



Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

As cláusulas limitativas dos contratos de seguro saúde para controle dos custos visando à
manutenção do equilíbrio econômico e financeiro dos contratos

Flávia Alves Antunes

Rio de Janeiro
2012

FLÁVIA ALVES ANTUNES

As cláusulas limitativas dos contratos de seguro saúde para controle dos custos visando à manutenção do equilíbrio econômico e financeiro dos contratos

Projeto de Pesquisa (matriz 1) apresentado como exigência de conclusão de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* da Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro em Direito do Consumidor e Responsabilidade Civil.

Professores Orientadores:

Guilherme Sandoval

Néli Luiza C. Fetzner

Nelson C. Tavares Junior

Rafael Iorio

AS CLÁUSULAS LIMITATIVAS DOS CONTRATOS DE SEGURO SAÚDE PARA CONTROLE DOS CUSTOS VISANDO À MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO E FINANCEIRO DOS CONTRATOS

Flávia Alves Antunes

Graduada em Direito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Advogada.

Resumo: As aplicações de limites à utilização dos seguros de saúde pelos consumidores são de importância extremada para a manutenção do equilíbrio econômico e financeiros dos contratos. Sem um controle efetivo dos gastos, e sem um estudo constante das suas variações, torna-se impossível a subsistência dos planos de saúde, em função da crescente evolução tecnológica e do aumento exponencial da massa consumidora de planos de saúde. O foco central do trabalho é abordar como essa limitação pode ser efetivada sem que isso signifique abuso aos direitos dos consumidores.

Palavras-chave: Seguro saúde. Custos. Cláusulas limitativas.

Sumário: Introdução. 1. O seguro saúde e a administração dos recursos. 2. Fatores que podem causar o desequilíbrio contratual: o envelhecimento populacional e os avanços tecnológicos. 3. A Lei n.º 9.656/98 e as regulamentações da ANS. 4. Mecanismos legais de controle dos custos. 4.1. O reajuste por variação dos custos médicos-hospitalares. 4.2. O reajuste por variação etária. 4.3. Cobertura Parcial Temporária, Carência e outros mecanismos. Conclusão. Referências.

INTRODUÇÃO

O trabalho ora proposto enfoca a temática da limitação da tutela à saúde aos consumidores para que o equilíbrio econômico e financeiro dos contratos de planos de saúde seja mantido.

Para tanto, propõe-se a reflexão acerca de como a evolução dos gastos em saúde é afetada por variações econômicas, demográficas, sociais e culturais, próprias de cada país. Propõe-se ainda a reflexão acerca do aumento da proporção de idosos e como isso implica no aumento dos custos de assistência à saúde, como também a incorporação tecnológica agrega custos, assim como o aumento dos preços dos insumos (materiais e medicamentos).

Diante desse cenário, será abordada a temática dos mecanismos legais que podem ser utilizados pelas empresas operadoras de planos de saúde para limitação dos gastos e controles dos custos, sem que isso signifique abuso aos direitos dos consumidores.

Dentre esses mecanismos destaca-se a precificação dos planos por faixas etárias, estabelecendo-se preços diferenciados para segurados de diferentes idades, e o reajuste por variação dos custos médicos hospitalares (VCMH), que mede a variação anual das despesas médicas *per capita* que as operadoras pagam aos prestadores de serviços de saúde – médicos, laboratórios, hospitais. Outros recursos que podem ser aplicados são, por exemplo, a carência contratual, que é o período pelo qual o segurado tem sua utilização restringida, para determinados procedimentos, a partir da vigência do contrato, e a cobertura parcial temporária, que é aplicada quando o segurado apresenta alguma patologia preexistente à relação contratual.

Busca-se dar um enfoque diferente às relações consumeristas envolvendo as empresas de planos de saúde, demonstrando que há maneiras legais para controle dos custos sem que isso afete os direitos dos consumidores, seguindo os ditames da Lei 9.656/98, que rege o setor, os regulamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula e fiscaliza as Operadoras de Planos de Saúde (OPS), bem como o Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.78/90).

O estudo que se pretende realizar seguirá a metodologia do tipo bibliográfica, exploratória e qualitativa. Serão consultadas as principais bibliografias nacionais sobre o assunto, artigos de institutos especializados, bem como será feito um estudo jurisprudencial sobre a matéria.

1. O SEGURO SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS

O contrato de seguro é um contrato no qual uma empresa (Seguradora) se compromete em gerir os recursos de um grupo de consumidores (segurados), mediante recebimentos mensais de valores (prêmio) que integrarão o fundo, e garante o retorno aos consumidores por meio do pagamento da indenização, no caso da ocorrência do evento, risco previsto contratualmente. As Seguradoras, portanto, têm o dever de administrar muito bem este Fundo para que nenhum consumidor fique descoberto quando da ocorrência de qualquer prejuízo previsto no contrato. O fundo possui caráter coletivo, haja vista que a sua manutenção não depende somente do pagamento do prêmio por determinado consumidor, mas sim de todo um grupo de segurados.

A importância do contrato de seguro nos dias atuais é indiscutível, o que pode ser facilmente observado por meio das diversas modalidades de contrato de seguro que existem hodiernamente. As modalidades foram surgindo através de adaptações das necessidades da sociedade, que, buscando maiores segurança e tranquilidade em suas relações, veem nos contratos de seguros a possibilidade desta realização.

O seguro saúde, objeto deste artigo, sendo uma destas modalidades, não é diferente: em razão do atendimento deficitário do Sistema Único de Saúde (SUS), que no Brasil é o sistema do Governo para atendimento médico à população e que não consegue dar vazão à demanda da sociedade, fez surgir a necessidade por um sistema particular mais acessível de atendimento em saúde. Foi dessa necessidade que surgiram as Empresas de Seguro Saúde, que, com a gestão coletiva de recursos, propicia um acesso a serviços médicos de qualidade que antes eram inatingíveis.

A exemplo das demais modalidades de seguro, o prêmio do seguro saúde (mensalidade) é feito de cálculos atuariais baseados, principalmente, no custo per capita das

despesas com saúde de cada faixa etária, bem como nas despesas administrativas, despesas de comercialização, tributos e lucro. O custo de utilização das despesas médicas deve levar em consideração, ainda, o histórico de frequência de utilização e do preço dos serviços de saúde. Feito esse cálculo, este valor é repassado aos consumidores, que, por meio de pagamentos mensais, estarão aptos a participarem do grupo de segurados que serão indenizados quando da ocorrência do evento segurado (sinistro).

Segundo estudo feito pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar):

No sistema de saúde suplementar brasileiro, o financiamento é baseado no mutualismo e no regime financeiro de repartição simples, que funciona como em outros seguros: as receitas oriundas das mensalidades dos planos de saúde de um grupo de pessoas (pertencentes a uma operadora, neste caso), são utilizadas para financiar o pagamento de toda a assistência à saúde que ocorreu nesse mesmo período. Sabe-se de antemão que alguns irão utilizar serviços de assistência à saúde e outros não. Os membros do grupo que não utilizaram esses serviços terão contribuído para usufruir da segurança de cobertura e suas mensalidades terão financiado a assistência à saúde daqueles que dela necessitaram.¹

A precificação do risco do seguro saúde é muito mais complexa do que a precificação das demais modalidades: no caso do seguro de automóvel, por exemplo, a precificação se baseia, basicamente, no valor do veículo no mercado. Ao passo que no seguro saúde não há como se prever, seguramente, quanto custará um tratamento médico de uma determinada doença. Ademais, este cálculo se torna muito mais complexo quando levamos em consideração as inovações tecnológicas na área da medicina que estão crescendo numa velocidade nunca antes vista.

Por essa razão, existem, dentro do contrato de seguro saúde, vários tipos diferentes de contrato, cada um com tipos específicos de coberturas, para possibilitar ao consumidor a contratação de um plano mais condizente com a sua realidade. A homogeneidade é de suma importância nesse tipo de contrato, pois cada segurado deve pagar a mensalidade na mesma proporção do risco contratado. Os riscos do contrato de seguro e o pagamento dos prejuízos

¹ INSTITUTO de Estudos de Saúde Complementar. Saúde Suplementar: O que é? Para que serve? A quem se destina? Algumas propostas. Rio de Janeiro: IESS, 2011. Disponível em: <<http://www.iess.org.br>>. Acesso em 09 set. 2012.

na ocorrência do sinistro são divididos entre todos os segurados, motivo pelo qual esse tipo de contrato possui uma grande relevância social e humana.

A responsabilidade de uma Operadora de Planos de Saúde no gerenciamento do fundo é muito maior, e não há espaço para uma administração irresponsável. Para isso, alguns limites na utilização dos contratos pelos consumidores devem ser estabelecidos pelas empresas para que a reserva técnica do fundo esteja sempre em consonância com as despesas e com a sinistralidade do grupo segurado.

Tais limites se personificam nas cláusulas limitativas, que tem por objetivo a restrição das obrigações assumidas pela Seguradora, baseada no princípio de que ninguém está obrigado a assumir uma responsabilidade maior do que as suas possibilidades ou vontade.

As cláusulas limitativas não foram proibidas pelo Código de Defesa do Consumidor. Pelo contrário, o referido código, em seu artigo, 54, parágrafo 4º admite expressamente as cláusulas limitativas.²Cabe, neste ponto, fazer uma diferenciação entre cláusulas limitativas e cláusulas abusivas. Estas, como bem conceitua o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 51, são aquelas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, e são incompatíveis com a boa fé ou a equidade.

Cláusulas limitativas são aquelas que implicam uma limitação ao direito do consumidor, mas que nem por isso são abusivas ou nulas. O Código de Defesa do Consumidor admite a existência de tais cláusulas desde que elas venham redigidas no contrato de maneira clara, em destaque, permitindo ao consumidor a sua fácil identificação e entendimento. As cláusulas limitativas são necessárias, em muitos casos, como nos contratos de seguro, para a manutenção do equilíbrio contratual e da sua segurança.

As cláusulas limitativas são inerentes ao contrato de seguro, com vista a possibilitarem um melhor gerenciamento dos recursos dispensados pelos consumidores para a

² BRASIL. Lei n. 8078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 12 set. 2012.

composição da reserva técnica dos fundos, porém a Seguradora deve dar publicidade a tais cláusulas para os seus consumidores, e possibilitar o seu prévio conhecimento; devem ser redigidas de forma clara e destacadas nas condições gerais dos contratos, bem como na apólice de seguro.

2. FATORES QUE PODEM CAUSAR O DESEQUILÍBRIO CONTRATUAL: O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS AVANÇOS TECNOLÓGICOS

Ao celebrar um contrato de seguro saúde, o consumidor define, juntamente com a empresa Operadora do Plano de Saúde, nas cláusulas contratuais qual será a mensalidade do contrato, a rede referenciada para o atendimento médico, quais serão os serviços médicos cobertos, além de outros pontos, como coparticipação, franquia, período de carência, previsão dos reajustes, etc.

Por mais que esses pontos sejam previamente definidos no início da vigência do contrato, as Seguradoras sempre devem estar atentas às evoluções tecnológicas, aos aumentos dos gastos em saúde, para que os serviços prestados estejam sempre atualizados e para que medidas sejam tomadas para que o equilíbrio contratual seja sempre mantido.

Fatores como variações econômicas, demográficas, sociais e culturais podem afetar e muito a evolução dos gastos com saúde. Segundo o IESS, no Brasil o gasto *per capita* anual com saúde passou de \$ 412 dólares em 1995 para \$ 943 dólares em 2009, o que demonstra um crescimento de mais de 100% neste período.³

Quando se pensa em elevação dos gastos com a saúde, remete-se o pensamento imediatamente a dois fatores fundamentais: o aumento da frequência da utilização dos serviços médicos e a inovação e consequente incorporação tecnológica.

³ INSTITUTO de Estudos de Saúde Complementar. op. cit., p. 06.

O envelhecimento populacional é a causa mais frequente para o aumento da frequência da utilização dos serviços médicos. O envelhecimento, naturalmente, traz uma crescente fragilidade fisiológica, fazendo com que o indivíduo tenha maior probabilidade de sofrer problemas de saúde, o que leva a uma maior procura pelos tratamentos médicos. Além disso, com o passar dos anos e o avanço da idade, a tendência é que as pessoas cuidem mais de sua saúde, com o objetivo que ter uma melhor qualidade de vida. A busca por uma melhor qualidade de vida é uma tendência que vem sendo observada em todas as faixas etárias, mas fica mais evidente nas pessoas com idade mais avançada.

Com o desenvolvimento socioeconômico do país em expansão, uma das consequências mais evidentes é o envelhecimento populacional, em razão, especialmente, da melhora na qualidade de vida das pessoas. Porém, no Brasil, com o atendimento deficitário da rede pública de saúde, a procura pelo atendimento médico através dos planos de saúde é crescente, em especial pela população idosa.

Outro fator que agrega muitos custos à manutenção de um contrato de plano de saúde é a incorporação tecnológica, pois os procedimentos, a cada dia que passa, são feitos com equipamentos mais modernos e dispendiosos e doenças, antes incuráveis, passam agora a terem curas possíveis, o que leva a uma maior sobrevida e mais gastos com a saúde. Esses novos procedimentos e tratamentos devem ser incorporados tanto pelas entidades médicas como pelas empresas de planos de saúde, para possibilitarem o acesso de todos.

Porém, toda essa inovação tem um custo e este, certamente, será repassado aos usuários, de forma a tornar viável a manutenção do atendimento. Porém, as operadoras devem se levar de mecanismos legais para este repasse, sem que isso invada direitos adquiridos pelos consumidores.

3. A LEI N.º 9.656/98 E AS REGULAMENTAÇÕES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS

Em 1998 o mercado de saúde suplementar passou a ser submetido à regulação pela Lei n. 9.656/1998, e, a partir de 2001, com a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), pela Lei n 9.961/2001, este mesmo mercado passou a ser normatizado, regulado e fiscalizado. A ANS, apesar de vinculada ao Ministério da Saúde, possui autonomia para regular a atividade das operadoras, em especial no que diz respeito aos âmbitos econômico-financeiro e à cobertura assistencial.

A ANS, através da sua função normativa, desde a sua criação, vem editando uma série de normas reguladoras do mercado e que possibilitaram a aplicação mais efetiva da lei. Antes da edição de tais normas, a ANS oportuniza a participação das operadoras e da sociedade em geral através da instalação das Câmaras Técnicas para discussão dos temas que serão abordados nas normas, verificando quais as necessidades para a implementação das normas, o que traz uma maior segurança para o setor como um todo (fornecedores e consumidores).

Com a observação da Lei n. 9.656/98 e das normas que regulam o setor, as operadoras de planos de saúde podem moldar os seus contratos, prevendo exclusões lícitas de coberturas que permitirão a manutenção da atividade e o equilíbrio contratual.

O artigo 10 da referida lei determina que as Operadoras de Planos de Saúde estão obrigadas a garantir a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS). ⁴Porém, tal obrigatoriedade de cobertura trazida pela Lei n.

⁴ BRASIL. *Lei n.º 8.656 de 03 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998.

9.656/98 não significa também dizer que as empresas estão obrigadas a cobrir todos os procedimentos necessários para o tratamento das doenças listadas na CID.

Exemplo disso é que o artigo 10 da referida lei lista as exclusões contratuais permitidas aos contratos de planos de saúde regulamentados. São elas: tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com fins estéticos; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes. A Lei exclui da cobertura os casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

A Lei traz, ainda, em seu artigo 12, as coberturas mínimas para cada uma das segmentações assistenciais (contrato ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia, etc), o que oportuniza contratos com diferentes coberturas, e com preços diferenciados, permitindo uma melhor adequação ao perfil de cada consumidor.

Como explicitado acima, nem todos os procedimentos médicos são de cobertura contratual obrigatória, porém, a ANS, por meio de suas resoluções, a cada 02 (dois) anos, considerando os avanços da medicina, edita e atualiza um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica de cobertura dos planos de saúde, classificado de acordo com a as segmentações dos contratos.

Esse Rol obrigatório foi editado pela primeira vez em 1998 pela resolução CONSU n. 10/98 e contém a grande maioria dos procedimentos médicos reconhecidos pela AMB (Associação Médica Brasileira). As últimas atualizações do Rol trouxeram grandes avanços nas coberturas assistenciais, pois determinaram a cobertura de atendimentos como psicologia,

terapia ocupacional, nutricionistas e fonoaudiólogos, por exemplo. A última atualização do rol foi no início de 2012 com a edição da Resolução RN/ANS n. 262. Assim, procedimentos não listados no referido Rol, não são de cobertura obrigatória nos contratos de planos de saúde, oportunizando às Operadoras a sua exclusão contratual.

4. MECANISMOS LEGAIS DE CONTROLES DOS CUSTOS

As cláusulas limitativas, ao contrário das cláusulas abusivas, são permitidas pelo Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 54, § 4º, Lei 8.078/90.⁵ As cláusulas limitativas, também conhecidas como cláusulas restritivas, limitam o direito do consumidor na utilização, na abrangência do contrato em determinados pontos e, conforme exigência do próprio CDC devem vir redigidas de forma clara e em destaque. Tais cláusulas estão presentes nos contratos de seguro saúde sob a forma de exclusões contratuais, reajustes das mensalidades, previsão sobre carência contratual, entre outras, com o objetivo de minimizar os custos do contrato, e que serão abordadas mais amplamente a seguir.

4.1. O REAJUSTE POR VARIAÇÃO DOS CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Os planos de saúde possuem, pelo menos, dois tipos diferentes de reajustes: o reajuste por variação dos custos médico-hospitalares (VCMH), também conhecido como “reajuste anual” e o reajuste por mudança de faixa etária.

O reajuste por VCMH tem como base a evolução dos custos em saúde: para calcular o seu índice mede-se a variação anual (compara-se um período de 12 meses com os 12 meses anteriores) das despesas médicas per capita que as operadoras pagam aos prestadores de

⁵ BRASIL. *Lei n.º 8.0878 de 11 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

serviço de saúde (médicos, hospitais, clínicas, laboratórios). Acompanham-se não só os preços pagos aos prestadores, mas também a frequência de utilização do grupo segurado. Assim, mesmo que não haja variação no preço de determinado procedimento, a despesa aumenta se os segurados realizam mais este procedimento.

Para aplicação dos índices aos planos individuais/familiares, anualmente, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar emite os ofícios autorizadores às Operadoras de Planos de Saúde com os índices de reajustes a serem aplicados aos contratos. Tais índices são divididos em dois grupos: o primeiro para os planos individuais/familiares contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n. 9.656/98; o segundo grupo é o dos planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 ou não adaptados à Lei n. 9.656/98, conhecidos como “planos antigos”.

Cabe ressaltar neste ponto, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – é uma autarquia criada por uma lei específica, possui autonomia político-administrativa e autonomia econômico-financeira, sendo os seus atos, atos da Administração Pública, e tendo sido prevista em sua lei de criação, a Lei n.º 9.961/00, a sua competência para autorizar reajustes e revisões das contraprestações devidas pelos beneficiários de planos e seguros saúde, conforme o artigo 4º, inciso XVII da referida Lei: “ Art. 4º. Compete à ANS: (...) XVII – autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;(...)”.⁶

Quanto aos reajustes anuais dos contratos coletivos, esses são aplicados de acordo com a previsão contratual, e seus índices são baseados na sinistralidade (custos de utilização) do grupo segurado. Quem define qual será o índice aplicado não é a ANS, mas sim a própria Operadora, através de estudos da sinistralidade do grupo e negociação com a empresa estipulante do contrato coletivo. Não se faz necessária, portanto, uma prévia aprovação da

⁶ BRASIL. Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.

ANS, cabendo apenas às Operadoras o envio de informações à Agência dos índices aplicados, anualmente e no período de até 30 dias após a definição, conforme regra editada pela citada Autarquia.

Segundo dados do IESS⁷, os índices do VCMH vêm superando a inflação geral, em especial pelo aumento da frequência. Em estudo comparativo feito pelo período de julho de 2009 a junho de 2010, enquanto a inflação foi de 4,7%, o VCMH foi de 9,4%.

Tal reajuste, cabe frisar, tratando-se de limitação ao uso do contrato, deve vir redigidos contratualmente, de forma clara, dando oportunidade ao consumidor o conhecimento prévio de suas regras.

4.2. O REAJUSTE POR VARIAÇÃO ETÁRIA

Outro exemplo de cláusula limitativa do contrato de seguro saúde é aquela que prevê o reajuste por transição de faixa etária. No contrato de seguro saúde, vale esclarecer, os valores pagos pelos segurados, ou seja, as mensalidades, tem como base a despesa per capita em cada faixa etária, faixas estas pré-estabelecidas pela ANS em número não superior a 10 faixas – a menor (o a 18 anos) e a última (a partir de 59 anos). Para cada variação etária é previsto em contrato a aplicação de um índice de reajuste específico.

A precificação dos planos considerando-se as faixas etárias é de suma importância para a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro dos contratos, pois os custos médios de assistência à saúde dos idosos superam e muito os custos médicos para os mais jovens. O crescente envelhecimento da população brasileira trouxe e continuará trazendo consequências importantes para a evolução do sistema de saúde e seu financiamento nos próximos anos. Tal

⁷ INSTITUTO de Estudos de Saúde Complementar. op. cit., p. 06.

evolução etária traz verdadeiros desafios a todos os operadores do sistema de saúde – público e privado – exigindo a adoção de medidas para o controle dos custos. Daí a importância, para as empresas de planos de saúde a utilização da variação por faixa etária.

Ao contrário dos reajustes por VCMH, abordados no tópico anterior, os índices a serem aplicados às mensalidades dos segurados quando ocorrer variação de faixa etária devem vir expressos no contrato, conforme disposto no artigo 15 da Lei n.º 9.656/98, sendo que deve ser respeitada a relação de seis vezes entre o valor fixado para a última faixa etária e o valor da primeira. Vale ressaltar que para os contratos celebrados antes da referida Lei devem ser observadas as disposições contratuais.

Até 2003, havia previsões contratuais para variações nas mais diversas faixas etárias. No entanto, com o advento do Estatuto do Idoso houve uma limitação para a última faixa etária, que não podia ser superior a 59 anos. Assim, a ANS decidiu por pré-definir quais seriam as faixas etárias possíveis dos contratos de planos de saúde, através da Resolução Normativa n.º 63/2003. São elas: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos e acima de 59 anos. Tais faixas pré-definidas somente se aplicam aos contratos celebrados posteriormente à Lei n. 9.656/98. Para os contratos celebrados antes da lei valem as disposições contratuais.

4.3 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, CARÊNCIA E OUTROS MECANISMOS

A Lei n. 9656/98 e também a ANS permitem às Operadoras de Planos de Saúde a não cobertura de alguns eventos em saúde solicitados pelos seus consumidores durante o chamado “período de carência contratual”. A carência é o período desde a data da vigência do contrato durante o qual o consumidor paga as mensalidades, mas não tem acesso a

determinadas coberturas. Tal restrição está prevista na lei n. 9656/98, em seu artigo 12, tendo sido definidos como prazos máximos de carência: a) parto a termo: 300 dias; b) demais casos: 180 dias; c) casos de urgência e emergência: 24 horas.

Cabe ressaltar que tais prazos são válidos somente para planos individuais ou contratos coletivos para pequenos grupos. Para contratos coletivos com número de beneficiários superior a 30 (trinta), não pode ser exigido o cumprimento de prazos de carência, conforme bem definiu a Resolução n. 195 da ANS.

O cumprimento dos prazos de carência é importante para a manutenção segura dos contratos, pois, conforme já abordado anteriormente, os contratos de planos de saúde se sustentam no mutualismo, com se observa na conceituação de Pedro Alvim:

O contrato de seguro é uma operação isolada entre segurado e segurador, mas a multiplicação desses contratos, dando a mesma garantia sobre o mesmo tipo de risco, para muitas pessoas, constitui a sua base técnica. A contribuição destas pessoas formará o fundo comum de onde sairão os recursos para o pagamento dos sinistros. O segurador funciona como gerente do negócio: recebe de todos e paga as indenizações.⁸

Sob o mesmo fundamento de existência da Carência Contratual, há a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a carência de até 24 meses aplicável aos eventos relacionados à doença ou lesão preexistente à celebração do contrato e de prévio conhecimento do consumidor. O consumidor, ao contratar um plano de saúde preenche uma ficha, a “Declaração do beneficiário”, na qual ele deverá listar as patologias já sabe ser portador e quais procedimentos cirúrgicos já realizou. Com sabe nessas informações, a empresa informará quais procedimentos estarão sujeitos à CPT – em geral, procedimentos cirúrgicos e exames de alta complexidade.

Esse período de carência é importante para evitar que a pessoa só adquira o plano de saúde em momento de necessidade, com utilização imediata de procedimentos complexos, o que descaracterizaria o objetivo do seguro, que é a cobertura de um evento imprevisível. Cabe

⁸ PEDRO ALVIM. O contrato de seguro. Rio de Janeiro: Forense, 1999, p. 58.

ressaltar neste ponto que a legislação brasileira proíbe a recusa da operadora de aceitar um beneficiário em razão da preexistência de qualquer doença, ao contrário de outros países como Portugal e Espanha, o que demonstra a importância do cumprimento do período de carência e CPT.

Outro mecanismo de limitação de utilização dos contratos de planos de saúde, previsto legalmente, é a cobertura somente dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos, editado a cada 02 anos pela ANS. Em que pese haver previsão legal que determina a cobertura pelas Operadoras de todas as patologias listadas na CID, a ANS prevê que as empresas devem garantir cobertura somente aos procedimentos listados em seu Rol.

A lei permite ainda a exclusão de cobertura de tratamentos experimentais, tratamentos estéticos, cobertura de próteses não relacionadas ao ato cirúrgico, entre outros. É permitido ainda às Operadoras que, antes da liberação de um procedimento de alta complexidade, seja feita uma análise prévia da solicitação para verificar a pertinência do pedido médico. Em havendo discordância, a Operadora poderá se valer do instituto da “divergência médica”, no qual se propõem uma junta médica para análise mais detalhada do caso.

Todos os mecanismos acima listados estão previstos e autorizados em lei, não configurando assim afronta aos direitos dos consumidores.

CONCLUSÃO

Pesquisas recentes realizadas nas principais cidades do país revelam que uma das maiores preocupações dos brasileiros é a saúde. Com o aumento da expectativa de vida, da melhora das condições econômicas das famílias brasileiras, e com a saúde pública cada vez mais deficitária, a preocupação com o acesso a melhores serviços em saúde passou a ser tema

de destaque. A população idosa brasileira tem aumentado consideravelmente, e esse processo de envelhecimento tem sido mais acelerado do que em outros países, em razão da diminuição da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida. A maior longevidade da população faz com que a demanda por um maior acesso a uma saúde de qualidade também aumente. Com o aumento da proporção dos idosos, aumentam-se também os gastos com despesas de saúde.

As empresas operadoras de planos de saúde surgem assim como uma opção, talvez a única, para um acesso mais digno aos serviços médicos. Vale ressaltar que a saúde pública brasileira é ineficiente (o Brasil possui uma alta carga tributária, porém o gasto em saúde no país ainda é muito inferior ao de outros países) e os serviços particulares possuem preços inacessíveis.

Em que pese ser a opção mais viável, as empresas de planos de saúde gerenciam os fundos mantidos com os recursos advindos dos pagamentos das mensalidades pelos consumidores, sendo uma atividade com fins lucrativos e sem subsídios públicos, e que, portanto devem se fazer valer de cláusulas limitativas em seus contratos para que a manutenção segura da atividade seja possível.

A assistência irrestrita à saúde é um dever do Estado e não de empresas privadas que atuam no setor de saúde. Assim, as inovações tecnológicas, crescentes a cada dia, não podem ser incorporadas, indiscriminadamente, às coberturas dos planos de saúde, sem que isso signifique uma revisão no preço das mensalidades dos contratos, como, muitas vezes, determinam as decisões judiciais, que tendem a entender que aos contratos deva ser incorporado tudo que de novo venha a existir. Essa incorporação é necessária, até mesmo para uma melhor prestação do serviço ao consumidor, porém isso deve ser feito de forma cautelosa, a fim de evitar o desequilíbrio na relação, não causando nenhum efeito negativo aos seus consumidores.

E é justamente nesse aspecto que as operadoras de planos de saúde podem se valer dos mecanismos de regulação para minimizar os custos, garantindo a manutenção sadia dos contratos. Dentre esses mecanismos, conforme abordado no presente trabalho, destacam-se os reajustes das mensalidades (tanto os reajustes anuais com índices aprovados pela Agência Nacional de Saúde, quanto os previstos contratualmente – por sinistralidade e por variação etária). As operadoras ainda tem a faculdade de excluir das coberturas contratuais alguns serviços não previstos como obrigatórios pela Lei n. 9.656/98 (as chamadas cláusulas restritivas ou limitativas), bem como prever a aplicação das carências contratuais.

A utilização desses mecanismos, frisa-se, não tem por escopo diminuir ou excluir os direitos dos consumidores, mas sim, garantir que os direitos de toda a massa segurada sejam respeitados, fazendo com que os contratos sejam mantidos de forma equânime e equilibrada, garantindo também a sobrevivência das operadoras de planos de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 9.656 de 03 de junho de 1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 23 jan. 2012.

FREIRE, Henrique. *Responsabilidade civil na área da saúde privada*. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico, 2010.

GALDINO, Flávio. *Introdução à teoria dos custos dos direitos: direitos não nascem em árvores*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *A história e os desafios da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Saraiva, 2008.

LEITE, Francine. *Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2011. Disponível em <http://www.iess.org.br/>. Acesso em: 23 jan. 2012

RADIS Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública e FIOCRUZ. Disponível em [HTTP://www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis). Acesso em 10 ago. 2012.

SÉGUIN, Elida. *Plano de Saúde*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.