

REAJUSTE NOS PLANOS DE SAÚDE

Thiago Fernando Da Silva¹

Ângela Araújo Costa²

Lilian Menezes de Almeida³

Recebido em: 28.05.2024

Aprovado em: 10.07.2024

Resumo: A pesquisa aborda a Lei 9.656/1998, que regula os planos de saúde no Brasil, e a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na regulação dos preços. O estudo destaca o descompasso entre os valores das tarifas e os serviços prestados, bem como os reajustes baseados na variação dos custos dos procedimentos médico-hospitalares e na faixa etária dos beneficiários. A problemática central é a falta de fiscalização governamental, que permite reajustes abusivos e não garante a qualidade dos serviços, resultando em desequilíbrio contratual. Os objetivos incluem explicar a relação contratual entre beneficiários e operadoras, discutir as modalidades contratuais, expor os índices de reajustes aplicados, identificar a regulamentação dos reajustes e analisar a possibilidade de intervenção estatal em relações contratuais abusivas. A pesquisa utiliza o método analítico e documental para analisar as legislações pertinentes, o Código Civil e o Código do Consumidor, demonstrando a abusividade nas relações entre empresas e beneficiários de planos de saúde privados. Os resultados da pesquisa indicam que os reajustes nos planos de saúde frequentemente são abusivos, penalizando especialmente os consumidores idosos, que são mais vulneráveis. A análise jurídica revelou que a legislação atual, embora estabeleça regras para reajustes, muitas vezes é inadequada para proteger os beneficiários contra práticas abusivas. Conclui-se que há uma necessidade urgente de maior fiscalização e intervenção estatal para assegurar que os reajustes sejam justos e proporcionais ao serviço prestado, evitando assim o desequilíbrio contratual e garantindo a proteção dos direitos dos consumidores.

Palavras-chave: Planos de saúde; Reajuste; Jurisprudência; Legislação.

¹ Discente do curso de direito da FAMIG – Faculdade Minas Gerais

² Revisor. Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local pelo Centro Universitário UNA - BH. Especialista em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS pela Universidade Cândido Mendes. Graduada em Direito pela Faculdade Minas Gerais - FAMIG. Especialista em Língua Portuguesa - Leitura e Produção de Textos pelo Centro Universitário Uni-BH e graduada em Letras pelo Centro Universitário Newton Paiva.

³ Revisor. Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2006). Servidora Pública do município de Contagem Especialista em Saúde da Família e em Micropolíticas do Trabalho e da Gestão em Saúde.

READJUSTMENT IN HEALTH PLANS

Abstract: The research addresses Law 9,656/1998, which regulates health plans in Brazil, and the role of the National Supplementary Health Agency (ANS) in regulating prices. The study highlights the mismatch between the tariff values and the services provided, as well as the adjustments based on the variation in the costs of medical and hospital procedures and the age group of the beneficiaries. The central problem is the lack of government supervision, which allows abusive adjustments and does not guarantee the quality of services, resulting in contractual imbalance. The objectives include explaining the contractual relationship between beneficiaries and operators, discussing the contractual modalities, exposing the adjustment rates applied, identifying the regulation of adjustments and analyzing the possibility of state intervention in abusive contractual relationships. The research uses the analytical and documentary method to analyze the relevant legislation, the Civil Code and the Consumer Code, demonstrating abusiveness in relationships between companies and beneficiaries of private health plans. The research results indicate that adjustments to health plans are often abusive, especially penalizing elderly consumers, who are more vulnerable. The legal analysis revealed that current legislation, although it establishes rules for adjustments, is often inadequate to protect beneficiaries against abusive practices. It is concluded that there is an urgent need for greater supervision and state intervention to ensure that adjustments are fair and proportional to the service provided, thus avoiding contractual imbalance and guaranteeing the protection of consumer rights.

Keywords: Health plans; Readjustment; Jurisprudence; Legislation.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como assunto o reajuste dos planos de saúde, uma discussão política de incidência polêmica que circunda a atualidade, haja vista o elevado valor das tarifas médicas dos planos de saúde. Além do descompasso da tarifa para com o serviço efetivamente prestado.

A lei n. 9.656 é responsável por disciplinar os planos e seguros privados de assistência à saúde e foi criada em 1998 e, desde então se aplica às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde.

A lei garante a prestação do serviço ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecidos, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde. (BRASIL, 1998).

Concernente aos reajustes, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência responsável pela regulação dos preços e índices de reajustes nos planos de saúde, que atualmente ocorrem com base na variação dos custos dos procedimentos médico-hospitalares, objetivando manter a prestação dos serviços contratados.

Assim, o aumento no custo desses procedimentos influencia diretamente no aumento da tarifa do plano de saúde. Outro medidor de tarifa é a faixa etária do beneficiário, que tem sua apólice aumentada a medida que a idade aumenta.

É necessário e também permitido por lei que haja reajustes periódicos nas mensalidades dos planos de saúde, em razão de variações dos custos dos serviços prestados, mão de obra, dentre outros fatores.

O que não pode ocorrer, no entanto, é um desequilíbrio na relação contratual, ou seja, tal reajuste não pode ser abusivo, onerando apenas o beneficiário.

O reajuste precisa ocorrer de maneira que o beneficiário suporte a despesa, bem como na medida em que a assistência médica seja também prestada a altura do valor dispendido. Desta feita, o trabalho tem como tema analisar os reajustes dos planos de saúde, compreendendo como estes índices funcionam e qual a base de cálculo utilizada.

Neste cenário, propõe-se como problemática de pesquisa o questionamento da falta de fiscalização do governo, que permite o reajuste abusivo e que também não fiscaliza o serviço prestado, acarretando desequilíbrio do contrato, extremamente oneroso ao beneficiário, que paga um elevado valor de tarifa e, ainda não recebe uma prestação de assistência médica de qualidade.

Apresenta-se como objetivo geral da pesquisa discorrer sobre os reajustes exorbitantes nas tarifas dos planos privados de saúde, que onera o beneficiário de maneira abusiva e desproporcional ao serviço efetivamente prestado.

Diante do objetivo geral, apresentam-se como objetivos específicos: Explicar a relação contratual de beneficiário e operadora de plano de saúde, seus deveres, direitos e obrigações; Discorrer sobre as modalidades contratuais dos planos de saúde, quais sejam individual, familiar, coletivo ou empresarial; Expor os índices de reajustes aplicados, como reajuste anual e faixa etária; identificar a regulamentação do reajuste dos planos de saúde, bem como se estes são devidamente fiscalizados e por quais órgãos; Analisar a possibilidade da intervenção do Estado nas relações contratuais abusivas.

Para tanto, a pesquisa será documental, seguindo o método analítico, tornando possível assim analisar as legislações referentes aos planos de saúde, o Código Civil e o Código do Consumidor, fundamentando o tema com um conteúdo plausível que demonstre quão abusivo tem sido essa relação entre empresa contratante e beneficiário de assistência médica privada.

2. REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE: relações contratuais e obrigações do contratado

Os planos de saúde no Brasil são realizados por meio de contratos de adesão, ou seja, com "cláusulas preestabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de serviços, sem margem para que o consumidor (beneficiários) possa discutir ou modificar suas cláusulas". (VIEIRA, 2019, p. 4). Ao beneficiário, se assim quiser contratar o serviço de

saúde privado, cabe apenas a aceitação das cláusulas, preenchendo apenas seus dados pessoais.

Assim, identifica-se que os valores do plano assistencial também estão consagrados em cláusulas preestabelecidas, não sendo possível ao beneficiário sua contestação, apenas aceitação. Igualmente, os reajustes que ocorrem na tabela de preço dos planos também são preestabelecidos, não sendo autorizado ao beneficiário sua discussão.

Estes reajustes ocorrem em razão da faixa etária e em razão da anuidade contratual, isto é, a cada 12 meses, ou um ano, o contrato sofre reajuste em seu valor. E a cada mudança de faixa etária, o mesmo também se reajusta, exemplo: de 31 a 35 anos um determinado valor; de 36 a 40 anos um valor mais elevado e assim sucessivamente. (VIEIRA, 2019).

As operadoras são livres para estabelecer os preços dos planos de saúde, desde que obedeçam aos critérios previstos no ordenamento jurídico pátrio.

Porém, no que diz respeito a esses critérios, a Lei nº 9.656/1998, em seu art. 15, admitiu a idade como a única condição para diferenciar o preço das mensalidades dos planos entre os consumidores (BRASIL, 1988).

Para efeitos práticos desta norma, o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU editou a Resolução nº 6/1998, fixando sete faixas etárias para a cobrança diferenciada das mensalidades, quais sejam: (1) 0 a 17 anos; (2) 18 a 29 anos; (3) 30 a 39 anos; (4) 40 a 49 anos; (5) 50 a 59 anos; (6) 60 a 69 anos; e (7) 70 anos ou mais. Além disso, o seu artigo 2º previa que as operadoras podiam "adotar por critérios próprios os valores e fatores de acréscimos das contraprestações entre as faixas etárias, desde que o valor firmado para a última faixa etária não seja superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária" (BRASIL, 1998, s.p.).

Entretanto, o artigo 15, §3º, da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) vedou a discriminação do idoso - pessoa de 60 anos ou mais - nos contratos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados, condicionados à idade. (ANS, 2023). Assim, a ANS, com a finalidade de atender ao Estatuto do Idoso, editou a Resolução Normativa nº 63/2003, criando critérios para a variação de preço por faixa etária nos planos de saúde cujos contratos foram firmados a partir de 1º de janeiro de 2004.

Ao abordar a hipervulnerabilidade do consumidor idoso, Schmitt (2014) assevera que o seu estado denuncia uma fraqueza e uma relação de dependência acerca do mercado consumerista, fazendo-se necessária uma atenção especial, a fim de se evitar que o idoso seja uma vítima permanente das práticas abusivas.

Por outro lado, segundo Gregori (2019), os preços cobrados, não obstante os valores pagos pelo usuário serem onerosos, para as operadoras de plano de saúde é insuficiente, em razão do aumento da sinistralidade e envelhecimento da população. Assinale-se, ainda, que após o Estatuto do Idoso não mais se permite elevar o preço das mensalidades de beneficiários com idade superior a 60 anos, mesmo sendo esta a faixa etária em que a pessoa fica mais suscetível às demandas por serviços de saúde.

Segundo Gregori (2019), o tabelamento causa distorções no necessário equilíbrio entre a oferta e demanda, trazendo imperfeição ao mercado. No entanto, a lei prevê a possibilidade de as operadoras reajustarem seus preços gradativamente, desde que esteja previsto em contrato as faixas etárias e os percentuais de reajustes que irão incidir sobre cada idade, não sendo permitidos aumentos para pessoas com idade superior a 60 anos, que sejam usuários do plano de saúde por mais de dez anos. Na verdade, este risco é transferido para pessoas que estejam na faixa etária que vai até os 59 anos.

A Resolução Normativa 63/2003 estabeleceu dez faixas etárias, em substituição às sete faixas anteriores, quais sejam: (1) 0 a 18 anos; (2) 19 a 23 anos; (3) 24 a 28 anos; (4) 29 a 33 anos; (5) 34 a 38 anos; (6) 39 a 43 anos; (7) 44 a 48 anos; (8) 49 a 53 anos; (9) 54 a 58 anos; e (10) 59 anos ou mais (art. 2º). Determinou também que a variação acumulada entre a sétima e décima faixa etária não poderia ser maior do que a variação acumulada entre a primeira e a sétima, cujas variações apresentariam percentuais positivos (art. 3º, incs. II e III). Com relação ao valor da última faixa etária, este continuava não podendo ser superior a seis vezes o valor da primeira (art. 3º, inc. I) (ANS, 2023)

A justificativa para o reajuste é que em caso da idade mais avançada (a partir de 59 anos), presume-se que a pessoa use com maior frequência os serviços de saúde, o que enseja este tratamento assimétrico se comparado a indivíduos mais jovens, considerados de baixo risco. Assim, quanto maior risco, maior a contraprestação. Este é o fundamento do aumento de mensalidade para o usuário de idade mais avançada.

A normatização dos reajustes referentes aos planos de saúde da pessoa idosa é questão de grande relevância tendo em vista que é esta a faixa etária em que as pessoas ficam mais suscetíveis a doenças e não podem ser penalizados com reajustes abusivos, que muitas vezes inviabilizam o pagamento das mensalidades e deixa o idoso carente de tratamento médico adequado na fase da vida que mais necessita (VIEIRA, 2019).

Acrescenta-se ao regramento estipulado na Lei de Planos de Saúde e nas resoluções da ANS, as normas e princípios estipulados no CDC (Lei nº 8.080/1990), em face da nítida aplicabilidade deste diploma legal à relação jurídica estabelecida com os usuários (Súmula nº 469/STJ)¹.

O CDC, consoante a inteligência do art. 6º, inc. III cita como direito fundamental do consumidor o acesso às informações corretas sobre os serviços que contrata, possibilitando que o consumidor, previamente no momento em que assinar o contrato, tenha pleno conhecimento das obrigações que ambas as partes assumiram naquele negócio jurídico (MARQUES, 2016).

Sobre o direito à informação, Christoph Fabian explica:

O direito à informação, esculpido no artigo 6º, III CDC, em consonância com o princípio da informação, expresso no artigo 4º, IV CDC, estabelece a obrigatoriedade da informação dentre os direitos básicos do consumidor, o qual constitui dever fundamental do fornecedor em prestar informações claras e adequadas ao consumidor, relacionadas aos produtos/serviços fornecidos (FABIAN, 2012, p. 157).

Partindo-se de uma análise integral de toda a legislação que enfrenta a questão dos reajustes contratuais, é possível compreender o limite de atuação das operadoras, que, uma vez respeitados, permitiriam ao usuário uma previsão da progressão do valor das mensalidades do plano de saúde, aplicada de forma justa e razoável.

Porém, quedam-se cotidianamente surpresos os consumidores ao verificarem acréscimos acentuados, repentinos e absurdos, por meio dos quais as mensalidades são dobradas ou mesmo triplicadas, obrigando o desembolso de uma parcela substancial dos rendimentos familiares ou, quando a situação financeira não o permite, o desligamento do plano.

Mensalidades diferenciadas devido à idade, motivou a criação da regulação hodierna sobre as faixas etárias nos planos pela ANS Suplementar, orientando a Resolução Normativa 63/2003, que elenca 10 faixas etárias, a maior tendo início aos 59 anos, e alerta para algumas regras que geram aumentos abusivos, proibindo, desta forma, que novas majorações aconteçam a partir dos 60 anos (BRASIL, 2003).

Os entendimentos esposados pelo STJ divergiam, seja quando autorizavam ou mesmo quando negavam o reajuste dos planos de consumidores idosos, a exemplo do REsp. 809.329/RJ, cuja relatora foi a ministra Nancy Andrighi. O acórdão deste REsp. está entre os muitos acórdãos que negam o reajuste inclusive para os contratos que foram firmados antes do Estatuto do Idoso entrar em vigor (BRASIL, 2008).

O caso analisado fundamentou-se na impossibilidade do reajuste realizado com base nos artigos constantes no Estatuto do Idoso e no CDC. Em suas razões, a Ministra defendeu o argumento de que o consumidor que atingiu a idade de 60 anos estará amparado contra aumentos que se valem tão-somente do critério da passagem de ano, mais especificamente o alcance de 60 anos de idade, consoante preconiza o Estatuto do Idoso, uma vez que a própria Lei dos Planos de Saúde proíbe esse aumento fundamentado somente no critério temporal (BRASIL, 2008).

É de registrar-se, ainda, que não se apregoa uma excepcionalidade aos idosos no sentido de ficarem às margens do processo que regula o sistema privado de planos de assistência à saúde, mas sim apenas um regramento a uma situação contingencial.

Para a Ministra, por ser o contrato de plano de saúde de trato sucessivo, sua aplicabilidade passa a ser imediata, não tendo que se excluir os contratos entabulados antes da vigência da Lei. Assim, em seu entendimento, o parágrafo terceiro do art. 153 do Estatuto do Idoso é plenamente aplicável nas relações de consumo, mais especificamente, nas relações como caixa (BRASIL, 2008).

Ainda no mesmo julgamento, o ministro Castro Filho, em voto de divergência, entendeu que o Estatuto do Idoso não seria aplicável aos contratos firmados antes de sua vigência, pois se deveria observar o ato jurídico perfeito e o direito adquirido. Assim, entendeu o Ministro, por meio do voto-divergente, que o contrato celebrado entre as partes deve ser cumprido em sua integralidade, porquanto se existir cláusulas que assegurem o aumento pela simples motivação da mudança de faixa etária, deverá o contrato ser tido

com válido e também regular, prestigiando assim os fatos e normas vigentes a época da contratação (BRASIL, 2008).

Acompanhando a divergência levantada pelo ministro Castro Filho, o ministro Humberto Gomes de Barros também se manifestou filiando-se às razões do voto-vista, porquanto o seu voto ocorreu no sentido de que aceitar a aplicação imediata do Estatuto do Idoso seria o mesmo que autorizar a violação do ato jurídico perfeito, tendo em vista que o contrato já havia sido entabulado e, portanto, se consumando segundo a lei vigente ao tempo da pactuação.

Assim, o ministro Humberto Gomes de Barros, dizendo que "o Estatuto do Idoso não se aplica aos contratos consumados antes de sua vigência, porque constituem atos jurídicos perfeitos." Malgrado os argumentos trazidos, o voto, assim como a divergência, foram vencidos pelo entendimento firmado pela Relatora.

No entanto, o julgado analisado é do ano de 2008 e seguindo a tendência de alguns julgados mais antigos que não deixavam dúvidas sobre a abusividade do reajuste de mensalidades de plano de saúde em razão de mudança da faixa etária, em 2015, um julgado do STJ decidiu no sentido de reconhecer a abusividade da cláusula contratual que prevê o reajuste de mensalidades de plano de saúde em decorrência única e exclusiva da mudança de idade do segurado. Trata-se do agravo regimental no agravo em RE nº 60.268 - RS, julgado no dia 05/02/2015 e que teve como Relator o Ministro Raul Araújo .

A jurisprudência recente firmada pelo STJ, contrariando a perspectiva de julgamento que até então fora adotada, construiu perigosa interpretação contrária ao consumidor idoso. O grande número de recursos repetitivos tendo este assunto como objeto, conduziu ao tema repetitivo 952, com fundamento no REsp 1.568.244/RJ, o qual objetivou colocar um fim na discussão, ao decidir que é possível que os planos de saúde individuais ou familiares sejam ajustados desde que haja previsão contratual, sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios (VERBICARO; ARRUDA, 2019).

É importante destacar que, apesar de o STJ ter tentado coibir a abusividade dos reajustes, o caso sobre o qual versa o Recurso foi reajustado em 88% e mesmo assim o STJ não entendeu ser este percentual desarrazoado (BRASIL, 2016).

Casos como o que se encontra em relevo devem ser analisados com a devida cautela tendo em vista que o reajuste desarrazoado não obsta somente a fruição de um serviço pelo consumidor idoso, mas impede seu exercício do direito fundamental à saúde, tendo em vista que o elevado índice de reajuste impedirá que o idoso permaneça no plano, após ter contribuído por toda a vida e sendo agora deixado desvalido quando mais precisa (VERBICARO; ARRUDA, 2019).

Dito de outra forma, como o risco da operadora foi elevado devido à idade, entende-se por bem que este deve ser transferido ao segurado elevando-se de forma abusiva o valor da mensalidade e, em caso de o idoso não conseguir honrar as mensalidades, é

permitida sua exclusão do Plano, pois, como bem lembraram Verbicaro e Arruda (2019, p.45), "na análise da equação do custo e benefício sua permanência não seria mais interessante financeiramente para a administradora".

Trata-se, pois, de um precedente que coloca o consumidor idoso em grande risco tendo em vista que a tênue linha do que se entende por percentual desarrazoado ou aleatório pode resultar em casos em que os reajustes

Consumidor segurado perceber abuso no aumento de mensalidade de seu seguro de saúde, em razão de mudança de faixa etária, poderá questionar a validade de tal medida, cabendo ao Judiciário o exame da exorbitância, caso a caso. 3. No presente caso, o Tribunal de origem, examinando o acervo fático-probatório dos autos, concluiu que o reajuste aplicado foi exorbitante e desproporcional. Alterar tal conclusão é inviável em recurso especial, ante o óbice das Súmulas 5 e 7 do STJ. 4. Agravo regimental a que se nega provimento. (AgRg no AREsp 60.268/RS, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 05/02/2015, DJe 23/02/2015).

Considerados legais poderão causar desequilíbrios econômico- financeiros e, portanto, inviabilizar o próprio direito à vida e à saúde. Nesse sentido, bem se manifestam Verbicaro e Arruda ao dizerem que:

Por mais que se busque possibilitar o exercício da atividade empresarial, determinadas medidas, como os aumentos abusivos dos valores das mensalidades, vão de encontro à função social dos respectivos contratos de plano de saúde, apenas alimentando uma perversa lógica capitalista. Ademais, a decisão em referência resgatou o vetusto princípio do *pacta sunt servanda* para a relação de consumo, subvertendo a premissa importante de que, na relação de consumo, a autonomia da vontade, sobretudo quando identificada a hipervulnerabilidade do segurado idoso nos contratos de planos de saúde, será sempre relativa, pelo reconhecimento da coação econômica do mesmo (VERBICARO; ARRUDA, 2019, p.46).

Por fim, não é demais afirmar que referida decisão convalidou uma autoridade decisória, praticamente irrecorrível da ANS, agência competente para avaliar os critérios de reajustes adotados pelas operadoras de planos de saúde privadas, motivando que se recorra ao judiciário para pleitear a revisão judicial do contrato após improvável reconhecimento de onerosidade excessiva, tornando subjetiva uma interpretação que, para o consumidor idoso, deveria ser objetiva, já que nesta faixa etária, como bem demonstram Santos e Rifiotis (2006) o idoso vivencia o aumento do grau de dependência decorrente de doenças crônico- degenerativas típicas em idade avançada como, por exemplo, as cerebrovasculares (Acidente Vascular Encefálico), Alzheimer e demências diversas, a exemplo da demência decorrente da doença de Parkinson. E, quanto menor a capacidade funcional, autonomia, maior a utilização dos serviços de saúde.

Assim, a eficácia horizontal dos direitos fundamentais requer que direito social à saúde do consumidor idoso seja protegido dos poderes privados, traduzindo restrição à autonomia da vontade, sem inviabilizar, no entanto, o lucro ao qual se busca com a

atividade econômica explorada, desde que o consumidor não seja excessivamente onerado, a ponto de ter seu direito fundamental à saúde ameaçado.

Por derradeiro, entende-se que não reconhecer a abusividade no reajuste dos planos de saúde devido à faixa etária pode sinalizar para que não seja reconhecido também o direito à saúde e o direito à vida, valor maior do sistema jurídico pátrio, o que permite concluir que a decisão do STJ é deveras arriscada e poderá implicar em retrocesso jurisprudencial, pois convalida práticas empresárias desarrazoadas se analisadas com fundamento no CDC e na CRFB/1988

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando-se ao fim desta pesquisa, é necessário retomar o objetivo geral proposto, qual seja, discutir a validade das cláusulas de reajuste por mudança de faixa etária nos planos de saúde antigo.

O Direito do Consumidor, por ser um Direito Fundamental, tem lugar de destaque no ordenamento jurídico brasileiro, funcionando como verdadeiro instrumento de pacificação e de promoção da igualdade. Neste ambiente de busca pela igualdade nas relações econômicas, esta pesquisa analisou a tese fixada pelo STJ conforme os fundamentos jurídicos elencados no acórdão do REsp. nº 1.568.244 - RJ.

Foi visto que a decisão do STJ acerca do tema repetitivo 952, através do Acórdão proferido no referido REsp. caminhou no sentido contrário do dirigismo contratual proposto pela pelo CDC, dando margens para que o consumidor idoso seja lesado, posto que colocou em relevo a autonomia da vontade relegando a segundo plano o controle das cláusulas abusivas em contratos firmados junto às operadoras de planos de saúde, que agora podem se valer de uma brecha deixada pela legislação para reajustar as mensalidades consoante a mudança da faixa etária do consumidor. Ademais, trata-se de decisão que fragiliza a possibilidade de obter judicialmente decisão favorável no que tange à revisão judicial do contrato, já que confere eficácia praticamente absoluta às normas da ANS no que tange aos parâmetros técnicos empregados para aferir possível abusividade no reajuste das mensalidades.

Impossibilitar a revisão judicial dos contratos com fundamento na lógica de que a ANS poderia exercer de forma adequada sua função regulatória quando da análise dos reajustes abusivos é indubitavelmente uma ameaça à preservação do equilíbrio econômico-financeiro contratual, trazendo a lume a possibilidade de o idoso se ver desvalido ao ver-se obrigado a romper com o vínculo contratual, por não mais ser capaz de honrá-lo.

Urge reconhecer a inexistência de liberdade decisória do consumidor idoso referente à contratação do plano de saúde, sua hiper vulnerabilidade quando se vê obrigado a arcar com o reajuste abusivo das mensalidades devido ao avanço de sua idade, a clara transferência do risco da atividade econômico-financeira ao consumidor tendo em vista não mais interessar à operadora manter os segurados idosos como clientes já que estes agora têm mais chances de necessitar dos serviços de saúde prestados, o retrocesso da

proteção administrativa ao usuário de serviços públicos e, por fim, a interpretação do STJ que a priori, obsta a revisão dos critérios de reajuste das parcelas dos planos de saúde por mudança de faixa etária.

Do exposto conclui-se que precedentes como o que decorre do julgamento do REsp 1.568.244/RJ poderão trazer consequências de ordem financeira e social desastrosas para o consumidor idoso, colocando, inclusive sua saúde em risco após suspensão dos serviços prestados pelo plano em razão da extinção do vínculo contratual (BRASIL, 2016).

Portanto, urge que sejam assentadas sólidas diretrizes interpretativas para o entendimento firmado pelo STJ, com vistas a evitar que estes consumidores, que já têm sua vulnerabilidade agravada em razão da idade avançada e maior suscetibilidade a doenças graves, não possam contar com a cobertura do plano de saúde e, desta forma, não fiquem prejudicados com a desarrazoada aplicação de um precedente que supostamente torna possível assegurar o equilíbrio da ordem econômica sem deixar de considerar os legítimos interesses dos consumidores. Caberá às justiças estaduais sensibilizar-se com relação a esta preocupante realidade, aplicando o posicionamento dominante do STJ.

Assim, não obstante a distinção dos preços em razão das faixas etárias ser válida, o mesmo não se pode dizer dos reajustes abusivos realizados pelas operadoras de saúde, o que precisa ser combatido por todos os órgãos estaduais, posto que o idoso merece ser tratado com respeito da mesma forma que os demais consumidores e o fato de serem mais suscetíveis a doenças não pode servir como justificativa para que tenha seu contrato onerado excessivamente, a ponto de não ser possível, após uma vida contribuindo com a administradora, manter o plano que lhe é essencial.

Mesmo estando o Brasil mergulhado em uma crise político e econômica, este é um tema de incontestável relevância e precisa ser amplamente debatido, sob pena de se enfrentar um retrocesso que não se compatibiliza com a proteção especial à qual o consumidor idoso faz jus.

Discutir sobre a velhice sugere muito mais do que a consideração de um fenômeno demográfico que acontece em todo o mundo. É preciso pensar a velhice nas suas múltiplas faces, em seus variados contextos e, ao mesmo tempo, lutar para que se concretize, em termos de aplicabilidade, as responsabilidades da proteção social ao idoso por parte da família, da sociedade, mas, sobretudo, do Estado

Não é demais afirmar que à medida que a população idosa cresce, é preciso que se amplie também a rede de proteção em torno desses indivíduos. O Estatuto do Idoso afirma em seu artigo 3º que o idoso tem, dentre outros direitos, o direito à assistência à saúde. Porém o que se sabe é que o Brasil é carente de políticas públicas que tornem possível a efetivação desses direitos. Entende-se que decisões como a analisada neste trabalho encontram-se completamente dissociadas das políticas públicas de proteção ao idoso, o que as fazem inócuas.

REFERENCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ANS define limite para reajuste dos planos individuais e familiares: Reajuste de mensalidade: Percentual anunciado pela Agência é o máximo que pode ser aplicado para o período de maio de 2023 até abril de 2024, publicado em 16 jun. 2023. Disponível

m:https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22200:informacoes-sobre-a-saude-suplementar-no-brasil&catid=3 Acesso em: 20 de junho de 2024.

ALMEIDA, J. B. Manual do direito do consumidor. São Paulo: Saraiva, 2003.

AMÉRICO, Rômulo Gabriel Barbosa. **Precificação de Plano de Saúde Suplementar: a regulação e burocratização do sistema.** 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Atuariais). Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

BAHIA, Lígia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. Brasil: **radiografia da saúde.** Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001.

BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. **Planos de Saúde: Doutrina, Jurisprudência e Legislação.** In: AGUILLAR, Fernando Herren (Org.). Coleção Direito Econômico São Paulo: Saraiva, 2015.

BRAGA, Paulo Cesar da Silva. **Responsabilidade Civil do Estado pela Insuficiência da Saúde Pública.** Curitiba: Juruá Editora, 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 171, 29 de abril de 2008. Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 abr. 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI4NA==>>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sala de situação. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, Senado, 05 de out. de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Senado, 12 de setembro de 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: Brasília, Senado, 04 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, Senado, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso especial repetitivo nº 1.568.244. 2ª Seção. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Data de julgamento: 14 dez. 2016. Disponível em:

https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=201600571401&dt_publicacao=16/12/2016. Acesso em: 20 de junho de 2024.

CECHIN, Jose. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva Letras & Lucros. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Informações sobre a saúde suplementar no Brasil. Brasília, 2010. Disponível em:

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22200:informacoes-sobre-a-saudesuplementar-no-brasil&catid=3. Acesso em: 20 de junho de 2024.

CRUZ, F. **Judicialização na saúde cresce 130% no país, mostra estudo**. Agência Brasil. São Paulo, 18 mar. 2019. Disponível em:

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22200:informacoes-sobre-a-saudesuplementar-no-brasil&catid=3. Acesso em: 25 abr. 2024.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. Curso de direito de saúde suplementar: Manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: **MP**, 2006.

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

GREGORI, Maria Stella. Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. 4. ed. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2019.

MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 8. ed. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2016.

REALE, M. **Lições Preliminares de Direito**. 27. ed. São Paulo. Saraiva. 2009

Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, n. 78, p.339-351,2011.

RIBAS, Bárbara Kirchner Corrêa. **Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da saúde**. 224 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009. p. 4. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/19112/BarbaraKirchnerMestradoUFPRDissertacao%20vf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

SAMPAIO, Aurisvaldo Melo. Contratos de Planos de Saúde. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2010.

SANTOS, Fausto Pereira dos. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar**. 2006. 191 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000386630>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

SANTOS, Sílvia Maria Azefvedo; RIFIOTIS, Theophilos. **Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora**. In: SINSON, Olga Rodrigues de Moraes Von Simson; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire. As múltiplas faces da velhice no Brasil. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2006. p.141-164.

SCHAPIRO, Mário Gomes. Estado, Economia e Sistema Financeiro: Banco de Desenvolvimento como opção regulatória e como estrutura de governança. In: LIMA,

Maria Lúcia LabateMantovanini Pádua Lima (Org.). Agenda Contemporânea: direito e economia -30 anos de Brasil, tomo 2. **São Paulo: Saraiva**, 2012, v. 2, p. 120-152.

SCHMITT, Cristiano Heineck. **Consumidores Hipervulneráveis**. São Paulo: Atlas, 2014.

SILVEIRA, Karyna Rocha Mendes. **Doença pré-existente no plano de saúde**. São Paulo: Saraiva, 2009.

VERBICARO, Dennis; ARRUDA, Sergie Gerrits. A hipervulnerabilidade do consumidor idoso nas mensalidades dos planos de saúde em razão da idade na jurisprudência repetitiva do STJ (RESP 1.568.544/RJ). **Revista do Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais da Unijuí**, ano XXVIII, n.51, p.34-48, Jan./Jun., 2019.

VIANA, Andson de Freitas. Operadoras de Planos de Saúde: um estudo sobre a Insolvência das Operadoras de Planos de Saúde. **São Paulo: Dialética**, 2021.

VIEIRA, L. F. **Judicialização em planos de saúde coletivos: conflitos entre consumidores hipervulneráveis e operadoras**. Artigo apresentado a UNIFAMETRO, Ce