

MÁRIO SCHEFFER

Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias

São Paulo

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Scheffer, Mário

Os planos de saúde nos tribunais : uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo / Mário Scheffer. -- São Paulo, 2006.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias.

Descritores: 1.PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE 2.PODER JUDICIÁRIO 3.COBERTURA DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE

USP/FM/SBD-084/06

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação à professora Lígia Bahia
que, com seu saber acadêmico
único e apaixonante, contagiou o ativista.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Paulo Elias, pela autonomia concedida e pelos rumos sugeridos, sempre pertinentes e dialogados.

A Karina Grou e Andrea Salazar, amigas queridas, advogadas brilhantes e parceiras na militância em defesa da saúde.

Às assistentes Ruth Nagao, Juliana Ferreira e Thais Zogbi, imprescindíveis na coleta e na sistematização dos dados da pesquisa.

Aos colaboradores: Fernando Fulanetti, Dulce Rocha, José Humberto de Souza Santos, Liliane Reis Teixeira, Ricardo Conrado Serafim, Gilson Carvalho e Dinaura Franco.

Aos colegas do Grupo Pela Vidda/SP e do movimento de luta contra a Aids, pelos desafios e sonhos compartilhados.

A dissertação *Os Planos de Saúde nos Tribunais* contou, para sua execução, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC).

Este trabalho está de acordo com o *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias* do Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2ª edição, 2005.

SUMÁRIO

Lista de gráfico, quadros e tabelas

Resumo

Summary

1 – INTRODUÇÃO	1
2 – DESCRIÇÃO DO ESTUDO	10
2.1 Precedentes	10
2.2 Procedimentos metodológicos	12
3 – A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR	16
3.1 Histórico da regulamentação	18
3.2 Caracterização do setor	49
3.3 O universo dos planos de saúde no Estado de São Paulo	60
3.4 Instâncias de reclamações dos clientes de planos de saúde	67
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	85
4.1 Identificação dos acórdãos	85
4.2 Data de julgamento dos acórdãos	85
4.3 Titularidade dos acórdãos	86
4.4 Posição da operadora no acórdão	88
4.5 Operadoras que figuram nos acórdãos	88
4.6 Forma de contratação do plano	93
4.7 Data de contratação do plano	95
4.8 Resultados das decisões judiciais	97
4.9 Tipos de coberturas citados nos acórdãos	99
4.10 Doenças e problemas relacionados à saúde citados nos acórdãos	103
4.11 Doenças preexistentes; urgência e emergência; órteses e próteses	109
4.12 Legislações aplicadas e argumentações das decisões judiciais	115
4.13 Síntese dos resultados	133
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

APÊNDICES

GRÁFICO, QUADROS E TABELAS

GRÁFICO

Gráfico 1 – Decisões judiciais sobre planos de saúde	11
---	----

QUADROS

Quadro 1 – Distribuição de beneficiários e de operadoras de planos de saúde por classificação de operadora, Estado de São Paulo, janeiro de 2006	60
---	----

Quadro 2 – Cobertura por plano de saúde segmentado segundo a legislação	63
--	----

Quadro 3 – Ocorrências por tipo de reclamações, segundo o Disque-ANS, de julho de 2001 a setembro de 2005	76
--	----

Quadro 4 – Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas no Estado de São Paulo, 2002	105
--	-----

TABELAS

Tabela 1 – Ano de julgamento dos acórdãos no TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	85
---	----

Tabela 2 – Titularidade dos acórdãos analisados, julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	86
---	----

Tabela 3 – Posição da operadora nos acórdãos analisados, julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	88
---	----

Tabela 4 – 35 operadoras que mais figuram nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	88
---	----

Tabela 5 – Distribuição por segmento das operadoras citadas nos acórdãos, julgados em segunda instância pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	91
---	----

Tabela 6 – Forma de contratação dos planos de saúde citados nos acórdãos, julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	93
--	----

Tabela 7 – Data de contratação dos planos de saúde citados nos acórdãos, julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	96
Tabela 8 – Resultados de primeira e segunda instância dos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	97
Tabela 9 – Tipos de coberturas citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	99
Tabela 10 – Coberturas sem especificação do procedimento citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004.....	99
Tabela 11 – Coberturas com especificação do procedimento citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004.....	100
Tabela 12 - Procedimentos especificados mais freqüentes nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	101
Tabela 13 - Tipos de transplantes citados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	102
Tabela 14 – Doenças e problemas de saúde mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	104
Tabela 15 - As 10 doenças mais citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	106
Tabela 16 - Legislações aplicadas, por menção nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	116
Tabela 17 - Argumentos favoráveis à cobertura assistencial, baseados no CDC e mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	118
Tabela 18 - Argumentos favoráveis à cobertura assistencial, baseados na lei 9656/98 e mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	123
Tabela 19 - Argumentos de defesa das operadoras de planos de saúde, mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004	132

Resumo

O estudo Os Planos de Saúde nos Tribunais trata das ações judiciais relacionadas à cobertura assistencial de planos de saúde julgadas em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004. São descritas e analisadas as demandas levadas ao Poder Judiciário por usuários de planos de saúde que reclamam negação de assistência ou restrição de atendimento. Também são avaliados o comportamento e as argumentações da Justiça nas decisões, assim como as possíveis implicações, para o sistema de saúde brasileiro, da exclusão de coberturas praticadas pelos planos de saúde.

Descritores: 1 - Prestação de Cuidados de Saúde; 2 - Poder Judiciário; 3 - Cobertura de Serviços Privados de Saúde

Summary

This paper is about lawsuits filed against HMOs over coverage issues and ruled on by the São Paulo State Court of Appeals between January 1999 and December 2004. Enrollees' legal claims against HMOs for denial of medical care or restrictions on services are described and analyzed here. Also assessed are the attitudes and arguments behind court decisions, as well as the implications that HMO exclusions and limitations may have for the Brazilian health care system.

Descriptors: 1 – Delivery of Health Care; 2 – Judicial Power; 3 – Private Medical Coverage

1 – INTRODUÇÃO

A exclusão de coberturas assistenciais sempre foi um problema recorrente com repercussão direta na preservação da saúde e na vida da população usuária dos planos de saúde no Brasil.

Esta prática, que também é responsável por interferências na organização do sistema de saúde brasileiro, chama a atenção para a necessidade de melhor entendimento acerca da atuação do setor privado, sua relação com as políticas de saúde e os entraves que representa para a plena efetivação do direito à saúde no país.

A Constituição de 1988 definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado; atribuiu relevância pública às políticas, ações e serviços de saúde; estabeleceu os princípios de universalidade, equidade e ainda reconheceu a livre atuação da iniciativa privada na saúde. Mas somente dez anos depois, quando foi promulgada a Lei 9.656/98, em 1998, os planos e seguros de saúde privados passaram a ser regulados pelo Estado.

O artigo 197 da Constituição Federal estabelece que, como os serviços de saúde são de relevância pública, devem se submeter à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, sejam executados pelo Estado – por meio de serviços próprios, conveniados ou contratados – ou pela iniciativa privada.

Longe de haver consenso na literatura sobre esse tema, alguns estudiosos defendem que o serviço particular de uma empresa de plano de saúde, que opera uma atividade econômica relacionada à saúde, possuiria os mesmos deveres do Estado. Seus contratos deveriam, assim, estar submetidos às normas constitucionais e infraconstitucionais diretamente ligadas à saúde, especialmente a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90.

A idéia de que a iniciativa privada – no caso do presente estudo, as operadoras de planos e seguros de saúde – possa ficar imune à normatividade mais rigorosa do poder público tem sido cada vez mais refutada. O direito à atuação privada e ao lucro deve ser

respeitado, prevalecendo, no entanto, o interesse da coletividade e a busca do bem comum. O fornecimento de serviços de saúde adequados deve, portanto, se sobrepor aos interesses particulares e econômicos.

Gastão Vagner (2005) afirma que há uma série de evidências sociológicas e empíricas que apontam que, quando a atenção à saúde é pautada pela competitividade, e pelas leis do mercado, tende a haver degradação da qualidade, da eficiência e da responsabilidade. Por isso, completa, é necessário manter, por meio da regulação, algum caráter público dessa atividade.

Algumas justificativas para a uniformização do direito à saúde entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os planos privados extrapolam o campo da legislação, conforme pode-se observar em documento¹ produzido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2001):

(...) na prática, as interferências entre os recursos financeiros e assistenciais entre o público e privado na área da saúde, em nosso país, são muito mais complexas e extensas e requerem, respeitando-se o direito da atuação das empresas privadas, definições claras sobre a subordinação dos interesses privados aos públicos. (...) as clientelas são segmentadas mas compartilham a mesma base física de recursos no que se refere a capacidade instalada e aos subsídios fiscais que viabilizam as coberturas. A existência de um único mercado de planos e seguros de saúde é uma mera abstração. O que se constata é uma variedade muito grande de esquemas assistenciais muito diferenciados entre si.

Há, no entanto, autores que discordam da extensão do entendimento do que vem a ser direito à saúde. Estes evocam a distinção entre o sistema de saúde público, destinado a todos, e a assistência médica suplementar, destinada a quem pode e quer pagar pelo serviço e, por isso, alçada à condição de um negócio como outro qualquer. Silva e Silva (2004), por exemplo, entende que:

¹ *Regulamentação dos Planos e Seguros Saúde* (Notas Preliminares) – Grupo de Trabalho da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde, 21/08/2001.

A saúde suplementar não é um serviço delegado, ou sob concessão. Na verdade, a iniciativa privada exerce esta atividade (de saúde suplementar) a título próprio, por força da previsão constitucional do artigo 199, que diz: ‘A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.’

(...) o Estado não pode intervir diretamente na iniciativa privada. O artigo 174 estabelece que ‘como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado’.

Amélia Cohn (2001) vai além das dimensões legais e jurídicas ao afirmar que não é possível atualmente vislumbrar uma política que desvincule o direito de acesso dos indivíduos à saúde da lógica do mercado. A vinculação, diz a autora, está relacionada à disponibilidade de recursos para essa parcela da população, clientela de planos de saúde, mas também à lógica implementada pelo órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

(...) o que se verifica neste setor é uma crescente ‘tecnificação’ da política, isto é, a utilização de instrumentos técnicos como fator determinante na definição das políticas (obviamente aí predominando as razões econômicas) em substituição da política propriamente dita. No entanto, enfrentar a questão da saúde como direito do cidadão e do consumidor exigiria exatamente o caminho inverso: trazer a sociedade para dentro do Estado, ao invés de distanciá-la por meio da mistificação da técnica”

É fato que a Constituição, na abordagem da ordem econômico-financeira, define princípios a serem respeitados pela iniciativa privada:

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

(...) V - defesa do consumidor

Alguns autores argumentam que a defesa do consumidor, conforme estabelece a Constituição, é um princípio que deixa de conferir à atividade econômica a liberdade irrestrita. É o que pensa, entre outros, a jurista Cláudia Lima Marques (1999):

(...) estabeleceu o legislador constitucional a defesa do consumidor como um dos princípios da ordem econômica brasileira, a limitar a livre iniciativa e seu reflexo jurídico, a autonomia de vontade (art. 170, V). Ao garantir aos consumidores a sua defesa pelo Estado criou a constituição uma antinomia necessária em relação a muitas de suas próprias normas, flexibilizando-as, impondo em última análise uma interpretação relativa dos princípios em conflito, que não mais podem ser interpretados de forma absoluta ou estaríamos ignorando o texto constitucional.

Ao estipular como princípios tanto a livre concorrência quanto a defesa do consumidor, o legislador garante que os cidadãos não podem ser explorados, pois a eles são outorgados direitos, não só pela Constituição, mas também pelas normas infraconstitucionais.

O presente estudo trata justamente de um problema que revela a dificuldade de compatibilização entre os direitos à saúde e do consumidor, de um lado, e, de outro, o direito de livre exploração da atividade econômica por meio da prestação de um serviço essencial, que é a saúde.

Antes mesmo do processo de regulamentação da saúde suplementar no Brasil, a restrição de coberturas era prática inerente ao negócio dos planos e seguros saúde, que sempre considerou a seleção de riscos e as limitações de atendimento como critérios garantidores da preservação do lucro e da sustentabilidade econômica das operadoras.

A legislação específica representou, em parte, um avanço para a parcela da sociedade atendida pelos planos de assistência médica suplementar, pois tratava-se de um segmento que há mais de 30 anos atuava seguindo as “leis” do livre mercado, sem normas regulamentadoras, controle ou fiscalização por parte do Estado.

A Lei 9.656/98 trouxe, entre as inovações consideradas ao mesmo tempo positivas

e insuficientes, a definição de padrões mínimos de cobertura e o estabelecimento de critérios para a entrada, funcionamento e saída de empresas no setor. Também transferiu para o Poder Executivo a responsabilidade pela regulação e fiscalização destas operadoras privadas, tanto os aspectos assistenciais como aqueles ligados à atividade econômica.

Ao oferecer no mercado um plano de saúde, individual ou coletivo, as operadoras hoje tendem a observar normas estabelecidas especificamente para esta atividade, muitas delas restritivas quanto à cobertura assistencial. Vale frisar que uma década antes do marco regulatório, a sociedade já havia decidido, por meio das conquistas constitucionais, qual o tipo de sistema e de assistência à saúde queria para o país. Não havia espaço - na concepção cunhada pelo Movimento da Reforma Sanitária e respaldada pelo Congresso Nacional após ampla mobilização social - para a diminuição da saúde e do acesso à assistência à condição de mercadoria.

Nas análises sobre o setor de saúde suplementar no Brasil, a amplitude das coberturas, assim como os gastos com a remuneração dos prestadores de serviços e o valor das mensalidades, são apontados como elementos determinantes para o funcionamento e o comportamento das empresas de planos de saúde presentes no mercado.

Situações de exclusões de cobertura assistencial, constantemente denunciadas ou reivindicadas por usuários, expõem, na prática, o desequilíbrio e o conflito entre operadoras, prestadores de serviços e clientes. Este fato evidencia que nem o suposto virtuosismo da livre iniciativa, nem as normas reguladoras implementadas, têm sido capazes de solucionar o problema de forma adequada, uma vez que ele envolve interesses e expectativas diferentes.

Os temas ligados à regulação dos planos de saúde, entre eles a cobertura assistencial, antes restritos aos atores diretamente envolvidos – empresas, prestadores e consumidores – passaram a contar com um órgão regulador e a chamar cada vez mais a atenção dos sanitaristas, do meio acadêmico e das instâncias de gestão e controle social do SUS, tendo em vista as implicações com as políticas públicas de saúde.

Vários representantes destes setores, até então ausentes do processo regulatório

da saúde complementar, passaram a discutir regras e políticas que sejam capazes de tratar o sistema de saúde de uma forma mais ampla; que busquem o equilíbrio entre a garantia do direito à saúde e os aspectos econômico-financeiros envolvidos; que mantenham o norteamento pelos marcos doutrinários e de relevância pública do SUS; e que promovam a convivência democrática entre os legítimos interesses envolvidos, viabilizando-os minimamente e de forma negociada (Scheffer e Bahia, 2005).

O Conselho Nacional de Saúde (op. cit), por meio da Comissão Permanente de Saúde Suplementar, afirma que uma política para este segmento dos planos de saúde deve orientar-se pela defesa do direito à saúde e não apenas se ocupar em ditar regras para o mercado. O CNS rechaça a idéia, bastante disseminada, que aponta a existência de dois sistemas não relacionados e distintos: o SUS, considerado o sistema dos pobres, e os planos e seguros de saúde, para os trabalhadores formais e a classe média.

Nesta perspectiva, defendida pelo CNS, que é a instância maior de controle social das políticas de saúde, os problemas relacionados à saúde complementar – a exemplo das coberturas assistenciais – devem ser abordados não apenas como um assunto que diz respeito aos mais de 35 milhões de brasileiros ligados aos planos privados de saúde, mas também considerando as repercussões da configuração e das práticas deste setor nas diretrizes da política nacional de saúde.

Os limites e garantias contratuais de coberturas estabelecidas pelas empresas deste segmento configuram um dos aspectos mais controversos da relação público-privado no sistema de saúde brasileiro. Apesar de ainda não quantificados – tendo em vista os poucos estudos disponíveis –, sabe-se que não são poucos os recursos despendidos pelo SUS para prestar assistência a todo tipo de cobertura negada pelos planos de saúde, a exemplo das demandas relacionadas à urgência e emergência, alto custo e alta complexidade. Os cidadãos, principalmente os idosos e os portadores de patologias crônicas e deficiências, que possuem planos de saúde individuais, familiares ou coletivos, precisam recorrer, com certa frequência, à rede pública de saúde diante de situações de exclusões de cobertura e restrições de atendimento.

Estas limitações são impostas por cláusulas contratuais antigas, mas também são autorizadas pela própria legislação vigente ou por normas editadas pela ANS. Não raro, são limitações resultantes de cláusulas contratuais leoninas e até de má-fé das empresas.

Se comparadas às inúmeras restrições impostas nos contratos de planos de saúde assinados antes da legislação de 1998, as regras atuais promoveram a ampliação das coberturas para os chamados planos novos, ou seja, os contratos assinados a partir de janeiro de 1999. Ainda assim, uma série de limitações contidas na legislação em vigor e as exclusões impostas pelos planos antigos “empurram” para o SUS clientes de planos de saúde sem condições de arcar com os custos de serviços particulares.

Esta situação é um dos focos de atenção do presente estudo. Mas o trabalho não está centrado apenas na análise da regulamentação referente à restrição ou ampliação das coberturas e sua relação com o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. Ao avaliar, a partir do espaço do Judiciário, a intensidade das regras sobre coberturas e a efetividade do seu cumprimento, este estudo também pretende contribuir para uma melhor compreensão da complexidade do sistema de saúde brasileiro.

O presente estudo leva em conta os princípios constitucionais da dignidade humana, do direito à vida e do direito à saúde; os pressupostos relativos ao sistema de proteção e defesa do consumidor; as disposições do Código Civil; e também os marcos legais específicos: a Lei 9.656/98, combinada às Medidas Provisórias que a alteraram; e a Lei 9.961/00, promulgada em 2000 com o objetivo de criar e normatizar o funcionamento da ANS.

Dentre os supostos méritos da Lei 9.656/98, propagados durante o seu processo de tramitação no Congresso Nacional e após a sua promulgação, pelo Poder Executivo, figuravam o impedimento das restrições de atendimentos e a exigência da cobertura integral de todas as patologias contidas na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo todos os meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis. Decorridos vários anos de vigência da Lei dos Planos de Saúde,

há muitos obstáculos impedindo a real efetivação da cobertura prevista ou pretendida nos marcos legais.

Até a existência da nova legislação, a extensão da cobertura assistencial era, na prática, determinada pelos contratos – individuais ou coletivos – assinados entre os usuários e as operadoras de planos de saúde. Com o novo marco legal, os contratos passaram a ser padronizados e orientados pelas diretrizes da Lei 9.656/98, bem como por diversas resoluções editadas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu) e, a partir de 2000, pelo órgão regulador: a ANS.

Assim, a assistência e a amplitude da cobertura oferecida pelos planos de saúde estão condicionadas a vários fatores: época da contratação (há contratos novos, antigos e adaptados); cobertura definida pela lei para cada tipo de plano contratado após janeiro de 1999 (há segmentação de coberturas); forma de contratação (plano individual/familiar ou plano coletivo) e normatizações específicas do Consu e da ANS.

Na prática, apesar da regulamentação, a exclusão de atendimentos ainda figura como um dos principais motivos de queixas de usuários de planos de saúde. Além dos problemas relacionados à cobertura assistencial – objeto de análise neste estudo – a regulação pretendida para o mercado ainda não solucionou diversas outras situações. São exemplos a rescisão unilateral de contrato, o descredenciamento de prestadores de serviços, as limitações de período de internação, os longos períodos de carência e as mensalidades abusivas em função de mudanças de faixa etária. Nem mesmo o ressarcimento ao SUS, a ser realizado toda vez que um usuário de plano de saúde é atendido em unidade pública de saúde, foi totalmente equacionado pela regulamentação, que também não trata da relação entre a saúde suplementar e o Sistema Único de Saúde.

Os usuários que desejam obter a cobertura negada pelos planos de saúde podem buscar saídas mediante queixas e processos administrativos na empresa operadora, denúncias junto aos órgãos de defesa do consumidor ou reclamações junto à agência reguladora (via Disque ANS, principalmente). Diante da ineficácia destas alternativas – o que é bastante comum – só resta ao usuário de plano de saúde, que tiver condições

de constituir advogado, recorrer ao Poder Judiciário para a exigência de direitos supostamente desrespeitados.

Como será visto adiante, o marco regulatório da Lei 9.656/98 não é o principal norteador das decisões do Poder Judiciário. As especificidades dos contratos celebrados entre usuários e operadoras, sobre um tema de relevância pública – a saúde – interferem na qualificação das posições da Justiça. Não raro, o Judiciário tem apontado as contradições entre as práticas restritivas da assistência médica suplementar, o direito à saúde, assegurado pela Constituição e, principalmente, as garantias contidas no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil.

Ao analisar as ações judiciais que pleiteiam o atendimento negado ou limitado pelos planos de saúde, o presente estudo levanta o perfil das demandas apresentadas à Justiça, avalia a atuação do Judiciário, o seu papel de árbitro, bem como o comportamento e a jurisprudência acumulada nesses processos. As conclusões e considerações poderão, assim, contribuir não só para o debate sobre a necessidade de aprimoramento da regulamentação dos planos de saúde, mas para uma maior compreensão da relação público-privado no sistema de saúde brasileiro.

2 – DESCRIÇÃO DO ESTUDO

2.1 – PRECEDENTES

O presente estudo teve como ponto de partida as conclusões da pesquisa *Os planos privados de saúde e a efetividade da Justiça*, realizada de junho de 2004 a março de 2005 junto ao Laboratório de Economia Política da Saúde (LEPS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A pesquisa, que também contou com a participação do autor, analisou decisões judiciais proferidas sobre os pedidos liminares de tutela antecipada, relacionadas a planos e seguros privados de saúde. O objetivo foi avaliar o conteúdo das respostas rápidas às questões urgentes dos consumidores e, ao mesmo tempo, traçar um panorama da efetividade e do comportamento da Justiça.

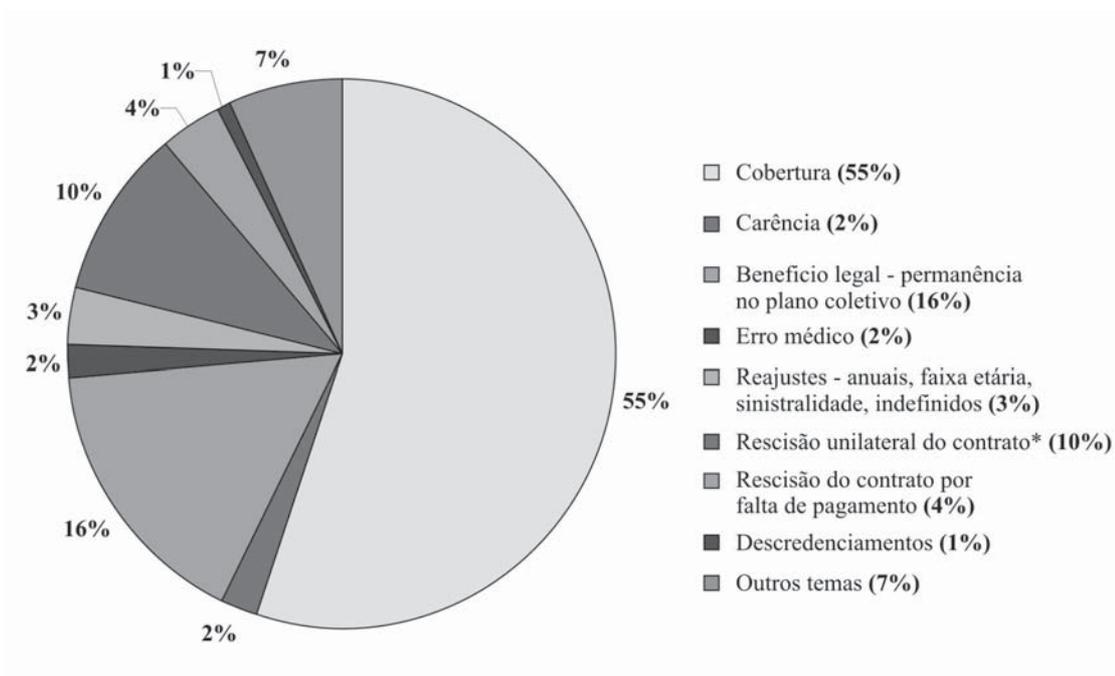
Diferente do atual estudo, que analisa as ações de segunda instância, o objeto da pesquisa anterior foi o agravo de instrumento, o recurso cabível da decisão que concede ou não o pedido liminar de antecipação de tutela formulado pelo consumidor. Foram, naquela ocasião, analisados 632 acórdãos, de decisões proferidas pelos órgãos colegiados dos Tribunais de Justiça de São Paulo e do Rio de Janeiro, estados com maior concentração de usuários de planos de saúde do país.

Dentre as questões que mais são levadas à Justiça (*Gráfico 1*), destacam-se as ações judiciais relacionadas a coberturas assistenciais, tema recorrente em mais da metade (55%) das decisões.

Daí a determinação do atual estudo em aprofundar a análise das sentenças referentes a coberturas, mas desta vez pesquisando as decisões de mérito proferidas em segunda instância, uma vez que as decisões liminares ou de tutela antecipada têm caráter provisório.

Desta forma, além de maior conhecimento sobre as demandas relacionadas a coberturas, o estudo *Os Planos de Saúde nos Tribunais* também possibilitou, como será visto adiante, uma abordagem do comportamento do Judiciário a partir de decisões definitivas em segunda instância.

Gráfico 1 – Decisões judiciais sobre planos de saúde



Fonte: *Os planos privados de saúde e a efetividade da Justiça* - Laboratório de Economia Política da Saúde (LEPS) – UFRJ, 2005.

Outro estudo, *O Remédio via Justiça*, coordenado pelo autor da presente dissertação e publicado em 2005 pelo Programa Nacional de DST/Aids, também consistiu em importante referência. O trabalho percorreu o caminho das ações judiciais que pleiteiam medicamentos e exames para pessoas vivendo com HIV/Aids.

Na ocasião, a partir da coleta e processamento de ações judiciais, buscou-se responder questionamentos como o porquê da grande quantidade de ações; quais os impactos tanto para os cidadãos quanto para os gestores públicos da saúde; e, ao mesmo tempo, apontou possíveis soluções alternativas para minimizar os aspectos negativos da “judicialização” do acesso a medicamentos de alto custo no SUS.

Foram estudadas ações judiciais movidas para reivindicar medicamentos anti-Aids em falta na rede pública ou para solicitar medicamentos ou exames ainda não incorporados pelo SUS. Também foi analisada a legislação pertinente – relativa ao direito à saúde em geral e à saúde dos portadores de HIV/Aids, em especial o acesso gratuito a medicamentos.

Esta dissertação, embora trate do tema saúde suplementar, valeu-se do conhecimento acumulado a partir do estudo *O remédio Via Justiça*, não só em relação à legislação em saúde, mas também à jurisprudência, tramitação de julgados nos tribunais e comportamento do Poder Judiciário em matérias de saúde.

2.2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo *Os planos de saúde nos tribunais - uma análise das ações judiciais propostas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo* consistiu, inicialmente, em revisão bibliográfica, sistematização da legislação e pesquisa histórica documental. Além disso, a pesquisa quantitativa e descritiva utilizou decisões judiciais relacionadas à negação ou limitação de atendimento e assistência médica pelos planos de saúde privados, como fonte de dados secundários.

Foram definidos, como objetivos principais da pesquisa:

- a.** Quantificar o universo de ações judiciais relacionadas à negação ou limitação de atendimentos e assistência aos clientes de planos de saúde;
- b.** Descrever e analisar as principais situações levadas aos tribunais relacionadas à negação de atendimento, exclusão ou restrição de cobertura;
- c.** Analisar o comportamento do Judiciário nos julgamentos proferidos em segunda instância, comparando-os com os resultados de primeira instância.

A pesquisa abrangeu o Estado de São Paulo, pelo fato de ser a unidade da Federação que concentra o maior contingente de usuários e o maior número de operadoras de planos de saúde em atividade.

O estudo foi realizado junto ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP). A escolha do TJ/SP deveu-se ao fato de ser a instância competente para julgar, em segunda instância, os recursos das ações judiciais envolvendo planos e seguros de saúde. Além disso, o TJ disponibiliza publicamente, e em meio informatizado, toda a sua jurisprudência acumulada sobre o assunto.

A outra porta de entrada para esse tipo de ação, objeto do estudo, é o Juizado Especial Cível do Estado de São Paulo (JEC), porém a jurisprudência de seus colégios recursais ainda não estava informatizada até o início deste trabalho, o que inviabilizou a coleta das decisões.

Foram levantadas e analisadas as decisões de mérito proferidas em segunda instância. As decisões liminares e/ou de tutela antecipada, concedidas em julgamento preliminar – muito comuns em processos desta natureza – não foram objeto do estudo, tendo em vista seu caráter provisório. No entanto, os resultados de primeira instância constam nas súmulas de segunda instância analisadas, o que permitiu a comparação de comportamento entre uma instância e outra.

Foram, assim, analisados acórdãos² de ações julgadas em segunda instância pelo TJ/SP no período de seis anos após a vigência da Lei 9.656/98, especificamente de janeiro de 1999 a dezembro de 2004.

O período escolhido deveu-se não só à necessidade de limitação temporal mas também à disponibilidade das decisões - o TJ/SP mantém *online* acórdãos desde 1998 – e à intenção de verificar o possível impacto da nova legislação (Lei 9.656/98) nas decisões judiciais.

Para a definição do universo a ser pesquisado foram realizadas buscas no banco de dados de Jurisprudência *online* do sítio do TJ/SP (www.tj.sp.gov.br), utilizando diversas palavras-chaves: “plano de saúde”; “convênio médico”, “convênio de saúde”, “seguro saúde” e “seguro médico”. Em seguida, essas palavras-chave foram combinadas com as seguintes expressões: “cobertura”; “exclusão”; “negação”; “negativa”; “atendimento”; “atendimento médico”; “assistência”; e “assistência médica”.

No sentido de refinar a busca, outra combinação de palavras foi testada, desta vez utilizando palavras genéricas que poderiam levar às ações judiciais que contém exclusões de cobertura: “doença”; “doença preexistente”; “doença infecto-contagiosa/ infecciosa”; “doença crônica”; “patologia”; “consulta”; “consulta médi-

2 Acórdão é o julgamento proferido pelos tribunais. Devem ser redigidos, datados e assinados pelos juízes. Todos os acórdãos devem conter ementa e, após lavrados, suas conclusões são publicadas em órgão oficial.

ca”; “exame”; “cirurgia”; “procedimento”; “procedimento médico”; “internação”; “internação em UTI”; “atendimento hospitalar”; “atendimento ambulatorial”; e “atendimento domiciliar”.

Algumas das ações inicialmente identificadas foram descartadas após leitura, pois tratavam de outros temas que não o da exclusão de coberturas. Outras ações foram identificadas como referentes a coberturas, mas foram excluídas da análise pois tramitam em segredo de justiça. Nestes casos – algumas situações de exclusão de atendimento à Aids, por exemplo – é dado acesso somente às ementas e não ao total teor do acórdão, objeto necessário ao estudo.

Assim, é possível afirmar – em que pese a possibilidade de alguma ação não ter sido identificada pelo sistema de buscas e levando em conta a necessidade de exclusão das ações que correm em segredo de Justiça – que o presente estudo trata da quase totalidade do universo de ações relacionadas à cobertura assistencial de planos de saúde julgadas em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004.

Foram selecionadas e compõem o banco de dados do estudo 735 ações judiciais (Apêndice A). Todas as íntegras dos acórdãos das decisões judiciais selecionadas foram impressas, catalogadas e analisadas.

A partir da leitura inicial dos acórdãos foi elaborado um questionário preliminar (pré-teste), testado em seguida em 60 ações, escolhidas aleatoriamente (10 ações de cada ano a ser estudado). Chegou-se, assim, à versão definitiva do questionário (Apêndice B). Para cada decisão judicial foi aplicado um questionário.

Foi elaborado, a partir do questionário, um Dicionário de Variáveis para alimentação do banco de dados no programa MS Access e alimentado no programa MS Excel.

Foram totalmente asseguradas pelo estudo a confidencialidade e a privacidade dos usuários de planos de saúde cujos nomes figuram nas ações judiciais, bem como preservados dados que possam relacionar os autores das ações a estados e situações de saúde particulares.

O preenchimento dos questionários contou com a colaboração de duas assistentes de pesquisa, bacharéis em Direito. Antes da inserção no banco de dados, cada questionário foi validado pelo autor do estudo. Já a construção do banco de dados contou com a colaboração de um profissional com experiência em digitação/alimentação de bancos. A leitura do banco de dados foi realizada com o auxílio de um engenheiro de computação especializado em estatística em saúde.

Por fim, o cronograma seguido pelo estudo:

- *05 de julho de 2004* – Matrícula no Mestrado – DMP/FMUSP;
- *Julho a dezembro de 2004* – Elaboração do Projeto de Pesquisa; Aprovação pela CAPPesq – Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da FMUSP; revisão bibliográfica, pesquisa e sistematização da legislação;
- *Janeiro a junho de 2005* – Definição do universo e da metodologia; coleta de dados;
- *Julho a novembro de 2005* – Sistematização dos dados e elaboração da dissertação preliminar submetida ao Exame de Qualificação;
- *15 de dezembro de 2005* – Aprovação no Exame de Qualificação;
- *Janeiro e fevereiro de 2006* – Reformulações a partir das sugestões da banca do Exame de Qualificação e do Orientador; revisão final.

3 – A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

Com 1.520 operadoras¹, cerca de 35,7 milhões de pessoas vinculadas e receita superior a R\$ 30,6 bilhões em 2004², o mercado de assistência médica suplementar no Brasil expandiu-se sobremaneira entre o final dos anos 80 e o início da década de 90. Neste período, o país assistiu ao crescente comprometimento do orçamento público da saúde, ao mesmo tempo em que se consolidava sua transição epidemiológica e demográfica. Um momento igualmente marcado pela queda das taxas de mortalidade, aumento da expectativa de vida ao nascer, envelhecimento da população e predomínio de doenças crônicas, dentre outros indicadores de saúde.

Conforme Scheffer e Bahia (op. cit.), nos anos 80 e 90 o segmento torna-se não só mais atraente aos investimentos de grupos econômicos, mas também passa a implicar no reposicionamento das burocracias governamentais que discutem a necessidade de regulamentação dos planos de saúde. Na nova conjuntura, observa-se um aumento de clientes de planos de saúde, tanto individuais como familiares, e a entrada no mercado de uma parcela da população vinda da classe média, antes adepta do pagamento direto de consultas e exames particulares.

A introdução de novos procedimentos médicos, a incorporação tecnológica, o aumento dos custos com equipamentos e honorários médicos, associados aos problemas inerentes à rede pública de saúde são elementos relevantes para a compreensão deste momento de crescimento da assistência suplementar. Outro fenômeno verificado neste período é a expansão dos planos privados coletivos, tanto para empregados do setor privado quanto para funcionários públicos, sobretudo federais. No caso dos servidores públicos, há um crescimento não só dos planos próprios, de autogestão e sem fins lucrativos, mas também daqueles comprados diretamente no mercado.

1 Operadoras médico-hospitalares (excluídas operadoras exclusivamente odontológicas) – ANS/2005

2 Dados do Setor – Informações sobre Beneficiários, Operadoras e Planos – ANS/2005

Ressalta-se, ainda, a entrada de grandes seguradoras que antes não atuavam no setor da saúde. A partir das novas demandas por assistência, os serviços médicos internos das grandes empresas, principalmente daquelas pertencentes ao setor industrial, os hospitais privados e as entidades médicas – sindicatos, associações e conselhos profissionais – passaram a contribuir para a reorganização do trabalho médico.

Os motivos da expansão deste mercado são analisados por outros autores, caso, por exemplo, de Ocke-Reis, Andreazzi e Silveira (2005). Segundo eles, dentre as principais causas atribuídas ao fenômeno estariam a escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Eles acrescentam que a progressiva falta de financiamento explica parte das deficiências enfrentadas pelo sistema público de saúde; apontam ainda para a necessidade da compreensão de um aspecto da dinâmica do *mix* público-privado da saúde no Brasil: a mobilização de recursos do Estado para sustentar parte do mercado de planos de saúde nas últimas décadas.

Ao analisar a dinâmica deste mercado, Almeida (1998) retrocede à relação entre o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil e a decisão dos governos autoritários, que unificaram os institutos previdenciários, expandiram a população beneficiária e proporcionaram o crescimento do mercado de serviços de assistência médica. Estas mudanças teriam ocorrido, sobretudo, por meio da compra direta de serviços pelo Estado e da transferência da função provedora para a iniciativa privada.

Vilarinho (2004), por sua vez, destaca alguns fatores históricos que contribuíram para a formação do campo da saúde suplementar: a industrialização do país, a partir dos anos 50, no governo de Juscelino Kubitschek, quando corporações estrangeiras que compunham o parque produtivo contrataram assistência privada para seus empregados; o Decreto-lei 200, ainda no governo militar de 1964, que viabilizou a contratação, pelo Estado, de empresas médicas e serviços privados de saúde; a recessão econômica dos anos 80, a partir da crise do petróleo de 1978, que provocou retração nos convênios mantidos entre o Estado e as empresas médicas, fazendo crescer a oferta direta de planos de saúde a indivíduos ou empresas; a Constituição Federal de 1988; a reforma

do aparelho administrativo do Estado, implementada nos anos 90.

A recente regulamentação dos planos de saúde está, portanto, ligada às transformações do setor. Compreendê-la nesta perspectiva histórica é fundamental para o aprofundamento sobre o mercado da saúde suplementar e suas interfaces com os demais componentes do sistema de saúde brasileiro.

3.1 – HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO

Resultado dos esforços governamentais, do trabalho do legislativo e da mobilização da sociedade civil, a regulamentação dos planos de saúde ganhou forças a partir do início dos anos 90, em meio a intensos conflitos de interesses entre a atuação das empresas, reivindicações dos prestadores de serviços e anseios dos clientes dos planos de saúde.

Além da decisão política de regulamentar o setor, da convergência das demandas e necessidades levantadas principalmente por consumidores e médicos, outros fatores são igualmente decisivos na história da regulação. Manifestações públicas, legislações estaduais, resoluções de conselhos profissionais e jurisprudência acumulada nas diversas instâncias do Judiciário ajudaram a criar a convicção coletiva de que era inadiável a regulação do setor.

Destaca-se, ainda, a entrada de grandes seguradoras no campo da saúde, direta ou indiretamente vinculadas ao capital estrangeiro que, ao disputarem os clientes principalmente com a medicina de grupo e as Unimed, mostravam-se insatisfeitas com o perfil de mercado auto-regulado, desprovido de regras de concorrência e competição. Da mesma forma, a entrada do capital estrangeiro não tinha amparo suficiente da legislação. Os interesses das seguradoras, apoiados por expressiva bancada de parlamentares e com respaldo do Ministério da Fazenda, passaram a ter papel decisivo na agenda e na velocidade da tramitação da regulamentação (Scheffer e Bahia, op. cit.).

Não menos preponderante, as notificações sobre os problemas relacionados aos planos de saúde eram cada vez mais constantes nos Procons, nos Tribunais e nos meios

de comunicação. Tinham grande repercussão as práticas abusivas, como a limitação de dias de internação, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs); o prazo de carência para determinados tipos de atendimento, em alguns casos até maiores do que a vigência dos contratos; as exclusões de doenças preexistentes, crônicas, infecciosas e congênitas; o aumento nos preços das mensalidades; a rescisão unilateral do contrato por falta de pagamento já a partir do primeiro dia de inadimplência; dentre outros abusos.

Os médicos, por sua vez, reclamavam dos baixos honorários pagos pelas consultas, exames e procedimentos; denunciavam imposições e interferências dos planos de saúde na autonomia profissional, a exemplo da limitação de dias de internação, número de consultas e exames. Ao mesmo tempo, governos estaduais iniciavam a discussão sobre a viabilidade do controle do fluxo de clientes dos planos de saúde nas unidades públicas, visando o ressarcimento ao SUS.

Enquanto isso, movimentos organizados de defesa de usuários portadores de patologias e deficiências tradicionalmente excluídas da cobertura dos planos – a exemplo dos grupos de luta contra a Aids, de renais crônicos e de saúde mental – levam a pauta, até então pouco abordada, para as instâncias de controle social do SUS, em especial para o Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar o interesse, neste momento, dos conselhos e entidades representativas de profissões da saúde – odontologia, psicologia, fisioterapia, dentre outras – na ampliação das coberturas para além da assistência médica, via regulamentação.

Nos anos que precederam a aprovação da Lei 9.656/98, houve, de fato, uma coalizão de interesses em torno da necessidade da regulamentação do segmento de planos de saúde. Sobretudo a união entre médicos, profissionais de saúde e usuários garantiu vocalização política às reivindicações, repercussão nos meios de comunicação e respaldo da opinião pública.

É importante destacar o fato de a agenda da regulação ter sido limitada e condicionada às principais demandas destes protagonistas, que priorizavam a discussão sobre ampliação de coberturas, reajustes das mensalidades, aumento dos honorários dos

prestadores e, no caso das operadoras, equilíbrio econômico-financeiro do setor.

Desde os momentos mais decisivos que precederam a regulamentação, notou-se nesta discussão a pouca presença do meio acadêmico, de lideranças do movimento da Reforma Sanitária, dos gestores das políticas públicas de saúde, dos fóruns de controle social em saúde e dos trabalhadores organizados. No caso do movimento sindical – com exceção dos sindicatos médicos –, a omissão soou contraditória, uma vez que os sindicatos e suas centrais são grandes geradores de demanda por planos de saúde coletivos, correspondentes à maior fatia do mercado. A ausência da Universidade na discussão soma-se ao fato de que o ensino de graduação e de pós-graduação em Medicina e nas demais profissões da saúde, só muito recentemente e ainda assim de forma tímida, passou a incluir o sistema supletivo de saúde nas abordagens de disciplinas e nas grades curriculares dos cursos.

A seguir, serão abordados os principais fatos e mobilizações que culminaram na legislação dos planos privados de saúde. O resgate da história da regulamentação, sem a pretensão de esgotar o tema, permite uma melhor compreensão do papel dos atores envolvidos e das principais características do aparato regulatório atualmente em curso. Como é possível perceber, o debate em torno da amplitude das coberturas assistenciais, objeto central do presente estudo, sempre esteve presente ao longo do processo de regulação.

3.1.1 – O projeto de Lei do Senado e a Resolução 1.401 do Conselho Federal de Medicina

A discussão da regulamentação dos planos de saúde privados no Congresso Nacional ganhou forças a partir da iniciativa do então senador Iram Saraiva (PMDB/GO) que, em julho de 1993, apresentou o Projeto de Lei nº 4.425/94, que proibia:

[...] a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro saúde ou assemelhadas.

Após uma rápida tramitação, em fevereiro do ano seguinte, o projeto do senador Sarai-va recebe aprovação do Senado Federal, sem emendas, e é imediatamente encaminhado à Câmara. Como lá já tramitavam duas proposições correlatas³, estas foram apensadas ao PL nº4.425/94. Mais tarde, devido à relevância social e à magnitude adquirida pelo tema, outros projetos⁴ também foram apresentados, sendo igualmente anexados ao projeto principal.

No dia 11/11/1993, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprova a Resolução 1.401, que obriga os planos de saúde privados a oferecerem cobertura a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde. Apesar de contestada legalmente, essa resolução tentou garantir ainda uma ampla e total liberdade aos pacientes quando da escolha do médico, dos meios diagnósticos e terapêuticos e do hospital onde preferissem ser atendidos. Até hoje, conforme veremos na segunda parte deste trabalho, a Resolução 1.401 é citada em decisões judiciais.

O maior mérito da resolução, no entanto, foi ter se transformado, na época, em um instrumento de mobilização. Em fevereiro de 1994, por exemplo, uma grande manifestação no Viaduto do Chá, região central da cidade de São Paulo, deu início a ampla campanha de coleta de assinaturas para transformar em lei a iniciativa do CFM, o que consistia na aprovação do projeto do senador Iram Saraiva.

Grupos organizados, atuantes na defesa dos direitos dos portadores de patologias específicas – como os grupos de luta contra a Aids, associações de hemofílicos, de renais crônicos e saúde mental – participaram ativamente do movimento, ao lado de órgãos de defesa do consumidor e entidades médicas. A exclusão de coberturas que há muito já existia, tornou-se cada vez mais foco de denúncias públicas, feitas nos meios de comunicação, imprensa, fóruns e debates.

3 O PL 929, de 1991, de autoria do deputado José Augusto Curvo, que dispunha sobre “obrigações e limitações dos planos de assistência médico-hospitalar privados” e o PL 4.417, de 1994, de autoria do deputado Elias Murad, que “disciplina os planos de saúde privados”.

4 O PL 4.572, de 1994, do deputado José Dirceu, que “regulamenta os contratos relativos a planos de saúde privados e dá outras providências”; o PL 944, de 1995, do deputado Agnelo Queiróz, que “regulamenta os planos e seguros de saúde e dá outras providências”; o PL 1.390, de 1995, do deputado Carlos Mosconi, que “regula as atividades das empresas de planos de saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, empresas de autogestão e assemelhados” e o PL 2.104, de 1996, do deputado José Fortunati, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências.

3.1.2 – Atuação do Judiciário

Em abril de 1994, uma liminar da juíza Maria Divina Vitória, da 15ª Vara Federal, de Brasília, deu aos conveniados de planos de saúde privados, que assinaram contrato a partir de 24/11/1993, o direito a tratamento de todas as doenças. Também passaram a ter visibilidade as ações julgadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

A empresa Golden Cross, por exemplo, foi obrigada pelo STF a depositar em juízo 100 mil URV's⁵ após negação de tratamento a um paciente portador de HIV/Aids. O descumprimento implicaria em multa diária de R\$ 1.000,00 (mil reais). Outra sentença inédita obrigou a empresa Marítima Saúde a arcar com todas as despesas de um cliente, também portador de HIV, a quem havia sido negado atendimento.

A Aids, desde o início da epidemia, nos anos 80, era uma das doenças mais excluídas pelos planos de saúde. A existência de movimento organizado, com departamentos jurídicos de ONGs dedicados a defender os direitos civis das pessoas com HIV/Aids, foi fundamental para denunciar a situação e mover dezenas de ações judiciais contra planos de saúde, o que serviu de exemplo para outras situações.

Um recurso impetrado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Confederação das Santas Casas de Misericórdias do Brasil, Federação Nacional dos Estabelecimentos dos Serviços de Saúde (Fenaess) e Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) obteve liminar do Tribunal Regional de Brasília suspendendo os efeitos da Resolução 1.401 do Conselho Federal de Medicina em todo o país.

3.1.3 – Os projetos de ressarcimento ao SUS

Atendendo pleito de secretários estaduais de saúde, o governo Itamar Franco editou, em 1994, o Decreto Federal 1.232, que determinava que o atendimento médico de qualquer natureza feito por hospitais e unidades do Sistema Único de Saúde a

5 Como medida preparatória à implantação do Real, foi criada a URV- Unidade Real de Valor - prevista na Medida Provisória nº 434/94. Em 01/07/1994, foi instituído o Real. Uma URV foi fixada em CR\$ 2.750,00, o que equivalia a um Real.

paciente beneficiário de plano de saúde privado, deveria ser ressarcido pela entidade mantenedora do respectivo plano. Iniciava-se o debate sobre como viabilizar o ressarcimento ao SUS.

Em 29/12/1994, o governador de São Paulo, Luiz Antônio Fleury Filho, sancionou a Lei Estadual 9.055, de autoria do deputado estadual Arlindo Chinaglia (PT). Com a nova lei, todo atendimento médico de qualquer natureza feito por hospitais e unidades do Sistema Único de Saúde de São Paulo, quando prestado a paciente que fosse beneficiário de plano de saúde privado, deveria ser ressarcido aos cofres públicos pela operadora. A lei veio ao encontro do artigo 10 do Decreto Federal 1.232, de 31 de agosto. Estas iniciativas, no entanto, não viabilizaram o ressarcimento ao SUS.

3.1.4 – A constituição da Comissão Especial na Câmara dos Deputados e as propostas do Executivo

Tendo em vista a grande repercussão do tema planos de saúde, o então presidente da Câmara dos Deputados, Luís Eduardo Magalhães (PFL/BA), constituiu, em 1994, a Comissão Especial para cuidar da matéria, ocasião em que outros oito projetos⁶ foram apensados na tramitação. Durante os trabalhos da Comissão Especial, integrada por

6 O Projeto de Lei 1.289, de 1995, do Senado Federal, que “torna obrigatório o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelo atendimento (SUS) realizado a segurados de empresas privadas de serviços de saúde”; o Projeto de Lei 4.214, de 1993, do deputado Elias Murad, apensado ao PL 1.289/95, que “dispõe sobre o reembolso, ao SUS, de despesas referentes à assistência médico-hospitalar prestada a indivíduo contratante de seguro-saúde”; o Projeto de Lei 237, de 1995, do deputado Arlindo Chinaglia, apensado ao PL 1.289/95, que “dispõe sobre o reembolso, ao Poder Público, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo referentes a beneficiários atendidos, gratuitamente, na rede pública e no setor conveniado e contratado”; o Projeto de Lei 852, de 1995, do deputado Carlos Mosconi, apensado ao PL 1.289/95, que “dispõe sobre a cobrança, pelos hospitais públicos do SUS, das despesas relativas a serviços prestados a pacientes cobertos por planos ou seguros de saúde”; o Projeto de Lei 1.405, de 1996, do deputado Leonel Pavan, que “torna obrigatório o atendimento odontológico pelos planos de saúde privados aos seus associados”; o Projeto de Lei 1.930, de 1996, do deputado Iberê Ferreira, que “altera dispositivo da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990”; o Projeto de Lei 1.975, de 1996, do Poder Executivo, que “dispõe sobre o ressarcimento, ao SUS, das despesas referentes a atendimentos de saúde prestados a beneficiários de seguro-saúde ou de plano de saúde”.

membros de outras comissões da Câmara, novas proposições foram apresentadas e, conseqüentemente, apensadas⁷.

Em 1996 foi designado relator do Projeto de Lei dos Planos de Saúde o deputado federal Pinheiro Landim (PMDB/CE) que, mais tarde, em 2003, renunciaria ao mandato para escapar de processo de cassação devido a denúncias de suposto envolvimento com o narcotráfico.

O então Ministro da Saúde, Adib Jatene, que na época lutava pela aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com vinculação dos recursos para o SUS, decidiu encaminhar à Câmara dos Deputados Projeto de Lei do Executivo (PL nº 1.975/96). O projeto dispunha sobre o ressarcimento, ao Sistema Único de Saúde, das despesas referentes a atendimentos de saúde prestados a beneficiários de planos de saúde.

Criticado pela pouca atenção dada aos planos de saúde, foco dos debates no Legislativo, Jatene decide ir além da proposta de ressarcimento ao SUS e nomeia uma comissão, denominada “comissão de notáveis”. Liderada pelo então secretário executivo da pasta da Saúde, José Carlos Seixas, a comissão objetivou propor medidas mais amplas para regulamentar o setor. O ministério sofreu duras críticas, tanto pela atuação fechada do grupo quanto pelo conteúdo do documento, apontado como favorável aos pleitos das empresas de planos e seguros de saúde.

Diante das críticas, o Ministro decide encaminhar o projeto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), até então alijado das discussões internas do Ministério sobre planos de saúde. No dia 07/11/1996, sem muita discussão e posicionamento crítico, o

7 O Projeto de Lei 2.842, de 1997, do deputado Alberto Goldman, que “dispõe sobre a obrigatoriedade das empresas privadas que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médico-hospitalares a garantirem atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde”; o Projeto de Lei 2.870, de 1997, do deputado Cláudio Chaves, que “obriga as operadoras de planos e seguros privados de saúde a transferirem recursos ao SUS, para atendimento de seus usuários”; o Projeto de Lei 2.419, de 1996, do deputado Silas Brasileiro, que “dispõe sobre a impressão dos contratos de convênios para tratamento de saúde e outros”; o Projeto de Lei 3.079, de 1997, do deputado Antônio Balhmann, que “dispõe sobre o atendimento dos planos de saúde e dá outras providências”.

CNS aprovou, com algumas sugestões de mudanças, o anteprojeto sugerido pelo Ministério da Saúde. O CNS manteve na proposta inclusive a polêmica da vinculação da regulação ao Conselho Nacional de Seguros Privados, e não ao Ministério da Saúde.

3.1.5 – A Lei Covas

O governador de São Paulo, Mário Covas, sancionou no dia 04/03/1997, o projeto de lei de autoria do deputado estadual Paulo Teixeira (PT), publicado no Diário Oficial do Estado como Lei 9.495/97. A lei obrigava os planos de saúde a atenderem todas as patologias relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde. Segundo o autor, ela baseou-se em resoluções do Conselho Federal de Medicina (nº 1.401/93), do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (nº 57/94) e do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (nº 19/87).

Assim como a Resolução 1.401 do CFM, a tramitação e aprovação da lei estadual 9.495, ainda que desprovida de constitucionalidade, também foi considerada um marco de mobilização e de visibilidade sobre a necessidade de regulamentação do setor. Apesar disso, a lei paulista vigorou por curto período de tempo. A Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) conseguiu liminar do Supremo Tribunal Federal (STF) alegando inconstitucionalidade da lei estadual sancionada por Mário Covas. A liminar desobrigava as empresas de cobrir o atendimento a todas as patologias.

3.1.6 – A saída de Jatene e o debate no Legislativo

O Ministro Jatene não chegou a encaminhar à Câmara o Projeto de Lei do Executivo sobre planos de saúde porque a entrega coincidiu com seu pedido de exoneração do cargo (motivado pelos desentendimentos com a equipe econômica do governo). Seu sucessor, o Ministro Carlos Albuquerque, decidiu nomear no início de 1997, nova comissão, desta vez interministerial, entre Saúde, Fazenda e Justiça.

Em coletiva à imprensa, o então secretário executivo do Ministério da Saúde, Barjas Negri, divulgou a “Proposta de Regulamentação dos Planos e Seguros de Assis-

tência à Saúde - versão preliminar para discussão - maio de 97”. Sem ter sido levada ao CNS, sem apoio das entidades da sociedade civil, a proposta também recebeu pouca atenção da Câmara, que já contava com texto preliminar do relator da Comissão Especial, Pinheiro Landim.

Em parecer sobre a proposta do Executivo, a assessoria técnica da Câmara informou que:

(...) o texto apresentado merece uma ampla e minuciosa revisão, pois contém numerosas impropriedades e formas que atentam contra a boa técnica legislativa. Embora apresente alguns avanços no sentido de dotar o setor supletivo de assistência à saúde de maior controle e fiscalização, a proposta não atende à questão central existente no relacionamento entre empresas, de um lado, e beneficiários ou segurados, de outro, que é a da exclusão de patologias e eventos e de limitação temporal da cobertura oferecida. (Fernandes, Souza e Freitas, 1997)

Também em maio de 1997, sob o lema “Os Planos de Saúde Devem Cobrir Todas as Doenças”, acontece nas escadarias do Teatro Municipal, no centro de São Paulo, ato público para alertar a população sobre a regulamentação dos planos de saúde. Com vendas nos olhos, cerca de 200 manifestantes chamavam a atenção para a “cegueira” das autoridades e do legislativo diante dos problemas do texto preliminar do relator Pinheiro Landim.

Em outras capitais, como Rio de Janeiro, a sociedade civil também se mobilizou. Mas em função da grande concentração de entidades representativas, de operadoras e de população usuária de planos de saúde, a capital paulista registrou manifestações mais constantes e com maior visibilidade.

A agenda dos debates no Legislativo, por meio de audiências públicas convocadas pela Comissão Especial, girava em torno de alguns temas prioritários: a ampliação das coberturas, o ressarcimento ao SUS, a entrada do capital estrangeiro e a alteração das regras de competição por meio do controle da solvência e das reservas técnicas das empresas. Essas demandas foram inicialmente mediadas pelas bancadas dos partidos, permeáveis em maior ou menor grau aos interesses das empresas de planos e seguros de saúde.

Em junho de 1997, entidades médicas, de defesa do consumidor e usuários de todo o país assinam a *Carta Aberta ao Congresso Nacional* na qual reafirmam posição em relação à regulamentação dos planos de saúde, apontando as falhas do projeto em tramitação na casa.

3.1.7 – O relatório de Landim e a insatisfação das entidades

Em agosto de 1997, o Projeto de Lei Substitutivo, elaborado para regulamentar os planos e seguros de saúde, foi apresentado pelo relator da Comissão Especial encarregada do assunto, deputado Pinheiro Landim. O texto provocou indignação em alguns parlamentares, que acusavam o projeto de beneficiar os interesses das empresas do setor⁸.

Como forma de protesto ao relatório de Landim, foi apresentado à Comissão Especial um substitutivo ao projeto, integrante de voto em separado, assinado pelos deputados Arlindo Chinaglia, Eduardo Jorge, Humberto Costa, Jaques Wagner, Sandra Starling, Agnelo Queiroz, Jandira Feghali e Fernando Ribas Carli. No substitutivo, os parlamentares defendiam as propostas das entidades médicas, de usuários e de defesa do consumidor.

Em 2 de setembro, aconteceu o Dia Nacional de Luta Pela Regulamentação dos Planos de Saúde⁹, com manifestações em São Paulo, Rio de Janeiro e em outras capitais. Entidades como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), Central Geral dos Trabalhadores (CGT) e as mais diferentes associações aderiram ao movimento. Um dia depois, aconteceu uma Caravana à Brasília por ocasião da promoção, pelo Conselho Nacional de Saúde, de um debate sobre o tema¹⁰. As entidades visitaram parlamentares, na tentativa de convencê-los dos problemas do relatório da Comissão Especial.

8 Em entrevista à Revista IstoÉ (25/06/97), o médico e deputado federal José Aristodemo Pinotti afirmou: “O deputado Pinheiro Landim preparou uma proposta que é uma cópia da que havia sido formulada pela Abramge”.

9 “Entidades fazem ato por lei para planos de saúde”. O Estado de S.Paulo, 02/09/1997.

10 “Conselho Nacional de Saúde debate planos e seguros”. Agência Saúde. Brasília, 02/09/1997.

Em declarações públicas, o Presidente da República Fernando Henrique Cardoso classificou de “vergonhosos” alguns aspectos dos planos de saúde, prometendo regulamentar o setor:

Existe abuso na questão da idade. De repente, fez 60 anos, meu caso, já vai ter que pagar uma fortuna para poder continuar no plano, prazos de carência. Enfim, uma série de mecanismos que são inaceitáveis. Acho que o Congresso agora está percebendo a situação. Vai ter que atuar em benefício do mutuário¹¹.

No dia 14/10/1997, a Câmara dos Deputados aprovou, por 306 votos favoráveis contra 100 (com 3 abstenções), o projeto de regulamentação dos planos de saúde que nada mais tinha a ver com o texto originário do Senado Federal. A designação da Superintendência de Seguros Privados (Susep) do Ministério da Fazenda como o órgão responsável pela regulamentação e a exclusão de cobertura para doenças e lesões preexistentes eram dois dos pontos mais polêmicos do texto aprovado pelos deputados.

Imediatamente, teve início uma ampla mobilização dirigida ao Senado Federal, para que o texto aprovado pela Câmara fosse rejeitado ou modificado.

Em novembro de 1997, o Conselho Nacional de Procuradores Gerais de Justiça dos Ministérios Públicos Estaduais aprovou Moção de Repúdio ao texto sancionado pela Câmara e sugeriu a rejeição integral pelo Senado Federal. A justificativa apresentada na moção dizia que “caso venha a ser aprovado, representará um imenso e inaceitável retrocesso social e jurídico para os mais de 40 milhões de consumidores de planos e seguros privados de saúde deste país¹²”.

Ao repúdio dos procuradores somou-se a ação de cerca de 300 entidades da sociedade civil, ao lançarem o Manifesto Saúde Não é Mercadoria¹³, cujas principais considerações foram as seguintes:

11 “FHC promete regulamentar os planos de saúde do país”. Correio Braziliense, Brasília, 02/09/1997.

12 Moção do Conselho Nacional dos Procuradores Gerais de Justiça dos Ministérios Públicos Estaduais. São Paulo, 20/11/1997.

13 Manifesto publicado no Jornal Folha de S. Paulo, em 20/01/1998.

Vimos a público manifestar nosso repúdio ao projeto de Regulamentação dos Planos de Saúde aprovado pela Câmara Federal. Alertamos a sociedade que o projeto, hoje em tramitação no Senado, desrespeita princípios básicos de proteção ao usuário e consumidor, exclui do atendimento diversas doenças, não garante o exercício ético da Medicina, transforma a saúde em mercadoria e beneficia o lucro fácil. Assim, apelamos aos Excelentíssimos Senadores que adiem a votação da lei, tendo em vista os prejuízos à sociedade que poderão resultar de sua aprovação; e que promovam ampla discussão no sentido de rejeitar ou modificar a lei encaminhada pela Câmara.

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, por unanimidade, outra Moção¹⁴ solicitando ao Senado Federal rejeição total do projeto aprovado pela Câmara.

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) também mostrou-se insatisfeita, mas por outros motivos. Para esta entidade, pequenos planos de saúde, principalmente das regiões Norte, Nordeste e interior dos estados do Sul, poderiam fechar as portas com a entrada em vigor da regulamentação dos planos de saúde, que, segundo a Abramge, trazia regras rígidas¹⁵. Da mesma forma, os planos de saúde de autogestões afirmavam que seus serviços seriam inviabilizados e que, por isso, queriam ser excluídos da regulamentação¹⁶. As Unimed, por sua vez, alegaram que além de não trazer benefícios reais ao consumidor¹⁷, o projeto inviabilizaria o sistema de cooperativas médicas, porque o forçava a submeter-se aos estatutos da Susep, adotando normas e procedimentos comuns às seguradoras, além de provocar uma capitalização intensiva¹⁸.

14 Moção nº 32, do Conselho Nacional de Saúde, de 01/04/1998.

15 “Novas regras ameaçam pequenos planos de saúde”. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 20/10/1997.

16 “Planos fechados querem tratamento diferenciado”. *Gazeta Mercantil*, São Paulo, 14/11/1997.

17 A Unimed do Brasil, assim como a Associação Brasileira de Serviços de Assistência de Saúde Próprios de Empresas (Abraspe) – entidade posteriormente fundida com a entidade Ciefas e que formou em 2002 a Unidas – assinaram com instituições médicas e de defesa do consumidor o manifesto “Saúde Não é Mercadoria”, divulgado em janeiro de 1998.

18 “Unimed teme pelo fim do cooperativismo na saúde”. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 19/11/1997.

3.1.8 – A deliberação do Conselho Nacional de Saúde

Após alguns meses de debates e consultas públicas, em abril de 1998 uma deliberação do Conselho Nacional de Saúde, bastante distinta da deliberação do órgão em 1996, tornou-se referência não só para as entidades da sociedade civil representadas no CNS, mas também para o movimento pró-regulamentação, capitaneado principalmente pelas entidades médicas, organizações não-governamentais de defesa de portadores de patologias e deficiência e órgãos de defesa do consumidor. Dentre os principais pontos da proposta do CNS¹⁹, destacavam-se:

- cobertura universal de todas as doenças, procedimentos e exames; proibição da exclusão do atendimento a doenças preexistentes, crônicas, congênitas, infecto-contagiosas e procedimentos de alta complexidade;
- fim das carências e da limitação do tempo de internação;
- proibição do aumento das mensalidades por faixa etária;
- livre escolha, pelos usuários, dos médicos, demais profissionais e serviços de saúde;
- ressarcimento ao SUS, toda vez que os conveniados de planos de saúde forem atendidos na unidades públicas de saúde;
- participação do Ministério da Saúde na normatização e fiscalização dos planos de saúde;
- proteção adicional aos demitidos e aposentados beneficiários de planos de saúde coletivos.

3.1.9 – A tramitação no Senado Federal e a sanção da Lei dos Planos de Saúde

Durante a tramitação, no Senado Federal, do projeto aprovado pela Câmara, o acirramento do conflito entre os atores envolvidos com a regulamentação, amplamente noticiado pela imprensa, e a nomeação de José Serra como Ministro da Saúde, possibilitaram

19 Moção n ° 32, de 01/04/1998, do Conselho Nacional de Saúde.

um “segundo tempo” no jogo da negociação. Os órgãos de defesa do consumidor, entidades médicas e o Conselho Nacional de Saúde protagonizaram uma mobilização que chamou a atenção para os maiores problemas da proposta em discussão pelos senadores.

Tendo em vista as limitações regimentais, a matéria poderia receber apenas emendas supressivas no Senado Federal. Foi, então, nomeado o senador Sebastião Rocha (PDT/AP) como relator que, por meio da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, promoveu uma série de audiências públicas com os setores envolvidos. O texto final suprimiu alguns artigos do projeto aprovado pela Câmara, após negociação com o governo, que se comprometeu a editar Medida Provisória para tratar de tópicos polêmicos ou omissos.

No dia 12/05/1998, o plenário do Senado aprovou o texto, posteriormente sancionado pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso, em 03/06/1998. No dia seguinte, foi editada a Medida Provisória 1.665, publicada em 05/06/1998. A referida MP passou por diversas alterações, a cada reedição.

A legislação trouxe reflexos imediatos. Antes da lei, os planos privados de assistência à saúde, com exceção das sociedades seguradoras, não seguiam nenhuma regulamentação específica. As operações com seguros de saúde privados realizadas no país estavam subordinadas ao Decreto-Lei 73, de 21/11/1966, regulamentado pelo Decreto 60.459, de 13/03/1967. Esta regulamentação acontecia no âmbito da Superintendência de Seguros Privados (Susep), a partir das diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

As atividades regulatórias referentes às demais operadoras que não eram seguradoras, inclusive o processo que envolvia o protocolo dos planos a serem comercializados, a autorização de funcionamento das operadoras, o controle econômico-financeiro e os reajustes de preços, só foram iniciadas após a publicação da Lei 9.656/98. Segundo o texto original, tais atribuições estariam no âmbito da Susep e do CNSP.

Coube ao Ministério da Saúde o papel de assessorar o processo de regulamentação, sendo que o Departamento de Saúde Suplementar, ligado à Secretaria de Assistência à Saúde, assumiu a regulação da atividade de produção da assistência à saúde. Em

07/12/1998, a MP 1730-07 alterou o art. 9 da Lei 9.656/98, criando o registro provisório dos planos a serem comercializados e ampliando a competência do Ministério da Saúde, não só para a questão do conteúdo assistencial, mas também para alguns aspectos da operação dos produtos, incluindo seu registro e a análise crítica dos contratos.

A Lei 9.656/98 e as medidas regulatórias elaboradas posteriormente possibilitaram maior controle e fiscalização da prestação de serviços realizada pelas operadoras de planos de saúde. Porém, observa-se que a regulamentação da saúde suplementar avançou mais rapidamente na vertente política do que na operacional. Muitos dos mecanismos e instrumentos de registro e análise das informações, bem como as normas para controle, fiscalização e avaliação dessas empresas ainda estavam para ser construídos (Bahia e Viana, 2002).

Deve-se acrescentar o fato de a saúde suplementar ter adquirido, ao longo do tempo, inúmeros e diferentes formatos, seja na prestação assistencial ou nas relações interinstitucionais e contratuais com prestadores de serviços, o que impede, em vários aspectos, a aplicação homogênea da legislação.

3.1.10 – A primeira Medida Provisória e as Resoluções do Consu

A Lei de Planos de Saúde, após as mudanças promovidas pela Medida Provisória 1.665/98, promoveu a criação do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) e passou a definir como operadora toda ou qualquer pessoa jurídica de direito privado responsável pela administração de planos de saúde, incluindo o segmento comercial e o não lucrativo. Além disso, instituiu o plano-referência, que engloba a assistência médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive parto, e a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

Outros pontos importantes da lei foram: coberturas extensivas dos transplantes de rim e córnea; assistência em saúde mental e ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida; ressarcimento ao SUS sempre que um usuário de plano de saúde for atendido

em hospital público e a limitação dos prazos de carência em no máximo 24 horas para urgências e emergências.

A lei proibiu, ainda, o limite de internação hospitalar; a exclusão do usuário em razão de idade, deficiência ou doença; a carência por dia de atraso no pagamento nos contratos individuais e familiares. Quanto à rescisão unilateral de contratos individuais e familiares, só passou a ser admitida em caso de fraude do consumidor ou inadimplência por mais de 60 dias consecutivos. Passou a ser admitido o aumento por mudança de faixa etária, com exceção dos maiores de 60 anos há mais de 10 anos no mesmo plano; houve regulamentação do descredenciamento de hospitais e das condições de adaptação dos contratos antigos às novas regras.

Ficou garantida a permanência de ex-funcionário (à exceção do demitido por justa causa) e do aposentado na condição de beneficiário por período parcial ou integral, de acordo com o tempo de vínculo empregatício – desde que tenha contribuído com parcela da mensalidade. A lei permitiu, ainda, o estabelecimento de mecanismos para situação de desequilíbrios econômico-financeiros ou administrativos que coloquem em risco a qualidade do atendimento.

Até o surgimento da ANS, o Consu era o órgão encarregado de regulamentar a Lei de Planos de Saúde. Coube a esta instância editar – entre junho de 1998 e dezembro de 1999 – 25 resoluções, entre as quais algumas de grande impacto negativo e cuja legalidade tem sido até hoje questionada nos Tribunais, com farta jurisprudência favorável aos usuários. Dentre as medidas do Consu, destacam-se:

- admissão do aumento de até 500% no valor das mensalidades, a título de mudança de faixa etária ao longo da vigência do contrato (Resolução 6) – substituída depois por outra da ANS que alterou as faixas etárias, mas manteve o percentual máximo de aumento;
- definição do conceito de doença e lesão preexistente e dos procedimentos administrativos necessários em caso de controvérsia;
- cobertura de transplantes de rim e córnea;

- cobertura de urgências e emergências, restringindo para 12 horas o atendimento em várias situações;
- procedimentos relativos ao ressarcimento ao SUS.

Este aparato regulatório, baseado em uma legislação confusa, inclusive quanto à definição sobre a instituição governamental responsável pela regulação, e destituído de fóruns deliberativos e de participação da sociedade, levou ao prolongamento dos embates entre empresas, prestadores de serviços e clientes de planos e seguros de saúde.

À instabilidade legal e institucional resultante da disputa entre a Fazenda e a Saúde somou-se a divergência do debate centrado exclusivamente na tese de que a ampliação de coberturas resultaria na bancarrota das operadoras. Assim, foram consagradas regras de preservação da restrição de coberturas. O recuo mais significativo, nesse sentido, foi a preservação dos contratos prévios à legislação, sabidamente excludentes. Outros importantes retrocessos dizem respeito ao escalonamento do aumento da mensalidade dos clientes de planos com mais de 60 anos; à retirada da cobertura odontológica do plano de referência; e à definição de doença e lesão preexistente inspirada no conceito de seguro tradicional, desprovida de critérios médico-científico completamente alheia ao processo saúde-doença (Scheffer e Bahia, *op.cit.*).

3.1.11 – A origem do Órgão Regulador e Fiscalizador

A ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, foi criada por meio da Medida Provisória 1.928, de 25/11/1999, convertida na Lei 9.961/00. Trata-se de uma autarquia especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, com independência nas decisões técnicas e mandatos fixos de seus diretores. Além de promover a defesa do interesse público, esta lei regula, normatiza, controla e fiscaliza as atividades que garantem a assistência supletiva à saúde.

O órgão é dedicado a regulamentar e fiscalizar as inúmeras especificidades dos planos de saúde. A agência atua de forma diferenciada, dependendo de contratação do plano (individual, familiar ou coletivo, com ou sem patrocinador), data da assinatura

(planos antigos, novos ou adaptados), cobertura assistencial, abrangência geográfica e forma de organização da rede de serviços.

Até o final de 2005, já haviam sido editadas pela ANS mais de 300 resoluções – da diretoria colegiada, normativas e operacionais – para regulamentar os mais variados aspectos. Consta entre elas desde a formação de contrato entre operadoras e prestadores de serviço, revisão técnica, alienação de carteira e taxa de saúde suplementar; passando por procedimentos administrativos, referência à exigência de cheque-caução em hospitais; até a prática dos cartões de descontos e as regras para envio de informações sobre beneficiários.

A estrutura do órgão dispõe de cinco diretorias: Normas e Habilitação das Operadoras (Diope), Habilitação de Produtos (Dipro), Fiscalização (Difis), Desenvolvimento Setorial (Dipes), Gestão (Diges). Um dos diretores acumula as funções de diretor-presidente, tanto na Diretoria Colegiada como na Câmara de Saúde Suplementar.

A Câmara é o espaço consultivo e não-paritário de participação na Agência, formada por representantes de operadoras (autogestão, medicina de grupo, seguradoras e cooperativas), prestadores, consumidores, portadores de patologias, Ministérios, sindicatos e gestores do SUS. Pesam sobre esta instância – que mantém reuniões esporádicas de curta duração – críticas quanto ao desempenho de um papel meramente figurativo, uma vez que as principais deliberações que interferem na política de regulação são tomadas pela Diretoria Colegiada, e posteriormente informadas aos membros da Câmara, que não têm possibilidade de interferência nos rumos previamente definidos. Assuntos relevantes, como a definição da política de reajuste de preços e a intermediação da ANS na busca de linhas de créditos para operadoras de planos de saúde em dificuldades econômico-financeiras²⁰, passaram à margem da Câmara.

Os principais conflitos sobre os rumos da regulamentação foram, de certo modo, internalizados na estrutura organizacional da ANS. Parte dos diretores e técnicos do órgão

20 “Governo Lula Vai Socorrer Planos de Saúde” – Folha de S. Paulo, 24/04/2005

trabalhou na Superintendência de Seguros Privados (Susep), nos órgãos de defesa do consumidor e em empresas de planos de saúde. A fragmentação interna tem dificultado, dentre outras ações, a estruturação de um sistema único de informações da ANS.

Outro assunto que merece ser discutido à altura de suas possíveis implicações éticas e de conflitos de interesse diz respeito à ligação de diretores da ANS com o universo regulado, antes ou imediatamente após a ocupação do cargo. Este fato chegou a ser abordado pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde, realizada pela Câmara Federal em 2003.

Sabe-se que o aparelhamento da máquina estatal e a ocupação política de cargos são práticas correntes no Brasil, com maior ou menor ímpeto, dependendo dos governantes de plantão. Integra o debate público, presente inclusive na mídia de grande circulação, o fato de as agências reguladoras, desde sua criação, serem maleáveis às ingerências políticas. Assim, alguns dos postos estratégicos da ANS foram transformados em moeda de troca para contentamento de aliados e correligionários, havendo claro prejuízo à qualificação institucional. A seguir, trecho de matéria na imprensa que exemplifica esta questão:

Conhecido defensor das empresas de planos de saúde, o deputado federal Roberto Jefferson (PTB) conseguiu, no ano passado, nomear para a diretoria de Normas e Habilitação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) Alfredo Luiz Cardoso, um ex-diretor da Amil que vem causando polêmica no setor.

Cardoso responde pela área de maior interesse das operadoras, a que decide sobre as autorizações de funcionamento definitivas para as mais de 2.000 empresas do setor, que faturam hoje R\$ 27 bilhões por ano. Também cuida dos processos de liquidação extrajudicial de empresas. Recentemente, Cardoso tomou medidas que geraram grande discussão no setor, como o desenho de operações de crédito para as operadoras com juros melhores que os do mercado em bancos estatais, além de um programa de fusão de pequenas empresas.”²¹

21 “Petebista nomeou cargo-chave na ANS.” Folha de S. Paulo, 25/05/2005

A ANS precisa ser dotada com as diversas competências e habilidades requeridas para a regulação, o que em parte poderá ser contemplado com o processo de concurso público realizado em 2005. Outra preocupação refere-se à precariedade dos canais de articulação da agência com o Ministério da Saúde e instâncias do Sistema Único de Saúde, como as secretarias de saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde.

A interpretação sobre a condição autônoma da ANS, conferida por sua natureza de autarquia especial e mandato fixo de seus dirigentes, e a vinculação formal com o Ministério da Saúde, intermediada apenas por um contrato de gestão, parecem estimular a adoção exclusiva de instrumentos de regulação centralizados, na contramão das perspectivas de descentralização das políticas de saúde (Scheffer e Bahia, op.cit.).

3.1.12 - Marcos de mobilização

Após a edição da lei e a instalação da ANS, a mobilização em torno da regulamentação do setor tem sido pontual e descontinuada. Mesmo assim, ocorreram diversas manifestações, reivindicações e ações judiciais, seja por parte das operadoras ou de entidades de consumidores, usuários e prestadores de serviços.

Os principais marcos de discussões e encaminhamentos coletivos, fora dos espaços institucionais da ANS, foram a organização, em São Paulo, do hoje extinto Fórum de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde; a mobilização responsável pela derrubada da Medida Provisória 43; o Simpósio no Senado Federal, organizado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2001; a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados e o Fórum de Saúde Suplementar, ambos em 2003; e as atividades da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde.

Fórum de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde

Criado em São Paulo, em fevereiro de 2000, com sede no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, o Fórum Nacional de Acompanhamento da

Regulamentação dos Planos de Saúde consistiu em uma articulação política informal (sem personalidade jurídica) que chegou a reunir cerca de 180 entidades representativas de consumidores, usuários, médicos, profissionais de saúde e trabalhadores, comprometidas com o acompanhamento e avaliação crítica da regulamentação dos planos de saúde²².

Tanto a criação do Fórum como a convocação das reuniões resultaram das iniciativas de entidades integrantes da Câmara de Saúde Suplementar (instância consultiva da ANS), entre elas o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Fundação Procon de São Paulo, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e o Fórum de Entidades Nacionais de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiências. O Fórum contava, ainda, com a participação de membros do Ministério Público Estadual, OAB e Conselho Nacional de Saúde.

Já em sua primeira reunião, o Fórum produziu um documento que considerava urgente a revisão da legislação em vigor, especialmente das alterações introduzidas pelas MPs e pelas Resoluções do Consu, contrárias ao Código de Defesa do Consumidor e à própria Lei 9.656/98. Em agosto de 2000, o Fórum solicitou que a ANS pautasse uma relação de assuntos que deveriam ser discutidos pelo órgão²³, cujos principais pontos seguem abaixo:

- acesso às planilhas de custos das operadoras, aquelas já apresentadas à ANS e as futuras. Que fossem colocadas à disposição da Câmara de Saúde Suplementar e de terceiros interessados, aplicando-se a Constituição e o princípio da transparência, que deviam nortear a Política Nacional de Relações de Consumo, conforme artigo 4º do Código de Defesa do Consumidor;
- regras de adaptação dos contratos, prevalecendo a possibilidade da adaptação ocorrer a qualquer tempo, com prazo máximo de seis meses de carência para doenças preexistentes, cujo conceito deveria ser revisto;

22 De acordo com a carta de Princípios do Fórum um dos seus objetivos era “influenciar na legislação pertinente no sentido de conquistar e assegurar novos direitos ou alterar dispositivos contrários ou prejudiciais aos usuários de planos de saúde”.

23 Documento de 31/08/2000, enviado pelo Fórum ao Diretor-Presidente da ANS, Januário Montone.

- doenças e lesões preexistentes: revisão do prazo de 24 meses de carência nos contratos novos; o descumprimento das operadoras quanto à obrigatoriedade de oferecimento do agravo; além da necessidade de definição do que vinha a ser “leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade” (Resolução Consu nº 2);
- regras para descredenciamento de prestadores profissionais, médicos, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios ou entidades correlatas de assistência à saúde, no sentido de coibir abusos, como o descredenciamento unilateral;
- reivindicações das entidades médicas quanto à necessidade de regras para coibir: redução dos honorários médicos; oferta de pacotes de atendimento com valores prefixados, com interferência na autonomia profissional e risco de deterioração da qualidade do atendimento; restrição de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos; fixação de prazos mínimos entre consultas médicas; exigência de personalidade jurídica na relação de prestação de serviços entre médicos e operadoras; descumprimento da lei no que se refere ao registro das empresas de planos de saúde nos Conselhos Regionais de Medicina;
- alteração da Resolução Consu sobre urgência e emergência, por desrespeitar a própria Lei 9.656/98 e por ser incompatível com a prática ética da assistência em saúde;
- revisão da Resolução Consu nº 2, Art. 8, que previa que as crianças nascidas de parto coberto pela operadora teriam garantida a assistência somente durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular;
- suspensão ou rescisão contratual. O Art.13, parágrafo único da Lei 9.656/98 prevê que os contratos individuais terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. A preocupação referente a este artigo era quanto à exclusão dos dependentes, ou seja, as entidades defendiam que durante a ocorrência de internação nenhum usuário, seja ele

titular ou dependente, poderia ter seu contrato suspenso ou rescindido;

- revisão das faixas etárias, bem como do critério para estipulação do aumento da mensalidade. O Fórum discordava da previsão de sete faixas etárias e da variação de até seis vezes entre a última e a primeira faixa;
- revisão da exclusão da cobertura de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- propaganda das operadoras: avaliação dos gastos e conteúdo das peças publicitárias, bem como o impacto das propagandas nas planilhas de custos das empresas;
- produção de material informativo, criação de 0800 específico e campanha pública de esclarecimento sobre a regulamentação dirigida aos usuários de planos de saúde;
- fornecimento de informações por parte das empresas.

O Fórum passou a se manifestar nos principais temas relacionados aos planos de saúde, como o reajuste de mensalidades e nas consultas públicas da ANS. Em março de 2001, por exemplo, apresentou posição contrária à RDC 41, que tratava do rol de exclusões de procedimentos de alta complexidade em casos de doenças preexistentes.

Na ocasião, reiteraram oposição ao conceito de lesão ou doença preexistente contido na legislação, considerado desprovido de fundamentação médica e científica, tornando impossível a sua identificação. No documento encaminhado à ANS em 20/03/2001, cujos trechos principais estão citados abaixo, as entidades do Fórum defendiam que fosse formalizado, no Congresso Nacional, um pedido de retirada do Artigo 11 da Lei 9656/98, bem como a proibição explícita da exclusão das doenças ditas preexistentes na referida lei.

A RDC 41 é antiética porque expõe as pessoas portadoras de lesões e doenças preexistentes ao agravamento da saúde, podendo levá-las à morte, uma vez que os procedimentos são na sua maioria imprescindíveis no acompanhamento de doenças de alta letalidade quando não são tratadas precocemente, como câncer, Aids, insuficiência renal, cardiopatias e outras.

A RDC 41 também fere frontalmente o Código de Ética Médica brasileiro, ao restringir a autonomia profissional, impedindo que o profissional lance mão de todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis em favor do paciente.”

A derrubada da Medida Provisória 43

O Fórum de entidades iniciou a mobilização que repudiou e derrubou, em agosto de 2001, a polêmica Medida Provisória 2.177-43. Conhecida como “MP 43”, condicionava o atendimento e a cobertura dos planos à disponibilidade de determinada área geográfica, possibilitava a oferta de planos subsegmentados e previa a criação de médicos “porteiros” (triadores) para o primeiro atendimento.

A mobilização teve grande repercussão e foi iniciada durante entrevista coletiva destinada à imprensa no dia 13 de agosto de 2001, na sede da Fundação Procon, em São Paulo. As entidades integradas ao Fórum também realizaram articulação com deputados e senadores e apoiaram a realização do Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde, evento organizado pelo Conselho Nacional de Saúde e Congresso Nacional para promover o balanço de três anos de legislação.

O Simpósio no Senado Federal²⁴

O Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde foi realizado em agosto de 2001, graças a uma iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, em articulação com a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Inicialmente este encontro havia sido boicotado pelo Ministério da Saúde e pela ANS.

O evento, que tinha a finalidade de debater os três anos da regulamentação do setor, foi precedido pela intensa polêmica em torno da edição da Medida Provisória 2.177-43 (conhecida como “MP 43”), que já era motivo de mobilização da sociedade civil. Os atos públicos das entidades, seguida de intenso desgaste público do governo federal, levou o então Ministro da Saúde José Serra a anunciar o sepultamento da

²⁴ Simpósio *Regulamentação dos Planos de Saúde*: Textos para Discussão, 2001, Conselho de Saúde (disponível em <http://conselho.saude.gov.br>); Anais do Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde, 2003, (disponível em www.ans.gov.br.)

medida. Um editorial do jornal Folha de S. Paulo, intitulado “Rara Unanimidade”²⁵, retratava bem a força da coalizão das entidades:

“A nova versão da medida provisória que regula os planos de saúde obteve uma rara unanimidade. Ela conseguiu o repúdio veemente e conjunto de Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Fundação Procon, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, Fórum de Entidades Nacionais dos Portadores de Patologias e Deficiências e Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação de Planos de Saúde, entre outros. Os motivos para a rejeição são simples e eloqüentes. O comunicado conjunto das entidades não poderia ser mais direto: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) engana a população e afronta o Congresso ao fazer editar medidas tão arbitrárias e lesivas aos usuários”.

Uma das conclusões apresentadas no Seminário referiu-se ao processo de regulamentação, que precisava ser ampliado para além da ANS, com maior envolvimento do Congresso Nacional, do Conselho Nacional de Saúde e de outras instâncias. Durante o encontro, foi proposta uma agenda de trabalho ampliada, com destaque para os seguintes temas:

- regulamentação na lógica do conceito de saúde e de direito à saúde, preservando os marcos do SUS de universalidade, equidade e integralidade e definindo claramente o papel da saúde suplementar no sistema de saúde brasileiro;
- fortalecimento do controle social no processo de regulamentação;
- aprimoramento e correção dos desvios da legislação e pontos prejudiciais aos usuários: conceito de doenças preexistentes; fragmentação dos planos;
- aumentos por mudança de faixa etária; a política de reajustes e a ausência de regras claras de adaptação dos contratos antigos;
- políticas de remuneração; credenciamento e descredenciamento de profissionais e serviços;

25 “Rara Unanimidade”. Folha de S. Paulo, 15/08/2001

- além da assistência médico-hospitalar, os planos deveriam abranger as demais ações de assistência em saúde, medicamentos, vigilância, prevenção, promoção da saúde, bem como os procedimentos de emergência e de alta complexidade geralmente apenas cobertos pelo SUS;
- extensão da abrangência da legislação aos planos coletivos, forma de contratação de mais de 70% dos usuários;
- relações entre operadoras e prestadores de serviços públicos e privados: responsabilidades na garantia da qualidade do atendimento;
- efetivação do ressarcimento ao SUS e proibição da “fila dupla”²⁶;
- aprimoramento do modelo institucional para a regulamentação com maior integração da ANS às instâncias do SUS.

*A CPI dos Planos de Saúde*²⁷

A partir de um relatório de pesquisa do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), apontando diversas irregularidades existentes nos contratos e nas práticas realizadas pelas operadoras de planos de saúde, o deputado Henrique Fontana (PT-RS) requereu, em 01/04/2003, a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar os problemas no setor.

Esta CPI foi instalada no final do mês seguinte e consumiu cinco meses de atividade, com a realização de 24 audiências públicas, incluindo cinco sessões regionais com depoimentos de diretores da ANS, representantes de organizações de defesa dos consumidores, de entidades médicas, de operadoras e análise de cerca de 590 mil páginas de documentos.

A CPI não conseguiu fazer muito mais do que produzir um bom diagnóstico dos problemas do setor. Em decorrência das pressões e da conveniência política, ela foi boicotada pelo Ministério da Saúde. Sequer teve o apoio formal da base governista

26 Atendimento eletivo e diferencial de beneficiários dos planos de saúde em unidades do SUS, sobretudo Hospitais Universitários que mantêm convênios com operadoras.

27 Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde, disponível em www.camara.gov.br (Comissões – Temporárias).

porque uma parcela de seus membros estava comprometida com os interesses das operadoras, assíduas colaboradoras de campanhas políticas (Garcia, 2004).

O relatório final da CPI, de autoria do deputado Ribamar Alves (PSB/MA), teve sua aprovação no dia 25/11/2003. O documento chega a indiciar algumas pessoas, aponta a necessidade de alterações significativas na Lei 9.656/98, solicita medidas à ANS e ao governo federal e ainda sugere a continuidade das investigações pelo Ministério Público.

Dentre as diversas conclusões e propostas relativas à regulamentação da nova lei, constam:

- ampliação da competência da ANS para fiscalização integral dos contratos coletivos;
- urgência na tramitação do projeto de lei que proíbe a criação de novos cursos de Medicina pelos próximos dez anos;
- redução do prazo de cobertura parcial temporária (“carência”) para as doenças e lesões preexistentes de 24 para 18 meses;
- formalização da relação entre operadoras e prestadores de serviços (médicos, hospitais e laboratórios);
- criação de taxa de ressarcimento ao SUS a ser paga por todas as operadoras, visando melhorar a atual lógica do ressarcimento;
- implementação, pelas operadoras, de campanhas educativas e de promoção da saúde, bem como adoção de procedimentos para a prevenção de doenças;
- inclusão da oferta de plano de assistência farmacêutica como uma opção, além da cobertura médica obrigatória;
- proibição dos cartões de descontos e proibição do cheque-caução.

O relatório final da CPI apresentou diversas críticas à atuação da ANS, por não ter sido capaz de solucionar o problema dos contratos antigos, anteriores à Lei 9.656/98, quase sempre excludentes; por sua pouca intervenção sobre os contratos coletivos, que são a maioria; por não ter viabilizado o ressarcimento ao SUS, quando conveniados de planos são atendidos em hospitais públicos.

A Agência também foi criticada por não contar com mecanismo de maior participação da sociedade e não resolver os problemas dos cidadãos vítimas dos abusos dos planos; não ter meios de deter os falsos planos de saúde e os “cartões de desconto”, comercializados até por empresas funerárias; manter questionável política de reajustes de preços; punir pouco e só recolher a cifra de 1% das multas aplicadas.

Entre diversas recomendações feitas à Agência Nacional de Saúde Suplementar destacam-se:

- maior fiscalização do cumprimento do registro dos planos de saúde nos Conselhos Regionais de Medicina e de Odontologia;
- maior rigor na concessão de registro e autorização de funcionamento por parte das operadoras;
- rigor na seleção de diretores da ANS, que não podem ter relação com empresas do setor de saúde suplementar;
- criação de um “banco de preços” público para dar transparência aos preços cobrados pelo mercado de órteses, próteses, insumos, materiais e equipamentos, uma vez que a CPI identificou superfaturamentos e discrepâncias nessa área;
- definição de política de reajuste mais transparente para o setor e cujo critério não seja unicamente a média dos reajustes dos planos coletivos;
- adoção de parâmetros para o uso dos recursos e incorporação de novas tecnologias pelos planos de saúde;
- instituição de protocolos e diretrizes médicas baseados em evidências científicas, para evitar procedimentos desnecessários e também para inibir as glosas e restrições arbitrárias;
- necessidade de revisão da resolução que trata do atendimento às urgências e emergências (Resolução Consu 13);
- deve ser evitado o excesso de resoluções e mudanças permanentes da legislação;
- criação de uma Central de Atendimento aos Usuários, que serviria como um plantão destinado à garantia do atendimento, especialmente quando em risco

a saúde ou a vida;

- aperfeiçoamento da Ouvidoria da ANS, de forma a garantir sua autonomia e independência; necessidade de aumentar a participação da sociedade na regulamentação e aperfeiçoamento do mecanismo de consultas públicas da ANS.

A atuação das operadoras foi responsável, segundo Garcia (op.cit.), pela supressão, durante a votação do relatório final da CPI, das recomendações de diminuição dos reajustes por faixas etárias; da proibição da “fila dupla” nas unidades do SUS (atendimento a planos de saúde, sobretudo em hospitais universitários); de maior controle social sobre a regulação e sobre as operadoras; e da definição de que a atuação dos planos de saúde seria de relevância pública.

A CPI verificou ainda que é comum a interferência dos planos na autonomia dos médicos, o descredenciamento e alterações impostas pelas operadoras nas redes credenciadas/referenciadas de contratos antigos e novos, sem informação prévia aos consumidores, com redução quantitativa e qualitativa dos serviços. O direcionamento, com a determinação feita pela operadora sobre o local para realização do procedimento e a técnica a ser adotada, a limitação na utilização do serviço e no número de exames são práticas corrente dos planos de saúde. A realização dos exames, internações e procedimentos fica, muitas vezes, condicionada à autorização prévia da operadora, em detrimento do pedido e orientação do médico. O relatório também foi contundente ao apontar as exclusões de coberturas praticadas pelos planos de saúde, tanto com base nos contratos antigos quanto na atual legislação.

O Fórum de Saúde Suplementar ²⁸

O Fórum de Saúde Suplementar, organizado pela ANS, Ministério da Saúde, e Conselho Nacional de Saúde, ocorreu em três etapas, entre junho e novembro de 2003, reunindo representantes de todos os setores da sociedade interessados. O objetivo foi

²⁸ Informações adicionais consultar Série Regulação e Saúde, Vol. 3, Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Disponível em www.ans.gov.br (Publicações).

avaliar os cinco anos da legislação dos planos de saúde, debater os problemas da regulação e apontar consensos e saídas possíveis.

No dia 21/08/2003, às vésperas da segunda etapa do Fórum, houve mudança do foco das discussões, pois o Supremo Tribunal Federal concedeu liminar na Ação Direta de Inconstitucionalidade movida pela Confederação Nacional de Saúde e Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS), declarando que os contratos de planos de saúde celebrados antes da edição da Lei 9.656/98 não poderiam ser atingidos pela norma. Mesmo reconhecida como abusiva pelo Poder Judiciário, a decisão abriu novamente espaço para reajustes exorbitantes, práticas de limitação de internação hospitalar e de suspensão e rescisão unilateral de contrato.

O Fórum teve resultados práticos pífios, pois serviu apenas para expor velhos e já conhecidos conflitos de interesse e o ano de 2004 foi marcado pelo pouco impacto da política de migração e pela insistência dos médicos em reduzir o debate da regulamentação ao reajuste dos honorários e à implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)²⁹.

A Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Saúde, espaços legítimos de controle social, sempre tiveram dificuldades para pautar o debate sobre a regulamentação dos planos de saúde. Apesar de suas limitações, o CNS tem acompanhado a regulamentação e a atuação da ANS. Para isso, mantém um representante, na condição de observador, na Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS.

O CNS conta com uma Comissão de Saúde Suplementar, criada em 2001 e reativada em 2004, que tem como campo de ação:

²⁹ O registro do movimento dos médicos por melhores honorários e pela implantação da CBHPM na saúde suplementar está disponível no site: www.amb.org.br.

“subsidiar a atuação do CNS nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e revisão do espaço institucional de regulamentação da Saúde Suplementar, bem como sua inclusão na Política Nacional de Saúde”.³⁰

Os temas definidos pelo Plenário do CNS como prioritários para a Comissão referem-se ao controle social (integração da assistência suplementar às instâncias de controle social do SUS, mecanismos de maior participação da sociedade nas discussões relacionadas aos planos privados de saúde); financiamento (avaliações sobre os recursos públicos envolvidos direta e indiretamente no mercado de planos de saúde); regulamentação (acompanhamento no Legislativo e no Judiciário); e qualificação da atenção (qualidade da assistência e mudança do modelo de atenção em saúde).

Representantes de planos de saúde, alguns gestores do SUS e, até mesmo, técnicos da ANS, relutam em aceitar a participação do CNS na discussão dos rumos da saúde suplementar. O Conselho, por sua vez, chama a atenção sobre a Lei 8.080/90, que estabelece sua competência e atribuições na elaboração de normas para regular todas as ações e serviços de saúde, tendo em vista a relevância pública da saúde³¹.

Já a Lei 8.142/90 determina competência ao CNS para atuar na formulação de estratégias e no controle da política nacional de saúde; sem contar as deliberações do próprio Conselho³².

O CNS tem priorizado a discussão sobre o aporte de recursos públicos ao setor de saúde suplementar, incluindo posicionamento crítico sobre revisão da política tributária e fiscal relacionada à demanda e à oferta de serviços privados de saúde; sobre financiamento, com recursos públicos, de planos privados de saúde para o funcionalismo público; destinação progressiva de recursos do SUS para manutenção da ANS; dentre outros pontos.

30 Plano de Trabalho da Comissão de Saúde Suplementar do CNS.

31 Art. 1º, 15 e 22 da Lei Orgânica da saúde (Lei 8.080/90).

32 Deliberação CNS nº 001, de 08/03/2001; e a Resolução CNS nº 339, de 03/06/2003, que tratam da Comissão de Saúde Suplementar (CSS) e de suas atribuições legais de Controle Social em relação ao setor de planos privados de saúde.

O CNS também posicionou-se contra o atendimento a planos de saúde privados em hospitais públicos, especialmente em hospitais universitários; defendeu a diminuição progressiva da destinação de recursos do SUS para financiamento das atividades da ANS; e posicionou-se contrariamente a qualquer esforço do governo federal e da ANS para viabilizar, ainda que indiretamente e no papel de facilitador, a ajuda financeira às empresas de planos de saúde, bem como contribuir para conferir suporte, para obtenção de linhas de crédito, promover fusões ou tonificar empresas (Deliberação CNS N° 01, de 9/02/2006).

3.2 – CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO DOS PLANOS DE SAÚDE

A ausência de interferência estatal, por mais de 30 anos, aliada à falta de regulação dos planos de saúde no Brasil, restringiu, sobremaneira, as informações sobre as dimensões de assistência à saúde, estruturas de funcionamento e características econômico-financeiras do segmento.

As principais bases de dados sobre o setor são a publicação periódica “Informações sobre Beneficiários, Operadoras e Planos – Dados do Setor”, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a pesquisa “Acesso e Utilização de Serviços de Saúde”, da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Antes de tratar dos planos de saúde no Estado de São Paulo, universo do presente estudo, serão abordados os conceitos e designações; a composição do mercado; os resultados da PNAD/2003, referentes à saúde suplementar; e o mercado dos planos de saúde nos Estados Unidos.

3.2.1 – Conceitos e designações

Não há consenso na literatura e entre os especialistas sobre o termo mais adequado para designar o segmento de planos de saúde. Além de saúde suplementar, também são comuns as denominações: atenção médica supletiva, assistência médica complementar ou assistência médica suplementar.

A palavra “complementar”, segundo a acepção do termo, define o elemento que se integra no todo para completá-lo ou aperfeiçoá-lo. “Suplementar”, como o próprio nome indica, pode ser considerado algo que serve de suplemento, para suprir o que falta³³.

Já o termo “assistência médica suplementar” remonta à origem da assistência médica prestada pelo Inamps: uma assistência curativa, voltada ao trabalhador formal. No caso dos planos de saúde, o termo suplementar pretendia designar aquilo que seria opcional, um *plus*; algo além do suficiente para garantir as necessidades básicas de saúde.

Assim, o termo “saúde suplementar” não parece ser apropriado para designar o que se pretende, considerando as limitações de atendimento e o distanciamento deste setor da integralidade das ações. Ou seja, também este segmento precisa ser suplementado, e não raro pelo próprio SUS.

“Assistência médica complementar”, presente na legislação de saúde, designa a falta de ações e serviços de saúde que necessitam de uma complementação. A lógica da previdência complementar é um exemplo interessante para clarear este conceito, no sentido de que este tipo de previdência é voluntária, tem um valor superior se comparado ao serviço oferecido pela previdência oficial. No Brasil, tanto na saúde quanto na previdência, o “suplementar” e o “complementar” tornaram-se sinônimos, mas seriam termos adequados se definissem o que é opcional, o que é “luxo”; e isso não se encaixa no caso dos planos de saúde.

Enfim, o termo “assistência médica suplementar” não é absolutamente apropriado, mas talvez seja o mais próximo para exprimir a natureza do fenômeno dos planos e seguros de saúde privados.

Da mesma forma, não há consenso para denominar as empresas que atuam no setor. O conceito de “operadora” de plano de saúde, bastante difundido também, não parece o mais correto, pois foi importado de outros setores regulados. Ele padroniza sob um mesmo rótulo modalidades empresariais bastante diferenciadas e, definitiva-

33 Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, Editora Objetiva, 2005

mente, não reflete a diversidade do segmento de planos e seguros de saúde.

“Operadora”, termo presente na legislação e usado pela agência reguladora, pode ser adequado para empresas que atuam com linhas de transmissão de energia elétrica, de telefonia ou com distribuição de petróleo, por exemplo, mas parece não ser a melhor designação para o setor da saúde. A moderna acepção do termo operadora – “empresa que, mediante concessão pública ou não, explora determinadas áreas de prestação de serviços; ou concessionária de serviços públicos”³⁴ – reforça a impropriedade de sua utilização no segmento da assistência médica suplementar.

A legislação define como operadora toda ou qualquer pessoa jurídica de direito privado responsável pela administração de planos de saúde. Assim estão sujeitos à regulamentação o segmento comercial, das empresas que comercializam planos, e o não lucrativo, formado pelas autogestões de empresas e órgãos estatais. Existem ainda, porém fora da regulação, as instituições de saúde voltadas exclusivamente para os funcionários das forças armadas ou para servidores estaduais e municipais.

Alguns autores optam, preferencialmente, pela designação “empresas de planos e seguros de saúde”, ressaltado o fato de que este termo também tem limitações, pois excluiria algumas empresas de autogestão, com planos próprios administrados por elas mesmas, a exemplo da Petrobras. Mas é o termo “operadora” o mais utilizado, devido a sua referência pela legislação e pela ANS, que incorporou e difundiu o termo.

Tampouco há unanimidade no uso do termo empregado para designar a população assistida pelas empresas de planos e seguros de saúde. O termo “beneficiário” – aquele que é favorecido por algum benefício ou vantagem³⁴ –, bastante utilizado pelas empresas, em especial o segmento de medicina de grupo, foi incorporado por técnicos e pelos textos legais da ANS. Sua origem provavelmente está nos convênios celebrados entre o Inamps e as empresas; onde o indivíduo era tido como o “beneficiário” da previdência.

34 Houaiss (op. cit.).

35 Houaiss (op. cit.).

No caso dos planos coletivos, os empresários o consideram um benefício. Assim, os trabalhadores seriam os beneficiários do plano. Ao oficializar esta designação, a ANS pode não ter levado em conta a reconstituição da trajetória do termo, demonstrando ainda certa incapacidade de formulação inovadora do órgão regulador. Segundo a ANS, “o termo beneficiário refere-se a vínculos com os planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo³⁶”. Esta definição torna ainda mais complexa a aplicação genérica do termo.

O conceito de “usuário” tem sido transposto para o universo dos planos de saúde. Trata-se de definição genérica, usada para designar “aquele que, por direito de uso, serve-se de algo ou desfruta de suas utilidades³⁷”. Também refere-se à população assistida pelos serviços e ações de saúde – em tese toda a população brasileira, considerando a universalidade do Sistema Único de Saúde, legalmente instituída.

Como os planos e seguros de saúde não são instituídos enquanto serviços de saúde, mas sim a partir de garantias contratuais, “usuário” é um termo que não nos parece completamente adequado. No entanto, sua adoção no caso dos planos de saúde transformou-se na denominação preferida dos gestores, entidades e instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde. Diante do atendimento dado pelo SUS quando das exclusões dos planos de saúde, “usuário” passou a ser uma designação justificada para não reforçar ainda mais a separação entre a assistência médica suplementar e o sistema público.

O conceito de “consumidor” de plano de saúde, por sua vez popularizado pelas entidades que atuam na defesa do consumidor (Procons e ONGs) e pelos meios de comunicação de massa, também apresenta limitações. Consumidor é “aquele que adquire mercadorias, riquezas e serviços para uso próprio ou de sua família”³⁸.

Mesmo se fosse levado em conta que o plano de saúde é uma mercadoria como outra qualquer (tese por si só bastante controvertida), o termo só englobaria o indivíduo

36 Dados do Setor, Informações sobre Beneficiários, Operadoras e Planos/ANS, novembro de 2005

37 Houaiss (op. cit.).

38 Houaiss (op. cit.).

comprador direto do plano, e não estaria dimensionado à altura da abrangência da legislação, pois tende a excluir a maior clientela, vinculada aos planos coletivos. Além disso, um plano não é um produto meramente consumido, mas acionado diante de uma necessidade de saúde geralmente imprevisível.

Resta, então, o conceito de “cliente”, cuja definição pode significar “cada um dos indivíduos socioeconomicamente dependentes que fazem parte de uma clientela³⁹”. Esta definição poderia ser utilizada tanto para os planos individuais quanto para os contratos coletivos. Cliente, de certa forma, expressaria a forma desorganizada e diversa como são apresentadas as demandas por planos de saúde. Seriam os indivíduos que aderem a um plano de saúde por diferentes circunstâncias: porque estão no mercado de trabalho, são empregados, porque podem pagar, são dependentes ou agregados.

Por fim, com relação à designação “cobertura assistencial”, cabe aqui mencionar os conceitos apresentados pela ANS:

*“Cobertura assistencial é a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) a que um usuário faz jus pela contratação de um plano de saúde”.*⁴⁰

ou

*“Cobertura assistencial é o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora”*⁴¹

A complexidade dos possíveis conceitos de cobertura assistencial – que não serão aqui detalhados – não condiz com esta redução proposta pelo agente regulador. A cobertura assistencial está relacionada não apenas às normas regulamentadoras e às cláusulas contratuais, mas também à capacidade de resposta diante da procura do usuário do plano de saúde pela assistência. Sabe-se, ainda, que a procura e a utilização dos

39 Houaiss (op. cit.).

40 “Entenda o setor”. *Planos quanto ao tipo de cobertura assistencial*. www.ans.gov.br acessado em 17/11/2005

41 ANS - Série “Entenda Seus Direitos” – *Cobertura Assistencial*, 2005

serviços de saúde depende de uma série de fatores que podem estar ligados à predisposição (variáveis sociodemográficas como idade, gênero, hábitos de vida etc.) à capacidade (renda, tipo de plano contratado, oferta de serviços etc.) e à necessidade de saúde (diagnóstico prévio ou demanda espontânea).

Em que pese a maior pertinência de um ou outro termo usado no vasto universo dos planos de saúde, o presente trabalho optou por utilizar múltiplas designações presentes nos trabalhos acadêmicos e nos textos legais da regulamentação. A escolha deste ou daquele termo no decorrer da dissertação está relacionada à proximidade, no texto, das referências, atores, órgãos e instâncias mencionadas.

3.2.2 – Composição do Mercado de Planos de Saúde

Com base em informações levantadas sobre o setor, a ANS define oito modalidades: administradoras, autogestões (patrocinadas e não-patrocinadas), cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, medicina de grupo, odontologia de grupo e seguradoras especializadas em saúde. Esta classificação considera o expressivo número de empresas envolvidas, a diversidade jurídico-institucional, a segmentação no mercado e a forma de organização da rede de serviços que garante a cobertura assistencial contratada.

A partir das suas principais características, os segmentos de planos de saúde podem ser assim definidos:

Medicina de grupo

A maioria das empresas classificadas na categoria de medicina de grupo não oferece assistência em serviços próprios. Elas contratam serviços médicos de terceiros ou credenciam profissionais médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica. O usuário – seja ele indivíduo, família ou empresa – vincula-se ao plano mediante pré-pagamento e tem direito à cobertura de serviços e procedimentos médicos e auxiliares, previstos contratualmente, tanto na rede própria, quando há, como na rede conveniada.

As empresas dessa modalidade congregam-se em torno da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), e do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (Conamge).

Cooperativas médicas

Nessa modalidade, os médicos exercem, de forma simultânea, o papel de sócios e de prestadores de serviços, recebendo pagamento tanto pela sua produção individual, como mediante a divisão do lucro obtido pela cooperativa.

As Unimed, cooperativas mais representativas desse segmento, organizam-se por unidades municipais. As unidades possuem ampla autonomia e vinculam-se às federações que, por sua vez, integram-se a uma confederação nacional. Conseguem, dessa forma, uma cobertura territorial bastante ampla. Constituídas conforme o disposto na Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, as cooperativas médicas deveriam ser sociedades sem fins lucrativos.

Autogestão

Em sua concepção, a autogestão em saúde não tem fins lucrativos. Destina-se a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou associados, e seus dependentes, participantes de empresas, associações, sindicatos, fundações, caixas de assistência ou entidades de classes profissionais. Podem ser patrocinadas ou não-patrocinadas pelo empregador.

Algumas organizações chegam a financiar totalmente os planos de seus funcionários. Na maioria dos casos parte da conta recai sobre os beneficiários, que têm contribuição proporcional ao salário, descontada em folha de pagamento. As empresas podem administrar os programas de assistência à saúde para seus empregados ou podem contratar terceiros para cuidarem do plano de autogestão.

A autogestão é a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração

pública. Nestes casos, muitas criaram instituições privadas para a gestão da assistência.

Até 2002 existiam duas entidades representativas do setor de autogestão: a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (Abraspe) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas). Essas entidades uniram-se e o segmento agora está representado pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas).

Seguro-saúde

Nesta modalidade há a intermediação financeira de uma entidade seguradora, que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou segurado, de acordo com condições contratuais. As seguradoras não deveriam ser prestadoras de serviços e, sim, dar cobertura às despesas com assistência médico-hospitalar segundo as apólices dos segurados. Mas, na prática, a maioria mantém rede credenciada e atua de forma semelhante à medicina de grupo e às Unimed.

Os seguros-saúde podem efetuar pagamento direto aos profissionais e serviços credenciados (o mais comum), ou efetuar o reembolso ao próprio segurado mediante a apresentação dos comprovantes das despesas médico-hospitalares realizadas. Há, no entanto, limite nos valores reembolsados, que dificilmente superam os valores da tabela de honorários paga pelo seguro-saúde ao prestador.

A subordinação histórica das seguradoras às normas da Superintendência dos Seguros Privados (Susep) favoreceu a organização econômico-financeira e a constituição de provisões técnicas deste segmento.

As empresas que atuam no setor de seguros congregam-se à Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg). Desde abril de 2001, com a Lei 10.185/2001, as seguradoras que operam no setor de saúde, passaram a ser subordinadas também à ANS. De acordo com essa legislação, o seguro saúde foi enquadrado como plano privado de assistência à saúde e as seguradoras, obrigadas a se constituírem como sociedade seguradora especializada em saúde.

Administradoras

O grupo das administradoras é formado, segundo a ANS, pelas “empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, financiados por outra operadora, sem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos”. Nestes casos, elas não podem ter nenhum beneficiário.

Filantrópicas

As organizações de caráter filantrópicas segundo a ANS, “são entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde”. Elas recebem a certificação de instituições filantrópicas concedida pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). O Ministério da Justiça confere a este tipo de organizações declarações de utilidade pública federal. Junto a Órgãos dos Governos Estaduais e Municipal elas obtém a declaração de utilidade pública estadual ou municipal.

Os planos de “filantropia” recebem esta denominação em função da personalidade jurídica da instituição responsável por sua comercialização, geralmente as Santas Casas. No entanto, os planos “filantrópicas” enquadram-se na categoria de fins lucrativos e disputam o mercado com os demais planos comerciais.

Odontológicas e outras situações

As cooperativas odontológicas e as empresas de odontologia de grupo operam exclusivamente planos voltados à saúde bucal dos indivíduos. Há situações que escapam à classificação padronizada pelo órgão regulador. É o caso, por exemplo, de empresas de grande porte cujos planos são administrados por seus departamentos de benefícios e recursos humanos.

3.2.3 – A pesquisa PNAD/IBGE 2003⁴²

A Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD) referente ao ano de 2003, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em maio de

42 IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – Acesso e Utilização de Serviços de saúde – 2003.

2005, revelou que 25% da população brasileira tem planos de saúde. Os dados apurados neste estudo mostram pouca alteração se comparados aos observados em 1998 pela mesma instituição.

Entre as pessoas que declararam ter um estado de saúde considerado muito bom e bom, o estudo da PNAD aponta maior cobertura de plano de saúde (26,2%). Estes valores caem quando piora o nível de auto-avaliação: 19,1% de cobertura de planos de saúde para aqueles que consideraram ter um estado de saúde regular e 14,1% para aqueles com nível ruim ou muito ruim. Outro dado apurado pela PNAD diz respeito ao tipo de plano: 50,1% são planos coletivos, ou seja, o pagamento é efetuado por intermédio do empregador.

Os dados levantados evidenciam que a cobertura de plano de saúde no Brasil não se distribui de modo uniforme na população. Há uma grande concentração nos grupos que possuem maior rendimento, nas áreas urbanas, e entre aqueles que estão empregados e com melhores condições de saúde. Dessa forma, o segmento de saúde suplementar representava um fator gerador de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no país e, ao oferecer menor cobertura aos mais doentes, tem impacto limitado na redução do gasto público em saúde.

Segundo a PNAD, o aumento da cobertura na classe de rendimento mais elevado observado nos últimos anos, assim como a diminuição da participação do empregador no financiamento integral dos planos, indicaram agravamento deste padrão de desigualdade. Os dados mostraram, ainda, que o subgrupo populacional coberto por planos de saúde experimentou condições de menor desigualdade social, quando comparado à população em geral, uma vez que as pessoas de menor rendimento tinham menor participação direta no financiamento deste setor.

3.2.4 – Os planos de saúde nos Estados Unidos

Nos Estados Unidos, país com o maior mercado de planos de saúde privados do mundo, atualmente predomina o modelo de atenção gerenciada (*managed care*), sendo

que as *Health Maintenance Organizations* – HMOs, são as mais tradicionais. Algumas características deste mercado norte-americano e do comportamento das empresas de planos de saúde sugerem que trata-se de um sistema oneroso e que apresenta sérios problemas e distorções.

De acordo com D.Ugá (2005)⁴³ as principais características do modelo americano são: contratação seletiva de prestadores para a constituição de uma rede credenciada; gerenciamento da utilização de serviços finais e intermediários, incluindo a adoção de protocolos clínicos; introdução do médico generalista de “porta de entrada”; requisição de autorizações prévias, revisão e supervisão das práticas médicas; adoção de incentivos aos prestadores para conter custos; e remuneração condicionada à verificação das práticas do prestador.

Nos Estados Unidos, os planos de saúde podem se diferenciar pela forma de relacionamento entre os prestadores e pelo tipo de serviço oferecido. Assim, pode haver diferença de preço, nível de liberdade de escolha do prestador e de cobertura (por exemplo, a inclusão de tratamento dentário e de facilidades na compra de medicamentos). As coberturas também dependem de cada empresa e de sua atuação (área geográfica, tipo de clientela e participação no mercado).

De acordo com o NYC MCCAP⁴⁴, uma organização não-governamental de Nova York que orienta consumidores de *managed care* sobre seus direitos, dentre os principais problemas reclamados relacionados a exclusões de cobertura estão: tratamentos e exames em geral, consulta a médico especialista, segunda opinião antes de uma cirurgia, atendimento de urgência em hospital não credenciado, dificuldade em conseguir autorização de internação para cirurgia, dentre outros.

Diante de uma negação de cobertura ou insatisfação com a qualidade do atendimento, o primeiro passo é a queixa junto ao próprio plano de saúde, que é obrigado a manter serviços de atendimento a clientes e abrir um processo interno para apurar a

43 D. Ugá, MA. Resumo Executivo de duas Notas Técnicas, produtos da Primeira Fase do Projeto: Novas formas de contratação e compartilhamento do risco com provedores de serviços. Disponível em www.ans.gov.br

44 www.nycmccap.org

reclamação. No caso de resposta insatisfatória por escrito, o consumidor pode, então, iniciar uma apelação. Antes de recorrer à Justiça, no entanto, o consumidor conta com a possibilidade de solução administrativa, no âmbito governamental do sistema de saúde norte-americano, no sentido de obrigar o plano a conceder a cobertura.

3.3 – O UNIVERSO DOS PLANOS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

O presente estudo envolve as ações judiciais julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, unidade da federação que concentra o maior número de operadoras e de beneficiários de planos de saúde do país.

O Estado de São Paulo conta com 896 operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e concentra 15,2 milhões de beneficiários, mais de 40% de todos os usuários de planos de saúde do país, estimados em 35,7 milhões. Também é alto em São Paulo o grau de cobertura, que é o percentual de beneficiários em relação à população. O Estado tem 37,7% da população ligada a planos de saúde, contra 19,4% de grau de cobertura nacional. Na Capital, a taxa é ainda maior: 54,9% dos paulistanos têm planos de saúde, enquanto que no interior do Estado a cobertura é de 30,9% e na região metropolitana (que inclui a Capital e municípios vizinhos) a taxa é de 45,1%.

Quadro 1 – Distribuição de beneficiários e de operadoras de planos de saúde por classificação de operadora, Estado de São Paulo, janeiro de 2006

Segmento	Nº operadoras*	%	Nº beneficiários	%
Medicina de grupo	315	35,2	7.651.411	50,2
Cooperativa médica	297	33,1	3.292.213	21,6
Seguradora especializada em saúde	12	1,3	2.491.678	16,3
Autogestão	186	20,8	1.180.823	7,7
Filantropia	86	9,6	614.069	4,0
Total	896	100,0	15.230.194	100,0

Fonte: SIB – ANS/MS – Nov/2005 e Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 26/01/2006

*Nota: Operadoras que comercializam planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia. Não estão incluídas as operadoras exclusivamente odontológicas.

Percebe-se que o mercado de planos de saúde no Estado é constituído majoritariamente pelo segmento comercial lucrativo, formado pelas empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras. Juntas, representam cerca de 70% do setor.

De acordo com dados da ANS, em agosto de 2005, 39,3% dos clientes de planos no Estado ainda tinham contratos anteriores à Lei 9.656/98. Os demais, 60,7%, contavam com planos novos porque ingressaram no sistema após a entrada em vigor da lei ou adaptaram seus contratos às novas regras.

O mercado registra uma diminuição progressiva da proporção de contratos antigos, em função do aumento da venda de planos novos e da migração para contratos novos. Mas isso não esconde uma constatação importante: o volume de contratos antigos ainda é grande, atingindo cerca de 6,6 milhões de usuários no Estado. E, exatamente neste universo, estão concentrados os mais sérios problemas de limitações de cobertura, em parte perpetuados pela legislação.

Formas de contratação

De acordo com a legislação, há duas formas de contratação do plano de saúde: coletivo e individual ou familiar.

O contrato é individual quando é assinado entre um indivíduo e uma operadora, para o próprio titular; ou familiar, para o titular e seus dependentes. Nestes casos, o titular arca com a totalidade dos custos da mensalidade.

Já os planos coletivos têm seus contratos firmados por pessoas jurídicas e são destinados a grupos determinados e fechados de indivíduos. Eles podem incluir ou não dependentes. Algumas regras desses contratos diferem dos contratos individuais e familiares, como por exemplo o reajuste das mensalidades e a rescisão contratual.

Os planos coletivos podem ser empresariais, patrocinados pelo empregador e nos quais a adesão do beneficiário (empregado) é automática. Neste caso, a mensalidade é totalmente paga pela empresa contratante ou é cobrada uma parcela do empregado, descontada em folha de pagamento.

Também há planos coletivos por adesão, sem patrocinador. São, igualmente, contratados por pessoa jurídica (uma associação ou sindicato, por exemplo), sendo que a adesão do beneficiário ao plano é opcional e a mensalidade geralmente é integralmente paga pelo usuário diretamente à operadora.

Quanto à distribuição dos clientes por tipo de contratação de planos, não há informações adequadas disponíveis, principalmente sobre os planos antigos, pré-regulamentação. Há, cada vez mais, a preponderância dos planos coletivos, estimados, pela ANS, em cerca de 70% do universo de planos novos. A PNAD/IBGE 2003 informa que 50,1% de todo o universo da saúde suplementar são planos coletivos.

Para o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), as operadoras de planos de saúde, principalmente no Estado de São Paulo, encampam uma política com objetivo de desestimular a comercialização de planos individuais.

O Idec entende que a preferência das operadoras pelos planos coletivos decorre do fato desta modalidade sofrer menor controle governamental. O principal aspecto é que os reajustes anuais deveriam, mas não são controlados pelo governo, com as negociações dos aumentos feitas diretamente entre a operadora e a empresa / sindicato / associação que a contrata, enquanto os planos individuais têm os aumentos monitorados pela ANS. Outro fator é que para este tipo de contratação a Lei 9.656/98 não proíbe, explicitamente, a suspensão ou rescisão unilateral por parte da operadora⁴⁵.

Concentração do Mercado

Uma das características deste setor refere-se à sua alta concentração. Os dados disponíveis publicamente são do mercado nacional, mas acredita-se que São Paulo reproduza essa tendência. Existe no Brasil um grande número de pequenas operadoras; mais de 70% têm menos de 10.000 usuários. O número de operadoras com menos de 2.000 usuários chega a 45%. Existem somente 65 operadoras na faixa 100 mil a 500 mil usuários e apenas nove operadoras com mais de meio milhão de usuários.

Já em relação à distribuição geográfica, percebe-se enorme concentração na região

45 Declaração obtida no site do Instituto de Defesa do Consumidor. Disponível em www.idec.org.br.

Sudeste, que tem quase 70% dos clientes de planos de saúde e 59% das operadoras.

Apenas três municípios – São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte – congregam cerca 30% do universo de clientes. Entre os motivos para esta concentração resalta-se o fato de serem municípios com maior poder aquisitivo, onde encontram-se indústrias e empresas de grande porte, contratantes de planos coletivos. Fruto, portanto, do desenvolvimento econômico-industrial desigual e concentrado no Brasil.

Segmentação

Os planos de saúde oferecidos pelas operadoras podem variar de acordo com a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica. Independente da modalidade (coletivo ou individual / familiar), desde 1998 a legislação definiu para os contratos novos coberturas obrigatórias e possibilitou a oferta de planos segmentados, de acordo com a assistência prestada: ambulatorial; hospitalar sem obstetrícia; hospitalar com obstetrícia; odontológico e referência. As operadoras podem, ainda, oferecer combinações de diferentes segmentos: plano com cobertura ambulatorial + cobertura hospitalar com obstetrícia; plano com cobertura ambulatorial + cobertura odontológica etc. O quadro a seguir traz a cobertura obrigatória para cada tipo de plano:

Quadro 2 – Cobertura por plano de saúde segmentado segundo a legislação

SEGMENTO	COBERTURA ASSISTENCIAL					
	Consultas	Exames	Tratamentos e procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamento Odontológico
Ambulatorial	X	X	X			
Hospitalar sem Obstetrícia				X		
Hospitalar com Obstetrícia				X	X	
Odontológico						X
Referência	X	X	X	X	X	

Fonte: Legislação do setor/ANS

É importante destacar que a segmentação admitida pela Lei 9.656/98 só é obrigatória para os planos de saúde adquiridos ou adaptados após janeiro de 1999.

Os planos mais comercializados no Estado de São Paulo, a partir da legislação, são aqueles que oferecem a cobertura combinada ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, seguidos do plano referência. Os planos com cobertura exclusivamente ambulatorial e hospitalar não são muito difundidos.

Faixas etárias

A legislação estabeleceu critérios de faixas etárias para que as operadoras possam diferenciar o valor das mensalidades de acordo com a idade do usuário. A lógica do mercado é de que a frequência e os custos de utilização crescem de acordo com a progressão das faixas de idade. Antes da Lei 9.656/98 entrar em vigor, em 2 de janeiro de 1999, não existia este tipo de padronização e cada operadora adotava seu próprio critério.

Já os contratos assinados entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004 e também os contratos adaptados neste período, obedecem a Lei 9.656/98, estabelecendo sete diferentes faixas etárias: 0 a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 anos ou mais.

Nos contratos assinados ou adaptados depois de 1º de janeiro de 2004, o número de faixas etárias aumentou de sete para dez, para atender a uma determinação do Estatuto do Idoso, que proíbe o reajuste de mensalidade para usuários acima de 60 anos. Em 2005, a divisão de faixas etárias estava constituída da seguinte forma: 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; 59 anos ou mais. Ficou mantido, nas novas regras, o reajuste de 500% a ser diluído entre a primeira e a última faixa etária.

No Estado de São Paulo, mais de 50% dos beneficiários estão nas faixas dos 20 aos 49 anos de idade.

Situação econômico-financeira das operadoras

No ano de 2004 os planos de saúde movimentaram no país, de acordo com a ANS, R\$ 31,4 bilhões. Em São Paulo, a receita do setor foi de R\$ 15 bilhões, sendo que os seguimentos que mais movimentaram recursos no Estado foram: medicina de grupo (R\$ 6,9 bilhões), seguradoras (R\$ 4,2 bilhões) e cooperativas médicas (R\$ 2,6 bilhões).

Desde que a Agência passou a disponibilizar os dados, em 2001, com base nos balanços financeiros das empresas, a receita dos planos de saúde cresceu cerca de 30% em quatro anos. O crescimento pode estar ligado, entre outros fatores, ao aumento do número de usuários – principalmente dos planos coletivos – e aos reajustes anuais das mensalidades autorizados pela ANS.

A CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados havia identificado, em 2003, que algumas operadoras ocupam posições destacadas no ranking das maiores empresas do país; figuram entre as mais rentáveis (lucro líquido ajustado/patrimônio líquido ajustado em %), têm um alto desempenho no crescimento das vendas e apresentaram grandes receitas operacionais.

Segundo a “Classificação das Melhores e Maiores Empresas do País”, tradicional ranking elaborado pela Revista Exame, várias operadoras de planos de saúde com atuação em São Paulo ocupavam, em 2005, posições destacadas na relação das empresas mais rentáveis no setor de serviços.

A Capitólio Consultoria, empresa privada que monitora frequentemente o mercado de saúde suplementar, em estudo com 900 empresas que atuam no setor, indicou que o faturamento dos planos de saúde havia crescido 22,7% em 2004 se comparado a 2003, índice acima da inflação de 12,4% medida pelo IGP-M no mesmo período.

Até hoje a composição dos preços dos planos de saúde não é pública e sequer é totalmente conhecida pelo órgão regulador. Além dos gastos com prestadores, seria necessário, para uma análise mais detalhada da situação, saber qual é a exata participação da corretagem, da propaganda, das despesas administrativas e do lucro na composição das planilhas de custos das operadoras.

Reajuste de mensalidades

Um dos temas mais polêmicos e de maior visibilidade em relação aos planos de saúde é o reajuste das mensalidades dos planos individuais e familiares, o que depende de autorização prévia da ANS. O índice em vigor resulta da média ponderada dos aumentos livremente negociados nos planos coletivos. Mas existe a possibilidade de, em um mesmo ano, o plano de saúde ser reajustado para o usuário mais de uma vez. Além da variação de custos, na data de aniversário do plano, o reajuste pode ocorrer por mudança de faixa etária ou por revisão técnica concedida pela ANS.

Nos planos coletivos com patrocinador, a operadora deve comunicar à ANS o reajuste adotado até 30 dias após sua aplicação. Já no plano coletivo sem patrocinador, a operadora comunica o percentual de reajuste à ANS com antecedência mínima de 15 dias do vencimento da mensalidade. Esses reajustes são apenas monitorados pela ANS.

Para corrigir supostos desequilíbrios nos planos coletivos, em função da variação de custos assistenciais ou da frequência da utilização, as operadoras criaram mecanismos de reajustes através de cláusulas contratuais que permitem a alteração da mensalidade na hipótese de aumento da “sinistralidade”. Ou seja, sempre que o índice de eventos (internações, procedimentos etc.) pagos atinge determinado percentual, em função da mensalidade cobrada em período anterior, a operadora fica autorizada a fazer o cálculo de novo valor do prêmio.

Para muitos especialistas, essa cláusula não poderia ser livremente inserida nos contratos coletivos, pois viola a disposição contida no artigo 51 do CDC, que impede o fornecedor de reajustar unilateralmente as mensalidades dos serviços que presta.

Em relação aos planos individuais, desde agosto de 2003, após uma ação direta de inconstitucionalidade contra alguns dispositivos da legislação, foi suspensa a eficácia do art. 35-E da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), que permitia que os contratos antigos (anteriores a janeiro de 1999) tivessem seus reajustes determinados pela ANS.

A partir daí diversos planos reajustaram, com o aval da ANS, os contratos antigos

em valores muito acima do percentual (11,69% em 2005) concedido para os planos novos, o que levou as entidades de defesa do consumidor a mover ações judiciais.

A ANS contestou, judicialmente, as ações movidas, principalmente em São Paulo, por entidades de defesa do consumidor contra os índices diferenciados de reajustes para contratos antigos. Em resposta a um desses pedidos, o Juiz Eduardo Almeida Prado Rocha de Siqueira, da 28ª. Vara Cível de São Paulo, declarou:

Por primeiro, anoto que a manifestação da ANS, não se limita a peça informativa, ao contrário, é verdadeira contestação, que deixa evidente estar seus interesses nuclearmente unidos ao interesse dos planos de saúde, devendo sua “contestação” ser vista com muita cautela. (...) Isto posto, anoto que a intervenção da ANS foi pleiteada pelo plano de saúde, posto que por antecipação, já sabia da parcialidade do referido órgão, que deve ser repudiado em Juízo. No mais, anote-se que a atuação da ANS em fina harmonia com as operadoras de saúde, só vem piorando a situação dos particulares, posto que, primeiramente, permitiu a cobrança de suposto resíduo no período de 2004/2005, afrontando a decisão de fls. 152/153, que havia fixado o percentual de reajuste em 11,75%. E segundo, porque fixou o percentual de reajuste para planos antigos, superior ao estabelecido para os planos novos, que foi de 11,69%. (...).

3.4 – INSTÂNCIAS DE RECLAMAÇÕES DOS CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE SOBRE EXCLUSÃO DE COBERTURAS

Diante da negativa de atendimento ou da exclusão contratual de cobertura pelo plano de saúde, contraposta à iminente necessidade de saúde, o usuário tem poucas possibilidades de caminhos a seguir. A opção imediata é pagar pelo atendimento particular. Como poucos têm condição de arcar com esses custos, restaria procurar o atendimento nas unidades do Sistema Único de Saúde ou, até mesmo, ficar sem a cobertura necessária.

A urgência da necessidade de saúde, a consciência dos direitos de cidadania, a facilidade de acesso e a credibilidade das instâncias que recebem queixas e reclamações, podem levar o cidadão a buscar ajuda na tentativa de reverter a situação de negação de cobertura.

As vias possíveis para solução destes problemas dos usuários serão descritas a seguir:

Via administrativa: tentativa de solução direta com a operadora

Diante da negativa, que pode ocorrer antes do primeiro atendimento (a exemplo de patologias excluídas do contrato), ou mesmo no meio do tratamento (uma órtese pós-cirurgia, por exemplo), a primeira tentativa geralmente é a solução direta e amigável junto à operadora. Pode ser tentada por meio das centrais de atendimento, Serviços de Apoio ao Cliente (SACs), serviço telefônico 0800, atendimento eletrônico via site da empresa na Internet, comparecimento a algum escritório ou sede da empresa.

Como não há, por parte da ANS, regulamentação nem exigência de qualidade dos serviços de atendimento, é comum o usuário ter dificuldade de acesso a estes canais (muitos sequer funcionam 24 horas ou nos finais de semana) ou não ser dispensada a atenção satisfatória às suas queixas e dúvidas. E, mesmo quando ocorre o atendimento, raramente a exclusão é revertida. Na maioria das vezes, a negação da cobertura é confirmada ou reforçada. As operadoras de planos de saúde não divulgam publicamente informações sobre os principais problemas reclamados pelos seus usuários, nem sobre as principais negações de coberturas praticadas.

Os órgãos oficiais de defesa do consumidor – Procons

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) prevê a participação de órgãos públicos e entidades da sociedade civil organizada na garantia e na fiscalização da implementação dos direitos do consumidor.

No Brasil, atendendo ao CDC, existe o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC), formado pela Secretaria de Direito Econômico (SDE), do Ministério da Justiça, por meio do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC), e pelos demais órgãos estaduais, municipais e entidades civis de defesa do consumidor.

Os Procons, que podem ser estaduais ou municipais, são órgãos oficiais criados especificamente para fazer valer os direitos do consumidor, com competências, na sua jurisdição, para exercitar as atividades contidas no CDC. Estes órgãos prestam serviços e atendimento direto à população e atuam na elaboração, coordenação e execução

da política local de defesa do consumidor, incluindo orientação e educação.

Eles disponibilizam aos cidadãos alguns canais de acesso: pessoalmente, nos postos de atendimento instalados nas agências da rede de serviços (O Procon São Paulo, por exemplo, atende nos serviços mantidos pelo governo do Estado chamados “Poupa tempo”); por telefone; mediante o envio de cartas, fax ou Internet. Os Procons contam ainda com espaço de conciliação entre os interesses dos consumidores e empresas fornecedoras do serviço ou produto, sendo que os índices de conciliação são bastante satisfatórios.

No entanto, faltam Procons em inúmeros municípios; é precária a estrutura física e os recursos humanos são insuficientes; há demora na tramitação dos expedientes e processos. Irritados, os consumidores muitas vezes perdem a credibilidade na instituição.

Reclamações contra planos de saúde no Procon São Paulo

Em todo o país, as reclamações contra os planos de saúde constituem uma das principais demandas dos Procons.

O principal segmento reclamado na área de saúde é composto pelos planos de saúde, de acordo com a Fundação Procon São Paulo. Entre os temas que mais figuram nas reclamações, em primeiro lugar estão os reajustes de mensalidades, inclusive devido à mudança de faixa etária, seguido da negativa de cobertura de procedimentos médicos. Esta informação consta do Cadastro de Reclamações Fundamentadas do Procon/SP, documento que os Procons devem obrigatoriamente emitir anualmente⁴⁶. Quanto às coberturas, o documento de 2004 ressalta:

(...) as negativas de cobertura continuam sendo um dos principais pontos apontados nas reclamações registradas nesta Fundação, sendo prática adotada genericamente pelas operadoras.

46 Em cumprimento ao disposto no artigo 44, da Lei 8.078/90 (CDC).

O relatório do Procon destaca a conduta das operadoras quanto à negativa de cobertura de próteses em procedimento cirúrgico, a cobertura parcial em atendimentos de urgência e emergência (primeiras 12 horas), cirurgia de miopia, negativa de cobertura ou limitação de quantidade de hemoderivados necessários ao tratamento. Também ressalta que há negativas de atendimento sob alegação de doença preexistente. Nestas situações, afirma o Procon, as operadoras não têm apresentado comprovação do conhecimento prévio da patologia, pelo consumidor, no ato da contratação, o que preconiza a Lei 9.656/98.

O Procon afirma que a negativa de cobertura ainda é mais observada em contratos antigos, assinados antes de janeiro de 1999. No entanto, chama a atenção o fato de que:

(...) o problema atinge também contratos novos, devido às carências, a exemplo da que recai sobre as doenças preexistentes (24 meses) e carência para procedimentos de urgência / emergência, com cobertura, apenas das primeiras doze horas de atendimento.

O *ranking* geral de setores mais reclamados no Procon São Paulo, realizado em 2004, revela que os planos de saúde respondem por 9% de todas as reclamações levadas ao órgão. Percentual que os deixa na terceira posição, atrás apenas do setor de telefonia (com 39% das reclamações) e dos bancos (19%). Os planos de saúde são tão reclamados quanto o setor de cartão de crédito (9%) e mais reclamados que os setores de capitalização (6%), energia elétrica (3%) e água e esgoto (3%).

Entidades civis de defesa do consumidor

Há várias entidades não-governamentais, da sociedade civil, sem fins lucrativos, que atuam na defesa do consumidor, com forte atuação também na área de planos e seguros de saúde. A que mais se destaca é o Idec⁴⁷, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, fundado em 1987, com sede em São Paulo. A participação da entidade foi fundamental na conquista do Código de Defesa do Consumidor (CDC), em 1991.

47 Dados coletados no site institucional Idec (op. cit).

Quanto aos problemas individuais relacionados a planos de saúde, inclusive exclusão de cobertura, o Idec esclarece dúvidas e orienta seus associados. Este instituto já realizou diversos “mutirões de atendimento”, abertos a todos os interessados; ajuizou dezenas de ações judiciais sobre os reajustes aplicados pelas operadoras e outros problemas do setor; elaborou e publicou um guia de planos de saúde; realizou análises de contratos oferecidos pelas operadoras de planos e seguros de saúde.

O Idec também participou da Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS e das Câmaras Técnicas do órgão; remete constantemente ofícios à ANS para questionar posturas adotadas pelo órgão ou solicitar providências em prol da efetiva proteção dos consumidores. Em 2002, o Idec realizou, em oito grandes empresas de plano de saúde, um teste para avaliar o cumprimento da legislação. Os resultados determinaram a instauração, no ano seguinte, da CPI dos Planos de Saúde, na Câmara dos Deputados.

O Idec oferece modelos de carta para a reclamação do consumidor contra planos de saúde e também disponibiliza petição inicial para o ajuizamento de ações perante os Juizados Especiais Cíveis.

Os planos e seguros de saúde ocupam, há muito tempo, o primeiro lugar no *ranking* de reclamações dos associados do Idec. Em julho de 2005, eles responderam por 25% das reclamações registradas, seguido pelas áreas de telefonia (4%) e bancos (2,2%). O assunto planos de saúde chegou a abranger mais de 60% de todas as consultas feitas ao órgão, em 2004, sobre prestação de serviços.

Outra entidade da sociedade civil bastante atuante é a Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde (Aduseps)⁴⁸. Com sede em Recife (PE), a entidade tem por objetivo defender, inclusive em juízo, os interesses dos usuários dos serviços públicos e privados de saúde. Mesmo com atuação regional, a Aduseps já promoveu ações judiciais de impacto nacional, a exemplo de liminar que chegou a suspender o índice de reajuste dos planos antigos, concedida pela ANS.

48 Mais detalhes no site da instituição, disponível no site www.aduseps.org.br.

As associações civis não representam seus associados individualmente na Justiça, mas unicamente de forma coletiva. Já a Aduseps, só em 2004, propôs 204 ações, incluindo ações civis públicas⁴⁹.

A Proteste⁵⁰, Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, com sede no Rio de Janeiro e escritório em São Paulo, também oferece orientação aos consumidores e patrocina ações judiciais relacionadas a planos de saúde.

Existe, ainda, o Fórum Nacional das Entidades Civas de Defesa do Consumidor (FNECDC)⁵¹, uma instância de articulação das organizações sociais que atuam na defesa do consumidor no Brasil, que mantém um grupo de trabalho que discute especificamente planos e seguros de saúde. O Fórum é composto por 19 entidades, localizadas em 13 estados da federação.

Os Meios de Comunicação

Os meios de comunicação de massa são importantes instrumentos para dar visibilidade aos problemas relacionados à assistência médica suplementar. Em que pese a dificuldade dos veículos para manter permanente cobertura especializada à altura da complexidade e das constantes mudanças da regulamentação dos planos e seguros de saúde, o fato é que a mídia tem contribuído, ainda que em pequena escala, para solucionar as queixas relacionadas à exclusão de cobertura.

As notícias veiculadas pelos jornais, rádios, TVs e sites noticiosos, a partir de ações e opiniões da ANS, das operadoras ou das entidades da sociedade civil, contribuem para a discussão dos problemas coletivos, que atingem grande contingente de usuários de planos de saúde, a exemplo da política de reajustes ou das regras de adaptação de contratos antigos para planos novos. Também há seções fixas de defesa do consumidor dos grandes jornais, que publicam denúncias de leitores, e os programas de rádio que abrem espaço para queixas da população.

49 Detalhes sobre essas ações estão disponíveis em www.aduseps.org.br/lista_acoes.htm

50 Mais detalhes no site da instituição, disponível em www.proteste.org.br

51 Mais detalhes no site da instituição, disponível em www.forumdoconsumidor.org.br

Desde que passou a vigorar o Código de Defesa do Consumidor, vários jornais, em todo o país, criaram colunas e seções de defesa do consumidor, cujo objetivo principal é denunciar abusos e orientar o leitor a partir de um caso concreto. Os jornais de maior circulação na cidade de São Paulo – O Estado de S. Paulo, Folha de S. Paulo, Jornal da Tarde e Diário de S. Paulo – assim como os principais jornais do Interior, mantêm seções de defesa do consumidor ou espaços destinados a divulgar cartas com reclamações de leitores e a resposta da empresa reclamada.

Josué Rios (1998) verificou que o índice de resolução das reclamações dos consumidores sobre produtos e serviços em geral, via jornais, chegava a 90% dos casos, enquanto o percentual dos Procons não atingia mais que 75%. Ainda assim, existem limitações, pois os espaços nos jornais são reduzidos e há muito mais reclamações do que o espaço disponível na seção.

O cidadão, sem contar com a defesa do Estado, recorre a outras formas de representação, como os movimentos sociais, as associações de consumidores e a mídia. Mas a mídia tem uma atuação limitada, ainda que atue como advogado de defesa do leitor, por meio das cartas com reclamações. Os leitores ficam felizes com a resolução de seus problemas. Mas os temas não são aprofundados e não atingem o ponto central da questão: a ausência de políticas públicas que ajudem a viabilizar os direitos dos consumidores (Lorenzotti, 2004)⁵².

O Disque ANS

Criado em julho de 2001, o telefone gratuito 0800-701-9656, da ANS, funciona como uma central de atendimento nacional aos usuários de planos de saúde. Além do atendimento telefônico gratuito, a ANS também aceita denúncias e dúvidas encaminhadas por meio da Internet.

A central terceirizada, que funciona em São Paulo, não soluciona imediatamente o problema apresentado, e muitas vezes até sugere ao usuário procurar os órgãos de

52 Lorenzotti, E. Jornalismo de Defesa do Cidadão-Consumidor. Observatório da Imprensa. Edição 275, 4 de maio de 2004 (www.observatorio.ultimosegundo.ig.com.br).

defesa do consumidor. Trata-se, na verdade de uma central “tira-dúvidas”. Não há disponibilidade da ANS em solucionar as queixas e reclamações individuais – incluindo as negações de cobertura. Elas são encaminhadas para análise dos técnicos da Diretoria de Fiscalização da agência, setor responsável pela manutenção do Disque ANS. Depois de longo trâmite administrativo, se for julgada procedente, a ANS pode multar as operadoras pela infração.

O Disque ANS conta com agentes de atendimento, responsáveis por atender os usuários, orientar e esclarecer dúvidas. Eles se utilizam de um instrumento chamado de “Árvore Temática”, no qual consta toda a legislação dos planos de saúde, dividida por temas. Esclarecida a dúvida neste pronto atendimento, a demanda é concluída.

Nos casos em que a consulta requer análise mais minuciosa, o usuário é orientado a aguardar contato telefônico que, segundo a ANS, é realizado posteriormente por um “agente de qualidade”.

As demandas analisadas com indício de infração requerem elaboração e parecer técnico antes de serem encaminhadas ao núcleo de fiscalização para apurar se há indício de infração. Após diligência e intimação para manifestação da operadora, a ANS pode concluir pela inexistência de infração, arquivando a demanda ou decidindo pela abertura de processo administrativo.

O Disque ANS também recebe solicitação de informações gerais, sugestões e críticas. Segundo a ANS⁵³, cerca de 9% das demandas do Disque ANS configuram-se como denúncias a analisar. Estas levam à instauração de cerca de 160 processos administrativos por mês. Aproximadamente 1,5% das demandas encaminhadas ao Disque ANS resulta em ação concreta por parte da ANS.

A não solução dos problemas apresentados pelos usuários ao Disque ANS foi assunto tratado pela CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, em 2003. Em resposta a requerimento da CPI, o então Diretor-Presidente da Agência, Januário Montone, afirmou que:

53 Relatório de Gestão da Diretoria de Fiscalização da ANS 1999-2005.

(...) não é possível fazer a correlação entre as demandas e os casos resolvidos, porque quando essas se revestem de características de denúncias, ganham autonomia própria dos processos administrativos fiscalizatórios, sujeitos a uma série de procedimentos e regras essenciais à sua validade. Apenas para constatar, menciono que a ação de fiscalização da ANS tem o seu alvo voltado para o mercado como um todo (...) ⁵⁴

Em outro documento, que compõe o relatório final da CPI, a Diretoria de Fiscalização da ANS afirma que não pode obrigar as operadoras a solucionarem os casos individuais, pois sua competência seria exclusiva na regulação do mercado de saúde suplementar.

(...) o impacto da aplicação das multas é punitivo contra a operadora e busca inibir sua repetição, mas não sendo a agência reguladora instância do Poder Judiciário, ela não tem instrumentos para garantir a reparação do dano individual. Essa reparação deve ser buscada na esfera judicial.

Também consta no relatório da CPI que o rito processual da ANS obedece a regras do processo administrativo longo e demorado, conforme relata o trecho a seguir:

Quando um cidadão contata a ANS, sua denúncia pode gerar uma diligência. Terminada a fase de instrução, uma equipe técnica é encarregada de fazer um relatório e um parecer, que vai a julgamento pela Diretoria de Fiscalização. Desta decisão caberá recurso à Diretoria Colegiada. O processo é então enviado à Procuradoria para o exame jurídico; é escolhido um diretor relator, que prepara seu voto para posterior decisão de segunda instância. Caso a empresa seja multada, o processo irá para fase de execução, isto é, de recolhimento da multa ou inscrição na dívida ativa da União.

Têm pouco efeito prático as multas geradas em processos que tiveram início nas denúncias encaminhadas pelo Disque ANS. A CPI, ao analisar o total das multas aplicadas pela ANS no período de 2000 a agosto de 2003, constatou que haviam sido arrecadados apenas 0,93% do valor das multas aplicadas. O maior motivo de autos de

54 Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde

infração, a partir das queixas da população, é o descumprimento do artigo 11, que veda a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes.

Quanto à quantidade de consultas e denúncias encaminhadas ao Disque ANS, o assunto cobertura assistencial só perdeu para o tema aumento de mensalidades. No informativo gerado pela central do Disque ANS, os temas “doenças e lesões preexistentes”, “urgência e emergência” e “internação” também estão relacionados à cobertura assistencial, mas aparecem processados separadamente devido às suas peculiaridades na legislação. O quadro apresentado a seguir traz as principais reclamações feitas à Central de Atendimento (Disque ANS), no período de entre 16/07/01 a 30/09/05.

Quadro 3 – Ocorrências por tipo de reclamações, segundo o Disque ANS, de julho de 2001 a setembro de 2005.

ATENDIMENTOS			
Relação de Temas	Consultas	Denúncias	Total
Aumento de Mensalidade	93.384	11.996	105.380
Contrato e Regulamento	63.876	4.026	67.902
Cobertura Assistencial	57.737	4.570	62.307
Operadoras e Planos de Saúde	58.186	2.735	60.921
ANS	33.926	50	33.976
Rede Prestadora	16.120	7.818	23.938
Doença ou Lesão Preexistente	14.400	2.264	16.664
Carência	13.890	339	14.229
Aposentados, Demitidos e Exonerados	12.560	281	12.841
Mecanismos de Regulação	5.490	810	6.300
Outros	5.134	493	5.627
Urgência e Emergência	5.027	543	5.570
Reembolso	4.462	305	4.767
Internação	2.801	154	2.955
Cobertura Geográfica	1.660	74	1.734
SUS – Sistema Único de Saúde	442	9	451
Total	389.095	36.467	425.562
Participação percentual	91,43%	8,57%	100,00%

Fonte : Banco de Dados da Central de Atendimento Disque ANS (2005).

As queixas e reclamações que chegam ao DisqueANS, em que pese o fato de nortear ações de fiscalização reativa da ANS, não recebem a atenção à altura da expectativa dos usuários e consumidores reclamantes. Diante dos indícios de irregularidades, e no caso específico do objeto do presente estudo, diante de suposta negação de cobertura praticada pelo plano de saúde, o que se poderia esperar da Agência – mas não é o que ocorre – seria a apuração imediata dos fatos com vistas a uma solução para o problema reclamado.

Ouvidoria da ANS

A Ouvidoria da ANS, de acordo com definição própria, “é um canal de comunicação entre a sociedade e a Agência”. O Ouvidor, indicado pelo Ministro da Saúde, é nomeado pelo Presidente da República, tem mandato de dois anos, sem vinculação hierárquica com a Diretoria Colegiada da ANS. Outras prioridades da ouvidoria são registrar reclamações, sugestões ou elogios no que se refere à atuação da Agência. No entanto, tem sido porta de entrada também para reclamações de usuários planos de saúde.

A existência de uma ouvidoria pública distante do Disque ANS (inclusive fisicamente, pois a primeira funciona no Rio de Janeiro e o segundo, na cidade de São Paulo), sem que haja real integração entre os papéis e finalidades das duas instâncias, configura um problema interno do órgão regulador. Esta distorção merece ser equacionada, no sentido de prestar melhores serviços, coordenados e eficientes, para a população usuária da saúde suplementar.

Outra consideração a ser feita é a ocupação da Ouvidoria da ANS por quadros sem o perfil técnico adequado para a condução dos trabalhos, predominando a ocupação política, tendo sido usada como espaço para a “reabilitação” de correligionários que, em função de disputas políticas e trocas de comando, haviam perdido espaço e/ou cargo na gestão central do Ministério da Saúde.

Em pesquisa de opinião, realizada pela ANS em 2002, apenas 2,1% do total de entrevistados mencionaram a Agência como sendo o órgão responsável pela fiscalização dos planos de saúde. Sobre a maneira como os cidadãos são informados de seus direitos

de usuários de planos de saúde, a ANS aparecia em décimo lugar, citada por 1%. A maioria respondeu que recebe informação do próprio plano de saúde (61%), da televisão (15%), do jornal (9%) e do Procon (7%), dentre outras formas⁵⁵.

A Ouvidoria da ANS é, portanto, um espaço que precisa ser reformulado e transformado em serviço de utilidade pública, transparente, aberto à real participação dos usuários de planos de saúde e outros setores que atuam na saúde suplementar.

Ouvidoria do SUS

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, ligado à Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, tem a responsabilidade de centralizar o recebimento das denúncias relacionadas às atividades e procedimentos internos, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os cidadãos podem encaminhar denúncias pelo telefone Disque Saúde 0800-61-1997, por e-mail, carta ou fax. Muitos usuários de planos de saúde recorrem a este serviço, como havia identificado, em 2003, a CPI dos Planos de Saúde.

A Ouvidoria do SUS começou a incorporar o atendimento a clientes de planos de saúde em janeiro de 1999 e, mesmo após criação do Disque ANS, continuou recebendo demandas. De acordo com a CPI, as principais denúncias e dúvidas sobre planos de saúde encaminhadas à Ouvidoria do SUS referem-se à cobertura assistencial.

O encaminhamento de demandas sobre planos privados de saúde ao Disque Saúde e à Ouvidoria do SUS é mais um indicador de que o Disque ANS e a Ouvidoria da ANS não estão exercendo adequadamente seus papéis.

Os caminhos da Justiça

Esgotadas as possibilidades – ou até mesmo como primeira opção, diante da urgência –, a busca pelo Poder Judiciário para pleitear cobertura negada pelo plano de saúde geralmente é o último recurso do cidadão.

55 Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde, Câmara dos Deputados, 2003.

A negação da cobertura gera uma circunstância limite para o cidadão que necessita do atendimento (seja consulta, exame, internação etc.) para a preservação de sua saúde e vida. Para decidir bater às portas da Justiça, o cidadão precisa de um advogado. Se não tiver condições de arcar com os custos de um profissional, pode se valer da assistência judiciária prestada gratuitamente, dependendo do Estado, por meio da Defensoria Pública ou da Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ). Poucas ONGs prestam apoio jurídico individual e defendem em juízo os usuários de planos de saúde. Os Procons também não podem assumir esse papel.

Em geral, por se tratar de questão de saúde e vida, há urgência, razão pela qual é proposta uma ação cautelar com pedido liminar⁵⁶. Para admissão dessa ação, é necessário o preenchimento de dois requisitos – o *fumus boni iuris* (fumaça do bom direito) e o *periculum in mora* (perigo na demora). Outra ação utilizada com frequência é a ação de obrigação de fazer (para obrigar a operadora de plano de saúde a prestar o atendimento solicitado) com pedido liminar de tutela antecipada. Este recurso jurídico visa assegurar a imediata cobertura, enquanto o mérito será discutido ao longo do processo, que poderá levar anos até sua conclusão.

Nos pleitos relacionados aos planos de saúde é muito comum o juiz de primeira instância, onde o processo é iniciado, conceder a liminar ou a tutela antecipada. O plano de saúde fica, então, obrigado a atender a imposição judicial, mas tem também o direito de recorrer da decisão; o que geralmente ocorre. O recurso contra uma decisão provisória – como é a liminar ou a tutela antecipada – recebe a denominação de agravo de instrumento.

Este recurso é apreciado por três juízes de segunda instância, também chamados de desembargadores. No caso, o tribunal de segunda instância competente para apreciação do recurso é o Tribunal de Justiça do Estado. Na hipótese de indeferimento da liminar ou da antecipação de tutela, o cidadão igualmente tem o direito de recorrer (por

56 Após um mês da propositura da medida cautelar, deve ser ajuizada a denominada ação principal que discutirá o mérito da questão levada à apreciação do Poder Judiciário.

meio de agravo de instrumento) ao tribunal para insistir no seu pedido e conseguir a cobertura pleiteada.

A decisão do tribunal pela manutenção da liminar ou sua cassação pode ainda ser objeto de recurso, desta vez para o Superior Tribunal de Justiça (STJ) que, ao lado do Supremo Tribunal Federal (STF), compõem as instâncias máximas da Justiça no Brasil – um aprecia se há ofensa à Constituição Federal e outro se há ofensa à legislação federal infraconstitucional.

O juiz de primeira instância, que deferiu ou não a liminar ou tutela antecipada, deve apreciar, de acordo os trâmites normais da ação, o mérito da ação e proferir uma sentença definitiva.

Cabe recurso de apelação da sentença para o tribunal de segunda instância e, desta decisão, cabe apelo especial para o STJ e/ou recurso extraordinário para o STF. A apelação para o STF só é possível se houver ofensa direta à Constituição Federal. É raro, mas pode ocorrer um acordo judicial, por meio do qual plano de saúde se compromete a dar a cobertura. Neste caso, o acordo pode por fim ao processo.

A despeito da liminar concedida, se o plano de saúde não prestar o atendimento, ou demorar a cumprir a ordem judicial, é usual, no âmbito cível, a estipulação de multa na decisão para o caso de descumprimento ou mesmo de atraso⁵⁷ no seu cumprimento. A desobediência de ordem judicial é crime⁵⁸, punível com pena de detenção de 15 dias a seis meses. Neste caso, é preciso denunciar ao Ministério Público para instauração de inquérito e ação penal.

Juizados de pequenas causas

Os Juizados Especiais Cíveis (JECs) ou Juizados de Pequenas Causas, atualmente regulados pela Lei 9.099, de 26/09/1995, são órgãos da Justiça criados para processar as causas de menor complexidade. Nos JECs, o juiz atua de forma mais ativa na tentativa de conciliar as partes litigantes.

57 Artigo 461, parágrafos 4º a 5º do Código de Processo Civil.

58 Artigo 330 do Código Penal.

Por isso, os JEC'S constituem um importante órgão para a solução dos conflitos decorrentes de relações de consumo, permitindo, muitas vezes, ao próprio consumidor lutar pelos direitos garantidos no Código de Defesa do Consumidor.

Os JEC'S integram a Política Nacional das Relações de Consumo, ao lado das Promotorias de Justiça de Defesa do Consumidor, das delegacias especializadas, das Associações de Defesa do Consumidor e das varas especializadas para a solução de litígios de consumo. Os Juizados são uma alternativa à Justiça tradicional, muitas vezes morosa, com custo elevado e excesso de formalismo.

Defensoria Pública

A Defensoria Pública foi criada pela Constituição Federal de 1988 (artigo 134)⁵⁹ para garantir o preceito “o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

No Estado de São Paulo, a assistência jurídica aos necessitados vem sendo prestada por meio da Procuradoria Geral do Estado e entidades conveniadas⁶⁰. O critério para avaliar a concessão do benefício baseia-se no salário do interessado, que não pode ultrapassar ao valor de três salários mínimos. Devem ser consideradas as peculiaridades de cada caso, tais como os encargos familiares, a renda familiar, o patrimônio da pessoa, e, mesmo aqueles que possuem renda superior a três salários mínimos podem obter o benefício em situações de emergência (diante de risco de morte, por exemplo).

No entanto, considerando que os usuários de planos de saúde geralmente pertencem às camadas mais favorecidas da população, em geral não podem recorrer à Defensoria Pública.

59 O Art. 134 define a Defensoria Pública como instituição essencial à função jurisdicional do Estado, cabendo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados.

60 A Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ) está em funcionamento desde junho de 1947 e oferece serviços jurídicos gratuitos diretamente ao cidadão que não tem condições de pagar um advogado. Mais informações estão disponíveis em www.pge.sp.gov.br.

Ministério Público e ações coletivas

O órgão, segundo disposto na Constituição Federal, deve atuar na proteção e na defesa dos direitos e interesses da sociedade, como é o caso da saúde. Ao receber informações sobre casos de desrespeito aos direitos civis e sociais, o Ministério Público (MP) pode instaurar um inquérito civil. Quando tiver evidências de uma conduta prejudicial a um ou mais cidadãos, o MP pode fazer um termo de ajustamento de conduta (um acordo) ou mesmo ingressar com ação na Justiça.

Em matéria de assistência privada à saúde, a relevância e a abrangência do tema têm levado cada vez mais o MP a se manifestar por meio de ações civis públicas.

As ações coletivas figuram como um dos pilares da garantia de acesso à Justiça, na medida em que permitem, por meio de uma única ação, a defesa de centenas e até milhares de consumidores. No sistema jurídico brasileiro, a titularidade das ações coletivas é reservada às pessoas jurídicas constantes do rol do artigo 82, do CDC⁶¹.

O acesso à Justiça e a reforma do Judiciário

O acesso à Justiça, segundo Capeletti (1988), é uma expressão de difícil definição, mas está ligado à possibilidade dos cidadãos de reivindicar seus direitos ou resolver seus litígios sob os auspícios do Estado. A justiça social pressupõe o acesso efetivo e universal e a produção de resultados justos para o indivíduo e a coletividade.

Nalini (1997), além de ressaltar que acesso à Justiça não é somente acesso aos Tribunais, examinou obstáculos à ampliação do acesso à Justiça: o desconhecimento do Direito, a precária situação sócio-econômica que atinge enorme parcela da população e a lentidão do processo.

61 O Art. 82 define que para os fins do art. 81, parágrafo único, são legitimados concorrentemente: I – o Ministério Público; II – a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal; III – as entidades e órgãos da administração pública, direta ou indireta, ainda que sem personalidade jurídica, especificamente destinados à defesa dos interesses e direitos protegidos por este Código; IV – as associações legalmente constituídas há pelo menos um ano e que incluam entre seus fins institucionais a defesa dos interesses e direitos protegidos por este Código.

Se há desconhecimento da lei, as pessoas muitas vezes não conseguem usufruir da garantia de fazer valer seus direitos perante os tribunais. No caso da regulamentação dos planos de saúde – complexa, fragmentada, repleta de distorções e em constante modificação –, são poucos os cidadãos que têm pleno conhecimento da legislação e, portanto, discernimento sobre eventuais violações ao direito.

Para Calado (2004), os mecanismos e instrumentos processuais que existem muitas vezes não são utilizados, seja pelos advogados ao postular, seja pelos magistrados ao decidir. E quando isto acontece – o que, segundo ele, se dá na maioria dos casos –, tem-se como resultado a pouca efetividade do processo e, como consequência, uma verdadeira descrença do cidadão comum na Justiça.

A radiografia da Justiça brasileira feita em 2004 por Leandro Despouy⁶², então relator especial das Nações Unidas sobre independência de juízes e advogados, lançou luz ao debate público sobre a reforma do Poder Judiciário no Brasil. Após missão realizada naquele ano no Brasil, fez várias ressalvas ao funcionamento do Judiciário brasileiro: existência de vínculo entre juízes e os poderes políticos e econômicos, o que acaba por afetar a independência do Poder Judiciário; acesso limitado da população mais pobre à Justiça; morosidade da Justiça brasileira. Neste sentido, atacou um ponto-chave da lentidão que é o excesso de recursos impetrados.

Depois de 12 anos de tramitação, a Emenda Constitucional 45/04, conhecida como Reforma do Judiciário, aprovada pelo Congresso Nacional em 2004, contemplou os seguintes pontos: criação do Conselho Nacional de Justiça e do Ministério Público, autonomia das defensorias públicas, a federalização dos crimes contra os Direitos Humanos, a quarentena para magistrados, e a unificação dos critérios para ingresso na carreira.

Esta reforma parcial, ainda que relevante, não terá impacto imediato no Poder Judiciário no sentido de ele seja, em curto prazo, mais rápido, ágil e eficiente e no sentido de que a Justiça seja acessível a toda a população brasileira.

62 *Justiça no Brasil: advogados e juízes criticam o relatório da ONU*. São Paulo, Revista Consultor Jurídico, 30/03/2005.

Outras medidas, que sequer dependem de mudanças na legislação, poderiam ser tomadas, entre elas a desburocratização, a informatização, a melhoria dos recursos humanos, o “descongestionamento” dos tribunais de ações judiciais repetitivas, com desfechos idênticos; o incentivo a iniciativas de intermediação de conflitos sem a necessidade de ações judiciais; a padronização de procedimentos mais racionais e a implantação de métodos modernos de gestão. Os Juizados Especiais Estaduais e Federais também deveriam ser fortalecidos e aprimorados, pois representam uma alternativa eficiente na solução de litígios.

4) RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir são apresentados os resultados obtidos a partir do trabalho de coleta e sistematização de dados referentes a 735 decisões judiciais relacionadas à cobertura assistencial de planos de saúde. Os acórdãos analisados foram julgados em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP) entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004.

4.1 – IDENTIFICAÇÃO DOS ACÓRDÃOS

O estudo identifica o número e a data do julgamento de cada acórdão, o que possibilita a localização do documento no sítio do TJ-SP na Internet (www.tj.sp.gov.br), no campo destinado à Jurisprudência *Online*. Os acórdãos foram impressos, analisados e encontram-se arquivados ano a ano, em ordem cronológica (dia/mês) de julgamento, o que permite qualquer consulta e conferência atual, assim como estudos futuros que possam ter interesse em tratar o mesmo tema ou em utilizar a mesma base de dados.

4.2 – DATA DE JULGAMENTO DOS ACÓRDÃOS ANALISADOS

Foram selecionadas 735 decisões judiciais que, após preenchimento de questionários individuais, passaram a compor o banco de dados do presente estudo. A distribuição, por ano de julgamento, está demonstrada a seguir:

Tabela 1 – Ano de julgamento dos acórdãos no TJ-SP, Estado de São Paulo - 1999 a 2004

Ano	Número de decisões	%
1999	145	19,7
2000	201	27,3
2001	107	14,6
2002	98	13,3
2003	102	13,9
2004	82	11,2
Total	735	100,0

A delimitação do período de seis anos de abrangência do estudo teve como critério a disponibilidade de decisões *online*¹ e também o marco legal da regulamentação dos planos de saúde, a Lei 9.656/98, que entrou em vigor em janeiro de 1999.

Nota-se que não há distribuição homogênea dos acórdãos, sendo que houve maior frequência das decisões judiciais nos anos de 1999 e 2000, se comparados aos anos subsequentes. Há que se considerar, dentre outros aspectos, o tempo e o ritual administrativo de tramitação dos processos que chegam à segunda instância, além do próprio funcionamento interno do TJ-SP.

4.3 – TITULARIDADE DOS ACÓRDÃOS

Este item do estudo visou identificar se as ações são individuais (impetradas por clientes individuais de planos de saúde) ou coletivas. Para efeitos do trabalho, foram consideradas de titularidade coletiva apenas as ações propostas por um dos entes legitimados pelo artigo 82 do Código de Defesa do Consumidor, ou seja, os casos de autores das chamadas ações coletivas².

Tabela 2 – Titularidade dos acórdãos analisados, julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Titularidade	Número de ações	%
Individual	733	99,8
Coletiva	2	0,2
Total	735	100,0

1 O TJ-SP disponibiliza os acórdãos *online* a partir de 1998.

2 O Ministério Público; a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal; as entidades e órgãos da Administração Pública, direta ou indireta, ainda que sem personalidade jurídica, especificamente destinados à defesa dos interesses e direitos protegidos por este Código; as associações legalmente constituídas há pelo menos um ano e que incluam entre seus fins institucionais a defesa dos interesses e direitos protegidos por este Código.

Conforme o resultado, a imensa maioria dos acórdãos refere-se a ações individuais. Pelo fato de terem sido identificadas apenas duas ações com titularidade coletiva, cabe uma breve descrição das mesmas. A primeira consiste em uma ação civil pública proposta pelo Ministério Público, em benefício dos usuários da cooperativa médica Unimed Cruzeiro. A operadora havia imposto a toda a sua carteira de usuários um novo contrato que continha cláusulas restritivas e limitações de prazos, inclusive de internação em UTI. Ao usuário, restava apenas a aceitação das novas regras unilaterais ou o desligamento do plano. Assim, o MP pediu a nulidade dessas cláusulas. A decisão em segunda instância foi favorável ao pleito do MP, confirmando a decisão da primeira instância.

Além de destacar a necessidade de inibir práticas abusivas, esta decisão é um bom exemplo da legitimação ativa e do potencial do Ministério Público em promover ações relacionadas à exclusão de coberturas que sejam de interesse de um grupo indeterminado de consumidores, mas que têm em comum serem usuários do mesmo plano de saúde. A iniciativa de ações coletivas relacionadas a coberturas assistenciais de planos de saúde, levando em conta os achados deste estudo, é ainda pouco explorada pelo Ministério Público.

A outra ação coletiva foi proposta pelo Sindicato dos Delegados de Polícia do Estado de São Paulo, em face da Unimed Intrafederativa. A ação pretendeu declarar a nulidade de cláusula contratual de exclusão – que levou o plano a não atender as seqüelas decorrentes de acidente automobilístico sofrido por um beneficiário – de forma a beneficiar todos os conveniados do plano coletivo. A decisão em segunda instância, a exemplo da primeira instância, foi favorável ao Sindicato, decretando a nulidade da cláusula.

Este exemplo também ilustra a possibilidade de associações, sindicatos e outros contratantes de planos coletivos recorrerem à Justiça para tentar garantir, a todos os beneficiários, determinada cobertura negada pelo plano. Destaca-se que, pelo fato de a Lei 9.656/98 não ser, em grande parte, extensiva aos planos coletivos, mesmo nos planos mais recentes há limitações contidas em diversos contratos.

4.4 – POSIÇÃO DA OPERADORA NO ACÓRDÃO

O estudo destacou a informação relacionada à possibilidade de a operadora figurar na condição de apelada ou apelante da ação em segunda instância. O resultado foi o seguinte:

Tabela 3 – Posição da operadora nos acórdãos analisados, julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Posição da operadora	Número de ações	%
Apelante	559	76,0
Apelada	176	24,0
Total	735	100,0

Aqui vale destacar que, na maioria dos casos analisados, as operadoras são réis das ações iniciais, pois são levadas à Justiça pelos consumidores.

Na maioria das ações as operadoras figuram como apelantes. Isso quer dizer que o consumidor, nestas ações, obteve resultado favorável em primeira instância e, por isso, a operadora recorreu em segunda instância.

4.5 – OPERADORAS QUE FIGURAM NOS ACÓRDÃOS

O estudo possibilita apontar a relação das operadoras que mais aparecem citadas nas decisões judiciais de segunda instância no TJ-SP, de 1999 a 2004, relacionadas a coberturas assistenciais. A seguir, apresenta-se a relação das 35 empresas de planos de saúde que mais figuram nos julgados analisados. A relação completa encontra-se no Apêndice C.

Tabela 4 – 35 operadoras que mais figuram nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Ordem por nº de citações	Operadoras	Nº de citações	%*
1	Amil	80	10,9
2	Sul América	77	10,5
3	Golden Cross	69	9,4

continua...

Tabela 4 – 35 operadoras que mais figuram nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004 (continuidade)

Ordem por nº de citações	Operadoras	Nº de citações	%*
4	Bradesco	65	8,9
5	Centro Transmontano de São Paulo	48	6,5
6	Marítima	33	4,5
7	Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas	30	4,1
8	Blue Life	26	3,6
9	Samcil	26	3,6
10	Unimed de São Paulo	17	2,3
11	Porto Seguro	16	2,2
12	Sociedade de Ben. e Filantropia São Cristóvão	15	2,1
13	Golden Shield	14	1,9
14	Itaú Seguros	11	1,5
15	Omint	11	1,5
16	Hospital e Mat. Nossa Senhora de Lourdes	10	1,4
17	Notre Dame Seguradora	10	1,4
18	Saúde Assistência Médica Internacional Ltda	10	1,4
19	Hospital e Maternidade São Luiz	8	1,1
20	Interclínicas	6	0,8
21	SAMP Assistência Médica	6	0,8
22	Unimed de Santos	6	0,8
23	Unimed de São José do Rio Preto	6	0,8
24	Amesp Saúde	5	0,7
25	Pró Saúde Assistência Médica	5	0,7
26	Sociedade Portuguesa Benef. Vasco da Gama	5	0,7
27	Unimed de Catanduva	5	0,7
28	Unimed do ABC	5	0,7
29	Bamerindus Companhia de Seguros	4	0,5
30	Intermédica Sistema de Saúde	4	0,5
31	Unibanco Seguros	4	0,5
32	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba	3	0,4
33	Unimed de Ribeirão Preto	3	0,4
34	Unimed Intrafederativa Federação Metropolitana de São Paulo	3	0,4
35	Usimed do Brasil	3	0,4

Nota: % em relação ao total de acórdãos analisados (735).

Cabem, aqui, algumas considerações: a) Além das 35 operadoras mais citadas nos acórdãos, outras 16 operadoras são citadas duas vezes, e outras 54 operadoras são citadas apenas uma vez. Ou seja, no total 105 operadoras aparecem nos acórdãos analisados; b) A Unimed de São Paulo, que aparece em julgados, foi liquidada judicialmente em 2002 e não mais atua no mercado. Sua carteira de associados foi, em grande parte, absorvida pela Unimed Paulistana; c) A Samcil adquiriu a gestão dos Planos de Saúde Unicolor em 2000. Em 16 acórdãos são mencionadas, juntamente, Samcil e Saúde Unicolor; d) A Amico, que aparece em dois acórdãos, foi comprada pela Amil em 2003. A Amil fundiu a Amico com a carioca Dix e criou a Dix-Amico no eixo Rio-São Paulo.

Algumas operadoras aparecem com mais de uma denominação, em diferentes ações judiciais, mas pertencem ao mesmo Grupo. São elas: Bradesco Seguros (64 ações) e Bradesco Saúde S/A (1); Golden Cross Assistência Internacional de Saúde (37), Golden Cross Seguradora S/A (31) e Golden Cross Assistência Internacional de Saúde (1); Sul América Companhia Nacional de Seguros (40); Sul América Aetna Seguros e Previdência S/A (26); Sul América Seguro Saúde S/A (4); Sul América Seguros Gerais S/A (2); Sul América Companhia Nacional de Seguros e Clube Sul América Saúde Vida e Previdência (2); Clube Sul América Saúde e Vida (2); Sul América Companhia Nacional de Seguros e outro (1); Interclínicas Planos de Saúde S/A (4) e Interclínicas Assistência Médica Cirúrgica e Hospitalar S/C Ltda (2); Itaú Seguros S/A (10) e Itaú Saúde S/A (1); Marítima Seguros S/A (31) e Marítima Companhia de Seguros Gerais (2); Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (15) e Porto Seguro Saúde S/A (1).

Há operadoras que atuam no Estado de São Paulo, com grande número de beneficiários, que não aparecem citadas ou são pouco mencionadas nos acórdãos analisados. Não é possível, a partir disso, afirmar que não praticam exclusões de cobertura. Um fato a ser considerado é que pode haver diferenças entre as operadoras quanto às políticas internas de atendimento a clientes e de solução de conflitos relacionados a coberturas. Também as peculiaridades entre diversos segmentos de planos podem condicionar maior ou menor citação em ações judiciais. Além disso, vale lembrar que o Judiciário é geralmente o último

meio acionado pelo usuário, depois de diversas tentativas de negociação.

As queixas de exclusão de cobertura podem ser solucionadas ou permanecerem estacionadas, sem solução, em outras instâncias, como o setor administrativo da operadora, a ANS ou os órgãos de defesa do consumidor.

A dificuldade de acesso a essas instâncias, a falta de informações quanto aos direitos dos usuários de planos de saúde e a necessidade urgente de atendimento em saúde podem levar o cidadão a deixar de registrar a queixa, arcando com os custos particulares ou recorrendo ao Sistema Único de Saúde.

Ao analisar o número de operadoras citadas nas decisões judiciais, por segmento dos planos de saúde, percebe-se o seguinte:

Tabela 5 – Distribuição por segmento das operadoras citadas nos acórdãos, julgados em segunda instância pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Segmento da operadora	Nº de citações	%
Medicina de grupo	400	54,4
Seguradoras	222	30,2
Cooperativas médicas	72	9,8
Filantropia	19	2,6
Autogestão	7	1,0
Outros	15	2,0
Total	735	100,0

As operadoras de medicina de grupo são responsáveis por mais da metade das citações, seguidas pelos seguros-saúde. Juntos, esses dois segmentos representam 84,6% das citações.

Já no universo de planos de saúde no Estado de São Paulo (Quadro 1, página 60), a Medicina de Grupo é o segmento que concentra mais operadoras (35,2% do total de empresas em atividade) e beneficiários (50,24% do total).

As seguradoras são mais citadas nos acórdãos que as cooperativas médicas. No entanto, o segmento concentra menor número de empresas (1,3%) e de beneficiários

(16,36%), no Estado se comparado às cooperativas (33,1% das operadoras e 21,62% dos beneficiários).

O segmento de autogestão (que cobre cerca de 20% dos usuários de planos de saúde do Estado) foi citado em apenas sete acórdãos. Como serão abordadas mais adiante supõem-se que as características e dinâmicas dos planos coletivos de autogestão possam levar a um menor acionamento do poder Judiciário nos casos de exclusão de coberturas.

Em relação aos planos filantrópicos (de Santas Casas, principalmente), que tiveram 19 citações, pode-se considerar uma característica peculiar de atendimento dessas instituições: na mesma unidade hospitalar é atendida a clientela do plano e os usuários do SUS, o que pode facilitar o livre trânsito e a eventual cobertura pelo SUS da exclusão promovida pelo plano privado.

No item referente a “outros” (15 acórdãos) estão aqueles planos de saúde em que não foi possível identificar no estudo a qual segmento pertencem. Geralmente levam o nome de hospitais, sendo que antes da regulação era mais comum a existência de planos próprios administrados por estabelecimentos de saúde privados. Muitos hospitais, após as exigências da regulação, deixaram de atuar no mercado e não vendem mais planos próprios ou as carteiras destes planos foram absorvidas por operadoras tradicionais.

Sobre um “ranking” nominal de operadoras

Aqui vale uma importante ressalva. Para estabelecer um índice de ocorrências das ações judiciais, o que permitiria uma comparação nominal mais precisa entre as operadoras, inclusive com o estabelecimento de um *ranking*, seria necessário analisar a relação entre a quantidade de ocorrências nas decisões judiciais desfavoráveis às operadoras e o número de beneficiários ativos existentes em cada uma das operadoras. Tendo em vista a variação do número de beneficiários a cada ano, uma vez que as empresas encolhem ou ampliam freqüentemente sua carteira de associados, a análise teria que ser feita separadamente para cada ano pesquisado, de 1999 a 2004.

Nem as empresas, nem a ANS, disponibilizam a evolução anual do número de usuários por operadora.

Outra dificuldade é a razão social da operadora que figura na decisão judicial analisada. Esta, em alguns casos, não coincide com a personalidade jurídica registrada na ANS. Há casos de o mesmo grupo (exemplo da Sul América) atuar no mercado, ao longo do tempo, com mais de uma razão social; há casos de mudança da razão social e até mesmo de operadora que foi liquidada e saiu do mercado, não figurando mais seu registro no cadastro da ANS.

4.6 – FORMA DE CONTRATAÇÃO DO PLANO

De acordo com a legislação, há duas formas de contratação do plano de saúde: plano individual/familiar e plano coletivo. Conforme os resultados a seguir, a maior parte das decisões judiciais refere-se a contratos individuais:

Tabela 6 – Forma de contratação dos planos de saúde citados nos acórdãos, julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Forma de contratação do plano	Número	%
Individual	644	87,6
Coletiva	80	10,9
Não informado	11	1,5
Total	735	100,0

Em relação à configuração do mercado de planos de saúde, sabe-se que há uma predominância de planos coletivos (mais de 70% dos contratos novos, de acordo com a ANS; e 50,1% de todo o universo de usuários, de acordo com a PNAD/IBGE 2003).

Assim, chama a atenção no estudo o dado de que são em menor número (10,9%) as demandas judiciais que reclamam exclusões de atendimento nas carteiras coletivas, se comparadas ao número de decisões que envolvem planos individuais.

Os planos coletivos geralmente pressupõem uma diluição do risco entre os

beneficiários, que levam a cálculos de custos per capita e a definição de coberturas. Já os contratos individuais, por implicarem uma concentração do risco, tendem a restringir mais as coberturas.

Esta é uma das razões pelas quais a cobertura assistencial nos contratos individuais recebe atenção diferenciada da regulamentação e do órgão regulador, a ANS. Por sua vez, os Procons e órgãos de defesa do consumidor também pouco se ocupam das exclusões e limitações contidas nos contratos coletivos.

É possível supor que o usuário (pessoa física) de plano coletivo não tem alternativas diante da limitação imposta. Resta-lhe, na maioria das vezes, o registro da queixa junto ao próprio empregador (RH das empresas, por exemplo, quando existe esse departamento). Os usuários podem temer reclamar externamente a negação de atendimento. Esta seria uma forma de manter a boa relação com o empregador e até mesmo de preservar o emprego. O beneficiário não tem, portanto, controle ou poder de escolha sobre o plano.

O plano coletivo é apresentado pelas empresas como “benefício” ou como “salário indireto”. Os empregadores acreditam que está relacionado à qualidade de vida e saúde, ao bem-estar físico e mental dos recursos humanos e, conseqüentemente, à garantia de produtividade dos indivíduos. Disponibilizar assistência médica aos empregados passou a ser também uma estratégia fundamental para o desempenho de várias empresas, um diferencial de mercado para a atração de recursos humanos.

As negativas de atendimento por planos coletivos são geralmente tratadas entre o empregador que financia o plano e a operadora, quase nunca diretamente pelo usuário. Mas é fato também que o livre acordo entre as partes nos contratos coletivos pode significar a aceitação de cláusulas ainda mais restritivas que em contratos individuais, o que é bastante comum em pequenos planos coletivos, comprados por empresas ou instituições que mantêm número reduzido de funcionários ou associados.

É razoável supor que o empregador, geralmente em grandes empresas, goza de certa flexibilidade na tentativa de solução administrativa da exclusão de cobertura, se

comparado às dificuldades impostas ao usuário de plano individual ou contratos de pequenas coletividades. Como o contrato é renovado periodicamente, havendo interesse da operadora em manter o cliente, o empregador teria, de certa forma, boa margem de negociação, em especial no caso das grandes carteiras, compostas na maioria das vezes por população jovem, sadia e economicamente ativa .

Em geral, os planos coletivos de autogestão apregoam que a amplitude da assistência médica que oferecem é maior que nos segmentos comerciais lucrativos. O custeio desses planos é normalmente dividido entre a organização patrocinadora e a população de usuários, o que é denominado co-participação. Esta pode ocorrer com base em um valor pré-fixado, ou em um percentual do salário, em função da faixa etária do participante, do número de dependentes ou até mesmo de um percentual sobre a utilização dos benefícios. Ou seja, a empresa muitas vezes pode arcar – ou divide com o empregado – os custos de uma cobertura não prevista no contrato.

Pode-se intuir que a maior diluição de riscos e o maior poder de barganha das empresas empregadoras levam as operadoras a oferecerem melhores padrões de cobertura assistencial, se comparados aos planos individuais.

Este estudo não pretendeu esgotar as possibilidades de interpretações e análises sobre a amplitude das coberturas assistenciais nos planos coletivos, tema que merece aprofundamento em pesquisas futuras. Mas o fato de a pesquisa ter encontrado 80 decisões que envolvem contratos coletivos (10,9% do universo), somado aos limitadores de cobertura na própria legislação atual – por exemplo a cobertura de doenças profissionais e acidentes do trabalho não é obrigatória – são indícios suficientes para concluir que também este universo dos contratos coletivos apresenta sérios problemas de restrição ao atendimento.

4.7 – DATA DE CONTRATAÇÃO DO PLANO

Neste quesito, a intenção do estudo foi tentar identificar se o plano que figura na decisão judicial analisada é antigo (contratos anteriores à Lei 9.656/98, assinados até

dezembro de 1998); novo ou adaptado (após a Lei 9.656/98, a partir de janeiro de 1999). O resultado foi o seguinte:

Tabela 7 – Data de contratação dos planos de saúde citados nos acórdãos, julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Data de contratação	Número	%
Antigo (pré-Lei 9.656/98)	324	44,1
Novo (após Lei 9.656/98)	5	0,7
Data não informada	406	55,2
Total	735	100,0

Percebe-se que na maior parte das decisões os juízes não mencionam ou não informam a data da contratação do plano. Nos casos em que a data é mencionada, a maioria é de contratos antigos.

A partir da jurisprudência acumulada, dos relatórios dos órgãos de defesa do consumidor e das conclusões da CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados (2003), sabe-se que os contratos antigos ainda vigentes contêm, em sua maioria, cláusulas mais excludentes do que aqueles que já obedecem a legislação de 1998. Isso, em parte, poderia significar um número maior de ações judiciais envolvendo planos antigos.

Mas também é fato que a segmentação e as restrições impostas pela atual legislação podem levar os usuários de planos de saúde a recorrer à Justiça. As cinco decisões analisadas referentes a contratos novos tratam da exclusão de cobertura sob a alegação de doença preexistente (*esse tema será abordado mais adiante*). Mesmo esta possibilidade estando prevista na legislação vigente, a alegação de doença preexistente por parte da operadora para negar o atendimento tem sido rechaçada pela Justiça. Nestes cinco acórdãos analisados, o TJ-SP concedeu ganho de causa ao usuário.

Outro ponto relevante a ser considerado é a morosidade da Justiça. Como foram analisadas as ações em segunda instância, boa parte foi iniciada nos anos anteriores à nova legislação ou logo após sua promulgação, quando ainda era pequeno o

número de contratos novos e quando o processo de migração para as novas regras era praticamente inexistente. É um limitador do estudo o fato de não constar nos acórdãos a data de início da ação judicial na primeira instância, o que impede o cálculo do tempo médio de tramitação.

Feitas essas considerações, não há possibilidade, no escopo deste trabalho, de aprofundar a análise sobre a predominância de contratos antigos entre as decisões que informam a data de contratação.

Por fim, vale dizer que a maior parte dos juízes não considera a data de contratação do plano de saúde como um elemento preponderante para a formulação de suas decisões.

4.8 – RESULTADOS DAS DECISÕES JUDICIAIS

Este estudo priorizou a análise das decisões de segunda instância. No entanto, o resultado do julgamento em primeira instância consta nas súmulas de segunda instância analisadas, o que permite a comparação de comportamento do Judiciário entre uma instância e outra.

Conforme o resultado a seguir, foram consideradas as decisões favoráveis, parcialmente favoráveis e desfavoráveis à concessão de cobertura assistencial. O item “outras decisões” refere-se a casos em que o juiz extinguiu a ação sem julgamento de mérito, geralmente devido a problemas processuais.

Tabela 8 – Resultados de primeira e segunda instância dos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

	Resultados de primeira instância		Resultados de segunda instância	
	Decisões	%	Decisões	%
Favorável à cobertura	548	74,5	540	73,5
Parcialmente favorável à cobertura	17	2,3	27	3,7
Desfavorável à cobertura	158	21,4	150	20,4
Outras decisões	12	1,8	18	2,4
Total	735	100,0	735	100,0

É significativo o número de decisões favoráveis ao usuário, obrigando o plano de saúde a proceder à cobertura negada. Ressalta-se que, considerando o total de decisões, o comportamento do TJ-SP foi uniforme, com confirmação, na segunda instância (73,5%), dos resultados das sentenças de primeira instância (74,5%).

Em alguns casos – 2,3% dos acórdãos de primeira instância e 3,7% nos de segunda instância – foi concedida parte da cobertura solicitada. Por exemplo, a decisão concedeu despesas hospitalares referentes à internação, mas não concedeu cobertura dos honorários médicos; concedeu procedimentos e exames, mas não a cobertura em clínica não credenciada; concedeu hemodiálise, mas não os honorários médicos; concedeu transplante de medula óssea, mas excluiu os gastos com a procura e transporte da medula; concedeu a cobertura de todo o tratamento, mas deixou de fora os gastos com a remoção (ambulância); concedeu cirurgia cardíaca, mas excluiu a cobertura do stent; concedeu internação, mas negou a cobertura de exames diagnósticos, dentre outras concessões parciais.

Não foi objeto deste estudo, mas vale citar que várias ações, além do pedido de cobertura, incluíam pedido de indenização por danos morais. O conceito de dano moral, estampado no Código Civil e também no Código de Defesa do Consumidor, é ampliado pela Constituição Federal, que estabeleceu como garantias individuais a honra, a liberdade de expressão e de pensamento, a imagem, entre outras.

No momento em que a negação de cobertura pelo plano de saúde atinge diretamente as garantias individuais do usuário do plano ou indiretamente seus familiares, causando-lhes constrangimento ou sofrimento, pode estar caracterizado o dano moral.

O presente estudo ateve-se exclusivamente às questões de cobertura e, por isso, não analisou detalhadamente e nem mesmo quantificou os pedidos de indenização por danos morais, bastante comuns nos acórdãos, tema que pode ser objeto de estudos futuros. Pode-se afirmar, no entanto, que as decisões neste quesito não são consensuais. Em muitos casos, o juiz entende que houve prejuízo moral e decide pela concessão de indenização; em outros, apesar de concedida integralmente a cobertura, o juiz nega o pedido de indenização por dano moral.

4.9 – TIPOS DE COBERTURAS CITADAS NOS ACÓRDÃOS

Aqui o estudo objetivou analisar os principais tipos de assistência e procedimentos médicos que tiveram a cobertura negada e que, portanto, foram levados aos tribunais.

Foi estabelecida a classificação: “Coberturas sem especificação de procedimentos”, que engloba todas as informações nas quais os acórdãos não mencionaram um procedimento médico específico nem o motivo daquela demanda de atendimento; e “Coberturas com especificação de procedimentos”, em que há informação sobre o procedimento específico que gerou a ação judicial. A seguir, os resultados obtidos:

Tabela 9 – Tipos de coberturas citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Coberturas	Número	%
Sem especificação do procedimento	691	67,9
Com especificação do procedimento	326	32,0
Não informado	1	0,1
Total	1018	100,0

Nota: Um mesmo acórdão pode citar mais de um procedimento

A denominação “Coberturas sem especificação de procedimentos” foi subdividida conforme o quadro a seguir:

Tabela 10 – Coberturas sem especificação do procedimento citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Coberturas sem especificação de procedimento	Número	%
Assistência médica	249	36,0
Cirurgia	168	24,0
Internação	185	27,0
Internação em UTI	84	12,0
Consulta médica	5	1,0
Total	691	100,0

A denominação “Coberturas com especificação de procedimentos” inclui os casos nos quais há menção, no acórdão, de procedimento médico específico, negado ou excluído pelo plano de saúde. Aqui, as informações foram agrupadas utilizando a nomenclatura adotada pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)³. Foram criados mais dois subgrupos, que não constam na CBHPM: órteses e próteses; e insumos e medicamentos.

Tabela 11 – Coberturas com especificação do procedimento citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Cobertura com especificação de procedimentos	Número	%
Procedimentos cirúrgicos e invasivos	130	39,9
Procedimentos clínicos	88	27,0
Órteses e próteses	31	9,5
Procedimentos diagnósticos e terapêuticos	27	8,3
Insumos e medicamentos	27	8,3
Procedimentos gerais	23	7,0
Total	326	100,0

A partir do detalhamento (Apêndice D) dos procedimentos especificados, aqueles que apresentam maiores frequências, independente do agrupamento da tabela anterior, são os seguintes:

3 A CBHPM tem como finalidade hierarquizar os procedimentos médicos e estabelecer faixas de remuneração dos atos médicos. De acordo com a AMB, a hierarquização leva em conta a complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza.

Tabela 12 - Procedimentos especificados mais freqüentes nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Procedimentos especificados	Número	%
Transplantes	52	16,0
Procedimentos ligados ao tratamento de câncer (<i>radioterapia, quimioterapia, braquiterapia, mamoplastia, radiocirurgia etc.</i>)	49	15,0
Órteses e próteses (<i>stents, marcapassos etc.</i>)	31	9,5
Exames diagnósticos (<i>tomografia, ressonância, videolaparoscopia etc.</i>)	27	8,3
Implantes (<i>coclear, ocular, de órteses e próteses etc.</i>)	18	5,5
Hemodiálise	17	5,2
Oxigenoterapia	15	4,6
Fisioterapia	12	3,7
Assistência ao recém-nascido	12	3,7
Medicamentos de uso hospitalar	12	3,7
Outros	81	24,8
Total	326	100,0

Pode-se afirmar que, dentre os procedimentos especificados, aqueles de alta complexidade e alto custo são mais freqüentemente citados nas decisões judiciais. Sólton Vianna et al (2005) afirmam que um procedimento de alta complexidade deve ter alguns atributos, que o distingue dos demais (da atenção básica e da média complexidade): alta densidade tecnológica e/ou exigência de *expertise* e habilidades especiais, baixa freqüência relativa, e alto custo unitário e/ou do tratamento.

A maior incidência de ações relacionadas a procedimentos dispendiosos e especializados – a exemplo dos transplantes, do tratamento do câncer, da hemodiálise e de diversos procedimentos cirúrgicos e invasivos – traz indícios da prática adotada pelas operadoras visando a economia de recursos e o predomínio da lógica financeira.

Ao mesmo tempo indica que o Sistema Único de Saúde, ao atender estes casos de exclusões de coberturas, atua de forma a subsidiar os planos de saúde privados.

Pesquisa realizada por Cecílio et al (2005), concluiu que todas as operadoras estudadas exigiram autorização prévia, até mesmo para pacientes que já estavam internados, quando surgiu a necessidade de utilização de procedimentos, materiais ou medicamentos de alto custo. De acordo com o estudo, este é um ponto conflitante, pois trata-se de um campo não regulamentado ou quase sempre acordado, de maneira precária, entre prestador e operadora.

Sabe-se também que muitos contratos antigos trazem cláusulas que explicitam a exclusão de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão. E aqueles que cobrem esses procedimentos mantêm limitações de número de sessões, sendo que há farta jurisprudência rechaçando tal conduta.

Em relação aos transplantes, procedimento que recebe tratamento específico por parte do órgão regulador, o resultado foi o seguinte:

Tabela 13 – Tipos de transplantes citados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Transplante	Nº menções	%
Não especificado	18	34,7
Fígado	13	25,0
Medula óssea	12	23,1
Rim	6	11,5
Autólogo de célula tronco	1	1,9
Pâncreas	1	1,9
Pâncreas e rim	1	1,9
Total	52	100,0

Nos planos antigos é freqüente a exclusão de transplantes. A Lei 9.656/98 havia assegurado a cobertura de todas as doenças e suas complicações, o que deveria incluir transplantes. No entanto, por meio de Medida Provisória, o Conselho de Saúde

Suplementar (Consu) e, posteriormente, a ANS, passaram a ter a prerrogativa de definir a amplitude da cobertura de transplantes, entre outros procedimentos.

Assim, a Resolução 12 do Consu tornou obrigatória a cobertura apenas dos transplantes de rins e córneas. Ou seja, mesmo em se tratando de planos novos, a operadora não tem obrigação de cobrir os demais transplantes, entre eles de fígado e medula, os dois mais frequentemente citados nos acórdãos, dentre aqueles que foram especificados nas decisões dos juízes.

O número de transplantes⁴ realizados pelo SUS no país aumentou mais de 100% entre 1995 e 2003, com a realização de mais de 50 mil transplantes nesse período. Os transplantes de córnea e rim são os mais frequentes, respondendo, juntos, por mais de 80% do total. São seguidos dos transplantes de medula (9,4%) e fígado (5,4%).

A análise das decisões judiciais faz supor que os planos de saúde tendem a negar principalmente os transplantes cuja cobertura não é obrigatória por lei e também aqueles que são mais onerosos.

As decisões dos acórdãos que versam sobre transplantes são ainda mais favoráveis aos usuários que a média. Dentre os 52 casos identificados, 41 tiveram decisão de segunda instância favorável à cobertura. Ou seja, cerca de 80%, enquanto a média nos acórdãos analisados é 73,4% de decisões favoráveis.

4.10 – DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE CITADOS NOS ACÓRDÃOS

Aqui o estudo analisou as principais situações de saúde, agravos ou doenças citadas nos acórdãos, às quais estão relacionadas as exclusões de coberturas reclamadas. Em que pese a ausência desta informação em parte dos julgados (303 acórdãos ou 41,2% do universo), os dados analisados permitiram identificar a tendência das patologias mais excluídas pelos planos de saúde.

4 Sistema Nacional de Transplantes (SNT), Ministério da Saúde, 2005

Após a identificação de cada doença ou problema de saúde mencionados nos acórdãos, as informações foram agrupadas seguindo a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

Tabela 14 – Doenças e problemas de saúde mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Capítulo CID 10	Grupo de doenças	Número de citações	%
II	Neoplasmas (tumores)	97	20,3
IX	Doenças do aparelho circulatório	78	16,3
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	53	11,1
XI	Doenças do aparelho digestivo	51	10,7
VI	Doenças do sistema nervoso	45	9,4
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	28	5,9
X	Doenças do aparelho respiratório	22	4,6
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	19	4,0
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	16	3,4
XV	Gravidez, parto e puerpério	13	2,7
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	12	2,5
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	11	2,3
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	9	1,9
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não classificados em outra parte	8	1,7
V	Transtornos mentais e comportamentais	4	0,8
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	0,6
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	3	0,6
VII	Doenças do olho e anexos	2	0,4
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0,4
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	2	0,4
		478	100,0

Vale ressaltar que, em algumas decisões judiciais, são mencionadas mais de uma doença ou problema relacionado à saúde. Por exemplo: em um mesmo acórdão é reclamada a exclusão do atendimento em HIV/Aids e, ao mesmo tempo, a internação para tratamento de meningite bacteriana.

Merece atenção a comparação do resultado do estudo com os dados de mortalidade por grupos de causa no Estado de São Paulo, referente ao ano de 2002. Trata-se do último dado que, até a conclusão do presente estudo, constava dos Indicadores e Dados Básicos – Brasil (2004), divulgados pelo Datasus.

Quadro 4 – Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas no Estado de São Paulo em 2002

Grupo de causas	% mortalidade
Doenças do aparelho circulatório	31,87
Neoplasias	16,74
Causas externas	14,83
Doenças do aparelho respiratório	12,02
Doenças infecciosas e parasitárias	4,73
Afecções no período perinatal	2,51
Demais causas definidas	17,30
Total	100,00

Fonte: MS/SVS/datasus – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2004.

Percebe-se que há uma coincidência entre os dois grupos de doenças mais citados nos acórdãos e as duas principais causas de morte no Estado, com uma inversão da ordem. As neoplasias, mais citadas nas decisões judiciais, são a segunda causa de morte. As cardiopatias, primeira causa de morte, aparecem em segundo lugar no *ranking* de citações.

Chama a atenção o grupo de doenças infecciosas, que figura em terceiro lugar nas citações, mas é a quinta causa de morte; e o grupo de causas externas, terceira causa de morte no Estado de São Paulo, mas o 12º grupo de doenças no *ranking* de citações.

Conforme os dados apresentados, é possível afirmar que tendem a ser levados aos tribunais casos de negação de coberturas de doenças que, além de tratamentos onerosos, estão relacionadas aos problemas de saúde mais prevalentes e às principais causas de adoecimento e morte da população.

A seguir são elencadas as 10 doenças mais citadas nos acórdãos analisados:

Tabela 15 – As 10 doenças mais citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças	Citações nos acórdãos	%
Câncer	97	20,3
Doenças cardíacas	78	16,3
Aids	30	6,3
Meningite	21	4,4
Acidentes e causas externas	20	4,2
Cirrose hepática	16	3,4
Insuficiência renal	14	2,9
Hérnia	14	2,9
Diabetes	12	2,5
Doenças congênitas	12	2,5
Outras doenças	164	34,3
Total	478	100,0

Sabe-se que os contratos antigos mantêm cláusulas que permitem a exclusão de inúmeras doenças, por meio de conceitos vagos como “doenças crônico-degenerativas”, “doenças preexistentes” e “doenças infecto-contagiosas”, entre outros. Já nos contratos novos, durante os dois anos de carência para doenças preexistentes, também são excluídos diversos procedimentos ligados a essas patologias – muitas delas citadas nos acórdãos analisados –, pois constam do Rol de Alta Complexidade elaborado pela ANS, assunto que será tratado mais adiante.

A título de exemplo, são apresentados a seguir algumas cláusulas⁵ de contratos anteriores a Lei 9.656/98 e que ainda estão em vigor:

a) Contrato da Blue Life:

Cláusula VI – dos serviços excluídos

Artigo 8º - Estão excluídos deste contrato, coberturas de acidentes de trabalho, acidentes ou lesões de qualquer entidade mórbida causadas direta ou indiretamente por embriaguez, fármaco dependentes, tentativa de suicídio ou outro ato ilícito comprovado; aparelhos estéticos e de substituição ou complementares de função como óculos, aparelhos para surdez, rim artificial, aparelhos ortopédicos, próteses; materiais importados; (...) esclerose de varizes; (...) tratamento clínico e cirúrgico de moléstias decorrentes de defeitos congênitos; tratamentos psicoterápicos; (...) diagnóstico e tratamento em medicina nuclear; (...) transplante; (...) internação para investigação diagnóstica; (...) procedimentos não constantes da tabela AMB (...)

b) Contrato da Marítima Seguros:

Cláusula 07 – Despesas não cobertas: (...) para redução de miopia e hipermetropia; para esclerose e microcirurgia de varizes dos membros inferiores; para acidentes de trabalho, doenças profissionais e similares; eventos relacionados a doenças crônicas e lesões existentes antes da adesão do Segurado ao Seguro; relacionados a doenças congênitas e suas conseqüências; (...) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; (...) tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, de moléstias infecto-contagiosas de notificação compulsória.

c) Contrato do Hospital e Maternidade N.S. Lourdes:

§ 23 da cláusula de exclusões: Entende-se por patologias crônicas de caráter incurável e suas conseqüências, para fins deste contrato, todas as patologias que sejam preexistentes, sejam adquiridas após a assinatura deste contrato, que não tenham cura definitiva, assim caracterizadas: Insuficiência Renal Crônica, Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral, Cardiopatias (doenças do coração), Neoplasias (câncer), AIDS, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas, Hepatopatias Crônicas (doenças do fígado) e Complicações Diabéticas.

5 Citadas no Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, 2003.

A CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados concluiu, em 2003: “os contratos antigos, em geral, não cobrem doenças já instaladas (preexistentes, congênitas); nem doenças que venham a se instalar e sejam dispendiosas, como as doenças crônicas, que requerem atendimento contínuo.”

Também figuram nos acórdãos analisados pelo presente estudo pedidos de cobertura negada relacionados a doenças congênitas (12 citações) e a diversas doenças crônicas: insuficiência renal (14 citações); diabetes (14); cirrose hepática (16); hipertensão (9); artrose (8); dentre outras.

É comum, ainda, nos contratos antigos, a exclusão daquelas doenças cuja responsabilidade de cobertura, na visão das operadoras, deveria ser única e exclusivamente do Estado.

Muitas delas são do grupo de doenças transmissíveis e infecciosas, cujas negações de cobertura são levadas aos tribunais possivelmente não apenas porque as operadoras consideram seus tratamentos onerosos, mas porque pretendem que o sistema público de saúde assumira sozinho o ônus desse atendimento. Assim, conforme o estudo, foram negadas coberturas referentes a Aids (30), meningites (21), hepatite (9), doença de Chagas (3), tuberculose (2), entre outras.

O caso da Aids chama mais a atenção, inclusive porque o número de acórdãos pode estar subestimado, tendo em vista que muitas destas ações judiciais correm em segredo de Justiça, no sentido de preservar o anonimato do paciente infectado pelo HIV. Em função das conquistas do programa brasileiro de combate à Aids, que garante a universalidade do tratamento⁶ pelo sistema público de saúde, as operadoras de planos de saúde tendem a se desobrigar do atendimento a estes pacientes.

Por outro lado, o fato de usuários de planos de saúde portadores do HIV pleitearem cobertura nos tribunais pode ser um indicador de que há problemas também na famigerada assistência universal prestada pelo SUS no campo da Aids. Esta consideração

⁶ Em 2005, cerca de 170 mil brasileiros que vivem com HIV/Aids recebiam tratamento na rede pública de saúde, que inclui acesso a medicamentos anti-retrovirais, exames diagnósticos e assistência.

pode ser estendida ao caso dos pacientes renais crônicos. O sistema público arca hoje com a quase totalidade das hemodiálises do país em que pese a natureza privada da maioria das clínicas que realizam este procedimento para o SUS.

Já em relação às causas externas (acidentes, traumas, violências etc), vale ressaltar que o primeiro atendimento se dá geralmente nas unidades públicas, sobretudo nos serviços de urgência e pronto-socorros, motivo pelo qual há baixa demanda judicial destes casos.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, conforme já revelado, dá ganho de causa à maioria dos pleitos de negação de coberturas. Em algumas patologias, como é o caso do câncer, as decisões favoráveis à concessão da cobertura são ainda em maior número: 79,4% receberam julgamento favorável, um pouco acima da média, de 73,4%. Ao lado dos transplantes (78,8% de decisões favoráveis), os casos que envolvem tratamento do câncer são aqueles que mais receberam decisões favoráveis dos juízes.

4.11 – DOENÇAS PREEXISTENTES; URGÊNCIA E EMERGÊNCIA; ÓRTESES E PRÓTESES

O estudo preocupou-se em analisar separadamente três situações que aparecem nas demandas judiciais sobre exclusões de cobertura, não só devido à grande frequência, mas também por conta da abordagem particular destes temas na regulamentação: doenças preexistentes; urgência e emergência; órteses e próteses.

Doenças preexistentes

A alegação, pela operadora, de doença preexistente para negar o atendimento apareceu expressa em 174 das decisões, ou seja, em 23,6% do universo de acórdãos estudados.

As negações de cobertura sob a alegação de doença preexistente, muito antes da Lei 9.656/98, já era discussão recorrente no Poder Judiciário.

No Superior Tribunal de Justiça (STJ), há uma corrente dominante que somente aceita a negação de cobertura da chamada doença preexistente quando há prova de que

o consumidor tinha ciência da doença no momento da contratação. O STJ também não admite a restrição se o consumidor não tiver se submetido a exame de saúde prévio. No entanto, se a operadora indaga o consumidor acerca de seu estado de saúde, e este omite informação relevante, há vários precedentes na Corte Superior que consideram lícita a negativa de cobertura, inclusive reconhecendo a má-fé do usuário nesses casos.

O tratamento dado à questão na esfera do STJ é o mesmo que consta na Lei 9.656/98, que define as “doenças e lesões preexistentes como sendo aquelas em que o portador do plano conhece ser possuidor no momento da assinatura dos contratos.”

Para saber se o consumidor é portador de doenças ou lesões preexistentes, a operadora pode exigir, no momento da contratação, o preenchimento de uma declaração de saúde. Esta declaração consta de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões preexistentes, das quais o usuário tenha conhecimento no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes integrantes do contrato.

Foi instituída pela legislação de 1998 a figura da “Cobertura Parcial Temporária”, que implica em uma carência de dois anos durante os quais é permitida a exclusão da cobertura de diversos procedimentos ligados à doença preexistente: cirurgias; internação em leitos de alta tecnologia; exames e procedimentos constantes do Rol de Alta Complexidade⁷, que consiste em uma lista elaborada pela ANS.

Foi criada ainda a opção do “agravo”, que deveria, obrigatoriamente, estar disponível para o usuário interessado em contratar um plano de saúde a partir de 1999. Trata-se de um acréscimo ao valor da prestação mensal do plano de saúde em função da doença preexistente. Quem optasse por esta modalidade teria uma mensalidade maior, mas seria atendido em todas as necessidades e procedimentos médicos relacionados a sua doença, sem as restrições impostas àqueles que optam pela cobertura parcial temporária.

7 Instituído pelas Resoluções RDC 41 e 68/ANS

Ainda, segundo a regulamentação, a empresa operadora de planos de saúde deveria diluir o impacto dos custos com o atendimento do doente entre todos os usuários do plano, ou seja, entre a imensa maioria de sadios, sempre que necessitar calcular o agravo, segundo impõe a lei. Porém, não é o que acontece na prática. Poucas operadoras oferecem o agravo e, quando oferecem, o valor da mensalidade é proibitivo.

Este assunto foi tratado pela CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, em 2003, que apontou a existência de empresas de consultoria atuarial que criaram tabelas para a “precificação” do agravo, cujos valores são utilizados, de forma uniforme, por diversas operadoras de planos de saúde. Alguns exemplos que constam da tabela de agravo mensal reproduzida no relatório final da CPI: HIV/Aids (R\$ 5.223,24); doença cardíaca (R\$ 5.581,70); doenças do fígado (R\$ 3.992,36); câncer de mama (R\$ 1.747,15); diabetes (R\$ 2.222,55), dentre outras.

Quanto ao Rol de Alta Complexidade, foram questionados por entidades de especialidades médicas os critérios técnicos utilizados pela ANS para a definição de “alta complexidade”, tanto na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 41, de 2000, como, posteriormente, na RDC 68, de 2001, que estipulou os procedimentos e exames passíveis de exclusão. As sociedades médicas defendem que somente podem ser eliminados de cobertura aqueles procedimentos cuja eficácia seja duvidosa ou que possam ser substituídos por outros procedimentos equivalentes de menor custo, sem prejuízo do diagnóstico ou tratamento do paciente.

O Ministério Público Federal de São Paulo elaborou em 2005 uma Recomendação⁸ concedendo prazos para que a ANS revise e altere o Rol de Alta Complexidade. O documento afirma que “há falta de fundamentação e de critérios claros na elaboração da lista”.

Devido, entre outros fatores, à morosidade da Justiça, ainda não há grande frequência de decisões em segunda instância que tratam de contratos posteriores à Lei 9.656/98 e da negação do tratamento de doenças preexistentes. O presente estudo, no

8 Recomendação do MPF/SP N° 64, de 07/12/2005

entanto, aponta indícios de que o tema poderá ser cada vez mais levado aos tribunais. Dentre os cinco acórdãos identificados como sendo referentes a planos novos (após a Lei 9.656/98), todos dizem respeito à negação de cobertura sob a alegação de doenças preexistentes, que foram as seguintes: tratamento de câncer (dois acórdãos), desvio de septo, hérnia gástrica e mal de Parkinson. Nestes cinco casos, as decisões de segunda instância foram favoráveis à concessão da cobertura.

Um bom instrumento que pode contribuir para avaliar a efetividade da norma seria o acompanhamento sistemático da tramitação no Judiciário de ações relacionadas à negação de coberturas praticada durante a carência de 24 meses para atendimento de doenças preexistentes, conforme determinam os contratos novos assinados sob a égide da Lei 9.656/98.

Urgência e emergência

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM)⁹, urgência “é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata”. Já emergência é “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”. De acordo com esta Resolução do CFM, o médico tem autonomia inquestionável para definir o que é um caso de urgência e emergência.

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar¹⁰, “são consideradas urgências os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gestação; e emergência, aqueles que implicam risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados pelo médico.”

A alegação de negação de cobertura em casos relacionados à urgência e emergência está presente em 109 – ou 15 % – dos acórdãos analisados. Na maioria dos casos, a urgência está relacionada à doença e situação de saúde cuja cobertura não está

9 Resolução CFM 1451/95

10 Série Conheça Seus Direitos, disponível em www.ans.gov.br

prevista no contrato, geralmente assinado antes da Lei 9.656/98. É, por exemplo, o caso da negação de cirurgia pós-infarto, sob a justificativa de que refere-se a doença cardíaca preexistente não coberta em contrato.

As ações de segunda instância relacionadas a urgência e emergência buscam geralmente o ressarcimento de despesas já efetuadas pelo usuário ou familiares. É comum o primeiro atendimento de urgência e emergência ocorrer em hospital público. Nestes casos, o usuário reivindica na ação que o plano cubra os gastos ocorridos com a transferência e o restante do tratamento necessário em hospital credenciado do plano. Há casos em que o atendimento ocorreu em hospital privado não credenciado e o plano negou a cobertura. E, ainda, casos em que o paciente foi atendido em hospital ligado ao plano, mas mesmo assim teve a cobertura negada. Às vezes, até mesmo o custo da transferência para hospital do SUS – caso exista vaga – não é coberto pela operadora.

Toda internação eletiva depende de autorização prévia da operadora. Mas nas situações de emergência nem sempre a autorização é possível. Poucas operadoras mantêm serviços de atendimento telefônico 24 horas. Os prestadores quase sempre assumem o atendimento e só depois são informados que não havia elegibilidade do usuário internado. Caso tenha solicitado cheque-caução ou outra garantia, o usuário é obrigado a pagar a conta.

Os casos de urgência e emergência citados nos acórdãos estão mais ligados às doenças do aparelho circulatório - AVC, aneurisma cerebral, angina e infarto (19 casos); câncer (17 casos) e acidentes (7 casos). Em seguida, entre os mais citados destacam-se embolia pulmonar, parto prematuro, princípio de eclampsia, diabetes, insuficiência renal, hemorragia cerebral, síndrome hemorrágica grave, meningite, urgência psiquiátrica, dependência química, dentre outros.

A legislação em vigor determina que haja atendimento dos casos de urgências e emergências após 24 horas da assinatura do contrato de um plano de saúde¹¹. Entretanto, o Consu (por meio da Resolução nº. 13) restringiu, de forma significativa, a assistência

11 Inciso V do art. 12 da Lei 9.656/98

à saúde nestas situações. A referida resolução prevê as hipóteses relacionadas a seguir:

- a) O plano ambulatorial só atende durante as primeiras doze horas e exclusivamente no nível ambulatorial. Se ocorrer, por exemplo, um atropelamento com politraumatismos, que implique na necessidade de atendimento de emergência, atividades de centro cirúrgico e, eventualmente, de UTI, estes procedimentos não serão cobertos;
- b) O plano hospitalar não tem obrigação de prestar atendimento de urgência ou emergência se isto for necessário durante o período de carência. Apenas o atendimento ambulatorial será garantido e, mesmo assim, restrito a doze horas;
- c) O plano hospitalar pode, também, negar atendimento de urgências e emergências para as situações que não impliquem em internação. Por exemplo, uma pessoa com fratura na perna e que não precise de internação não terá cobertura.
- d) Gestantes que ainda não completaram o prazo de carência, mesmo sendo usuárias do plano hospitalar com cobertura obstétrica, só terão direito ao atendimento ambulatorial por no máximo doze horas. Conseqüentemente, os casos de aborto, hemorragia e outras complicações da gestação não terão cobertura.

Ou seja, assim como as regras para doença preexistente, também a abordagem dos casos de urgência e emergência na atual regulamentação, e não só nos contratos antigos, poderá gerar negações de atendimento e, conseqüentemente, ações judiciais pleiteando a cobertura excluída.

Órteses e próteses

Dentre os acórdãos analisados, 31 (4,2%) mencionam órteses e próteses. Destas, 14 próteses não são especificadas. Dentre as especificadas estão os stents (8), marcapasso (5) e cateter (2), dentre outros.

Nos contratos anteriores à legislação de 1998, são comuns cláusulas que expressamente negam a cobertura de órteses e próteses. Já a Lei de Planos de Saúde garante a cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, desde que ligados ao ato cirúrgico e

desde que não tenham finalidade estética¹².

Entretanto, a Resolução Normativa (RN) 82 da ANS, que descreve os procedimentos passíveis de exclusão por 24 meses em relação aos portadores de doenças e lesões preexistentes, por serem considerados pela Agência como de alta complexidade, inclui várias próteses. Nos termos do anexo da Resolução, não precisam ser cobertos, entre outros, colocação de stents, implantes de marcapasso e cateterismos.

Convém aqui mencionar um precedente do Superior Tribunal de Justiça no sentido de reconhecer o direito à prótese:

“Se a prótese, no caso o esfíncter urinário artificial, decorre de ato cirúrgico coberto pelo plano, sendo consequência possível da cirurgia de extirpação radical da próstata, diante de diagnóstico de câncer localizado, não pode valer a cláusula que proíbe a cobertura. Como se sabe, a prostatectomia radical em diagnóstico de câncer localizado tem finalidade curativa e o tratamento da incontinência urinária, que dela pode decorrer, inclui-se no tratamento coberto, porque ligado ao ato cirúrgico principal.”¹³

A negativa de próteses e outros materiais é inadmissível, como bem declarou o STJ, especialmente nas hipóteses em que é garantida a cobertura da doença.

Neste tema, vale citar uma ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Rio de Janeiro, em 2004, contra diversas operadoras de planos de saúde visando obrigá-las a fornecer próteses e órteses, independentemente da data de assinatura dos contratos. Foi deferida a antecipação da tutela em 1ª instância, mas o Tribunal de Justiça cassou a liminar.

4.12 – LEGISLAÇÕES APLICADAS E ARGUMENTAÇÕES DAS DECISÕES JUDICIAIS

Aqui o estudo buscou identificar qual a principal fundamentação legal da decisão judicial, ou seja, quais as leis utilizadas pelos juízes para justificar o entendimento sobre a matéria.

12 Segundo artigo 10, incisos II e VII.

13 Recurso especial 519940/SP, Relator Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, Superior Tribunal de Justiça, publicado no DJ em 01/09/2003, p. 00288.

Vários diplomas legais têm fundamentado e orientado as decisões da Justiça em relação às demandas de coberturas dos planos de saúde apresentadas ao Judiciário: os princípios constitucionais da dignidade humana, do direito à vida e do direito à saúde; os pressupostos relativos ao sistema de proteção e defesa do consumidor; as disposições do Código Civil; e também a legislação específica do setor.

Cabe esclarecer que, em boa parte dos casos, o juiz utiliza-se de mais de uma legislação para fundamentar sua decisão e que nem todos os 735 acórdãos analisados mencionaram expressamente uma legislação específica.

A partir da análise dos acórdãos coletados, é possível observar a ocorrência dos seguintes diplomas legais como fundamentos das decisões:

Tabela 16 – Legislações aplicadas, por menção nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Legislação aplicada	Nº de menção	%
Código de Defesa do Consumidor	407	62,7
Código Civil	95	14,6
Lei 9.656/98	64	10,0
Constituição Federal	47	7,3
Código de Processo Civil	18	2,8
Res. CFM 1401/93	4	0,6
Código Civil de 1916	3	0,5
Decreto-lei 73/66	3	0,5
Lei de Introdução ao Código Civil	2	0,3
Res. Cremesp 57/94	2	0,3
Portaria 4, SDE, 13/03/98	1	0,1
Res. CFM 1417/95	1	0,1
Res. Cremesp 58/95	1	0,1
Res. Cremesp 80/97	1	0,1
Total	649	100,0

4.12.1 – Código de Defesa do Consumidor

Conforme os resultados, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), lei 8079/90, é a legislação mais utilizada nos julgados. A predominância do CDC como argumentação jurídica favorável à concessão de cobertura denota que prevalece nas decisões o enfoque consumerista, muito mais utilizado que o enfoque do direito à saúde previsto na Constituição. Nesta concepção, o plano de saúde é visto como uma mercadoria que foi adquirida por um consumidor. Sabe-se que há limitações da aplicação do conceito de consumidor no campo da saúde suplementar, tema já abordado (página 52).

De acordo com as decisões analisadas, o que configura a relação de consumo é a prestação de serviços, realizada por um fornecedor¹⁴ – no caso a empresa ou operadora de plano de saúde – e destinada a um consumidor¹⁵ – no caso o usuário do plano de saúde. A contratação de um plano de saúde privado é uma relação de consumo porque a operadora fornece no mercado um serviço de assistência à saúde, e os usuários dos planos adquirem tal serviço como destinatários finais. Mesmo no caso dos planos coletivos, há juízes que defendem que há relação de consumo, mas não há consenso sobre este assunto nos tribunais.

Predomina o entendimento de que os contratos assinados antes da Lei 9.656/98, são regidos pelo CDC. A legislação específica valeria apenas para os contratos assinados após janeiro de 1999 (data de início da vigência da Lei 9.656/98). Porém, mesmo para os contratos novos, a própria Lei 9.656/98¹⁶ prevê expressamente a aplicação subsidiária do CDC.

14 Nos termos do Art. 3º, *caput* e § 2º, do Código de Defesa do Consumidor, “Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços” e “Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista”.

15 De acordo com o Art. 2º do Código de Defesa do Consumidor, “Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”.

16 Art. 35-G – Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o par. 1º. do art. 1º. desta Lei as disposições da Lei nº. 8.078, de 1.990.

O estudo analisou as principais argumentações favoráveis à concessão de cobertura quando o Código de Defesa do Consumidor é utilizado como fundamento para a decisão. Ressalta-se que no mesmo acórdão pode haver mais de uma argumentação a partir da mesma legislação mencionada.

Tabela 17 – Argumentos favoráveis à cobertura assistencial, baseados no CDC e mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Argumentações	Menções	%
As cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor	124	22,8
As cláusulas restritivas deveriam estar expressas em destaque	116	21,3
A restrição atribui vantagem exagerada para a operadora	110	20,2
É abusiva a cláusula que estipula limite de tempo de internação e valores	85	15,6
A operadora não provou má-fé ou desconhecimento da doença por parte do usuário	80	14,7
Limitações são abusivas, quando se trata de urgência e emergência	15	2,8
A operadora não prestou bom serviço	14	2,6
Total	544	100,0

Sobre os principais argumentos cabe ressaltar:

- As cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (124 menções). Como o CDC visa proteger a parte mais vulnerável da relação de consumo, seu artigo 47 impõe que a interpretação das cláusulas contratuais deve ser a mais favorável ao consumidor. Esta é a regra mais utilizada pelos juízes do TJ-SP ao decidirem, em segunda instância, questões sobre coberturas de planos de saúde. Cabe aqui um trecho de decisão:

“(...) seria oportuno vislumbrar a hipótese de infecção generalizada ou septicemia resultante da implantação de prótese dentária, que culminasse com a necessidade de internação hospitalar do segurado; também assim a necessidade de tratamento médico de seqüelas relacionadas a cirurgia plástica de caráter estético, podendo-se ainda aventar o caso de segurado que contraia câncer cuja causa esteja relacionada a implante de silicone. Em todos esses casos, a despeito de as intervenções médicas ou cirúrgicas anteriores estarem excluídas da cobertura do plano de saúde, não é juridicamente admissível pretender exclusão do tratamento de problemas supervenientes inseridos no âmbito de cobertura do plano de saúde, tão só em razão da vinculação de sua causa àquelas anteriores intervenções, sendo mister invocar, ademais, o princípio da interpretação contratual mais favorável ao consumidor (C.D.C, art. 47)(...)”

TJ/SP – Apelação Cível 347.020-4/7-00 – Julgamento em 01/07/2004 – Relator: Sebastião Carlos Garcia

- As cláusulas limitativas deveriam estar expressas em destaque (116 menções). Visando estabelecer o equilíbrio e a justiça contratual, o CDC consagrou princípios, aplicáveis em todos os contratos, dentre eles o princípio da transparência. Assim, o consumidor passou a deter o direito subjetivo de informação e o fornecedor o dever de prestar a informação, esclarecer as características e o conteúdo do contrato. Decorre deste direito à informação o dever do fornecedor destacar as cláusulas contratuais que possam restringir outros direitos dos consumidores.

“(...) No entanto, o instrumento contratual entregue ao autor, elaborado com letras minúsculas, praticamente ilegíveis, não dá qualquer destaque à cláusula de exclusões de cobertura, com evidente ofensa à regra do artigo 54 § 3º e 4º do CDC, estatuto que a ré admite incidente na espécie.”

TJ/SP – Apelação Cível 290.453.4/3-00 – Julgamento em 23/09/2003 – Relator: Morato de Andrade

- A restrição atribui vantagem exagerada para a operadora (110 menções). Outro princípio previsto no CDC é o da boa-fé objetiva, necessária para que exista confiança recíproca entre os contratantes e para que prevaleça a vontade livre e racional. Assim, é abusiva a cláusula contratual que possa implicar desvantagem exagerada ao consumidor.

“É inválida a cláusula que exclui da cobertura do seguro-saúde o tratamento de AIDS, tendo em vista tratar-se de contrato de adesão, em que inserido dispositivo exageradamente desfavorável ao segurado, parte mais fraca da relação jurídica, e que esta cláusula fere a natureza mesma do seguro-saúde (...).”
TJ/SP – Apelação Cível 261.576-4/7 – Julgamento em 24/08/2004 – Relator: José Roberto Bedran

- É abusiva cláusula que estipula limite de tempo de internação/valores (85 menções). O CDC reconhece como prática abusiva a limitação quantitativa de produto ou serviço pelo fornecedor, sem que haja uma justa causa para a limitação.

“A limitação de tempo de internação em UTI configura-se como cláusula abusiva, uma vez que não é dado a nenhum ser humano antecipar o lapso cronológico necessário em caso de infortúnio referente ao seu estado físico ou psíquico.”
TJ/SP – Apelação Cível 131.887.4/2-00 – Julgamento em 19/12/2002 – Relator: Natan Zelinschi de Arruda

- A operadora não provou má-fé ou desconhecimento da patologia por parte do usuário (80 menções). Aqui novamente aplica-se o princípio da boa-fé objetiva, que deve ser seguido tanto pelo fornecedor como pelo consumidor. Porém, como a boa-fé é presumida, deve ser comprovada a má-fé alegada por uma das partes.

“(...) (a operadora) não fez prova convincente e satisfatória da má-fé e fraude assim tão gravemente imputadas ao autor, de modo a justificar a legalidade da unilateral rescisão do contrato(...).”
TJ/SP – Apelação Cível 243.278-4/5 – Julgamento em 31/08/2004 – Relator: José Roberto Bedran

- Limitações são abusivas, quando se trata de urgência e emergência (15 menções). Conforme já mencionado, o CDC diz que a limitação do serviço só é possível quando houver uma justa causa. Não é o caso das situações que colocam em risco a saúde e a vida do usuário de um plano de saúde, como aponta o TJ-SP.

“(...) é no sentido de garantir-se, desde logo e ilimitadamente, a cobertura relativa ao atendimento médico-hospitalar de

emergência e urgência, quando implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.”

TJ/SP – Apelação Cível 274.503.4/5-00 – Julgamento em 20/02/2003 – Relator: Sebastião Carlos Garcia

- A operadora não prestou bom serviço (14 menções). A qualidade do serviço é também garantida pelo CDC que responsabiliza o fornecedor por qualquer “defeito ou vício na prestação do serviço.”

“A ilação que se extrai da ética médica, que deve reger Planos de Saúde, é que os serviços credenciados devem ser considerados de boa qualidade...”

TJ/SP – Apelação Cível 260.824.4/2-00 – Julgamento em 01/10/2002 – Relator: Alfredo Migliore

Mas o Código de Defesa do Consumidor é também base legal para as decisões favoráveis às operadoras de planos de saúde. Nestes casos, o principal argumento é de que não há relação de consumo quando se trata de planos coletivos (12 menções). Vejamos outros exemplos de citações:

“O contrato é regido pelo direito comum e pelo Código de Defesa do Consumidor; a cláusula não é abusiva nem onerosa, pois a ré especificou os riscos que o contrato não cobre e o autor aceitou, não havendo superioridade entre as partes contratantes, nem onerosidade, porque o autor paga o prêmio correspondente à cobertura dos riscos assumidos pela ré.”

TJ/SP – Apelação Cível 333.732.4/9-00 – Julgamento em 25/05/2004 – Relator: Sergio Gomes

“(...) não se pode deixar de enxergar que o item C, cláusula 16, do Capítulo XI, do contrato celebrado entre as partes, exclui, expressamente, da cobertura contratual, despesas decorrentes de “hemodiálise” (...)

O princípio do “pacta sunt servanda” deve, pois, ser respeitado, observando-se que essa cláusula obedece, plenamente, os requisitos previstos pelo Código de Defesa do Consumidor, quanto à legibilidade e inteligência.”

TJ/SP – Apelação Cível 273.924.4/9-00 – Julgamento em 05/08/2003 – Relator: Theodoro Guimarães

4.12.2 – Código Civil

Após o CDC, o Código Civil é a normatização mais mencionada nas decisões analisadas (95 ocorrências, 14,6%). Isso se explica pois o Código Civil regula as relações entre particulares, dentre elas os contratos. Assim, por ser norma geral, pode ser utilizado subsidiariamente à Lei 9.656/98 e ao Código de Defesa do Consumidor.

Vale esclarecer que no período estipulado para a análise dos acórdãos – 1999 a 2004 – estiveram em vigor dois Códigos distintos: o Código Civil de 1916, que teve aplicação até o final de 2002, e o atual Código Civil de 2002, que passou a ter eficácia no início de 2003. O novo Código Civil trouxe mudanças substanciais nas regras das relações de cunho privado, uma vez que houve uma efetiva modificação no enfoque do Direito Civil, eliminando em parte o cunho individualista das regras.

Há menção ao Código Civil tanto em decisões favoráveis ao consumidor quanto em decisões favoráveis às operadoras de planos de saúde:

“Neste momento, a interpretação dos negócios jurídicos formais (apólice) perde o significado, porque em se respeitando cegamente a vontade do legislador de 1916 (Código Civil, arts. 1432 e 1460), corre-se o risco de excluir o próprio significado ou gênese do negócio jurídico. A apólice exclui implantes para as hipóteses em que a solução não se recomenda como método substitutivo eficiente de uma técnica médica rejeitada.”

TJ/SP – Apelação Cível 183.763-4/2 – Julgamento em 18/09/2001 – Relator: Ênio Santarelli Zuliani

“As limitações impostas são compatíveis com a natureza do contrato de seguro, definido no artigo 1.432 do Código Civil, como “aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizá-la do prejuízo resultante dos riscos futuros, previstos no contrato”. Quer dizer: no contrato, as partes acertam o equilíbrio entre o risco e o prêmio, prevendo o artigo 1.442 liberdade das partes na fixação deste.”

TJ/SP – Apelação Cível 193.575-4/2-00 – Julgamento em 19/06/2001 – Relator: Laerte Nordi

4.12.3 – Lei 9.656/98

A Lei 9.656/98 foi mencionada nas decisões judiciais 64 vezes (9,8% das menções), inclusive para justificar a concessão de cobertura em planos com contratos assinados antes da nova legislação.

Trata-se de uma legislação específica, que traz normas sobre a relação entre as empresas de planos de saúde e seus clientes, e não é aplicada aos contratos antigos, firmados até dezembro de 1998.

Alguns autores, por exemplo Cláudia Lima Marques (op. cit.), afirmam que a Lei 9.656/98 e o CDC são diplomas legais hierarquicamente diferentes. Por isso, a Lei dos Planos de Saúde não pode suprimir ou anular qualquer direito garantido pelo CDC. A aplicação retroativa da Lei 9.656/98 aos contratos antigos somente poderá ocorrer por força do próprio Código de Defesa do Consumidor, “em um verdadeiro diálogo de fontes”, afirma a autora.

Os principais argumentos favoráveis à cobertura são os seguintes:

Tabela 18 – Argumentos favoráveis à cobertura assistencial, baseados na Lei 9.656/98 e mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Argumento – Lei 9.656/98	Menções	%
O usuário não fez exame pré-admissional, portanto não há prova de má-fé	56	58,9
O procedimento deve ser coberto de acordo com a Lei	25	26,3
O consumidor tem direito à informação adequada	7	7,4
A cobertura de urgência e emergência tem que ser obrigatória	7	7,4
Total	95	100,0

Nota: No mesmo acórdão pode haver mais de uma argumentação a partir da mesma legislação mencionada

O fato de os acórdãos mencionarem mais vezes o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil, se comparados à Lei 9.656/98, indica que o Poder Judiciário não vê, na Lei dos Planos de Saúde, o principal instrumento de proteção dos direitos dos

cidadãos que reclamam negação de coberturas. Mesmo entre os cinco acórdãos analisados referentes a contratos novos, assinados após a vigência da lei 9.656/98, em quatro deles o Juiz nem sequer cita esta legislação específica dos planos de saúde, para sua tomada de decisão favorável à concessão de cobertura.

Sobre as principais argumentações favoráveis com base na Lei dos Planos de Saúde, cabem os seguintes comentários:

- O usuário não fez exame pré-admissional, portanto não há prova de má-fé (56 menções). Até a publicação da Lei 9.656/98, que prevê a cobertura de doença preexistente (apesar de submetê-la a um período de carência de dois anos), era freqüente a presença nos contratos (muitos ainda em vigor) da negação da cobertura sob alegação de doença preexistente. Agora a lei prevê, em seu artigo 11, que cabe à operadora o ônus da prova e a demonstração do conhecimento prévio do consumidor sobre a doença que possui. Assim demonstram os exemplos de decisões:

“(...) também quando não submetem os segurados a exames prévios, assumem o risco contratual em troca de um elevado custo mensal pago por estes (...)”

TJ/SP – Apelação Cível 338.572-4/4-00 – Julgamento em 20/05/2004 – Relator: Carlos Stroppa

“Caso esta pretendesse cercar o contrato das necessárias segurança e transparência, deveria providenciar exame prévio do proponente e, na conformidade de seu resultado, dar-lhe pleno conhecimento das limitações, específica e explicitamente, por escrito (não o vinculando a condições gerais que, por genéricas, são vagas, difusas e de difíceis percepção), estabelecendo as restrições de cobertura e o prêmio adequado.”

TJ/SP – Apelação Cível 140.327.4/9-00 – Julgamento em 28/08/03 – Relator: Marcus Andrade

Conforme as decisões analisadas, o juiz nega a concessão de coberturas apenas quando há prova irrefutável de que o usuário, na hora da contratação do plano, sabia mas omitiu a informação de que era portador de alguma doença. O fato de a operadora não ter submetido o usuário a exame prévio também é argumento decisivo nas sentenças favoráveis à cobertura.

- O procedimento deve ser coberto, de acordo com a legislação (25 menções). A Lei 9.656/98, em seu artigo 10, prevê que os planos de saúde devem obrigatoriamente cobrir todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

“Convém lembrar, aqui, a atual legislação sobre planos e seguros de saúde – Lei nº 9.656/98 – que, submetendo às suas disposições as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, independentemente da forma jurídica de sua constituição (art. 1º, parágrafo primeiro, inciso I), não exclui o tratamento das doenças constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (art. 10). Aliás, seu art. II veda a exclusão da cobertura às doenças e lesões preexistentes à data da contratação dos planos ou seguros, após vinte e quatro meses de vigência do instrumento contratual (...)”

TJ/SP – Apelação Cível 202.048-4/6 – Julgamento em 31/05/2001 – Relator: Rodrigues de Carvalho

- O consumidor tem direito à informação adequada (7 menções). O art. 16 da Lei 9.656/98 estipula que nos contratos de planos de saúde devem constar dispositivos que indiquem com clareza: as condições de admissão, o início da vigência, os períodos de carência, os eventos cobertos e excluídos, entre outros. Portanto, a validade das cláusulas depende da clareza da redação.

“As cláusulas que impliquem em limitação ou alguma desvantagem ao consumidor, devem ser impressas em destaque. Sem estas características, serão tidas como não escritas ou ineficazes, mesmo que tenham sido aceitas pelo consumidor, implícita ou explicitamente.”

TJ/SP – Apelação Cível 312.520.4/8-00 – Julgamento em 12/05/2004 – Relator: Carlos Renato

- É obrigatória a cobertura de urgência e emergência (7 menções). A Lei 9.656/98 prevê expressamente a obrigatoriedade da cobertura pelos planos de saúde do atendimento dos casos de urgência e emergência (art. 12, parágrafo 2º).

“(...) além de abusiva e injusta, tornou-se expressamente ilegal com o advento da Lei 9.656/98, que dispõe ser obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência e de urgência...”

TJ/SP – Apelação Cível 145.969.4/4-00 – Julgamento em 23/03/2004 – Relator: Alexandre Germano

A Lei 9.656/98 pode também servir de fundamento para as decisões favoráveis às operadoras, quando, por exemplo, a lei permite a exclusão de determinada cobertura (8 menções):

“É certo que o Código de Defesa do Consumidor e a Lei 9.656/98 – que disciplina os planos e seguros privados de assistência à saúde – a exemplo do Código Civil no capítulo destinado aos seguros, permitem as cláusulas que limitam os direitos do consumidor, apenas exigindo que sejam redigidas com destaque, para possibilitar sua compreensão”

TJ/SP – Apelação Cível 2001.607-4/0-00 – Julgamento em 27/06/2001 – Relator: Carlos Augusto de Santi Ribeiro

4.12.4 – Constituição Federal

A Constituição Federal também foi mencionada (47 menções) nas decisões. Neste caso, a principal argumentação favorável ao usuário, obrigando a cobertura, é o direito à saúde e à vida (42 menções) expresso na Constituição:

“Subsistem dois aspectos: o direito absoluto à saúde (objeto do contrato) e o da empresa de convênio limitar suas cláusulas. Qual o direito mais relevante? Em precedente símile, o ilustre advogado GALENO LACERDA opinou em ilustrado parecer: “O contrato de seguro saúde cria um direito absoluto. Estamos em presença, assim, de uma categoria nova de “direitos sobre direitos”. Nessa espécie prevalece a natureza mais importante, tal como esclarecido por FERRARA, “il diritto dominato assume la natura Del diritto dominante”. Por isso, se, no caso concreto, a seguradora, sem razão, negar cobertura à segurada, estará atentando contra os direitos absolutos à saúde e à vida do paciente.”

TJ/SP – Apelação Cível 144.424.4/0-00 – Julgamento em 29/01/2004 – Relator: Munhoz Soares

A Constituição Federal de 1988 regulamentou, detalhadamente, a ordem social, estabelecendo os direitos dos indivíduos e procurando abranger os setores onde o Estado deve intervir por meio de políticas sociais, buscando interferir na realidade para proporcionar um sistema de relações sociais mais equilibrado e justo.

Ao regulamentar a ordem social, estabelecer os direitos dos cidadãos e definir em quais situações deve haver a intervenção do Estado, a Constituição Federal reservou especial atenção à saúde, tratada no texto legal na condição de direito público subjetivo, fundamental e inalienável.

A dignidade da pessoa humana e a promoção do bem de todos são os principais fundamentos da República Federativa do Brasil, segundo o artigo 1º e 3º da Constituição Federal. Por sua vez, o artigo 5º assegura a inviolabilidade do direito à vida, enquanto o artigo 6º qualifica o direito à saúde como direito social, um direito de todos.

Apesar de a Constituição Federal ter sido citada expressamente por poucos julgados (se comparada às menções ao Código de Defesa do Consumidor), sua influência no conteúdo das decisões analisadas é relevante. A dimensão do direito à vida, da dignidade humana e do direito à saúde aparece em vários julgados favoráveis à concessão de cobertura.

O direito à saúde também é utilizado como fundamento para refutar o fracionamento da cobertura oferecida pelos planos de saúde:

“A pessoa que procura a proteção de um plano de saúde ou de um contrato de seguro saúde tem em mira a preservação de sua integridade física, como um todo. Por princípio, a saúde é um bem indivisível. Não faz sentido lotear o corpo humano, seus aparelhos e sistemas, para proteger uns e não outros de determinadas moléstias, insuficiências ou deficiências imunológicas. (...) Não se pode proteger a saúde a picado e a varejo, excluindo-se da cobertura estas ou aquelas moléstias, tratamentos ou intervenções cirúrgicas, como se o corpo humano pudesse ser mapeado, segundo a fria equação de um livro-caixa, a prever entradas e saídas (dever e haver), no interesse exclusivo da prestadora de serviços ou da seguradora. (...) É inválida a cláusula que exclui da cobertura do seguro-saúde o tratamento de

AIDS, tendo em vista tratar-se de contrato de adesão, em que inserido dispositivo exageradamente desfavorável ao segurado, parte mais fraca da relação jurídica, e que esta cláusula fere a natureza mesma do seguro-saúde.”

TJ/SP – Apelação Cível 261.576-4/7 – Julgamento em 24/08/2004 – Relator: José Roberto Bedran

Mas a Constituição Federal é também usada como fundamento nas decisões favoráveis às operadoras de planos de saúde. A principal argumentação é que a Constituição estabelece a saúde como dever do Estado e, portanto, a operadora não deve suprir esta obrigação (20 menções).

“Afinal, repita-se, a situação das empresas na área de saúde é apenas suplementar, não sendo obrigadas a suprir as deficiências do Estado que, rigorosamente, é aquele que tem o dever de assegurar ilimitadamente a saúde dos cidadãos.”

TJ/SP – Apelação Cível 144.918.4/5-00 – Julgamento em 16/11/2004 – Relator: Luiz Antonio de Godoy

“(…) se não existe lei obrigando os particulares a cuidarem de viciados em álcool e drogas por sua conta e risco, não é leonina a cláusula da exclusão (...) é viciado em drogas desde os 17 anos de idade. Passou a maior parte da vida sendo consumido pelo vício. (...) desde logo fica demonstrado que, se tinha dinheiro para sustentar o vício, deveria usá-lo para se tratar (...) qualquer tipo de plano ou seguro é complementar da obrigação do Estado (...) se forem problemas sociais, o Estado que trate, com os exagerados impostos que paga.

TJ/SP – Apelação Civil 327.420-4/6 – Julgamento em 11/08/2004 – Relator: Sílvio Marques Neto

4.12.5 – Código de Processo Civil e outras legislações

O Código de Processo Civil – que regula as relações processuais, ou seja, a ação judicial e seu processamento – também aparece na fundamentação de algumas decisões analisadas (18 menções). Por vezes, o juiz fundamenta sua decisão com argumentos puramente processuais, sem entrar no mérito da exclusão da cobertura. Ele pode, por exemplo, não admitir determinado recurso que não cumpre os requisitos estabelecidos pelo Código de Processo Civil.

As demais legislações que fundamentaram os acórdãos estudados merecem uma breve menção, tendo em vista a baixa ocorrência:

- Código Civil de 1916: é a Lei 3.071, de 1916, que instituiu o antigo Código Civil, hoje revogado pelo atual Código Civil (Lei 10.406, de 2002).
- Decreto-lei 73/66: dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regulava as operações com seguros de saúde privados antes da vigência da Lei 9.656/98 (este Decreto-lei já foi comentado no item 2.2 do Capítulo 2).
- Lei de Introdução ao Código Civil: é o Decreto-lei 4.657 de 1942, que traz normas que disciplinam a vigência, a aplicação e o conflito de leis no tempo.
- Res. CFM 1401/93: sem força de lei, este ato normativo, dispõe sobre a obrigatoriedade dos planos de saúde de cobrirem todas as doenças da CID, da Organização Mundial de Saúde.
- Res. Cremesp 57/94: ato normativo expedido pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo que dispõe sobre a obrigatoriedade da cobertura de todas as doenças da CID, da OMS.
- Res. CFM 1457/95: ato normativo expedido pelo Conselho Federal de Medicina, que adota técnicas para o emprego da oxigenoterapia hiperbárica.
- Res. Cremesp 58/95: ato normativo expedido pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo que aprova a regulamentação do uso da oxigenação hiperbárica.
- Res. Cremesp 80/97: ato normativo expedido pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo que regulamenta os procedimentos médicos para a reconstrução mamária.
- Portaria 4, SDE, 13/03/98: ato normativo expedido pela Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, que elenca diversas cláusulas abusivas, em aditamento ao artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor.

4.12.6 – Argumentos médicos

Além das legislações mencionadas, em várias decisões são utilizados argumentos médicos para justificar a decisão favorável à concessão de cobertura. Tais argumen-

tos validam a cobertura, por comprovarem não se tratar de casos em que a exclusão é permitida. São os principais:

- A intervenção cirúrgica não é para fim estético (aparece em 14 acórdãos)

Nas considerações gerais feitas pelo médico assistente “(...) casos há na obesidade mórbida, em que um paciente ainda com excesso de peso, necessita de uma dermolipectomia abdominal e/ou crural (coxas) para melhorar sua qualidade de vida, durante o emagrecimento e até estimulá-lo para que o emagrecimento seja mais rápido. (...) a cirurgia realizada não foi estética.”

TJ/SP – Apelação Cível 146.530.4/9-00 – Julgamento em 25/03/2004 – Relator: Magno Araújo

“(...) restou demonstrado nos autos que o procedimento cirúrgico pelo qual a apelada se submeteu não é estético (...)”

TJ/SP – Apelação Cível 264.226-4/2-00 – Julgamento em 16/12/2003 – Relator: Alexandre Germano

- O procedimento é tratamento pós-cirúrgico e não tratamento autônomo (citado em 6 acórdãos)

“(...) é de se inferir que a cirurgia plástica que visou reconstruir a auréola mamária, consistente no sulco mais ou menos escuro que circunda o mamilo, não deixa de ser considerada uma cirurgia reparadora, corretiva das seqüelas após o tratamento cirúrgico da moléstia”

TJ/SP – Apelação Cível 128.915.4/4 – Julgamento em 29/08/2002 – Relator: Testa Marchi

- Os planos devem cobrir os progressos da medicina e a incorporação de novas tecnologias (mencionado em 8 acórdãos)

“(...) cabe ressaltar que, no âmbito da medicina moderna, a evolução dos conhecimentos técnicos e científicos é constante. Daí não poder confundir-se técnica nova com procedimento experimental.”

TJ/SP – Apelação Cível 266.055.4/6-00 – Julgamento em 12/12/2002 – Relator: Sebastião Carlos Garcia

Não é muito comum, na segunda instância do TJ-SP, a utilização de argumentos médicos nas tomadas de decisões. Quando aparecem, referem-se à prescrição ou laudo

do médico assistente do paciente, que consta como argumento ou documentação anexa da ação inicial. Não há menção, nos julgados analisados, de perícias técnicas solicitadas pelo Judiciário. Os juízes não lançam mão de peritos médicos que poderiam ter o papel de produzir mais evidências sobre a situação de saúde do paciente diante da cobertura negada.

4.12.7 – Contratos

Também há decisões baseadas unicamente no contrato firmado entre usuário e operadora, em que o juiz julga com base nas disposições contratuais. Nestes casos, o juiz afirma que o contrato não exclui a cobertura. Este argumento aparece em 55 decisões analisadas. Outras 30 decisões também mencionam o contrato, com interpretação favorável à concessão de cobertura.

“Se a cláusula exclui transplante heterólogo e se o caso do autor é de transplante autólogo, não há o que se discutir e, assim, embora não abusiva a cláusula, como decidiu o magistrado, a obrigação de cumprir o contrato é inafastável.

TJ/SP – Apelação Cível 136.030.4/9-00 – Julgamento em 20/02/2003 – Relator: Olavo Silveira

“(...) a letra fria dos contratos não pode servir de amparo para que pessoas sejam lesadas no seu bem mais importante que é a vida e a sua saúde.”

TJ/SP – Apelação Cível 136.236.4/9-00 – Julgamento em 18/02/2003 – Relator: Arthur Del Guércio

As decisões judiciais favoráveis aos planos de saúde, ou seja, decisões que negam a cobertura reclamada, podem também se basear unicamente no contrato, sendo as principais argumentações: as limitações/exclusões estão expressas no contrato (81 menções); o médico ou hospital não são credenciados pelo plano de saúde e, portanto, o plano não deve conceder a cobertura (21 menções).

“(...) está expressamente excluído do contrato, que estabelece: ‘A Unimed não se responsabilizará pela prestação de serviços abaixo relacionados: ‘casos clínicos crônicos e suas conseqü-

ências’ e ‘radioterapia, quimioterapia’ (...) A estipulação contratual é perfeitamente clara, não dando ensejo a dúvidas por ocasião da assinatura da avença e deve prevalecer”

TJ/SP – Apelação Cível 333.732.4/9-00 – Julgamento em 25/05/2004 – Relator: Sergio Gomes

“De seu turno, é certo que, como restou incontroverso nos autos, os dois médicos que atenderam à mulher do autor, durante a internação hospitalar, não eram credenciados pelo plano de saúde da Omint. (...) Assim, dá-se provimento ao recurso da ré, para julgarem-se inteiramente improcedentes as ações principal e cautelar; cassando-se a liminar concedida e ficando o autor responsável pelas custas processuais.”

TJ/SP – Apelação Cível 273.924.4/9-00 – Julgamento em 05/08/2003 – Relator: Theodoro Guimarães

4.12.8 – Argumentos das operadoras

O estudo também buscou analisar os principais argumentos que as operadoras de plano de saúde usam para se defenderem em juízo das ações propostas pelos usuários.

As principais argumentações são as seguintes:

Tabela 19 – Argumentos de defesa das operadoras de planos de saúde, mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Argumentos	Menções	%
Existência de cláusula excludente no contrato	421	59,6
Trata-se de caso de doença preexistente	124	17,5
Médico/hospital não credenciado	69	9,8
Não é relação de consumo; trata-se de associação/plano coletivo	46	6,5
A garantia de saúde irrestrita é dever do Estado	20	2,8
Procedimento não está incluído na tabela AMB vigente	13	1,8
A finalidade do procedimento é meramente estética	10	1,5
Inadimplência do usuário no pagamento da mensalidade	3	0,4
Procedimento não incluído no rol de alta complexidade da ANS	1	0,1
Total	707	100,0

As argumentações mais frequentes das operadoras são a existência de cláusula excludente no contrato e o fato de a reclamação estar relacionada à doença preexistente. Estes são dois dos maiores problemas verificados nos planos de saúde pré-regulamentação e que foram apenas em parte solucionados pela legislação atual.

Os argumentos mais incidentes demonstram que as empresas se apegam ao fato de que o contrato faz a lei entre as partes contratantes e que o usuário teria plena consciência da existência de cláusula contratual excludente.

Estas cláusulas contratuais são entendidas de diferentes formas pelo Judiciário. Há juízes – a maioria – que afirmam que as cláusulas devem ser consideradas nulas porque ferem disposições legais (Código de Defesa do Consumidor, Código Civil, Lei 9.656/98 e Constituição Federal).

Em outras decisões, os juízes acataram a argumentação das operadoras, como visto anteriormente nas menções a contratos, em julgados favoráveis aos planos de saúde. Nestes casos, os juízes alegam que as exclusões estão amparadas em diplomas legais, ou dão extrema relevância ao princípio do “*pacta sunt servanda*” (contrato faz lei entre as partes).

As posições antagônicas do mesmo tribunal (TJ-SP), na mesma instância de decisão, sobre a mesma situação apresentada revela – conforme será comentado mais adiante – a autonomia do Judiciário nestas questões de cobertura dos planos de saúde.

4.13 – SÍNTESE DOS RESULTADOS

O estudo de 735 decisões judiciais relacionadas a coberturas de planos de saúde, julgadas em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004, traz como principais conclusões:

1. Quanto à titularidade das ações, a maior parte dos acórdãos analisados é composta de ações individuais (733), movidas por usuários de planos de saúde. Apenas duas ações têm titularidade coletiva, uma proposta pelo Ministério Público e outra por um sindicato de classe.

2. Quanto à forma de contratação do plano de saúde, dentre as decisões avaliadas, 87,6% referem-se a contratos individuais, enquanto 10,9% são contratos coletivos.
3. Na maior parte dos casos (559 ações ou 76%), as operadoras são apelantes da decisão na segunda instância. Nestes casos, os usuários obtiveram, na primeira instância, sentenças favoráveis à concessão da cobertura solicitada.
4. A medicina de grupo é o segmento de operadoras mais citado nos acórdãos (54,4% das menções), seguido das seguradoras (30,2%), cooperativas/Unimed (9,8%), filantropia (2,6%), autogestão (0,9%), e outros (2,1%). Já a distribuição dos segmentos no universo de planos de saúde no Estado de São Paulo é a seguinte: medicina de grupo (315 operadoras e 50,2% dos beneficiários), cooperativas médicas (297 operadoras e 21,6% dos beneficiários), autogestão (186 operadoras e 20,8% dos beneficiários), seguradoras (12 operadoras e 16,3% dos beneficiários), e filantropia (86 operadoras e 4% dos beneficiários). Dentre as operadoras de planos de saúde mais citadas nas decisões judiciais estão Amil (80 menções ou 10,9%), Sul América (77 menções ou 10,5%), Golden Cross (69 menções ou 9,4%), Bradesco (65 menções ou 8,9%), Centro Transmontano (48 menções ou 6,5%), Marítima (33 menções ou 4,5%), Classes Laboriosas (30 menções ou 4,1%) e Blue Life (26 menções ou 3,6%).
5. Dos acórdãos analisados, a maioria (55,2%) não informa a data de contratação dos planos. Dentre aqueles que trazem essa informação, a maior parte é de contratos anteriores à Lei 9.656/98 (44,1% dos acórdãos). Em apenas cinco acórdãos são mencionados contratos novos. O grande número de contratos antigos no universo pesquisado explica-se, em parte, pela morosidade da Justiça, uma vez que foram estudadas decisões de segunda instância que tiveram início antes da vigência da atual legislação.
6. Na segunda instância, 73,5% dos julgados foram favoráveis à concessão de cobertura, praticamente confirmando a proporção verificada na primeira instância, na qual 74,5% foram favoráveis aos usuários. Em 3,7% dos acórdãos, o juiz concedeu parte da cobertura solicitada e, em 20,4%, foi negada a cobertura.

7. Dentre as coberturas citadas nos acórdãos a maioria não traz especificação de procedimentos (68%). Nestes casos, é maior a referência à assistência médica (36%), seguida de internações (27%), cirurgias (24%), internações em UTI (12%) e consultas médicas (1%). Dentre as coberturas com especificação de procedimentos (32%), os mais citados foram os procedimentos cirúrgicos e invasivos (39,9%), os procedimentos clínicos (27,0%), órteses e próteses (9,5%), procedimentos diagnósticos e terapêuticos (8,3%), insumos e medicamentos (8,3%), procedimentos gerais (7,0%). Agrupando todos os procedimentos, os mais citados foram, nesta ordem: transplantes (16%), procedimentos ligados ao tratamento de câncer (15%), órteses e próteses (9,5%), exames diagnósticos (8,3%), implantes (5,5%), hemodiálise, (5,2%), oxigenoterapia (4,6%), fisioterapia (3,7%), assistência ao recém-nascido (3,7%), medicamentos de uso hospitalar (3,7%) e outros (24,8%). Os procedimentos de alta complexidade e alto custo são aqueles mais frequentemente presentes nas decisões judiciais.
8. Nas 51 decisões analisadas que mencionaram a negação de cobertura de transplantes, dentre aqueles que são especificados, os mais citados são os transplantes de fígado e de medula. Chama a atenção que a atual regulamentação também desobriga a cobertura desses procedimentos: apenas são obrigatórios os transplantes de rins e córneas.
9. Ao analisar os grupos de doenças (de acordo com a CID 10) citados nos acórdãos, em um total de 478 menções, prevalecem os neoplasmas (20,3%), doenças do aparelho circulatório (16,3%) e doenças infecciosas (11,1%). Entre as doenças mencionadas nas decisões judiciais estão aquelas que exigem tratamento oneroso e/ou prolongado, além das doenças que tradicionalmente são atendidas pelo setor público de saúde, a exemplo do tratamento prestado aos renais crônicos e aos portadores de HIV/Aids. Os dois grupos de doenças mais citados – câncer e cardiopatias – referem-se às duas principais causas de morte no Estado de São Paulo. São, nesta ordem, as dez doenças mais citadas: câncer (97 menções), doenças cardiovasculares (78), Aids (30), meningite (21), acidentes e causas exter-

nas (20), cirrose hepática (16), insuficiência renal (14), hérnia (14), diabetes (12) e doenças congênitas (12).

10. A reclamação de exclusão de atendimento sob alegação de doença preexistente apareceu em 174 (23,6%) das decisões judiciais estudadas. Os cinco acórdãos analisados referentes a contratos novos, posteriores à Lei 9.656/98, também se referem a doenças preexistentes e, em todos eles, a decisão do juiz foi favorável à concessão de cobertura.
11. A alegação de negação de cobertura de casos relacionados à urgência e emergência está presente em 109 (14,8%) acórdãos analisados. Os casos de urgência estão relacionados principalmente a doenças cardiovasculares, câncer e acidentes.
12. Dentre as decisões judiciais analisadas, 31 (4,2%) mencionaram a negação de cobertura de órteses e próteses, sendo mais mencionados os stents, marcapassos e cateteres.
13. O Código de Defesa do Consumidor (CDC) é a legislação mais citada nas argumentações das decisões judiciais: 62,7% do total de menções a legislações específicas. Em seguida vem o Código Civil (14,6%), a Lei 9.656/98 (10%) e a Constituição Federal (7,3%).
14. Quando o CDC é utilizado nas argumentações favoráveis à concessão de cobertura, os aspectos mais citados são: em caso de dúvida na interpretação do contrato a decisão deve ser favorável ao consumidor; as cláusulas restritivas deveriam estar expressas em destaque; a restrição atribui vantagem exagerada para a operadora; é abusiva cláusula que estipula limite de tempo de internação e valores; a operadora não provou má-fé ou desconhecimento da doença por parte do usuário; as limitações são abusivas, quando se trata de urgência e emergência; e a operadora não prestou bom serviço. Nos casos em que o CDC é usado em decisões favoráveis às operadoras, o principal argumento é de que não há relação de consumo quando se trata de planos coletivos.
15. Quanto à Lei 9.656/98, quando é mencionada favoravelmente à concessão de cobertura, o principal argumento utilizado é a ausência de prova de má-fé, uma vez que o usuário não fez exame pré-admissional. Os juízes também alegam, com base na Lei dos Planos de Saúde, que o procedimento deve ser coberto, que

o consumidor tem direito à informação adequada, e que a cobertura de urgência e emergência tem que ser obrigatória. A Lei 9.656/98 ainda serviu de fundamento para decisões favoráveis às operadoras, quando, por exemplo, a legislação permite a exclusão de determinada cobertura.

16. Quando a Constituição Federal foi mencionada, a principal argumentação favorável ao usuário, obrigando a cobertura, é o direito constitucional à saúde e à vida. A Constituição também foi usada como fundamento em decisões favoráveis às operadoras, sob a alegação de que a saúde é dever do Estado e, portanto, a operadora não deve suprir esta obrigação.
17. Algumas decisões favoráveis à cobertura utilizam argumentos médicos, sendo os dois principais: a intervenção cirúrgica não é para fim estético; os planos devem cobrir os progressos da medicina e a incorporação de novas tecnologias.
18. Há decisões baseadas unicamente no contrato firmado entre usuário e operadora, em que o juiz decide a partir das disposições contratuais. Nestes casos, o juiz afirma que o contrato não exclui a cobertura. O argumento do contrato é usado também nas decisões favoráveis aos planos de saúde. Nestes casos, as principais argumentações são: as limitações/exclusões estão expressas no contrato; o médico ou hospital não são credenciados pelo plano de saúde e, portanto, o plano não deve conceder a cobertura. Prevalece nestes julgados o princípio de que o contrato faz a lei entre as partes.
19. Segundo o estudo, os principais argumentos que as operadoras de planos de saúde usam para se defender em juízo são os seguintes: existência de cláusula excludente no contrato; trata-se de caso de doença preexistente; o médico/hospital não é credenciado; não há relação de consumo, pois trata-se de associação/plano coletivo; a garantia de saúde irrestrita é dever do Estado e não do plano de saúde; o procedimento não está incluído na tabela AMB vigente; a finalidade do procedimento é meramente estética; o usuário está inadimplente no pagamento da mensalidade; o procedimento não está incluído no Rol de Alta Complexidade da ANS.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre as exclusões de coberturas

O perfil das coberturas assistenciais negadas pelos planos de saúde e levadas ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP) é preocupante, uma vez que relaciona problemas de saúde e doenças responsáveis pelos maiores índices de adoecimento e morte da população. São negações de atendimento ligadas a situações clínicas cuja demora no atendimento é uma variável importante na determinação do prognóstico e na sobrevida do paciente.

O problema da exclusão de coberturas ainda não foi considerado à altura de sua gravidade e de suas repercussões na saúde e na vida da população assistida. Também não são totalmente conhecidas a dimensão das ocorrências e suas implicações para o sistema de saúde brasileiro.

É razoável supor que o presente estudo tratou da “ponta do iceberg” do problema, ao analisar demandas apresentadas ao TJ-SP, com abrangência geográfica e espaço de tempo delimitados e, ainda, restritas às decisões de segunda instância.

As informações sobre negações de cobertura não estão apenas nos tribunais, pois encontram-se pulverizadas nas várias instâncias que servem de porta de entrada para queixas e reclamações desse tipo. Inúmeras situações nem sequer são formalizadas, quando o desfecho para o usuário é ser atendido nas unidades do Sistema Único de Saúde, arcar com os custos particulares ou ficar sem o atendimento necessário.

Traçar a real dimensão das limitações assistenciais na saúde suplementar demanda pesquisas com desenhos específicos, que podem ser assumidas pelo órgão regulador e implementadas em parceria com setores acadêmicos.

O estudo das demandas de usuários de planos de saúde levadas à Justiça é, sem dúvida, um instrumento relevante que merece ser continuado e aprimorado, não só junto aos Tribunais de Justiça, mas também junto aos Juizados Especiais Cíveis e ao Ministério Público, instâncias que, cada vez mais, acolhem os pleitos relacionados a exclusões de

coberturas assistenciais e outros temas que envolvem a saúde suplementar.

Apenas o monitoramento da batalha travada no Judiciário, no entanto, não é suficiente. Há que se considerar a dificuldade de acesso à Justiça, o ônus financeiro da contratação de advogado, o desconhecimento dos direitos por parte do cidadão usuário de planos de saúde (tendo em vista a complexidade e a fragmentação da legislação), a morosidade na tramitação das ações judiciais e o descrédito de parcela da sociedade quanto à atuação do Judiciário.

As demais instâncias, especialmente os Procons e o Disque ANS, precisam ser integradas a um sistema de informações. Da mesma forma, deve ser aprimorado o registro dos dados sobre os atendimentos de usuários de planos de saúde nas unidades do SUS.

Sobre a necessidade de revisão da legislação

A convivência de dois “mundos”, antes e depois da regulamentação, com regras distintas nos contratos de planos de saúde, somada às distorções contidas em resoluções e normas ditadas pela agência reguladora, poderá levar a população usuária a acionar, cada vez mais, o Poder Judiciário na tentativa de solucionar conflitos com as operadoras de planos de saúde.

O fato de a Lei dos Planos de Saúde (9.656/98) ter sido pouco citada nas decisões analisadas – se comparada à menção ao Código de Defesa do Consumidor e ao Código Civil – demonstra a limitação e o alcance desta legislação. Ela é desconsiderada até mesmo em acórdãos que mencionam planos novos, adquiridos após a sua vigência. Ao menosprezarem a Lei 9656/98 e ao darem ganho de causa à concessão de cobertura na maioria dos pleitos, as decisões judiciais analisadas sugerem aos Poderes Executivo e Legislativo que o aparato regulatório em vigor é frágil e algo precisa ser feito para dar respostas ao problema da exclusão de coberturas na saúde suplementar, freqüentemente levado aos tribunais.

São motivos de demandas judiciais, conforme demonstrou o estudo, as exclusões

de procedimentos médicos de alto custo e alta complexidade, doenças preexistentes, transplantes, situações de urgência e emergência, órteses e próteses, dentre outras restrições contidas principalmente nos contratos antigos. Portanto, a situação dos planos pré-regulamentação precisa ser urgentemente tratada no âmbito do Legislativo e da agência reguladora.

Há, também, uma série de outras possibilidades de exclusões, contidas na atual regulamentação, que devem ser consideradas e que, potencialmente, poderão ser levadas aos tribunais. Compõem este cenário os planos segmentados (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou referência); os períodos de carência (24 horas para atendimento de urgências e emergências; 180 dias para consultas, exames, internações; 300 dias para partos; 24 meses para coberturas relacionadas a doenças preexistentes); os reajustes por faixas etárias (que, muitas vezes, “expulsam” os usuários idosos); a interpretação por vezes equivocada, pelos planos de saúde, do que são “procedimentos estéticos” passíveis de exclusão conforme preconiza a legislação; os limites da assistência psiquiátrica; a exclusão de cirurgia de correção de miopia nos casos de grau igual ou superior a 7 (sete)¹; as exclusões contratuais e a não obrigatoriedade de cobertura de doenças profissionais e acidentes do trabalho nos planos coletivos; as limitações da cobertura geográfica; o controle de acesso à rede e aos meios diagnósticos e terapêuticos; dentre outras possibilidades.

É inadiável, portanto, o retorno da regulamentação dos planos de saúde ao Congresso Nacional, pauta que poderá ser assumida pela nova Legislatura que terá início após as eleições de 2006. Cabe ao Legislativo, e não à ANS por meio de suas resoluções, a iniciativa de revisão da legislação em vigor, de forma a corrigir as distorções contidas nas regras atuais e de estender as novas normas aos planos antigos e aos planos coletivos, hoje excluídos ou parcialmente alcançados pela legislação.

1 Resoluções da ANS: RDC 41 de 14/12/00 e RDC 67, de 05/01/2001

Sobre o comportamento e a autonomia do Judiciário

O estudo demonstra que o Poder Judiciário vem sendo chamado a garantir e dar efetividade em questões sensíveis como o direito do consumidor e o direito à saúde previstos na Constituição. A sociedade bate às portas da Justiça para exigir respostas diante da atuação das empresas de planos de saúde ou da omissão e da insensibilidade do poder público e do órgão regulador.

Em que pese o fato de a maioria das decisões terem obrigado a concessão de coberturas é importante ressaltar que há decisões contrárias, muitas vezes baseadas na mesma legislação que serviu aos julgados favoráveis – Código de Defesa do Consumidor, Código Civil, Lei 9.656/98 ou Constituição Federal. A utilização da mesma base legal em decisões divergentes demonstra a independência e a autonomia do Judiciário nesta matéria. Isto não significa que os juízes decidem estas causas baseados exclusivamente nas suas próprias noções subjetivas de justiça, mas sim que tomam com liberdade as decisões legais.

O que se espera do poder Judiciário em uma democracia é que suas decisões sejam imparciais e independentes, baseadas nos fatos de cada caso apresentado, no mérito, nos argumentos legais e nas leis mais relevantes, sem qualquer influência das partes interessadas, assegurando a igualdade da proteção legal.

O estudo sugere também o potencial de crescimento das demandas de usuários insatisfeitos com os planos de saúde, o que poderá levar à configuração de um mercado voltado às ações judiciais, com a especialização da prática do direito e com o surgimento, a cada dia, de advogados e escritórios de advocacia se dedicando a este tema.

Sobre a saúde reduzida à condição de mercadoria

A partir das ações judiciais analisadas junto ao TJ-SP é possível afirmar que prevalece no Judiciário a visão de que a prestação de serviços pelos planos de saúde é uma mercadoria, um bem de consumo oferecido por um fornecedor (as operadoras) para um consumidor destinatário final (os usuários dos planos de saúde). Nesta concepção, o que rege prioritariamente a relação entre clientes e empresas de planos de

saúde são as normas do Código de Defesa do Consumidor (CDC), que predominam nas argumentações jurídicas dos acórdãos analisados.

O entendimento de boa parte dos juízes de que a assistência à saúde reclamada nas ações judiciais é um direito do consumidor, ainda que crie farta jurisprudência favorável à concessão de coberturas, não trata o problema em todas as suas dimensões. Muitas das decisões são tomadas não pela necessidade de saúde apresentada, mas pelas coberturas definidas na legislação ou nos contratos. O direito do consumidor estaria, assim, restrito à utilização dos serviços, quando requisitados por uma demanda individual. Conforme a pesquisa não há consenso, no TJ-SP, sobre a aplicação do CDC aos contratos coletivos – maior fatia do mercado de planos de saúde – é outro limitador desta concepção consumerista.

Em outro extremo, a redução da saúde à condição de mercadoria está também contida nas argumentações das operadoras, quando da contestação, em juízo, das solicitações de coberturas. A existência de cláusula contratual que explicitamente limita a cobertura é o argumento mais utilizado pelas empresas de planos de saúde para negar o atendimento, reforçando a concepção de que, o que está em discussão não é uma necessidade de saúde, mas uma mera disposição contratual da descrição do “produto” a ser entregue ao consumidor.

Vale lembrar, conforme já citado na apresentação dos resultados do estudo, que vários acórdãos mencionam, com argumento favorável à concessão de coberturas, o direito fundamental à saúde e o direito inalienável à vida inscritos na Constituição Federal. E mesmo quando prevalece a visão consumerista, o Judiciário por vezes afirma, conforme as decisões analisadas, que a saúde não pode ser tratada como qualquer outra mercadoria. Argumenta-se que consumidor não consegue prever a ocorrência de uma doença ou necessidade de saúde e, por causa desta imprevisibilidade, que abarca riscos e incertezas, torna-se impossível o planejamento do consumo futuro de assistência à saúde. O tratamento e a cura, afirmam alguns juízes, não são produtos que estão à venda no mercado; na verdade, os interessados compram serviços de atenção à saúde que deveriam sempre resultar na solução dos problemas de saúde, quando estes surgirem.

Há quase duas décadas a sociedade decidiu, por meio das conquistas constitucionais, como gostaria de ver garantidos os direitos para os seus cidadãos. Assim, precisam ser revistos os valores e práticas – presentes no mercado de planos de saúde e no Judiciário – que tendem a subestimar a concepção do direito à saúde. Isto é fundamental para a conquista de um processo civilizatório mais amplo no campo da saúde, no qual prevaleça a justiça social e a solidariedade, garantidas por meio de políticas públicas e também da maior atuação do Estado.

Sobre a relação com o Sistema Único de Saúde

É possível supor que os limites de coberturas inscritos nos contratos de planos de saúde previstos na legislação ou autorizados pela ANS por meio de resoluções, são absorvidos, em grande parte, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, pode-se afirmar que o SUS subsidia o mercado de planos de saúde.

O perfil das exclusões reclamadas na Justiça - principalmente tratamentos e procedimentos de alto custo e alta complexidade, de acordo com o estudo – dá a dimensão dos aportes públicos ao sistema supletivo, ainda que seja difícil a quantificação exata dos recursos despendidos pelo SUS para atender aquilo que não é coberto pelos planos de saúde.

O mercado da saúde suplementar foi artificialmente expandido e ainda engloba dezenas de empresas sem as mínimas condições de oferecer sequer as coberturas asseguradas pela legislação. É possível supor que uma grande fatia deste mercado sobrevive às custas das restrições praticadas e conseqüente subsídio do Sistema Único de Saúde, que arca com as despesas dos atendimentos negados pelos planos de saúde.

Quanto ao ressarcimento ao SUS, previsto na Lei 9.656/98, ainda não se mostrou inteiramente viável na prática. É irrisório o montante de recursos destinados aos serviços públicos de saúde, via ressarcimento².

2 Até junho de 2005, a Agência havia identificado no Estado de São Paulo 264.673 atendimentos no SUS, relativos a clientes de planos de saúde. Destas cobranças, 225.759 haviam sido impugnadas, ou seja, 85,29%; 89.772 de cobranças (33,92% dos atendimentos identificados) haviam sido emitidas, mas ainda sem respostas de pagamento. Apenas 14.571 (5,50%) dos atendimentos identificados haviam sido efetivamente pagos ao SUS. Dados publicados no Caderno de Informação do Gestor de Saúde, Relatório Nacional, Competência: junho de 2005. ANS.

Desde março de 2005³ todos os procedimentos previstos nos contratos de planos de saúde tornaram-se objeto de ressarcimento. Trata-se de pequeno avanço em relação às normas anteriores, que restringiam o ressarcimento aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência dos beneficiários dos planos atendidos na rede pública e conveniada.

Segundo informações divulgadas pela ANS⁴, em 2005, um total de 885 hospitais que integram o SUS no Estado de São Paulo (313 públicos e 572 privados conveniados) internaram clientes de planos de saúde desde o início do processamento do ressarcimento. Os procedimentos hospitalares mais frequentes são, nesta ordem: parto normal, cesariana, primeiro atendimento em clínica médica, curetagem pós-aborto, insuficiência cardíaca, tratamento psiquiátrico, crise asmática, dentre outros.

Os atendimentos identificados para a formalização do ressarcimento revelam um perfil bem diferente daquele delineado pelas exclusões de cobertura reclamadas na Justiça, na segunda instância do TJ-SP.

Os acórdãos estudados contém demandas de alto custo e alta complexidade, sobretudo eletivas e não urgentes. Como estas exclusões estão previstas em contratos ou têm o respaldo da regulamentação, não são passíveis de ressarcimento nem tampouco estas informações são registradas. Assim, são necessárias mudanças na legislação para que tudo aquilo que de fato é atendido em hospitais públicos seja objeto de ressarcimento.

As decisões analisadas apontam no sentido de que não há fundamento jurídico na maioria das exclusões de cobertura, tanto naquelas expressas nos contratos antigos quanto naquelas que encontram respaldo na regulação recente. A ampliação das situações de ressarcimento – por meio de mudanças na legislação – teria, assim, o respaldo da jurisprudência acumulada nos tribunais.

Cabe citar a preocupação levantada por Scheffer e Bahia (op. cit): na razão inversa do ressarcimento, mas não menos eloquente do ponto de vista das distorções da relação público-privado na assistência à saúde suplementar, está a “dupla porta” ou

3 A ANS editou em 18/03/2005 a Resolução Normativa 93

4 Caderno de Informação do Gestor de Saúde, Relatório Nacional, Competência: agosto de 2005. ANS

“fila-dupla” do SUS. Trata-se do atendimento a planos de saúde nas unidades públicas, especialmente nos hospitais universitários. A desigualdade não se resume apenas a acomodações e hotelaria, mas estende-se principalmente ao agendamento diferenciado, mesmo em se tratando de necessidades de saúde e atendimento de situações clínicas semelhantes. Ao criar cidadãos de primeira e segunda linha, sem respaldo legal nem ético, a “dupla porta” impõe a utilização privada do equipamento público e afasta esses hospitais dos princípios de universalidade e equidade que são diretrizes constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde.

É imprescindível, para o delineamento das políticas de saúde e para o aperfeiçoamento da regulamentação da saúde suplementar, explicitar a utilização das unidades do SUS por clientes de planos de saúde, seja porque foi negado o atendimento pela operadora, seja porque o hospital público tem convênio com o plano de saúde, ou simplesmente porque os usuários de planos exerceram o direito de cidadania de livre acesso ao sistema público de saúde.

As exclusões praticadas pelos planos de saúde revelam uma das faces da iniquidade do sistema de saúde brasileiro. A solução deste problema requer não só o aprimoramento da regulamentação específica, mas principalmente a revisão da relação público-privado na saúde, que passa pela transformação dos modelos assistenciais, de financiamento e de prestação de serviços atualmente hegemônicos.

Sobre um novo indicador de qualificação

O Programa de Qualificação no Setor de Saúde Suplementar, lançado pela ANS em 2005, pretende, segundo a Agência, incentivar a melhoria da atenção à saúde prestada pelos planos de saúde.

O presente estudo traz elementos que podem vir a ser considerados pela ANS na construção ou aprimoramento de indicadores de satisfação dos usuários e de qualidade dos serviços prestados pelas operadoras. As decisões judiciais de segunda instância, aliadas a outras informações, podem servir para o acompanhamento da evolução do

desempenho de qualidade das operadoras. Para tal, a ANS teria que incorporar em sua prática o monitoramento permanente das ações contra os planos de saúde que tramitam na Justiça e elaborar um novo indicador semelhante ao já utilizado em relação às reclamações registradas pelo Disque ANS. Deve ser estabelecida, como é feito atualmente, a razão entre a quantidade de reclamações com indícios de irregularidade (ou ações julgadas, no caso proposto) e a quantidade de beneficiários ativos existentes na operadora no mesmo período determinado.

Sobre a necessária ampliação do Controle Social

Tornam-se necessárias mudanças na concepção e no funcionamento dos espaços da agência reguladora destinados a ouvir a opinião da sociedade: Câmara de Saúde Suplementar, consultas públicas, Ouvidoria e Disque ANS. Estas instâncias precisam se viabilizar como mecanismos democráticos de participação, para que a sociedade não só tenha respostas adequadas, mas possa intervir para a melhor solução de problemas que repercutem diretamente em suas vidas, como é o caso da exclusão de coberturas.

Há que se criar, sob a responsabilidade do órgão regulador, mecanismos administrativos e alternativas ágeis de solução de conflitos relacionados à exclusão de coberturas. Este instrumento deve ser descentralizado nos estados, com envolvimento dos gestores do SUS e dos órgãos de defesa do consumidor.

A proliferação de demandas individuais para exigir coberturas negadas pelos planos de saúde demonstra a utilização do meio existente para fazer valer direitos desrespeitados. Mas estas ações não são capazes de interferir na lógica do sistema em saúde em vigor. No âmbito do Judiciário, são muito pouco exploradas as possibilidades de ações coletivas, a exemplo das ações civis públicas que podem ser movidas pelo Ministério Público. Sejam ações judiciais ou de controle social, elas devem caminhar na perspectiva de soluções coletivas que considerem o sistema de saúde como um todo.

A saúde é um item de relevância pública, um direito de cidadania e é obrigação do Estado fornecer diretamente ou regular a oferta de serviços de promoção e assistên-

cia à saúde. Os planos de saúde privados são componentes do sistema nacional de saúde e, por isso, devem estar condicionados a uma política pública. Assim, é preciso se efetivar o controle social sobre o setor, entendido como o controle dos cidadãos e da sociedade sobre a política pública.

Atualmente, os espaços legalmente instituídos em torno do SUS, os conselhos e as conferências de saúde, não têm sido acionados para tratar dos planos de saúde privados. A exemplo do Conselho Nacional de Saúde, que já discute o tema da saúde suplementar em comissão específica, os conselhos estaduais e municipais, sobretudo aqueles de Estados e cidades com grande concentração de população usuária de planos de saúde, deveriam incorporar em sua agenda permanente o debate sobre a relação do SUS com a saúde suplementar.

É necessário, ainda, romper a noção de que o segmento dos planos de saúde e o SUS são dois sistemas que não se relacionam, diferença hoje reiterada no plano legal e institucional. A aproximação entre as instâncias de regulação do sistema público e da saúde suplementar poderá trazer o potencial de formalização de princípios e diretrizes comuns a todos os componentes da política nacional de saúde.

O diagnóstico apresentado pelo estudo sobre exclusões de coberturas dos planos de saúde levadas à Justiça aponta possibilidades de desdobramentos para além da quantificação de ações judiciais individuais, da análise do comportamento do Judiciário, ou da avaliação da intensidade e do alcance das normas regulamentadoras em vigor.

Enquanto prevalecer a fragmentação e a particularização das abordagens no campo da saúde suplementar, mais distantes dos cidadãos estarão os princípios da universalidade e da equidade do direito à saúde. Por isso, são necessários novos estudos para ampliar os achados desta pesquisa

Para a conquista da saúde como um direito de cidadania devem ser estabelecidas novas alianças e pactos entre a sociedade organizada, atores e segmentos que tenham em comum o compromisso com a melhoria das condições de vida da população brasileira.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA; 1998 (Texto para Discussão, 598).

Almeida, JB. *A proteção jurídica do consumidor*. 2a ed. São Paulo: Saraiva; 2000. 586 p.

Alvim P. *O Contrato de Seguro*, 3a ed. Rio de Janeiro: Forense; 1999.

Andreazzi MAR, Andreazzi MFS, Pinheiro, MCCM, Sicsú B. *Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação*. Rio de Janeiro: ANS; 2003. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17704.asp . Acessado em 5/02/2006

Andrigue FN. 15 anos do código de defesa do consumidor: evoluções processuais e materiais nas relações de consumo – visão crítica do anteprojeto à atualidade. In: *Congresso Internacional 15 anos do Código de Defesa do Consumidor*. Gramado, Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul; 2005.

Bahia L, O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Negri BGG (organizador). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp; IE. 2001.

Bahia L, GamaAM, Ocke Reis CO, Santos IS. *O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil*. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17702.asp Acessado em 16/11/2005.

Bahia L, Viana AL. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2002. Disponível em www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/livro_regulacao_e_saude.pdf. Acessado em 05/02/2006.

- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde. *Informações sobre Beneficiários, Operadoras e Planos- dados do Setor*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2005. Disponível em: <http://conjur.estadao.com.br/static/text/33864,1>. Acessado em 08/02/2006.
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde. *Legislação dos Planos de Saúde*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde. *Simpósio: regulamentação dos Planos de Saúde*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_Anais_do_Simposio_de_Saude_Suplementar.pdf.
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde. *Relatório de gestão*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_Relatório%20de%20Gestão%204%20anos%20final.pdf.
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde. *Conheça Seus Direitos - Carência, Doenças e Lesões Preexistentes, Urgência e Emergência*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2005. Série Planos de Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/guia_carencia_doenca_urgencia.pdf.
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde. *Conheça Seus Direitos, Cobertura assistencial*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2005. Série Planos de Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/guia_cobertura_assistencial.pdf.
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde. *Anais do Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2003.
- Brasil. Câmara dos Deputados. *Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde*. Brasília: Câmara dos Deputados. 2003. Disponível em www.camara.gov.br. Acessado em 18/11/2005.

- Brasil. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. *Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde*. Brasília: CNS/MS; 2001. Textos de Referência.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. *Regulamentação dos Planos e Seguros Saúde. Grupo de Trabalho da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde (Notas Preliminares)*. Brasília: CNS/MS; 2001.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios 2003 (Suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde)*. Brasília: IBGE; 2005. 172 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>. Acessado em 12/02/2006.
- Cajueiro JPM. *Saúde Pública no Brasil nos anos noventa: um estudo da política e de seus limites e condicionantes macroeconômicos* [dissertação]. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp; 2004.
- Calado VN. *A serviço de quem funciona o nosso sistema processual?*. Disponível em: <http://www.universojuridico.com.br/publicacoes/doutrinas/default.asp?action=doutrina&iddoutrina=2178>. Acessado em 08/02/2006.
- Campos GWS. O público, o estatal e o particular nas políticas públicas de saúde. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 89-101.
- Capecetti M, Garth B. *Acesso à justiça*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editora; 1988. 168 p.
- Carvalho GI, Santos L. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde*. 3a ed. Campinas: Editora da Unicamp; 2001.
- Castro AJW, Montone J, organizadores. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2003. Tomos 1 e 2, Série Regulação e Saúde, vol. 3. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_regulacao_e_saude3_t1.pdf.

- Castro, JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. In *Sociologias*, no.7, p.122-135. Porto Alegre:UFRGS; Instituto de Filosofia e Ciências Humanas . 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100005&lng=es&nrm=iso. Acessado em 24/02/2006
- Cecilio LCO, Aciole GG, Meneses CS, Iriart CB. A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas. In: Malta DC, Cecílio LCO, Jorge AO, Aciole GG, organizadores. *Dois faces da mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: MS/ANS; 2005. Série Regulação e Saúde. p.75-140.
- Cohn A. Saúde como direito de cidadania e direito do consumidor. In: Conselho Nacional de Saúde. *Textos de Referência do Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde*. Brasília. CNS; 2001. p.36-41.
- Costa NR. O regime regulatório de planos e seguros de saúde: tendências e perspectivas. In: 4º Encontro Nacional da ABCP - Associação Brasileira de Ciência Política. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2004.
- Covre E, Alves SL. *Planos Odontológicos: Uma Abordagem Econômica no Contexto Regulatório*. Rio de Janeiro: ANS; 2002. Série Regulação e Saúde, vol. 2. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_regulacao_e_saude2.pdf.
- Cunha LGS. Juizado especial: ampliação do acesso à justiça? *Tribuna do Direito*. 2001. (75):2
- Dallari S, organizadora. *O conceito constitucional de relevância pública*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 1992. p.29-39. Série Direito e Saúde n. 1
- Elias FS. Cláusulas abusivas em contratos de prestação de serviço de saúde. In: Castro DSL, organizadora. *Direitos difusos e coletivos: coletânea de artigos*. Belo Horizonte: Castro Assessoria e Consultoria; 2003. 198p. Disponível em: http://www.procon.gov.br/artigodoutrinario/artigo_dout_106_5.htm

Elias PE. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PE. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez; 1996.

Fernandes Junior H, Souza MTN, Freitas MJA. *Projeto elaborado no âmbito do Executivo visando à regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde*. Brasília: Câmara dos Deputados; 1997. Estudo técnico sobre o projeto do Executivo.

Fux L. *Tutela de urgência e plano de saúde*. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico; 2000.

GamaAM, Ocke Reis CO, Santos IS, Bahia L. *O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil*. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17702.asp. Acessado em 16/11/2005.

Garcia M. *A Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde; entenda o que aconteceu*. (dissertação). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004. 130p.

Grinover AP, Benjamin AHV, Fink DR, Filomeno JGB, Watanabe K, Nery Junior N, Denari Z. *Código Brasileiro de Defesa do Consumidor*. 4a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994, p. 68, 72 e 513. Comentado pelos autores do anteprojeto.

Guido IC, Santos L. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde*. 3a ed. Campinas: Editora da Unicamp; 2001. Leis no.8.080/90 e 8.142/90.

Lacerda G. O código e o formalismo processual. Porto Alegre. *Revista da Ajuris*. Julho 1983, n° 28, p. 8.

Lima CRM, *A regulação e a fiscalização do consumo de saúde suplementar no Brasil*. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17704.asp. Acessado em 08/02/2006.

- Marques CL. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais*. 4a ed. São Paulo: Editora Revista do Tribunais; 2004. Biblioteca do Direito do Consumidor, v.1.
- Marques CL, Lopes JRL, Pfeiffer RAC. *Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Editora Revista do Tribunais; 1999. Biblioteca de Direito do Consumidor, v.13.
- Médici AC. *Aplicabilidade das normas constitucionais*. 3a. ed. São Paulo: Malheiros; 1999. p. 150.
- Médici AC. *Evolução da estrutura do sistema de saúde*. Disponível em: <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm>. Acessado em 08/02/2006.
- Mello CAB. *Curso de direito administrativo*. 8a ed. São Paulo: Malheiros; 1996, p. 405.
- Mesquita MA. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In: ANS/MS. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2002. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. n.76. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/livro_regulacao_e_saude.pdf.
- Miranda FCP. *Comentários à Constituição de 1967, com a Emenda 1/69*. 2a ed. Editora Revista dos Tribunais; 1970. t. 111/316.
- Montone, J. *Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde de Suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2003. Série ANS, Vol. 4. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/serie_ans4.pdf.
- Montone, J. *O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2000. Série ANS, Vol. 1. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_serie_ans1.pdf.

- Nalini JR. *Novas perspectivas no acesso á justiça*. Revista CEJ; 1997. n.3, set/dez.
Disponível em: <http://www.justicafederal.gov.br>. Acessado em 9/11/2005.
- Nery Junior N. Os princípios gerais do código brasileiro de defesa do consumidor. São Paulo: *Revista de Direito do Consumidor*; 1992. n.3, set/dez, p.44-77.
- Nunes LAR. *Comentários à lei de plano e seguro-saúde: Lei n. 9656/98, de 3/6/1998*. São Paulo: Saraiva; 1999.
- Ocké-Reis CO. *O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?* Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acessado em 18/09/2005.
- Oliveira JAA, Teixeira SF. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes; 1986.
- Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization (WHO). *World Health Report*. Geneva: WHO, 2005. 247 p. Disponível em <http://www.who.int/whr/2005/en/> acessado em 14/02/2006.
- Pereira C. *O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas*. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17704.asp Acessado em 16/11/2005.
- Rios, J. *A Defesa do Consumidor e o Direito como mobilização social*. Rio de Janeiro: Muad; 1998.
- Salazar AL, Grou KB, Nunes VS. Assistência privada à saúde: regulamentação, posição Idec e reflexos no sistema público. In: Aranha MI (org). *Direito Sanitário e Saúde Pública: legislação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Coletânea de Textos. Série E.
- Salazar AL, Grou KB, Scheffer M. *Os planos privados de saúde e a efetividade da Justiça*. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde (LEPS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.

- Santos IS. *Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 126 p.
- Silva J. *Aplicabilidade das Normas Constitucionais*; 3a ed. São Paulo: Malheiros; 1982. p. 150.
- Scheffer M, Bahia L. Planos e Seguros Privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: Scheffer M, Bahia L. *Público e o Privado na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 242 p.
- Scheffer M, Bahia L, Ariza L. Hospitais universitários públicos e planos e seguros de saúde. In: Negri B, Viana ALD. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002. 630 p.
- Scheffer M, Bahia L, Azevedo G. *Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde: subsídios para a apresentação do tema*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2005. 29 p.
- Scheffer M (coordenador), Salazar AL, Grou Kb. *O Remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília: Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS; 2003. 134 p.
- Scheffer M. (coordenador) *Autogestão em Saúde no Brasil*. São Paulo: Unidas; 2005. 94 p.
- Schwartz G. *Direito à saúde: efetivação de uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2001.
- Silva MLS. *Agência Nacional de Saúde suplementar: competência e aspectos correlatos*. Disponível em <http://www.assessoriaeadvocacia.hpg.ig.com.br>. Acessado em 19/09/2005.
- Souza RR. *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

- Teixeira A., Bahia L, Vianna MLTW. *Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2002. Série C, Projetos, Programas e Relatórios; N.76. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_regulacao_e_saude1.pdf.
- Viana AL, Gerschman S, Ibañez N, Parada R. Estado e regulação da saúde. In: *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2002. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. n.76. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/livro_regulacao_e_saude.pdf.
- Vianna SM, coordenador, Nunes A, Góes G, Silva JR, Santos RJM. *Atenção de Alta Complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento*. Brasília: MS/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2005. V 1.
- Vilarinho PF. *A formação do campo da saúde suplementar no Brasil* [dissertação]. Rio de Janeiro: Ebape, Fundação Getulio Vargas – FGV; 2003. Disponível em: www.ebape.fgv.br/academico.

**Apêndice A - Relação dos 735 acórdãos analisados, julgados em segunda instância
pelo TJ-SP**

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
241.224.4/5-00	17/11/04
144.918.4/5-00	16/11/04
361.421.4/0-00	10/11/04
245.968.4/9-00	27/10/04
299.342.4/2-00	26/10/04
358.360.4/3-00	26/10/04
346.600.4/7-00	19/10/04
170.119.4/4-00	06/10/04
346.132.4/0-00	06/10/04
301.152.4/2-00	28/09/04
354.840.4/5-00	28/09/04
327.402.4/4-00	28/09/04
348.323.4/7-00	21/09/04
290.576.4/4-00	15/09/04
332.338.4/3-00	09/09/04
312.080.4/9-00	02/09/04
202.280.4/4-00	01/09/04
243.278.4/5-00	31/08/04
353.802.4/5-00	31/08/04
317.422-4/7-00	25/08/04
317.422.4/7-00	25/08/04
261.576.4/7-00	24/08/04
277.452.4/3-00	17/08/04
135.909.4/3-00	17/08/04

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
327.420.4/6-00	11/08/04
285.525.4/0-00	11/08/04
323.556.4/7-00	11/08/04
288.057.4/6-00	10/08/04
350.791.4/1-00	01/07/04
347.020.4/7-00	01/07/04
143.984.4/8-00	24/06/04
349.452.4/2-00	23/06/04
268.195.4/9-00	17/06/04
337.593.4/2-00	17/06/04
143.777.4/3-00	17/06/04
143.130.4/1-00	16/06/04
142.401.4/1-00	08/06/04
157.669.4/8-00	08/06/04
196.410.4/2-00	27/05/04
333.732.4/9-00	25/05/04
142.432.4/2	25/05/04
143.405.4/7-00	25/05/04
338.572.4/4-00	20/05/04
143.767.4/8-00	20/05/04
132.038.4/6-00	19/05/04
144.446.4/0-00	19/05/04
312.520.4/8-00	12/05/04
129.711.4/0-00	12/05/04
313.665.4/6-00	04/05/04
126.932.4/7-00	04/05/04
142.383.4/8-00	29/04/04

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
324.739.4/0-00	07/04/04
102.097.4/0-00	30/03/04
239.541.4/1-00	30/03/04
143.965.4/1	30/03/04
146.530.4/9-00	25/03/04
136.293.4/8-00	24/03/04
142.632.4/5-00	24/03/04
142.088.4/1-00	24/03/04
181.917.4/1-00	24/03/04
269.611.4/6-00	24/03/04
145.969.4/4-00	23/03/04
144.329.4/7-00	23/03/04
208.908.4/5-00	23/03/04
146.298.4/9-00	23/03/04
292.945.4/3-00	23/03/04
340.306.4/1-00	18/03/04
146.283.4/0-00	17/03/04
302.536.4/2-00	10/03/04
142.562.4/5-00	02/03/04
144.309.4/6-00	02/03/04
247.824.4/7-00	19/02/04
144.587.4/3-00	17/02/04
214.287.4/9-00	12/02/04
326.966.4/0-00	12/02/04
142.480.4/0-00	11/02/04
142.439.4/4-00	10/02/04
143.061.4/6-00	10/02/04

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
145.830.4/0-00	10/02/04
142.536.4/7-00	04/02/04
143.945-4/0	29/01/04
144.424-4/0-00	29/01/04
174.071.4/3-00	18/12/03
322.808.4/0-00	18/12/03
264.226.4/2-00	16/12/03
280.793.4/6-00	04/12/03
320.252.4/8-00	02/12/03
142.077.4/1-00	02/12/03
141.873.4/7-00	25/11/03
142.090.4/0-00	25/11/03
319.239.4/6-00	25/11/03
136.275.4/6-00	20/11/03
254.661.4/9-00	18/11/03
142.049.4/4-00	13/11/03
243.430.4/0-00	11/11/03
226.227.4/9-00	11/11/03
316.864.4/6-00	11/11/03
090.200.4/1-00	04/11/03
223.341.4/7-00	04/11/03
262.301.4/0-00	14/10/03
139.793.4/1-00	07/10/03
139.588.4/6-00	24/09/03
290.453.4/3-00	23/09/03
282.321.4/8-00	23/09/03
255.090.4/0-00	28/08/03

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
140.327.4/9-00	28/08/03
132.739.4/5-00	28/08/03
140.607.4/7-00	28/08/03
208.147.4/1-00	21/08/03
141.320.4/4-00	20/08/03
141.001.4/9-00	19/08/03
139.599.4/6-00	12/08/03
253.349.4/8-00	12/08/03
213.138.4/2-00	07/08/03
273.924.4/9-00	05/08/03
141.076.4/0-00	05/08/03
159.655.4/9-00	05/08/03
150.898.4/1-00	01/07/03
291.712.4/3-00	01/07/03
162.691.4/0-00	01/07/03
141.301.4/8-00	25/06/03
140.268.4/9-00	24/06/03
279.476.4/7-00	24/06/03
137.102.4/5-00	17/06/03
138.291.4/3-00	11/06/03
140.680.4/9-00	05/06/03
139.426.4/8-00	05/06/03
137.730.4/0-00	04/06/03
138.604.4/3-00	03/06/03
139.454.4/5-00	27/05/03
137.390.4/8-00	27/05/03
138.613.4/4-00	27/05/03

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
240.370.4/3-00	27/05/03
138.606.4/2-00	20/05/03
136.226.4/3-00	20/05/03
208.265.4/0-00	14/05/03
137.156.4/0-00	13/05/03
138.659.4/3-00	06/05/03
281.516.4/0-00	06/05/03
137.947.4/0-00	06/05/03
271.317.4/4-00	24/04/03
136.885.4/0-00	15/04/03
137.177.4/6-00	08/04/03
270.654.4/4-00	01/04/03
132.575.4/6-00	01/04/03
135.924.4/1-00	01/04/03
253.202.4/8-00	27/03/03
266.432.4/7-00	20/03/03
135.173.4/3-00	20/03/03
134.421.4/9-00	19/03/03
136.483.4/5-00	18/03/03
223.616.4/2-00	13/03/03
130.390.4/7-00	13/03/03
227.270.4/1-00	11/03/03
130.842.4/0-00	11/03/03
131.196.4/9	11/03/03
207.392.4/1-00	11/03/03
257.040.4/7-00	11/03/03
129.987.4/9-00	27/02/03

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
132.955.4/0-00	25/02/03
274.503.4/5-00	20/02/03
136.030.4/9-00	20/02/03
133.945.4/2-00	20/02/03
245.367.4/6-00	20/02/03
136.184.4/0-00	20/02/03
130.518.4/2-00	19/02/03
136.236.4/9-00	18/02/03
266.661.4/1-00	13/02/03
133.888.4/1-00	13/02/03
135.950.4/0-00	11/02/03
250.860.4/8-00	11/02/03
132.608.4/8-00	11/02/03
136.315.4/0-00	11/02/03
136.747.4/0-00	04/02/03
130.649.4/0-00	04/02/03
133.048.4/9-00	30/01/03
134.953.4/6-00	29/01/03
133.908.4/4-00	29/01/03
136.218.4/7-00	28/01/03
133.240.4/5-00	28/01/03
133.738.4/8-00	28/01/03
136.221.4/0-00	28/01/03
134.439.4/0-00	28/01/03
130.989.4/0-00	28/01/03
131.887.4/2-00	19/12/02
266.055.4/6-00	12/12/02

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
187.822.4/1-00	04/12/02
130.268.4/0-00	03/12/02
123.290.4/4-00	03/12/02
129.995.4/5-00	26/11/02
186.321.4/8-00	21/11/02
130.072.4/6-00	19/11/02
129.756.4/5-00	13/11/02
163.157.4/0-00	12/11/02
134.714.4/6-00	06/11/02
250.599.4/6-00	24/10/02
187.346.4/9	21/10/02
247.511.4/9-00	21/10/02
242.059.4/9-00	10/10/02
246.744.4/4-00	10/10/02
260.824.4/2-00	01/10/02
154.642.4/3	01/10/02
248.584.4/8-00	01/10/02
123.343.4/7-00	01/10/02
245.355.4/1-00	01/10/02
127.455.4/7	20/09/02
162.315.4/5-00	19/09/02
127.479.4/6	19/09/02
128.204.4/0-00	17/09/02
244.079.4/4	11/09/02
139.957.4/0	05/09/02
218.583.4/9-00	03/09/02
205.054.4/5	03/09/02

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
128.915.4/4	29/08/02
128.137.4/3-00	28/08/02
124.981.4/5	20/08/02
170.285.4/0	14/08/02
126.323.4/8-00	13/08/02
127.898.4/8-00	08/08/02
129.284.4/0-00	06/08/02
128.891.4/3	06/08/02
107.770.4/8	06/08/02
129.363.4/1-00	06/08/02
129.284.4/0-00	06/08/02
127.777.4/6-00	06/08/02
129.043.4/1	05/08/02
129.042.4/7-00	01/08/02
128.901.4/0-00	30/07/02
128.910.4/1-00	25/07/02
232.090.4/1-00	27/06/02
128.143.4/0-00	25/06/02
135.802.4/5-00	25/06/02
228.681.4/4	25/06/02
127.720.4/7	19/06/02
196.751.4/8	19/06/02
235.222.4/7-00	18/06/02
124.975.4/8	18/06/02
217.818.4/5-00	13/06/02
125.864.4/9-00	11/06/02
128.160.4/8	11/06/02

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
234.832.4/3-00	28/05/02
126.424.4/9-00	28/05/02
126.680.4/6-00	28/05/02
126.147.4/4-00	23/05/02
189.103.4/5-00	22/05/02
126.727.4/1-00	21/05/02
126.628.4/0-00	21/05/02
125.001.4/1-00	21/05/02
124.852.4/7-00	16/05/02
126.582.4/9-00	16/05/02
121.661.4/3	14/05/02
123.353.4/2-00	14/05/02
122.557.4/6-00	14/05/02
124.263.4/9-00	09/05/02
122.988.4/2	07/05/02
123.377.4/1	30/04/02
123.098.4/8	18/04/02
120.714.4/9-00	17/04/02
120.741.4/1-00	16/04/02
225.275.4/0-00	15/04/02
142.527.4/6	11/04/02
215.853.4/0	11/04/02
184.637.4/5-00	10/04/02
122.680.4/7-00	10/04/02
122.606.4/0-00	09/04/02
121.597.4/0-00	03/04/02
121.206.4/8-00	03/04/02

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
121.284.2/00	03/04/02
232.390.4/0	02/04/02
121.697.4/7-00	02/04/02
236.053.4/2-00	02/04/02
120.964.4/9	02/04/02
121.160.4/7	26/03/02
121.836.4/2-00	26/03/02
120.787.4/0	21/03/02
225.273.4/0-00	21/03/02
120.684.4/0	13/03/02
121.181.4/2-00	12/03/02
120.479.4/5-00	05/03/02
212.511.4/8-00	26/02/02
120.688.4/9-00	14/02/02
236.056.4/6-00	09/02/02
222.130.4/7-00	20/12/01
221.330.4/2-00	04/12/01
118.118.4/9-00	03/12/01
222.538.4/9-00	29/11/01
118.471.4/9-00	28/11/01
218.400.4/5	20/11/01
168.976.4/4	06/11/01
144.439.4/9-00	06/11/01
169.503.4/4-00	31/10/01
132.338.4/5-00	29/10/01
187.045.4/5-00	16/10/01
161.050.4/8-00	10/10/01

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
119.950.4/2	19/09/01
183.763.4/2	18/09/01
206.193.4/6-00	12/09/01
103.523.4/2-00	12/09/01
119.683.4/3-00	06/09/01
194.892.4/6-00	30/08/01
191.979.4/1	28/08/01
198.652.4/0	28/08/01
177.786.4/8-00	23/08/01
146.985.4/4	21/08/01
118.124.4/6	21/08/01
119.907.4/7	16/08/01
119.968.4/4-00	06/08/01
201.607.4/0-00	27/06/01
101.449.4/0-00	27/06/01
193.575.4/2-00	19/06/01
098.686.4/6-00	18/06/01
112.681.4/3-00	13/06/01
182.110.4/6	08/06/01
191.816.4/9-00	07/06/01
196.395.4/2-00	06/06/01
198.909.4/4-00	05/06/01
119.372.4/4	05/06/01
119.612.4/0-00	31/05/01
202.048.4/6	31/05/01
119.158.4/3-00	30/05/01
131.234.4/3	29/05/01

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
114.566.4/3-00	29/05/01
118.202.4/2-00	28/05/01
201.254.4/9-00	23/05/01
118.025.4/4	22/05/01
119.528.4/7-00	15/05/01
111.097.4/0	10/05/01
115.012.4/3-00	08/05/01
117.641.4/8-00	03/05/01
137.777.4/4-00	24/04/01
118.026.4/9	24/04/01
109.776.4/0-00	11/04/01
116.416.4/4-00	05/04/01
109.301.4/3-00	04/04/01
110.500.4/4-00	04/04/01
090.831.4/0-00	03/04/01
116.143.4/8-00	29/03/01
110.772.4/4-00	28/03/01
113.170.4/9-00	27/03/01
112.563.4/5	27/03/01
114.622.4/0-00	22/03/01
117.061.4/0	22/03/01
111.512.4/6-00	20/03/01
105.069.4/4-00	19/03/01
101.937.4/7-00	19/03/01
098.627.4/8-00	19/03/01
108.366.4/1-00	15/03/01
112.253.4/0-00	15/03/01

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
116.142.4/3	15/03/01
107.822.4/6-00	14/03/01
110.660.4/3-00	14/03/01
117.046.4/2	14/03/01
108.068.4/1-00	08/03/01
107.382.4/7-00	08/03/01
114.406.4/4-00	08/03/01
117.777.4/8-00	05/03/01
112.350.4/3-00	05/03/01
115.230.4/8-00	22/02/01
114.564.4/4-00	22/02/01
180.495.4/7-00	22/02/01
117.002.4/2-00	22/02/01
113.757.4/8-00	15/02/01
112.999.4/4-00	15/02/01
108.203.4/9-00	13/02/01
113.449.4/2-00	13/02/01
115.329.4/0-00	13/02/01
114.130.4/4-00	13/02/01
109.226.4/0-00	12/02/01
117.676.4/7-00	08/02/01
177.057.4/1	08/02/01
117.710.4/3-00	08/02/01
96.199.4/9-00	08/02/01
107.366.4/4	08/02/01
117.480.4/2-00	08/02/01
114.625.4/3-00	08/02/01

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
113.521.4/1	06/02/01
113.390.4/2-00	06/02/01
109.821.4/6	06/02/01
112.948.4/2-00	06/02/01
113.401.4/4	01/02/01
183.896.4/9	01/02/01
116.473.4/3-00	31/01/01
115.929.4/8-00	31/01/01
115.762.4/5-00	31/01/01
115.963.4/2-00	30/01/01
116.535.4/7	30/01/01
116.650.4/1-00	30/01/01
117.404.4/7-00	30/01/01
115.915.4/4-00	30/01/01
111.521.4/7-00	21/12/00
113.399.4/3-00	21/12/00
111.070.4/8-00	21/12/00
107.074.4/1-00	19/12/00
111.806.4/8-00	19/12/00
111.029.4/1-00	12/12/00
107.849.4/9-00	06/12/00
179.085.4/3-00	05/12/00
093.360.4/2-00	28/11/00
100.794.4/6-00	23/11/00
108.133.4/9-00	23/11/00
107.269.4/1-00	22/11/00
109.058.4/3	21/11/00

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
108.134.4/3-00	20/11/00
107.215.4/6-00	16/11/00
110.374.4/8-00	14/11/00
100.520.4/7-00	14/11/00
100.811.4/5-00	14/11/00
110.771.4/0-00	10/11/00
104.874.4/0-00	09/11/00
108.284.4/7-00	07/11/00
107.434.4/5-00	07/11/00
101.713.4/5-00	07/11/00
163.010.4/0-00	26/10/00
098.875.4/9-00	26/10/00
107.933.4/2-00	26/10/00
107.533.4/7-00	25/10/00
098.190.4/2-00	17/10/00
102.860.4/2-00	03/10/00
101.291.4/8-00	03/10/00
104.534.4/0-00	03/10/00
104.656.4/6-00	03/10/00
106.891.4/2-00	26/09/00
104.563.4/1-00	20/09/00
105.737.4/3-00	19/09/00
103.634.4/9-00	19/09/00
103.158.4/6-00	14/09/00
101.640.4/1-00	14/09/00
103.641.4/0-00	12/09/00
098.651.4/7-00	12/09/00

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
098.409.4/3-00	05/09/00
106.479.4/2-00	05/09/00
104.309.4/3-00	05/09/00
102.568.4/0-00	04/09/00
100.813.4/4-00	31/08/00
104.308.4/9-00	31/08/00
095.926.4/0-00	29/08/00
095.913.4/1-00	29/08/00
104.310.4/8-00	29/08/00
093.565.4/8-00	24/08/00
103.474.4/8-00	24/08/00
098.445.4/7-00	23/08/00
106.318.4/9-00	23/08/00
106.206.4/8-00	22/08/00
098.965.4/0-00	22/08/00
105.289.4/8-00	21/08/00
099.194.4/8-00	17/08/00
100.159.4/9-00	17/08/00
100.608.4/9-00	17/08/00
097.856.4/5-00	17/08/00
101.145.4/2-00	17/08/00
098.048.4/5-00	17/08/00
095.830.4/2-00	17/08/00
095.756.4/4-00	17/08/00
093.367.4/4-00	16/08/00
101.991.4/2-00	16/08/00
098.799.4/1-00	15/08/00

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
096.713.4/6-00	15/08/00
094.621.4/1-00	15/08/00
100.663.4/9-00	15/08/00
106.245.4/5-00	15/08/00
100.909.4/2-00	15/08/00
097.169.4/0-00	15/08/00
102.401.419-00	15/08/00
098.073.4/9-00	14/08/00
105.033.4/0-00	10/08/00
106.016.4/0-00	10/08/00
100.578.4/0-00	08/08/00
100.835.4/4-00	08/08/00
101.700.4/6-00	08/08/00
100.308.4/0-00	08/08/00
099.571.4/9-00	07/08/00
099.104.4/9-00	07/08/00
099.984.4/3-00	03/08/00
101.433.4/7-00	03/08/00
162.567.4/4-00	03/08/00
138.585.4/5-00	03/08/00
095.911.4/2-00	03/08/00
105.943.4/3-00	31/07/00
104.208.4/2-00	31/07/00
101.722.4/6-00	31/07/00
102.377.4/8-00	27/07/00
104.245.4/0-00	27/07/00
101.132.4/3-00	25/07/00

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
105.539.4/0-00	25/07/00
105.863.4/8-00	25/07/00
106.243.4/6-00	25/07/00
104.343.4/8-00	25/07/00
105.730.4/1-00	25/07/00
105.522.4/2-00	25/07/00
097.576.4/7-00	30/06/00
098.582.4/1-00	29/06/00
098.874.4/4-00	29/06/00
098.068.4/6-00	29/06/00
094.448.4/1-00	28/06/00
100.885.4/1-00	27/06/00
097.218.4/4-00	20/06/00
091.708.4/7-00	15/06/00
093.586.4/3-00	14/06/00
093.912.4/2-00	14/06/00
095.811.4/6-00	13/06/00
093.927.4/0-00	05/06/00
093.690.4/8-00	05/06/00
093.630.4/5-00	01/06/00
095.519.4/3-00	30/05/00
095.828.4/3-00	30/05/00
156.478.4/9-00	30/05/00
096.989.4/4-00	30/05/00
096.180.4/2-00	18/05/00
096.011.4/2-00	16/05/00
093.606.4/6-00	11/05/00

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
092.409.4/0-00	11/05/00
093.906.4/5-00	11/05/00
095.265.4/3-00	10/05/00
094.026.4/6-00	09/05/00
093.345.4/4-00	09/05/00
153.887.4/3-00	09/05/00
095.251.4/0-00	08/05/00
142.549.4/6-00	04/05/00
094.942.4/6-00	04/05/00
095.558.4/0-00	02/05/00
094.076.4/3-00	02/05/00
094.399.4/7-00	02/05/00
095.867.4/0-00	25/04/00
095.806.4/3-00	25/04/00
094.424.4/2-00	19/04/00
095.807.4/8-00	19/04/00
117.722.4/8-00	18/04/00
093.862.4/3-00	18/04/00
095.850.4/3-00	17/04/00
093.383.4/7-00	12/04/00
093.567.4/7-00	11/04/00
090.177.4/5-00	11/04/00
093.907.4/0-00	10/04/00
093.607.4/0-00	06/04/00
093.344.4/0-00	06/04/00
092.458.4/2-00	06/04/00
094.436.4/7-00	06/04/00

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
093.647.4/2-00	06/04/00
142.418.4/9-00	05/04/00
093.357.4/9-00	05/04/00
094.730.4/9-00	04/04/00
092.766.4/8-00	04/04/00
094.221.4/6-00	04/04/00
133.733.4/5-00	03/04/00
093.632.4/4	30/03/00
093.359.4/8	29/03/00
093.343.4/5	29/03/00
093.332.4/5	29/03/00
093.363.4/6	29/03/00
093.355.4/0-00	28/03/00
093.351.4/1	28/03/00
091.740.4/2	28/03/00
146.783.4/2	28/03/00
094.290.4/0	28/03/00
092.416.4/1	21/03/00
093.809.4/2	16/03/00
091.756.4/5-00	16/03/00
093.346.4/9-00	14/03/00
092.716.4/0-00	29/02/00
092.750.4/5-00	28/02/00
092.517.4/2-00	24/02/00
079.348.4/5-00	23/02/00
092.310.4/8-00	22/02/00
090.358.4/1-00	21/02/00

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
093.183.4/4-00	17/02/00
093.255.4/3-00	17/02/00
090.615.4/5-00	17/02/00
090.725.4/7-00	17/02/00
092.945.4/5-00	16/02/00
091.873.4/9-00	16/02/00
092.459.4/7	15/02/00
083.262.4/7-00	15/02/00
091.724.4/0-00	15/02/00
128.904.4/4-00	14/02/00
093.293.4/6	10/02/00
092.137.4/8-00	10/02/00
092.748.4/6-00	10/02/00
085.004.4/5-00	08/02/00
091.173.4/4	08/02/00
128.762.4/5	08/02/00
078.221.4/9-00	08/02/00
092.376.4/8	03/02/00
085.908.4/0	03/02/00
091.700.4/0-00	03/02/00
091.323.4/0-00	28/01/00
092.020.4/4-00	28/01/00
091.768.4/0-00	28/01/00
091.577.4/8-00	28/01/00
092.412.4/3-00	28/01/00
090.270.4/0-00	27/01/00
131.174.4/9	23/12/99

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
140.006.4/4	21/12/99
082.432.4/6	14/12/99
081.979.4/4	23/11/99
025.346.4/6	28/10/99
126.322.4/3	26/10/99
061.300.4/0	26/10/99
087.021.4/7	26/10/99
081.423.4/8-00	15/10/99
085.214.4/3-00	29/09/99
083.926.4/8	28/09/99
079.846.4/8-00	15/09/99
079.733.4/2	14/09/99
082.291.4/1	14/09/99
080.206.4/0-00	13/09/99
082.374.4/0	08/09/99
084.987.4/2	08/09/99
078.358.4/3-00	01/09/99
081.738.4/5	25/08/99
080.980.4/1	25/08/99
082.346.4/5	24/08/99
083.302.4/0	24/08/99
081.417.4/0	24/08/99
083.884.4/5	20/08/99
082.356.4/9	18/08/99
084.682.4/0	18/08/99
078.917.4/5	18/08/99
080.230.4/0	10/08/99

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
083.988.4/0-00	10/08/99
072.753.4/2	10/08/99
085.029.4/9-00	10/08/99
085.067.4/1	06/08/99
084.771.4/7-00	06/08/99
084.257.4/1	05/08/99
078.643.4/4	05/08/99
083.334.4/6	05/08/99
085.012.4/1	05/08/99
082.481.4/9	05/08/99
081.279.4/0	04/08/99
082.968.4/1	04/08/99
079.871.4/1	04/08/99
085.837.4/6	28/07/99
084.681.4/6	27/07/99
077.927.4/3	01/07/99
087.806.4/0	30/06/99
079.902.4/4	29/06/99
081.904.4/3	22/06/99
081.144.4/4	15/06/99
081.154.4/0	15/06/99
071.788.4/4	15/06/99
078.224.4/2	25/05/99
076.131.4/3	25/05/99
079.328.4/4	25/05/99
068.380.4/5	25/05/99
066.416.4/6	18/05/99

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
078.497.4/7	18/05/99
068.785.4/3	12/05/99
076.712.4/5	11/05/99
068.838.4/6	05/05/99
067.011.4/5	04/05/99
077.797.4/9	04/05/99
077.296.4/2	28/04/99
067.600.4/3	27/04/99
077.256.4/0	22/04/99
077.692.4/0	20/04/99
077.048.4/1	20/04/99
076.697.4/5	20/04/99
065.925.4/1	15/04/99
059.504.4/1	15/04/99
065.564.4/3	13/04/99
072.147.4/7	13/04/99
073.459.4/8	13/04/99
068.440.4/0	08/04/99
045.781.4/7-00	07/04/99
071.630.4/4-00	07/04/99
068.799.4/7	06/04/99
065.019.4/7	31/03/99
066.792.4/0-00	30/03/99
109.225.4/6	25/03/99
071.152.4/2	23/03/99
068.360.4/4	23/03/99
060.364.4/4	18/03/99

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
063.481.4/0	18/03/99
032.800.4/5	16/03/99
062.561.4/8	16/03/99
060.411.4/0	11/03/99
073.460.4/2-00	09/03/99
060.131.4/1	04/03/99
005.274.4/0	04/03/99
058.556.4/0	04/03/99
060.425.4/3-00	04/03/99
066.981.4/3-00	03/03/99
060.691.4/6	03/03/99
058.442.4/0	02/03/99
068.912.4/4-00	02/03/99
059.920.4/0	02/03/99
069.469.4/9	02/03/99
067.601.4/8	02/03/99
044.681.4/3	02/03/99
058.779.4/8	25/02/99
062.885.4/6	25/02/99
073.011.4/4	25/02/99
021.965.4/1	23/02/99
065.164.4/8	23/02/99
070.708.4/3-00	23/02/99
049.796.4/4-00	23/02/99
007.285.4/5	23/02/99
039.260.4/0	23/02/99
073.617.4/0	23/02/99

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
073.290.4/6	23/02/99
066.343.4/2	22/02/99
074.597.4/4	22/02/99
064.670.4/0-00	11/02/99
074.272.4/1	11/02/99
064.956.4/5	11/02/99
074.974.4/5	11/02/99
067.418.4/2	11/02/99
073.443.4/5	11/02/99
064.836.4/8	11/02/99
060.459.4/8-00	11/02/99
098.030.4/3	10/02/99
061.376.4/6-00	10/02/99
044.993.4/7	10/02/99
054.246.4/7	09/02/99
064.173.4/1	09/02/99
067.014.4/9	09/02/99
074.020.4/2	09/02/99
070.323.4/6	09/02/99
068.608.4/7	09/02/99
065.695.4/0	09/02/99
069.089.4/4	05/02/99
062.332.4/3	05/02/99
073.742.4/0	05/02/99
041.623.4/8	04/02/99
058.095.4/6	04/02/99
061.334.4/5	03/02/99

Número do acórdão (T J-SP)*	Data de julgamento
053.416.4/6-00	03/02/99
069.648.4/6	02/02/99
070.339.4/9	29/01/99
069.994.4/4	28/01/99
067.885.4/2	28/01/99
071.200.4/2	28/01/99
073.926.4/0	28/01/99
073.646.4/1	27/01/99
065.184.4/9	27/01/99

***Nota:** Todos os acórdãos estão disponíveis na Internet, no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: www.tj.sp.gov.br (entrar no link Jurisprudência).

Apêndice B – Questionário

1 Acórdão N° (TJ/SP)	Número: _____ <input type="checkbox"/> Não informado
2 Data do julgamento em 2ª instância	_____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Não informado
3 Titularidade da ação judicial	<input type="checkbox"/> 3.1. Individual <input type="checkbox"/> 3.2. Coletiva: <input type="checkbox"/> 3.2.1 ONG <input type="checkbox"/> 3.2.2 MP <input type="checkbox"/> 3.2.3 Procon <input type="checkbox"/> 3.2.4 Outro <input type="checkbox"/> Não informado
4 Operadora	4.1 Nome: _____ 4.2 Posição da operadora: <input type="checkbox"/> 4.2.1 Apelada <input type="checkbox"/> 4.2.2 Apelante <input type="checkbox"/> Não informado
5 Forma de contratação do plano	<input type="checkbox"/> 5.1 Individual <input type="checkbox"/> 5.2 Coletivo <input type="checkbox"/> Não informado
6 Data da contratação do plano	<input type="checkbox"/> 6.1 Antigo - anterior à lei 9.656/98 (até 12/1998) <input type="checkbox"/> 6.2 Novo - após a lei 9.656/98 (a partir 12/1999) <input type="checkbox"/> Não informado
7 Qual a demanda de cobertura citada no acórdão?	_____ <input type="checkbox"/> Não informado
8 Qual a situação de saúde, agravo ou doença citada no acórdão?	_____ <input type="checkbox"/> Não informado
9 A operadora excluiu órtese/prótese/insumo?	<input type="checkbox"/> 9.1 Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 9.2 Não <input type="checkbox"/> Não informado
10 A operadora alegou doença preexistente para negar atendimento?	<input type="checkbox"/> 10.1 Sim <input type="checkbox"/> 10.2 Não <input type="checkbox"/> Não informado
11 A decisão menciona ser um caso de urgência e emergência?	<input type="checkbox"/> 11.1 Sim <input type="checkbox"/> 11.2 Não <input type="checkbox"/> Não informado
12 Resultado em 1ª instância	<input type="checkbox"/> 12.1 Procedente (favorável ao usuário) <input type="checkbox"/> 12.2 Improcedente (desfavorável ao usuário) <input type="checkbox"/> Não informado

<p>12 Resultado em 1ª instância</p>	<p><input type="checkbox"/> 12.3 Parcialmente procedente</p> <p><input type="checkbox"/> 12.3.1 Concedeu cobertura</p> <p><input type="checkbox"/> 12.3.2 Concedeu parte da cobertura _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 12.3.3 Não concedeu cobertura</p> <p><input type="checkbox"/> Não informado</p> <p><input type="checkbox"/> 12.4 Outros _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não informado</p>
<p>13 Resultado em 2ª instância</p>	<p><input type="checkbox"/> 13.1 Decisão mantida (recurso improvido)</p> <p><input type="checkbox"/> 13.2 Decisão totalmente reformada (recurso provido)</p> <p><input type="checkbox"/> Não informado</p> <p><input type="checkbox"/> 13.3 Decisão parcialmente reformada (recurso parcialmente provido)</p> <p><input type="checkbox"/> 13.3.1 Concedeu cobertura</p> <p><input type="checkbox"/> 13.3.2 Concedeu parte da cobertura _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 13.3.3 Não concedeu cobertura</p> <p><input type="checkbox"/> Não informado</p> <p><input type="checkbox"/> 13.4 Outros _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não informado</p>
<p>14 Principal legislação aplicada na decisão</p>	<p><input type="checkbox"/> 14.1 CDC</p> <p><input type="checkbox"/> 14.2 CF</p> <p><input type="checkbox"/> 14.3 Lei 9.656/98</p> <p><input type="checkbox"/> 14.4 Outros . Qual? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não informado</p>
<p>15a Argumentação da decisão (favorável ao consumidor)</p>	<p>15.1 Constituição Federal (CF)</p> <p><input type="checkbox"/> 15.1.1 Proteção ao direito à saúde e à vida</p> <p><input type="checkbox"/> 15.1.2 Outras</p> <p>15.2 Código Defesa Consumidor (CDC)</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2.1 Decisão pró-consumidor, em caso de dúvida na interpretação do contrato</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2.2 Cláusulas limitativas devem estar expressas/em destaque</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2.3 É abusiva cláusula que estipula limite de tempo de internação/valores</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2.4 Limitações são abusivas quando se trata de emergência</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2.5 Restrições que atribuem vantagens exageradas para a seguradora</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2.6 Má prestação de serviço pela operadora</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2.7 Operadora não provou má-fé/ desconhecimento da patologia</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2.8 Outras</p> <p><input type="checkbox"/> Não informado</p>

<p>15a Argumentação da decisão (favorável ao consumidor)</p>	<p>15.3 Lei 9.656/98</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15.3.1 Direito do consumidor à informação adequada <input type="checkbox"/> 15.3.2 Cobertura obrigatória de urgência e emergência <input type="checkbox"/> 15.3.3 Consumidor não se submeteu a exame pré-admissional/operadora não provou má-fé do consumidor <input type="checkbox"/> 15.3.4 Doença/procedimento deve ser coberto <input type="checkbox"/> 15.3.5 Outras <p>15.4 Argumento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15.4.1 Procedimento é tratamento pós-cirúrgico; não é tratamento autônomo <input type="checkbox"/> 15.4.2 Intervenção cirúrgica não é para fim estético <input type="checkbox"/> 15.4.3 Progressos tecnológicos justificam a cobertura <input type="checkbox"/> 15.4.4 Outras <p>15.5 Contratos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15.5.1 Contrato não exclui a cobertura <input type="checkbox"/> 15.5.2 Outras <input type="checkbox"/> Não informado
<p>15b Argumentação da decisão (favorável à operadora)</p>	<p>15b.1 Constituição Federal (CF)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15b.1.1 As empresas de saúde não devem suprir as deficiências do Estado <input type="checkbox"/> 15b.1.2 Outras <p>15b.2 Código de Defesa do Consumidor</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15b.2.1 não é relação de consumo por tratar-se de associação <input type="checkbox"/> 15b.2.2 Outras <p>15b.3 Lei 9656/98</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15b.3.1 Lei permite a exclusão <input type="checkbox"/> 15b.3.2 Outras <p>15b.4 Contrato</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 15b.4.1 As limitações estão expressas nas cláusulas <input type="checkbox"/> 15b.4.2 Médico/ hospital não credenciado <input type="checkbox"/> 15b.4.3 Outras <input type="checkbox"/> Não informado
<p>16 Argumentação da operadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 16. 1. cláusula excludente <input type="checkbox"/> 16. 2 doença preexistente <input type="checkbox"/> 16. 3 finalidade meramente estética <input type="checkbox"/> 16. 4 médico/ hospital não credenciado <input type="checkbox"/> 16. 5 Procedimento não incluído na tabela AMB vigente <input type="checkbox"/> 16. 6 Procedimento não incluído no Rol de Alta Complexidade da ANS <input type="checkbox"/> 16. 7 Não é relação de consumo por tratar-se de associação <input type="checkbox"/> 16. 8 Saúde é dever do Estado <input type="checkbox"/> 16. 9 Inadimplência <input type="checkbox"/> 16. 10 Outros
<p>17 Observação:</p>	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não informado

Apêndice C - Operadoras que figuram nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004, por modalidade

MEDICINA DE GRUPO

Nº de menção	Operadora
80	Amil Assistência Médica Internacional Ltda
69	Golden Cross Assistência Internacional de Saúde
48	Centro Transmontano de São Paulo
30	Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas
26	Associação de Médicos de São Paulo - Blue Life
26	Samcil *
14	Golden Shield Assistência à Saúde S/C Ltda
11	Omint Assistencial Serviços de Saúde S/C Ltda
10	Hospital e Maternidade Nossa Sra. de Lourdes S/A (Saúde NSL Ltda)
10	Saúde Assistência Médica Internacional Ltda
6	Interclínicas Planos de Saúde S/A
6	Samp Assistência Médica S/C Ltda
5	Amesp Saúde Ltda
5	Pró Saúde Assistência Médica S/C Ltda (SL Saúde) **
5	Sociedade Portuguesa Beneficente Vasco da Gama (Associação)
4	Intermédica Sistema de Saúde Ltda
2	Amico Assistência Médica à Indústria e Comércio Ltda
2	Cigma Saúde Ltda
2	Medial Saúde S/A
2	Medicol Medicina Preventiva S/A
2	Nipomed Administração em Saúde Ltda
2	RAPS República Administradora de Planos de Saúde S/A
2	SIAM – Sistema Ipiranga de Assistência Médica S/C Ltda
2	Unihosp Saúde S/A
2	Universo Assistência Médica S/C Ltda
1	Ameplan – Assistência Médica Planejada Ltda

- 1 Assist Card do Brasil S/A
- 1 Assistência Médico Hospitalar São Lucas S/A
- 1 Casa de Saúde Campinas
- 1 Ciamel Assistência Médico Hospitalar Ltda
- 1 Clínica São José S/C Ltda
- 1 Falgetano Assistência Médica
- 1 Green Line Sistema de Saúde Ltda
- 1 Intermed Saúde S/C Ltda
- 1 Intermédica Saúde Ltda
- 1 Life System Assistência Médica S/C Ltda
- 1 Méd Class Clinic S/C Ltda
- 1 Med Life Operadora de Saúde S/C Ltda
- 1 Méd Vida Assistência Médica Hospitalar Ltda
- 1 Medic S/A
- 1 Medporto Assistência Médica Ltda
- 1 MS Assistência Médica S/C Ltda (SMS)
- 1 Parc Makers Associados Ltda
- 1 Samam Serviços de Assistência Médica de Americana
- 1 SAMI Sociedade de Assistência Médica à Indústria S/C Ltda
- 1 São Camilo Assistência Médica S/A
- 1 São Domingos Saúde Assistência Médica S/C Ltda
- 1 São Luiz Planos de Saúde S/C Ltda
- 1 Serma Serviços Médicos Assistenciais S/C Ltda
- 1 SIM Serviço Ibirapuera de Medicina S/C Ltda
- 1 SL S/A Assistência Médico Hospitalar
- 1 Tenshi Assistência Médica S/C Ltda

400

* - Inclui : Samcil (9); Saúde Unicolor (16); Massa Falida de Saúde Unicolor (1)

** - Inclui : Pró Saúde (3); SL Saúde (2)

SEGURADORA

Nº de menção	Operadora
77	Sul América Companhia Nacional de Seguros
65	Bradesco Seguros S/A
33	Marítima Seguros S/A
16	Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais
11	Itaú Seguros S/A
10	Notre Dame Seguradora S/A
4	Bamerindus Companhia de Seguros S/A / HSBC Bamerindus Seguros
4	Unibanco Seguros S/A
1	AGF Brasil Seguros S/A
1	AIG Brasil Interamericana Companhia de Seguros Gerais
222	

COOPERATIVA MÉDICA

17	Unimed de São Paulo Cooperativa de Trabalho Médico
6	Unimed de Santos Cooperativa de Trabalho Médico *
6	Unimed de São José do Rio Preto Cooperativa de Trabalho Médico
5	Unimed de Catanduva Cooperativa de Trabalho Médico
5	Unimed do ABC Cooperativa de Trabalho Médico
3	Unimed Intrafederativa – Federação Metropolitana de S. Paulo
3	Unimed de Ribeirão Preto Cooperativa de Trabalho Médico
3	Usimed do Brasil Cooperativa de Usuários de Assistência Médica**
2	Unimed de Araras Cooperativa de Trabalho Médico
2	Unimed de Campinas Cooperativa de Trabalho Médico
2	Unimed de Presidente Prudente Cooperativa de Trabalho Médico
2	Unimed Paulistana Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
1	Sociedade Cooperativa de Serv. Médicos de Curitiba e região Metrop.

- 1 Unimed Centro Oeste Paulista Federação das Cooperativas Médicas
- 1 Unimed de Amparo Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de Araçatuba Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de Batatais Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de Cruzeiro Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de Pindamonhangaba Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de Salvador Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de São João da Boa Vista Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de Sorocaba Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de Taubaté Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed do Guarujá Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed Regional da Alta Noroeste Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed de São Roque Cooperativa de Trabalho Médico
- 1 Unimed Seguradora S/A

72

* - Unimed de Santos e outro (1)

** - Unimed do Brasil e Unimed SP (2)

FILANTROPIA/SANTAS CASAS

- 15 Sociedade de Beneficência e Filantropia São Cristóvão
- 3 Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba
- 1 Sociedade Beneficente Ítalo Brasileira

19

AUTOGESTÃO

2	Caixa Beneficente dos Funcionários do Banespa CABESP
2	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
1	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil
1	Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda ASSEFAZ
1	Fundação Cosipa de Seguridade Social FEMCO
7	

OUTROS

8	Beneficência Médica Brasileira S/A – Hospital e Maternidade São Luiz
2	Hospital Ana Costa S/A
1	Círculo Social do Ipiranga e Hospital e Maternidade Leão XIII
1	Hospital e Maternidade Leão XIII
1	Hospital 9 de Julho
1	Hospital Metropolitano S/A
1	Instituto Iguatemi de Clínicas e Pronto Socorro S/A
15	

Apêndice D – Coberturas citadas nos acórdãos

Tabela 1 - Procedimentos gerais citados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Procedimentos Gerais	Nº citações	%
assistência ao recém nascido	12	52,3
remoção	6	26,1
<i>home care</i>	2	8,7
acompanhamento em internação	1	4,3
pré-natal	1	4,3
resgate	1	4,3
Total	23	100,0

Tabela 2 - Procedimentos clínicos citados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Procedimentos Clínicos	Nº citações	%
para tratamento de câncer (quimioterapia e radioterapia)	30	34,1
hemodiálise (renais crônicos)	17	19,3
oxigenoterapia	15	17,1
fisioterapia	12	13,6
parto	9	10,2
transfusão	3	3,4
ventilação mecânica	2	2,3
Total	88	100,0

Tabela 3 - Procedimentos cirúrgicos e invasivos citados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Procedimentos cirúrgicos e invasivos	Nº citações	%
transplante	52	40,0
para tratamento de câncer (braquiterapia (6); mamoplastia (6); radiocirurgia (5); histerectomia (1) biópsia (1))	19	14,6
implante	18	13,9
angioplastia/artroplastia	8	6,1
excisão/remoção cirúrgica	6	4,6
dermolipectomia	4	3,1
reconstrução	4	3,1
embolização	3	2,3
cauterização	3	2,3
cateterismo	2	1,5
traqueostomia	2	1,5
anestesia	1	0,8
litotripsia	1	0,8
septoplastia	1	0,8
vasectomia	1	0,8
videolaparoscopia	5	3,8
Total	130	100,0

Tabela 4 – Transplante citados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Tipo de transplante	Nº citações	%
transplante não especificado	17	32,7
transplante de fígado	13	25,0
transplante de medula óssea	12	23,1
transplante de rim	6	11,6
transplante autólogo de célula tronco	1	1,9
transplante de pâncreas	1	1,9
transplante de pâncreas e rim	1	1,9
transplantectomia	1	1,9
Total	52	100,0

Tabela 5 - Procedimentos diagnósticos citados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Procedimentos diagnósticos	Nº citações	%
exames não especificados	7	26,0
tomografia	4	14,8
ressonância	3	11,1
angiografia	2	7,4
cintilografia	2	7,4
densitometria	2	7,4
genotipagem	2	7,4
citologia	1	3,7
ecocardiograma	1	3,7
hemodinâmica	1	3,7
herniografia	1	3,7
plasmaforese	1	3,7
Total	27	100,0

Tabela 6 – Órteses e próteses citadas nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Órteses e próteses	Nº citações	%
prótese não especificada	14	45,1
stent	8	26,0
marcapasso	5	16,1
catéter	2	6,4
molas	1	3,2
esfíncter urinário	1	3,2
Total	31	100,0

**Tabela 7 – Insumos e medicamentos citados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP,
Estado de São Paulo, 1999 a 2004**

Insumos e medicamentos	Nº citações	%
insumos não especificados	13	48,2
medicamentos de uso hospitalar	12	44,4
bolsa de sangue	2	7,4
Total	27	100,0

Apêndice E – Doenças e problemas de saúde mencionados nos acórdãos

Tabela 8 – Neoplasmas e tumores mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

CID 10 – Capítulo II	Nº citações	%
Câncer não especificado	77	79,4
Leucemia/ linfoma	11	11,3
Câncer de mama	3	3,1
Mieloma múltiplo	2	2,1
Outras	4	4,1
Total	97	100,0

Tabela 9 – Doenças do aparelho circulatório mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

CID 10 – Capítulo IX	Nº citações	%
Cardiopatía não especificada	19	24,4
Acidente vascular cerebral (AVC)	12	15,4
Insuficiência cardíaca	10	12,8
Hipertensão	9	11,5
Infarto	6	7,7
Aneurisma	4	5,1
Angina	4	5,1
Varizes esofágicas	2	2,6
Outras	12	15,4
Total	78	100,0

Tabela 10 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

CID 10 - Capítulo I	Nº citações	%
Aids	30	56,6
Hepatites	9	17,0
Doença de Chagas	3	5,7
Infecção não especificada	3	5,7
Síndrome de Fournier	3	5,7
Tuberculose	2	3,7
Outras	3	5,6
Total	53	100,0

Tabela 11 – Doenças do aparelho digestivo mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

CID 10 - Capítulo XI	Nº citações	%
Cirrose hepática	16	31,4
Hérnias	14	27,4
Insuficiência hepática	5	9,8
Outras	16	31,4
Total	51	100,0

Tabela 12 – Doenças do sistema nervoso mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

CID 10 - Capítulo VI	Nº citações	%
Meningites	21	46,8
Neuropatia	5	11,1
Mal de Alzheimer	4	8,9
Epilepsia	2	4,4
Mal de Parkinson	2	4,4
Polirradiculite	2	4,4
Outros	9	20,0
Total	45	100,0

Tabela 13 – Doenças do aparelho geniturinário mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

CID 10 - Capítulo XIV	Nº citações	%
Insuficiência renal	14	50,0
Estenose de junção	2	7,1
Fimose	2	7,1
Infecção urinária	2	7,1
Hidrocele	2	7,1
Outras	6	21,6
Total	28	100,0

Tabela 14 – Doenças do aparelho respiratório mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

CID 10 - Capítulo X	Nº citações	%
Broncopneumonia/pneumonia	7	31,8
Edema pulmonar	6	27,3
Insuficiência respiratória	5	22,7
Outras	4	18,2
Total	22	100,0

Tabela 15 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo IV	Nº citações	%
Diabetes	14	73,7
Obesidade mórbida	3	15,8
Outras	2	10,5
Total	19	100,0

Tabela 16 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XIII	Nº citações	%
Artrose	8	50,0
Necrose/osteonecrose	4	25,0
Outras	4	25,0
Total	16	100,0

Tabela 17 – Gravidez, parto e puerpério mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XV	Nº citações	%
Gravidez	8	61,5
Parto prematuro	4	30,8
Complicações pós-parto	1	7,7
Total	13	100,0

Tabela 18 – Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XVII	Nº citações	%
Doença congênita não especificada	2	16,7
Cardiopatias congênitas	2	16,7
Outras doenças congênitas	8	66,6
Total	12	100,0

Tabela 19 – Causas externas de morbidade e de mortalidade mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XX	Nº citações	%
Acidente	7	63,6
Tiro	2	18,2
Outras	2	18,2
Total	11	100,0

Tabela 20 – Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XIX	Nº citações	%
Ferimentos/lesões/queimadura	4	44,4
Fraturas	4	44,4
Hipertensão craniana	1	11,2
Total	9	100,0

Tabela 21 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XVIII	Nº citações	%
Sopro no coração	2	25,0
Abdomen agudo obstrutivo	1	12,5
Coma	1	12,5
Anomalia vaginal	1	12,5
Diarréia e gastrite aguda (causa desconhecida)	1	12,5
Incontinência urinária	1	12,5
Necrose séptica do indicador	1	12,5
Total	8	100,0

Tabela 22 – Transtornos mentais e comportamentais mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo V	Nº citações	%
Dependência química	1	25,0
Intoxicação medicamentosa	1	25,0
Vícios de pronúncia e de elocução	1	25,0
Encefalopatia crônica da infância	1	25,0
Total	4	100,0

Tabela 23 – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos a alguns transtornos imunitários mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo III	Nº citações	%
Adenoma de hipófise	1	33,3
Síndrome hemorrágica grave	1	33,3
Transtorno imunitário	1	33,3
Total	3	99,9

Tabela 24 – Algumas afecções originadas no período perinatal mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XVI	Nº citações	%
Nascimento premato	2	66,7
Icterícia	1	33,3
Total	3	100,0

Tabela 25 – Doenças do olho e anexos mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo VII	Nº citações	%
Descolamento da retina	2	100,0

Tabela 26 – Doenças da pele e do tecido subcutâneo mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XII	Nº citações	%
Lesão aberta e infectada	1	50,0
Ulceração da perna	1	50,0
Total	2	100,0

Tabela 27 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde mencionados nos acórdãos julgados pelo TJ-SP, Estado de São Paulo, 1999 a 2004

Doenças - Capítulo XXI	Nº citações	%
Intoxicação exógena por toframil + rivotril (tentativa de suicídio)	1	50,0
Quebra de garrafa em órgão genital (acidente pessoal)	1	50,0
Total	2	100,0