coletivos empresariais, 13,6% em planos coletivos por adesão e cerca de 20% a planos individuais.

Um dos maiores problemas que tem impactado na Saúde Suplementar é a evolução crescente dos custos, tema este que tem sido amplamente discutido pelas entidades do setor, porém sem nenhum reflexo para a sociedade.

Como o beneficiário é o principal responsável pela sua saúde, cabe a ele tomar as iniciativas, de modo a preservar seu bem-estar, pois 51% dos problemas de saúde estão associados aos hábitos de vida. É

muito importante que todos tenham seu médico de referência e que a utilização de pronto socorro seja apenas para os casos de urgência e/ou emergência.

No caso das empresas, onde saúde é o benefício mais representativo, os custos têm representado cerca de 12% da folha de pagamento e que quando associado aos custos da saúde ocupacional podem representar mais de 20% dependendo do setor de atividade econômica de atuação da empresa.

Com os gastos cada vez mais altos, não restará alternativa para as empresas que não seja a implantação de um eficiente sistema de GESTÃO DE SAÚDE, com a integração da Saúde Ocupacional com tudo o que acontece na utilização do plano de saúde. Para isso, quando contratar e/ou implementar o serviço de Saúde Ocupacional, não basta o cumprimento das obrigações impostas pela legislação trabalhista e para tanto pagar o menor preço encontrado no mercado.

Outro desafio está em prover educação e promoção à saúde, pois está mais do que comprovado que, se disponibilizarmos o acesso a informações sobre saúde e autocuidados, bem como, orientação na utilização correta e responsável do sistema, teremos como resultado o impacto positivo nos indicadores de saúde e a consequente redução de gastos e melhoria da qualidade de vida dos beneficiários.

# 20 anos da lei dos planos de saúde: quando as empregadoras serão ouvidas?



PAULO SOGAYAR



## I – Introdução

A Lei 9.656/98, que regulamentou os planos de assistência à saúde, está fazendo 20 anos! Embora ela tenha trazido contribuições importantes, há alguns pontos que precisam ser discutidos e reformados. O presente abordará alguns desses pontos, sob a perspectiva das empregadoras que oferecem planos coletivos empresariais.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>1</sup>, o Brasil tem pouco mais de 47,4 milhões de beneficiários em

planos privados de assistência médica (com ou sem odontologia) e 23,2 milhões em planos privados exclusivamente odontológicos.

Dentre os 47,4 milhões de beneficiários, 31,7 milhões estão em planos coletivos empresariais, o que representa 67% do número total de beneficiários. Se considerarmos apenas o número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, o número de beneficiários em planos coletivos empresariais odontológicos representa pouco mais de 75% do número total de beneficiários.

Nada obstante essa significativa representatividade, a Lei 9656/98 não confere um

<sup>1</sup> <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Dados de março/2018.

arcabouço legal necessário e adequado para fomentar que empregadoras continuem a oferecer planos coletivos empresariais.

## II – Alguns pontos de reflexão

### a) Não integração do plano de saúde oferecido pelas empregadoras no contrato de trabalho

O plano de saúde oferecido pelas empregadoras aos seus empregados ativos ainda é considerado um benefício trabalhista.

Assim como se verificou, também há quase 20 anos, a necessidade de fomentar a previdência privada (via Emenda Constitucional 20/98 e, posteriormente, Lei Complementar 109/01), também é preciso conferir maior segurança jurídica às empregadoras que disponibilizam planos de saúde a seus empregados, notadamente quando elas são obrigadas, pelas circunstâncias e tempos de crise, a deixar de oferecer tais planos (quando não houver obstáculo em convenções ou acordos coletivos) ou terem de efetuar migração de planos ou mesmo simplesmente terem de alterar os planos de saúde até então disponibilizados.

Em alguns poucos casos, o STJ acabou validando a alteração, com fundamento na teoria da “exceção da ruína”<sup>2</sup>. Entendemos que, ainda que válida e criativa a saída jurídica encontrada, seria bem-vinda aos planos de saúde oferecidos pelas empregadoras uma regra semelhante à regra dos artigos 202, §2º da Constituição Federal e 68 da LC 109/01, ou seja, que o plano de saúde oferecido pelas empregadoras não integrasse o contrato de trabalho.

### b) Reanálise dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98

A Lei 9656/98, em seus artigos 30 e 31, permite que ex-empregados ou aposentados que tenham contribuído para planos coletivos empresariais neles permaneçam (uma vez cumpridos os requisitos para tanto), nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam o seu pagamento integral.

Ainda que a jurisprudência tenha se encarregado da solução para alguns dos principais pontos discutidos em relação aos artigos 30 e 31, um ponto que ainda merece atenção diz respeito às implicações que o direito de manutenção no plano de saúde acarreta para as empregadoras.

Uma dessas implicações é o aumento na sinistralidade, proporcionalizado principalmente por beneficiários amparados pelo artigo 31 da Lei (por ser um grupo de indivíduos com mais idade, representam maior frequência de utilização do plano). Como a sinistralidade é um dos fatores considerados pelas operadoras para reajuste do valor do plano, a sua majoração acarretará o aumento do valor a ser pago ao plano.

Outra implicação, pouco mencionada, é a obrigação de algumas empregadoras (como as de capital aberto e as de grande porte) terem que publicar balanços, os quais, por força de normais contábeis, terão de mencionar eventuais passivos relacionados aos “benefícios pós-emprego”, como o plano de saúde. Mesmo que a RN 279 tenha determinado que o valor a ser pago pelos inativos seja um valor baseado em faixas etárias, o que poderia minimizar a implicação deste ponto, ainda assim há algumas decisões judiciais<sup>3</sup> questionando a aplicação da RN 279 e/ou a aplicação da faixa

2 REsp 1.479.420-SP; AgRg no Agravo em REsp 558.918-SP; AgInt no REsp 1.528.879-SP;

3 TJSP: Apelação 1109648-30.2016.8.26.0100; Apelação 1011965-27.2014.8.26.0564.

etária como critério a balizar o valor a ser pago por beneficiários mantidos no plano de saúde por força dos artigos 30 ou 31.

Uma alternativa para minimizar tais riscos seria a Lei 9656/98 claramente definir o que entende por “pagamento integral”, adotando explicitamente o critério das faixas etárias.

Por outro lado, também poderia haver maior incentivo e amplitude para a portabilidade especial de carências (conforme RN 186), incluindo quaisquer empregados ativos, de modo a propiciar que se estabeleça uma nova relação entre o beneficiário e a operadora. Essa sugestão poderia ter mais amplitude se não houvesse controle de reajuste de preços em planos individuais / familiares, de modo a torná-los comercialmente interessantes para as operadoras e, ao mesmo tempo, atrativos para os beneficiários.

### **c) Tratamento diferenciado aos planos de pós-pagamento**

Nos planos de pós-pagamento o risco financeiro é assumido pela empregadora que o disponibiliza a seus empregados.

Em tal situação, a operadora contratada repassa mensalmente os custos incorridos, acrescido de uma taxa de administração. Os valores variam mês a mês e são cobrados pela operadora de forma postecipada.

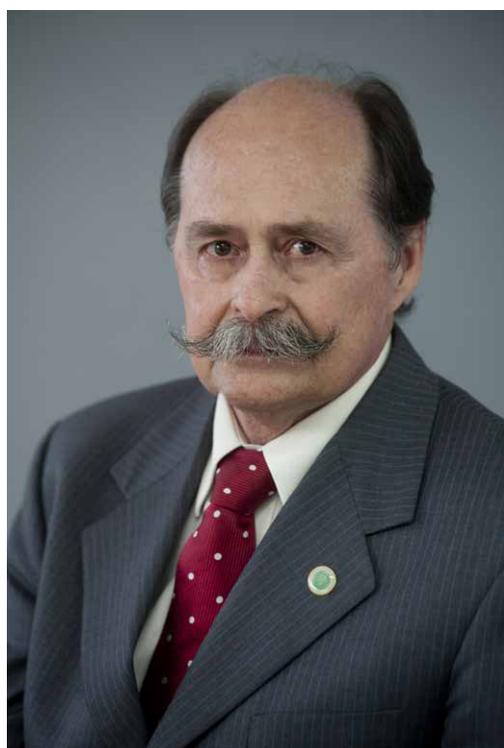
Trata-se de tipo de plano próximo a um plano de autogestão, motivo pelo qual tais planos deveriam ter regras específicas.

## **III – Conclusão**

As empregadoras, responsáveis por contratar e disponibilizar os planos coletivos empresariais, que abrigam a maioria de beneficiários de planos de saúde privados, precisam ser ouvidas.

A alteração de alguns pontos como: (i) o plano de saúde oferecido pelas empregadoras não integrar o contrato de trabalho; (ii) a reanálise dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e (iii) o tratamento diferenciado aos planos de pós-pagamento, confeririam maior segurança jurídica às empregadoras que oferecem plano de saúde a seus empregados e consistiriam uma forma de fomentar o oferecimento de tais planos.

# Reflexões sobre o sistema suplementar de saúde por ocasião dos 20 anos da Lei 9656



**SALOMÃO RODRIGUES FILHO**

Com a promulgação da nova constituição, em 5 de outubro de 1988, o embrionário Sistema Suplementar de Saúde começou a ganhar forma em decorrência do artigo 199, que anunciou ser a assistência à saúde livre à iniciativa privada, abrindo caminhos para seu crescimento.

A Lei 9.656, promulgada em 3 de junho de 1998, constituiu-se em marco regulatório do Sistema Suplementar de Saúde. Entretanto, durante a estruturação do Sistema,

ela foi modificada por 44 Medidas Provisórias e várias leis. Tais modificações transformaram-na em uma verdadeira colcha de retalhos e sua aplicação tornou-se difícil, senão impossível.

Para entravar mais, atualmente existem 153 projetos de lei que propõem modificações na Lei 9.656 e que foram apensados ao Projeto de Lei nº 7.419/2006, do Senado Federal. Na busca de solucionar a tramitação destes projetos de lei, a Câmara dos



Deputados criou uma Comissão Especial presidida pelo Deputado Hiram Gonçalves (PP/RR) e a relatoria foi entregue ao Deputado Rogério Marinho (PSDB/RN), que desenvolvem árduo e dedicado trabalho.

Entendemos ser melhor pensarmos uma nova lei e não remendarmos mais ainda o texto atual, já completamente descaracterizado. Para isso, apresentamos como propostas algumas premissas para esta difícil tarefa.

O Sistema Suplementar só se consolidará de forma segura se tivermos como dogma o equilíbrio de forças entre os três pilares que o sustentam: os beneficiários, os prestadores de serviços e as operadoras de planos de saúde. Sem esse equilíbrio de forças jamais teremos negociações entre as partes verdadeiramente livres e o sistema continuará capenga. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem exercendo importante papel regulatório, mas precisa exercer também um papel harmonizador entre os citados pilares do sistema.

As administradoras de benefícios são inúteis e desnecessárias, retiram o incipiente e frágil equilíbrio do sistema e, assim, se constituem em excrescências. É necessário excluir do Sistema Suplementar de Saúde as administradoras de benefícios que são atravessadoras e que aumentam os custos dos planos de saúde, se beneficiam e não correm nenhum risco em sua atividade. Suas funções podem ser melhor realizadas pelas operadoras.

As seguradoras de saúde nasceram seguradoras e se transformaram em operadoras de planos de saúde privilegiadas. Ou assumem o papel de seguradoras, pautando suas atividades na Lei nº 10.185/2001 (Lei das Seguradoras), ou abandonem o papel

de seguradoras, assumindo o papel de operadoras de planos de saúde e observando em suas atividades todas as normas estabelecidas pela Lei 9.656/1998 e pela ANS. Como seguradoras, suas relações devem ser exclusivamente com o segurado, jamais com o prestador de serviços de assistência.

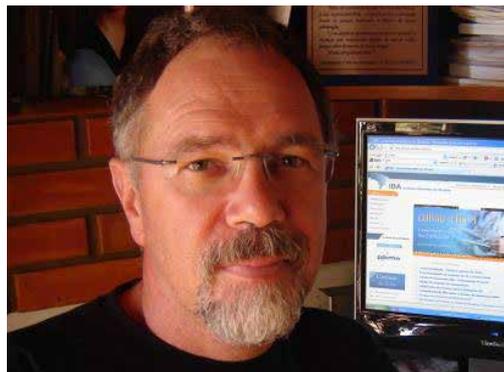
Nenhuma operadora de Plano de Saúde deve exercer a função de prestador de serviços assistenciais. Ao ter serviços próprios de assistência, a operadora limita a possibilidade de escolha do consumidor (beneficiário) e puxa para baixo a qualidade de seus serviços para reduzir custos. Este duplo papel resulta em prejuízos para os beneficiários e para os prestadores de serviços.

Os Institutos Estaduais e Municipais de Assistência à Saúde, na verdade, são operadoras de planos de saúde caracterizadas como auto-gestão e, assim, devem estar sob a ação regulatória da ANS e não regidos apenas pela Lei 8.666/1993 (Lei das Licitações). Como regra, os Institutos de Previdência ainda recebem recursos oriundos do Tesouro de Estados e Municípios. Mas os Institutos de Assistência à Saúde que foram desmembrados dos Institutos de Previdência têm seus recursos oriundos integralmente da contribuição do servidor público. Assim, estes institutos se enquadram como auto-gestão e devem ser regulados pela ANS.

O Conselho Federal de Medicina tem se debruçado sobre estas questões e estamos certos que, se não trilharmos os caminhos ora propostos, o Sistema Suplementar de Saúde no Brasil estará fadado ao insucesso em consequência do contínuo atrito entre os diversos atores, gerando insatisfações insuperáveis e danos irremediáveis.

# Mercado de Seguro/ Planos Privados de Saúde

20 anos da LPS – 9.656



**JOSÉ ANTÔNIO LUMERTZ**

**N**este mês de junho/2018 estamos comemorando os 20 anos deste importante marco regulatório, que trouxe uma nova visão, frente aos fundamentos técnicos milenares que embasam todas as operações de assunção de risco, dentro dos Princípios Fundamentais: do Mutualismo; da Incerteza; e da Previdência. Para o devido entendimento, é importante repassarmos um breve histórico.

## Breve Histórico

O atual Mercado Segurador foi estruturado pelo Decreto-Lei nº. 73, em 1966, e este, já contemplava o segmento o Ramo de Saúde, ao definir em três grandes grupos: Vida; Ramos Elementares; e Saúde. Evidente que, neste período, prevalecia o modelo de reembolso, princípio básico dos seguros, até hoje mantido. Todavia, estas operações nunca atraíram de forma mais efervescente para a atuação dos

seguradores, em face da elevada sinistralidade que era em torno de 80%, restando uma margem de apenas 20%, além das naturais oscilações que impactam severamente, reduzindo esta margem, ainda que em dados momentos. Paralelamente, ocorreu em 1964 a aglutinação das operações dos diversos institutos existentes à época – IAPI, IAPB, etc – que passaram a compor o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, compulsoriamente, o qual abocanhou também as operações de saúde, as quais, posteriormente foram transferidas para o INAMPS. Mas, neste mesmo período e dada as dificuldades de atendimento, que já ocorriam neste período, começaram a atuar no mercado diversas entidades, em paralelo ao mercado segurador. Isto também ocorreu no segmento de previdência privada, apenas com outro histórico técnico, que culminou com a edição da Lei nº 6.435 de 1977.

Com a Constituição de 5 de outubro de 1988 houve a definição do modelo

atinente ao Setor de Saúde, que seguiu o denominado Modelo Misto, qual seja: a assistência básica a ser assegurada pelo Sistema Único de Saúde – SUS; a ser complementado pelo segmento privado. Em 1.990 foi editada a Lei nº 8.080, que estruturou o SUS e, apenas, em julho de 1.998 houve a editada da Lei nº 9.656, que regulamentou o Setor Privado de Saúde – famosa “Lei de Um Dia”, pois face às peculiaridades de sua edição, no dia seguinte já houve a primeira alteração! Foram 44 Medidas Provisórias, algumas de vigência mensal. Superada esta fase, é importante destacar que, mesmo frente a toda dificuldade regulatória e até insegurança contratual, por decorrência, este segmento conquistou praticamente 50 milhões de segurados (denominados beneficiários, pela nova regulamentação), volume este que lhe confere uma receita anual de R\$ 170 bilhões - dado de dez/2017, superando, em muito, ramos tradicionais como vida, auto e outros. Ao longo de todo este período a sinistralidade persistiu no patamar dos 80%!

## Experiência Internacional

O eminente e querido professor médico Hans Rosling, em janeiro de 2011, nos presenteou com uma magnífica apresentação que, através da animação de dados num espaço visual, evidencia o ganho na expectativa de vida ocorrida no mundo ao longo dos últimos 200 anos, frente ao nível de investimento (não pode ser tomado apenas como custos assistenciais). Além da primazia do recurso tecnológico utilizado, que espero (sonho – mentalizo) um dia poder utilizá-lo como professor e palestrante, nos evidencia a seguinte evolução:

Fonte: [https://www.youtube.com/watch?v=Qe9Lw\\_nIFQU](https://www.youtube.com/watch?v=Qe9Lw_nIFQU), acessado às 14 horas do dia 31/maio/2018.



Partindo de 1810, todos os países no mundo estavam numa posição básica e bastante próxima ao vértice, ou seja, eram despendidos pequenos montantes de médios *per capita* para a assistência à saúde e se obtinha uma expectativa de vida ainda muito baixa. De forma geral, isto decorria do pequeno nível dos recursos tecnológicos existentes, ou seja, como caracterizou o Prof. Hans: “*todos os países eram pobres e doentes*”. A idade média ficava em torno dos 40 anos, apenas.



Após 150 anos, data da reestruturação do mercado segurador brasileiro, a evolução dos recursos terapêuticos já tinham superado as epidemias que assolaram o mundo, especialmente a peste negra, na Europa, e a febre amarela no Rio de Janeiro. Vários países no mundo já haviam conquistado idades mais elevadas, frente ao maior nível de gasto assistencial. Alguns países já comemoravam idades médias em torno dos 70 anos.

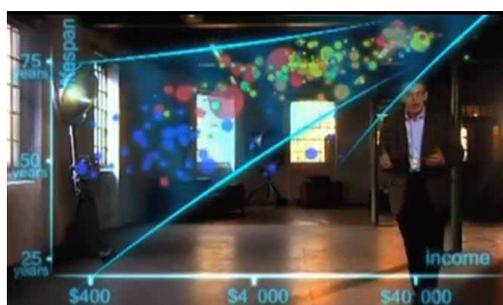
Quando da regulamentação do SUS, o Brasil já se alinhava aos países mais desenvolvidos, embora ainda houvesse uma boa parte da população muito carente, especialmente frente a acentuada amplitude de atenção à infraestrutura enfrentada no país. A China e a Índia iniciavam uma



importante evolução econômica, representadas pelos dois grandes círculos vermelhos à esquerda do Brasil. Note-se que os níveis despendidos com assistência à saúde já atingiam cifras bem mais elevadas.



No ano 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, constituindo-se no órgão regulador deste segmento e agrupando todos os players. O mundo atingia a expectativa de vida acima dos 80 anos em vários países, mas o custo assistencial médio *per capita* havia se multiplicado por 100 vezes, embora persistindo acentuada dispersão entre os países.



Por fim, e tendo como data final o ano de 2009, fica evidenciado que novas tecnologias permanecem sendo desenvolvidas e nos permitem atingir idades mais elevadas, sempre tendo por base o nível de investimento efetuado. A análise do prof. Hans nos permite ratificar a expressão

máxima: “saúde não tem preço, mas tem custo!” Em 2009 é concluída a análise! Já são mais nove anos de muita evolução, especialmente nos quimioterápicos, apenas para exemplificar.

## Estruturação Técnica no Brasil

A LPS (Lei nº 9.656) trouxe dois importantes limites ao setor privado de saúde: cobertura universal (rol) e sem limites de garantia. A regulamentação trouxe através da resolução normativa nº 195 da ANS, a segmentação em tipos de contratações, com Planos nas modalidades: a) Individuais; ou b) Coletivos, empresariais ou adesão. A análise técnica dos riscos de assistência à saúde ainda requer uma minuciosa avaliação dos itens atinentes à: saúde; atividade profissional e de lazer; hereditariedade; sexo (ou opção sexual, tema a ser mais desenvolvido e permeado na sociedade); nível cultural e de renda; região geografia de infraestrutura e resolutividade em saúde; e, especialmente, o estado físico atual. Nos Planos com contratação coletiva há, naturalmente, um maior equilíbrio mútuo, permitindo uma precificação coletiva mais adequada às premissas acima indicadas. A regra determinante e decorrente do Estatuto do Idoso, RN nº 63 da ANS, estabeleceu a condição única de estabelecimento dos preços (prêmios) em dez faixas etárias e tendo a variação máxima de seis (6) vezes, entre a primeira faixa etária – F1, até os 18 anos e a última – F10, para as pessoas com mais de 59 anos. Isto conduz ao denominado risco moral, mais acentuado no modelo individual, podendo ter o efeito de anular a característica básica de aleatoriedade, figura básica de todos os modelos Previdenciários, no mundo.

O segundo ponto fundamental atinente à análise de subscrição (*underwrite*) do

risco de saúde é o relativo à metodologia de precificação, que adota o denominado Regime de Repartição Simples – RRS, que consiste em alocar os encargos médios per capita do período considerado, que normalmente é anual. Em determinados casos de maior mutualização, podem ser utilizados períodos de até três anos subsequentes. Neste modelo, RRS, não há constituição de provisões técnicas de longo prazo, conduzindo, por decorrência, a necessidade de recálculos de equilíbrio técnico, sistematicamente, qual seja, ao final de cada período anual ou, no máximo, trienal. O mero reajuste monetário não atende a este segmento, como se pode evidenciar da magnífica apresentação do Prof. Hans, a qual deixa evidente que há necessário crescimento dos custos (investimentos, para ser mais correto), para que seja atingido e mantido o atual nível de expectativa de vida, assim como de uma boa qualidade de vida. Isto é a denominada “inflação médica”.

Por fim, associa-se a isto a atual composição etária da população brasileira que se

encontra num nível inferior ao nível necessário de manutenção da população, que deveria ser de 2,2 (hoje já é inferior a 2,0). Isto significa que não teremos mais aquela alternativa de filhas ou netas cuidando dos avós! Logo, a solução exigirá modelos econômico-financeiros, estruturados matematicamente, segundo cálculos atuariais, frente a condições realistas. O pacto intergeracional não mais permite essa “pedalada”. A hora é agora e o compromisso é de todos. Ao comemorarmos os 20 anos de regulamentação deste importante segmento privado de saúde complementar ou suplementar, como passou a ser denominado, muito ainda há que ser estruturado e, isto, requer compartilhamento mútuo dos players, com definições claras e possíveis, pois há ônus de investimento que geram importantes ganhos de vida, que é o bem maior.

Com especial carinho e fraterno abraço a todos que labutam e/ou buscam neste segmento sua garantia de assistência à saúde.

# 20 anos da Lei dos Planos de Saúde: momento de refletir



**SOLANGE BEATRIZ  
PALHEIRO MENDES**



O setor de Saúde Suplementar é marcado por diferentes falhas, capazes de dificultar que os instrumentos normalmente utilizados pelas leis de mercado atuem com eficiência e equilíbrio.

Uma das principais falhas é a de assimetria da informação. Nesse ponto, a regulamentação trouxe mais informações tanto para consumidores e prestadores de serviços de saúde como para as operadoras de planos.

A intervenção na economia, via regulação, tem como objetivo atingir maior equilíbrio entre os interesses envolvidos, portanto

promover ganhos para a sociedade. Porém a própria regulação leva a um incremento dos custos. A regulação, com regras prudenciais de solvência, de acesso e de saída de operadoras, de governança determinou uma alteração na quantidade de operadoras e por sua vez na maior percepção de qualidade das empresas.

A inflação médica é um dos maiores desafios no mundo e no Brasil não é diferente. Economicamente, o modelo não é viável e sustentável em médio e longo prazo. O aumento decorre de uma elevação significativa dos custos ao longo da

cadeia produtiva. Parte desses aumentos são falhas de mercado. A principal é a estrutura de incentivos que induz ao desperdício, excessos de procedimentos e incorporação de tecnologia, que no limite podem até comprometer a qualidade do tratamento.

O problema é estrutural e só vem se agravando. A regulação setorial que deveria ser do sistema é restrita às operadoras, e o restante da cadeia está à margem dessa regulação. A relação contratual segue a lógica do mercado de consumo, com expectativas que induzem a super utilização, ao que é novidade.

Portanto, ao completar 20 anos de promulgada, neste 3 de junho, a Lei 9.656 cumpriu seu papel de tentar neutralizar falhas. É importante ressaltar que a lei foi precedida de ampla discussão nos poderes Legislativo e Executivo e resultou num texto que, posteriormente, foi modificado por meio de medidas provisórias.

Portanto, a lei trouxe muito mais solidez e confiabilidade ao setor e garantias para que as empresas assegurassem as obrigações assumidas. E garantias aos consumidores.

Vinte anos depois, faz-se necessário um aperfeiçoamento do marco legal para o setor, atualizando as normas que o regulam, de modo a adaptá-las à nova realidade econômica e social do país e do próprio segmento. Neste ponto, cabe lembrar que a Saúde Suplementar é responsável pelo atendimento de mais de 47 milhões de pessoas só nos planos médico-hospitalares, quase um quarto da população do país.

Trata-se de garantir o acesso de milhões de brasileiros a uma cobertura adequada para eles e suas famílias, ao mesmo tempo em que se busca assegurar ao mercado de planos de saúde o equilíbrio financeiro indispensável ao seu bom funcionamento.

# ANS celebra os 20 anos de regulamentação da saúde suplementar



**H**á 20 anos, no dia 3 de junho de 1998, foi sancionada a Lei nº 9.656, que estabeleceu as regras dos planos privados de assistência à saúde e implementou as garantias básicas para os beneficiários da saúde suplementar. O conjunto de normas instituído passou a vigorar em janeiro de 1999 e tornou-se, junto com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no ano seguinte, o principal marco desse importante setor, responsável pelo atendimento de mais de 47 milhões de brasileiros que contam com plano de assistência médica e de 23 milhões que possuem planos exclusivamente odontológicos.

Antes da Lei, as seguradoras de planos de saúde não tinham uma legislação exclusiva e seguiam as regras determinadas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep). As demais operadoras, que também não tinham regulamentação específica, criavam seus próprios contratos, definindo as regras sobre direitos e deveres de contratantes e contratados entre as partes.

“Com a publicação da Lei, e, posteriormente, com a criação da ANS, o beneficiário de plano de saúde passou a ter mais garantias

e direitos. A regulação setorial busca o equilíbrio e a sustentabilidade, observando o interesse público”, destacou o diretor-presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca.

Simone Freire, diretora de Fiscalização, salienta que além de possibilitar a organização do setor, a Lei 9.656 e normativos subsequentes editados pela ANS estabeleceram obrigações de atendimento aos beneficiários, assegurando a proteção aos direitos e evitando práticas abusivas por parte das operadoras. “A lei estabeleceu, por exemplo, que as operadoras são proibidas de negar clientes por conta de alguma deficiência, doença pré-existente ou idade”, destaca.

A diretora de Normas e Habilitação de Produtos, Karla Coelho, também aponta conquistas assistenciais trazidas pela legislação. “A regulamentação deu ao consumidor mais segurança, garantindo direitos importantes que antes só eram previstos quando expressamente registrados em contrato, como a determinação de prazos máximos de carência e cobertura para todas as doenças”, assinala.

“A regulamentação conferiu estabilidade e transparência a esse importante mercado, iniciando um processo de melhoria do ambiente de negócios e incremento da eficiência, possibilitando a evolução e o contínuo crescimento do setor”, avalia Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial.

## Antes e depois

Sem regulamentação, os planos podiam estabelecer prazos máximos de internação e prazos de carência alongados. Cobriam, por exemplo, no máximo 10 consultas por ano e 5 dias de UTI. Frequentemente, excluía cobertura de algumas doenças importantes, como o câncer. As letras miúdas dos contratos acabavam permitindo práticas extremamente limitadoras do acesso aos serviços de saúde de doenças pré-existentes. Não eram raros os casos de operadoras que surgiam, coletavam mensalidades de vários clientes durante período de tempo em que a maioria estava em carência e depois sumiam do mercado, deixando a população sem assistência.

Após o marco regulatório e com a criação da ANS, se um cliente de plano de saúde precisa de internação hospitalar, ele ficará internado pelo tempo que for preciso para sua recuperação, não podendo haver limite de dias. Os prazos de carência foram padronizados e limitados a períodos efetivamente necessários para coibir o risco moral na utilização do plano. O rol de coberturas mínimo obrigatório não permite restringir-se doenças e busca compatibilizar a necessária atualização tecnológica dos procedimentos em saúde com a sustentabilidade do setor.

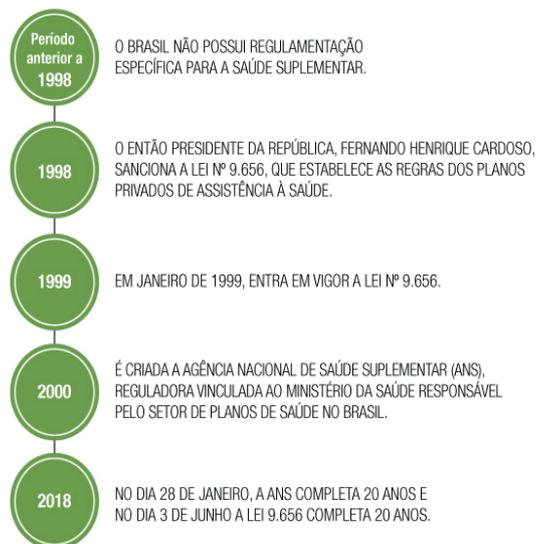
Já o processo de registro e concessão de autorização de funcionamento das operadoras, além da regulação econômico-financeira, contribuiu para sanear gradativamente o mercado, promovendo uma

gestão mais profissional e prudente dos recursos e, portanto, tornando o setor mais solvente. Isso é fundamental para garantir a assistência à saúde em momento incerto no futuro, já que a mensalidade do plano de saúde dos clientes de determinada operadora constitui mútuo que cobre o risco financeiro de eventual utilização de serviço de saúde de alguém daquele grupo.

Em janeiro de 2000, com a publicação da Lei nº 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade vinculada ao Ministério da Saúde, que passou, então a ser responsável pela regulação das operadoras setoriais e fiscalização do cumprimento das regras do setor recém estabelecidas. Nesses 18 anos, a Agência se empenhou para organizar e sistematizar dados e informações do setor, elaborar normas complementares à Lei 9.656, promover o controle e a fiscalização do mercado e consolidar garantias para os consumidores, sempre promovendo a defesa do interesse público.

## Confira, a seguir, dados que mostram a evolução do setor:

### Cronologia da regulação dos planos de saúde



## Principais regras da Lei nº 9.656

ALGUMAS DAS  
PRINCIPAIS MEDIDAS  
INSTITUÍDAS PELA  
LEI Nº 9.656:

- Definição dos tipos de planos de saúde e suas características
- Cobertura mínima para todas as doenças classificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS)
- Manutenção do plano em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria
- Limitação de prazos máximos de carência
- Regras para definição de reajuste dos contratos
- Proibição de negativa de clientes por conta de deficiência, doença ou idade
- Proibição da suspensão ou rescisão unilateral do contrato individual ou familiar
- Registro obrigatório das operadoras e de seus produtos na ANS e definição de critérios para saída de operadoras do mercado
- Obrigatoriedade de envio à ANS, pelas operadoras, de informações sobre beneficiários, despesas assistenciais, contábeis e econômico-financeiras, visando à transparência do setor
- Ressarcimento dos atendimentos efetuados por beneficiários de planos no sistema público de saúde

## Panorama do setor

(Dados de março/2018)

 **47,4 milhões** de beneficiários em planos de assistência médica (24,5% da população brasileira assistida)

 **23,2 milhões** de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos (11,6% da população brasileira assistida)

 **1.052** operadoras ativas com beneficiários

## Produção assistencial

(Dados de 2016)

Por ano, são realizados, aproximadamente **1,5 bilhão de procedimentos** na saúde suplementar sendo:

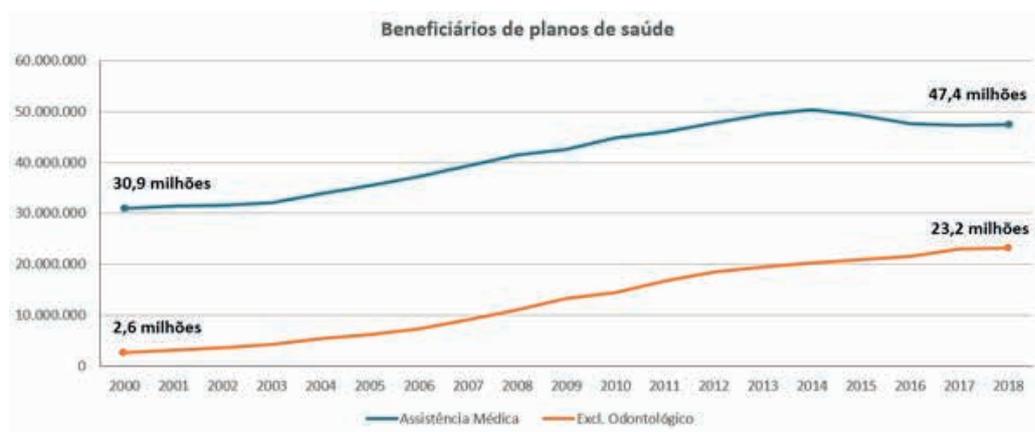
- 273 milhões de consultas médicas
- 141,2 milhões de atendimentos ambulatoriais
- 796,7 milhões de exames complementares
- 176,9 milhões de procedimentos odontológicos
- 70 milhões de terapias
- 7,8 milhões de internações

## Evolução de beneficiários de planos de saúde

Beneficiários de planos de saúde		
Competência	Assistência Médica	Excl. Odontológico
2000	30.966.522	2.603.001
2001	31.420.006	3.062.681
2002	31.513.309	3.677.782
2003	32.074.667	4.325.568
2004	33.840.716	5.312.915
2005	35.441.349	6.204.404
2006	37.248.388	7.349.643
2007	39.316.313	9.164.386
2008	41.468.019	11.061.362
2009	42.561.398	13.253.744
2010	44.937.350	14.514.074
2011	46.025.814	16.669.935
2012	47.846.092	18.538.837
2013	49.462.313	19.483.503
2014	50.396.737	20.221.725
2015	49.176.529	20.982.988
2016	47.601.550	21.539.834
2017	47.313.761	22.953.972
2018	47.435.915	23.243.800

Fonte: ANS Tabnet

\*Dados de 2018: competência março



# Sobre os autores



ANTONIO PENTEADO MENDONÇA – Provedor da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Sócio de Penteado Mendonça & Char Advocacia, presidente da Academia Paulista de Letras e Articulista do Jornal O Estado de S.Paulo e articulista.



GISLAINE DOS SANTOS PIRES – Advogada pós graduada em Direito Contratual pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP e bacharel em direito pelas Faculdades Metropolitanas Unidas – UNIFMU/SP. Com atuação em empresas multinacionais, possui experiência em consultoria regulatória, contencioso e de contratos, nas áreas de Direito Civil, Consumidor, Administrativo e no setor de Seguros com especialização em saúde suplementar. É membro da Associação Internacional de Direitos de Seguros – AIDA.



JOSÉ ANTÔNIO LUMERTZ – Atuário, graduado pela UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Registrado no Instituto Brasileiro de Atuária - MIBA 448.



PAULO MIGUEL – Advogado e diretor executivo da Fundação Procon-SP desde junho de 2016. É também presidente da Associação Brasileira de Procons PROCONSBRASIL.



PAULO SOGAYAR JUNIOR – Sócio do escritório Sogayar Sociedade de Advogados, com 24 anos de experiência na assessoria a clientes em matérias relacionadas à área de saúde, seguros, previdência complementar e capitalização, com atuação no consultivo e contencioso (administrativo e judicial). Graduado pela USP (1993). Mestre em Direito Comercial com foco em seguros pela Universidade de Bristol, Inglaterra (1997/1998). MBA Executivo em Seguros pela FUNENSEG/IBMEC (2002/2003). Membro da Associação Internacional de Direito de Seguro – AIDA Brasil. Colaborador da ABRH-SP – Associação Brasileira de Recursos Humanos, na área da saúde. Palestrante de diversos seminários na área da saúde. Autor de diversos artigos na área.



PEDRO LUIS LUZ MARQUES MARTINS – Membro do Grupo Nacional de Trabalho de Saúde Suplementar da AIDA e advogado do Escritório Santos Bevilaqua Advogados. Pós-graduando em Direito Tributário pelo Instituto Brasileiro de Direito Tributário e bacharel em direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP. Possui experiência em contencioso cível, tributário e administrativo, contratos, consultoria tributária e regulatória e no setor de Seguros.



REINALDO SCHEIBE – Presidente da Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde.



ROBERTO CURY – Médico, Administrador de Sistemas de Saúde e Professor no MBA de Economia e Gestão em Saúde da UNIFESP. Responsável Técnico da Mapfre Saúde.



SALOMÃO RODRIGUES FILHO – Conselheiro Federal por Goiás e coordenador da Comissão de Saúde Suplementar do CFM (COMSU).



SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES – Presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

# LegisCompliance, o Portal que auxilia na Gestão das Demandas Regulatórias ligadas ao compliance no Brasil

## BREVE LANÇAMENTO

Cadastre-se gratuitamente em:  
[www.legiscompliance.com.br](http://www.legiscompliance.com.br)

- Base de Dados inteligente
- Textos atualizados e consolidados
- Filtros de busca que facilitam a pesquisa
- Legislação e normatização reunidas em um único ambiente
- Ferramenta de suporte para as áreas de compliance, jurídica, controles internos e governança
- Envio de informativos