



Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

A Judicialização da Saúde Suplementar no Estado do Rio de Janeiro

Rodrigo Gonçalves Dias

Rio de Janeiro  
2014

RODRIGO GONÇALVES DIAS

**A Judicialização da Saúde Suplementar no Estado do Rio de Janeiro**

Artigo Científico apresentado como exigência de conclusão de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* da Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro em Direito do Consumidor e Responsabilidade Civil.

Professores Orientadores:

Maria de Fátima Alves São Pedro

Ana Paula Teixeira Delgado

Nelson Tavares

Rio de Janeiro

2014

## A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rodrigo Gonçalves Dias

Graduado em Direito pela Universidade Gama Filho. Advogado.

**Resumo:** O presente trabalho tem como objeto analisar a judicialização da saúde suplementar no estado do Rio de Janeiro, com fulcro na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, à luz da aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Procura-se descobrir os motivos de existência de tantas ações judiciais perante o TJ/RJ, quando o entendimento jurisprudencial encontra-se em consonância com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Busca-se caracterizar a natureza das condenações aplicadas pelo Estado-Juiz às empresas de planos de saúde, nas ações judiciais que tramitam no tribunal fluminense.

**Palavras-chave:** Direito do Consumidor. Planos de Saúde. Indenização. Natureza das Condenações.

**Sumário:** Introdução. 1. Evoluções Histórica e Legislativa das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. 2. Os Planos de Saúde e a Assistência Médico-Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. 3. A Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – CDC nas Relações Contratuais perante as Operadoras de Planos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. 4. O Impacto das Condenações Judiciais emanadas do Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro: Natureza das Condenações. Conclusão. Referências.

### INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo-se a partir da previdência social. Surge, então, o modelo de saúde suplementar orquestrado por operadoras de planos de saúde.

A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nascido a partir da Constituição Federal de 1988. A saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo *status* de bem público.

A Constituição Federal de 1988 define o modelo misto de saúde adotado no Brasil, pois ao mesmo tempo em que determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (art. 196), faculta à iniciativa privada sua atuação na área da saúde (art. 199).

Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é o segundo maior sistema privado de saúde do mundo, com mais de 50 (cinquenta) milhões de pessoas recorrendo a planos privados de saúde, sendo regulado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diante de tal grandiosidade, a evolução legislativa fez-se necessária, a fim de atender aos anseios sociais, estes acompanhados de fortes reivindicações no campo do direito.

Com escopo de apaziguar os conflitos oriundos da relação entre o destinatário final (consumidor) dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde (seus médicos e hospitais conveniados), entra em cena o Poder Judiciário como instrumento de solução para as demandas judiciais.

O Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro tem sido palco de constantes batalhas judiciais travadas entre os consumidores e as empresas de planos de saúde.

Embora haja normatização e regulação suficientes para viabilizar a relação entre essas operadoras e seus clientes, o Poder Judiciário encontra-se abarrotado de processos em que discute-se exatamente o não cumprimento das normas (administrativas ou legais) por aquelas empresas.

O Código de Defesa do Consumidor desempenha papel fundamental nas relações contratuais estabelecidas entre as fornecedoras de serviços médico-hospitalares e seus consumidores, mas ainda assim os juízes deparam-se com a crescente judicialização da saúde suplementar no Estado do Rio de Janeiro.

Ademais, as inúmeras condenações aplicadas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro às operadoras de planos de saúde, parecem não impactar tanto, a ponto de produzir um resultado satisfatório, ao menos no que diz respeito à mudança de comportamento

por parte dessas empresas, reincidentes em suas práticas abusivas, que acabam por desrespeitar os direitos do consumidor.

Um dos objetivos da presente trabalho é definir qual a natureza e a causa dos conflitos de ocorrência frequente, envolvendo consumidores e operadoras de planos de saúde, bem como caracterizar a natureza das condenações aplicadas pelo Estado-Juiz às empresas de planos de saúde, nas ações judiciais que tramitam no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, com base em metodologia do tipo bibliográfica, qualitativa e exploratória.

## **1. EVOLUÇÕES HISTÓRICA E LEGISLATIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL E O PAPEL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS**

A saúde é um dever do Estado. Preceito constitucional que deveria garantir a distribuição equitativa (universalização) aos cidadãos dos bens de saúde essenciais.

Neste compasso, há no cenário internacional um relativo consenso acerca das atividades básicas a serem desempenhadas pelo Estado, quais sejam: a) financiar e prover programas voltados para a educação na área da saúde, com informação ao público sobre os serviços de saúde, imunização e atenção materno-infantil; b) subsidiar a atenção primária e serviços hospitalares para os pobres; e c) regular as falhas do mercado e monitorar sua atuação.

Segundo a ANS, “a saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. A saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público.”

1

---

<sup>1</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

As Santas Casas de Misericórdia, vinculadas à Igreja Católica, deram origem aos planos de saúde com a prática de ações filantrópicas e caritativas, uma vez que, no início, internavam pessoas com diversos tipos de doenças, à exceção das infecto-contagiosas.

Começaram as Santas Casas a exercer o papel de principais prestadoras de serviços hospitalares no Brasil, a contar do período colonial, traspassando pelo Império, República Velha e Estado Novo, durante a primeira metade do século XX.

Já na década de 30, surgiram oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde, no país, cujo crescimento aconteceu na década de 50, durante o processo de industrialização da nação, sobretudo com a instalação das fábricas na região do ABC Paulista. Foi exatamente neste momento em que os hospitais particulares consagraram-se como os principais prestadores de serviço à classe média emergente.

No século XX ainda, o sistema de saúde do Brasil seguiu o rumo de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), tendo suas bases na previdência social, ocasião em que surgiram as chamadas CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões, para os trabalhadores da estrada de ferro, inicialmente.

Após, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, os quais, unificados, deram origem ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, que, por sua vez, deu vida ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps, fundado em 1974.

Atualmente, o setor nacional de seguros e planos de saúde é o 2º (segundo) maior sistema privado de saúde do mundo.

Em 2000 foi criada pela Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo iniciado suas atividades na sede do Rio de Janeiro.

Já em 2001 a Lei n. 9.961 foi complementada pela Medida Provisória n. 2.177-44 e a Lei n. 10.185, de 2001, determinou que as sociedades seguradoras atuantes no mercado de

planos de saúde criassem empresas especializadas nesse segmento.

Ainda em 2001, foram estabelecidas as primeiras normas de regulação das garantias financeiras constituídas pelas operadoras, como medida que traria mais segurança para o consumidor e para o mercado. Também foram estabelecidas regras acerca da transferência de controle societário das operadoras, bem como normas para alienação compulsória de carteira e definição de normas sobre a Liquidação Extrajudicial das operadoras.

Em 2002, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS publicou “normas para o fornecimento de informações do cadastro de beneficiários, para que a ANS possa acompanhar o ingresso de consumidores nos planos em comercialização.”<sup>2</sup> Também foram criadas regras para a Declaração de Saúde, documento vinculado aos contratos de planos de saúde, pelo qual o consumidor passou a informar as suas doenças ou lesões preexistentes, no momento da contratação.

No ano de 2003, foi publicado o Estatuto do Idoso, que provocou grandes mudanças no mercado de planos de saúde, especialmente no que tange à reformulação das normas para o reajuste por faixa etária. Ainda no mesmo ano, o Supremo Tribunal Federal – STF, ao julgar a Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1931-8, decidiu, em caráter liminar, autorizar as operadoras a seguirem estritamente os contratos dos planos antigos. Desde então, encontra-se limitado pelo Poder Judiciário o alcance da regulação da ANS sobre esses planos.

Naquele mesmo ano nasceu a Resolução Normativa n. 24 que estabeleceu regras para aplicação de penalidades, a exemplo do aumento em até 20 (vinte) vezes o valor da multa pecuniária, em caso de infrações que produzissem efeitos de natureza coletiva.

O ano de 2003 foi encerrado com a Resolução Normativa n. 42, que estabeleceu requisitos para a celebração de instrumentos jurídicos entre operadoras e prestadores de serviços

---

<sup>2</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico/1395-linha-do-tempo>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

hospitalares.

Em 2004 a RN n. 82 editou nova versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Foi editada em 2005 a RN n. 94, que deu início ao processo de implantação do conceito de promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar, fazendo com que as operadoras assimilassem uma nova forma de gestão preventiva, com foco na saúde do consumidor.

Em 2006, a Resolução Normativa RN n. 142 institui a Reparação Voluntária e Eficaz, possibilitando ação reparatória dos danos ou prejuízos causados pela conduta infrativa de uma operadora antes da lavratura do auto de infração<sup>3</sup>.

A ANS, em 2007, desconcentrou as ações administrativas e decisórias de fiscalização, gerando mais autonomia aos 12 (doze) Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização – NURAF, distribuídos pelo Brasil, proporcionando, no primeiro ano, uma queda de 40% (quarenta por cento) no tempo entre o recebimento da reclamação do consumidor e a decisão do processo.

Em 2008, foi criada a Instrução Normativa Conjunta DIPRO e DIOPE IN N. 01, que estabeleceu novas regras para adoção de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças pelas operadoras.

Após cautelosa revisão por parte da ANS, com participação de representantes do setor, entrou em vigor em 2008 nova versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, assegurando ao consumidor mais de 100 (cem) novas coberturas, sendo elas transplantes autólogos, consultas multiprofissionais, procedimentos contraceptivos etc.

Em 2009, a ANS implementou a portabilidade de carências no mercado de saúde suplementar, permitindo, assim, que os beneficiários de planos individuais contratados a partir

---

<sup>3</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico/1395-linha-do-tempo>>. Acesso em: 18 dez. 2013.



de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n. 9.656, de 1998, conquistassem o direito de migrar de plano de saúde, sem a necessidade de cumprimento de nova carência.

A Notificação de Investigação Preliminar – NIP foi criada em 2010 como instrumento que objetivou a solução de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de saúde, em situações de negativa de cobertura.

Ainda no ano de 2010, a Súmula Normativa estabeleceu que, para fins de legislação de saúde suplementar, o companheiro de beneficiário titular seria a pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo do beneficiário titular.

Em 2011 novas regras (RN n. 286) aperfeiçoaram os requisitos obrigatórios para celebração de contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, bem como a regulação econômico-financeira do setor e normas com foco no consumidor<sup>4</sup>.

No ano de 2012 novas regras aperfeiçoaram os requisitos obrigatórios para celebração de contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, tendo sido inclusive suspensa a comercialização de planos de saúde pelas operadoras que descumpriram os prazos, de acordo com critérios de avaliação da ANS.

Finalmente, em 2013, foi regulamentado o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, bem como tornou-se obrigatória a criação de ouvidorias pelas operadoras de planos de saúde, pela RN n. 323/2013, e a justificativa por escrito por parte dessas empresas, sempre que o beneficiário solicitar, da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista, conforme RN n.319/2013.

Diante de tantas regras e normas, percebe-se que cabe à iniciativa privada oferecer um serviço de saúde diferenciado daquele fornecido pelo Estado.

---

<sup>4</sup> AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico/1395-linha-do-tempo>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

Além disso, não está a iniciativa privada sujeita aos princípios da universalidade de acesso, da integralidade da assistência e da igualdade de assistência, constituindo um sistema que se encontra aberto a quem se dispõe a pagar pelos serviços oferecidos.

## **2. OS PLANOS DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Com efeito, no que diz respeito à determinação constitucional<sup>5</sup> de ser a saúde um dever do Estado, inquestionável é a função deste em distribuir equitativamente os bens de saúde essenciais.

Há 25 (vinte e cinco) anos “o Brasil vem implantando o Sistema Único de Saúde, o SUS, criado para ser o sistema de saúde” dos mais de 200 milhões de brasileiros.<sup>6</sup>

O SUS é um sistema porque é composto por diversas instituições dos 3 (três) níveis de governo (União, estados e municípios) e pelo setor privado, com o qual são celebrados convênios e contratos para a realização de ações e serviços.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, atuante na defesa dos usuários de planos de saúde, afirma que “todos os brasileiros e brasileiras, desde o nascimento, têm direito aos serviços de saúde gratuitos. Mas ainda faltam recursos e ações para que o sistema público atenda com qualidade toda a população.”<sup>7</sup>

Por outro lado, os planos particulares de saúde estão longe de representar a solução para a saúde no Brasil. Além de onerosos (e só tem direito quem pode pagar) - até porque sua finalidade é o lucro e quem paga mais recebe mais e melhores serviços - muitas vezes negam atendimento quando o cidadão mais precisa.

---

<sup>5</sup> A Lei n. 8.080/90 e a Lei n. 8.142/90 também elencam direitos dos usuários de ações e serviços de saúde.

<sup>6</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – IDEC. *O SUS pode ser seu melhor plano de saúde*. 2 ed. 3 reimpr. Brasília: MS, 2003, p. 7.

<sup>7</sup> Ibid, p. 5.

Ainda que a Lei n. 9.656/98 disponha sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, um dos maiores problemas verificados no Estado do Rio de Janeiro é a prática reiterada das operadoras de planos de saúde no sentido de negarem cobertura a seus clientes, sob o argumento de ser inadequado o tratamento eleito pelo médico assistente, ainda que apenas este detenha a autoridade para eleger o procedimento, haja vista que a relação médico-paciente é pautada na fidúcia.

Em que pese a clareza da mencionada norma, muitas operadoras insistem em também limitar o período de internação hospitalar do paciente, embora a cura de uma enfermidade não esteja atrelada a qualquer prazo, bem como somente a autoridade médica seria devidamente habilitada para promover a alta de seu paciente.

Outro problema observado no território fluminense decorre do reajuste de mensalidades dos planos de saúde, em razão de mudança de faixa etária do consumidor com idade de 60 (sessenta) anos ou mais, mesmo havendo vedação expressa pelo Estatuto do Idoso<sup>8</sup>.

Talvez as questões mais polêmicas e corriqueiras, levadas ao seio do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, sejam aquelas relacionadas a órteses/próteses, adequação de procedimento e liminares em casos de emergência/urgência.<sup>9</sup>

Muito se discute no Judiciário fluminense acerca da qualidade do material empregado nos procedimentos médicos: as empresas de planos de saúde por vezes resistem em promover a cobertura de determinados materiais, sob a alegação de existir material similar menos custoso.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> O Superior Tribunal de Justiça – STJ já se manifestou (AgRg no REsp n. 707.286/RJ) no sentido de que o interesse social insculpido no Estatuto do Idoso deve incidir nos contratos de trato sucessivo, assim considerados os firmados entre consumidor e as operadoras de planos de saúde, ainda que assinados anteriormente à vigência do Estatuto Protetivo.

<sup>9</sup> A princípio, não se revela abusiva a cláusula que exclui cobertura de órteses e próteses, por tratar-se de cláusula limitativa de risco, a rigor. Todavia, à medida que tais materiais mostram-se essenciais e indispensáveis ao procedimento médico, e por solicitação deste, a respectiva cobertura impõe-se necessária. (Súmula 112 TJ/RJ)

<sup>10</sup> Há divergência jurisprudencial que aponta no sentido de que o conselho técnico de uma operadora de plano de saúde não pode excluir material que fora indicado como necessário pelo médico assistente.

Diante de toda essa problemática, o Estado não deve eximir-se da responsabilidade de intervir na área de atuação do setor privado, regulamentando-o, fiscalizando-o e solucionando os conflitos decorrentes das relações intersubjetivas, em especial no que se refere aos contratos de adesão firmados pelos consumidores com as operadoras de planos de saúde.

### **3. A APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – CDC NAS RELAÇÕES CONTRATUAIS PERANTE AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Os contratos de planos de saúde ganharam considerável cobertura do Código de Proteção e Defesa do Consumidor após a Súmula n. 469 do Superior Tribunal de Justiça<sup>11</sup>, de 2010.

Anteriormente, o problema repousava sobre a questão da retroatividade do diploma consumerista sobre contratos celebrados antes da promulgação do código. Porém, o Superior Tribunal de Justiça entendeu que esses contratos são firmados em determinado momento identificável no tempo, mas sua natureza é de trato sucessivo entre as partes, por prazo indefinido, tornando possível, assim, a aplicação do CDC a todos os contratos, tivessem sido eles assinados antes ou depois da vigência da referida lei.

São os chamados contratos cativos de longa duração. Segundo Marques<sup>12</sup>, eles podem ser definidos como:

[...] uma série de novos contratos ou relações contratuais que utilizam os métodos de contratação de massa (através de contratos de adesão ou de condições gerais dos contratos) para fornecer serviços especiais no mercado, criando relações jurídicas complexas de longa duração, envolvendo uma cadeia de fornecedores organizados entre si e com uma característica determinante: a posição de “catividade” ou “dependência” dos clientes, consumidores.

Ademais, o que se verifica nesses contratos é uma verdadeira relação de consumo,

---

<sup>11</sup> Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

<sup>12</sup> MARQUES, CLAUDIA LIMA. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais*. 6. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 96

porque é possível detectar-se a existência de seus partícipes, quais sejam: consumidores (pessoas físicas ou jurídicas), que são destinatários finais dos serviços médico-hospitalares, conforme o art. 2º do CDC, e fornecedores, pessoas jurídicas de direito privado que prestam serviços na área da saúde suplementar, conforme o art. 3º do CDC.

#### **4. O IMPACTO DAS CONDENAÇÕES JUDICIAIS EMANADAS DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: NATUREZA DAS CONDENAÇÕES.**

De fato, os contratos que tratam da aquisição de bens ou serviços considerados essenciais seguem um regime tutelar próprio, cuja justificativa reside na proteção da parte mais vulnerável, em atenção ao princípio da igualdade material.

Por sua vez, os contratos que têm por objeto a saúde sujeitam-se ao dirigismo contratual<sup>13</sup>, ou seja, à intervenção do Poder Judiciário para o restabelecimento da justiça, mitigando o princípio da intangibilidade dos contratos.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, “1.371 (mil trezentos e setenta e uma) operadoras atendem 25% (vinte e cinco por cento) da população brasileira”, sendo que “o sistema suplementar atende 48 (quarenta e oito) milhões de pessoas, porém 41 (quarenta e um) milhões são de planos médicos”<sup>14</sup>.

Ademais, em relação ao número de reclamações, “*passou de 7.000 (sete mil) para mais de 76.000 (setenta e seis mil) queixas anuais*”<sup>15</sup>, mas a ANS não tem estrutura pra poder atender a demanda pesada que existe dos usuários das operadoras de planos de saúde, que fazem parte

---

<sup>13</sup> Norteados pelos princípios da finalidade social do contrato, da boa-fé, da salvaguarda e da preservação da dignidade da pessoa humana.

<sup>14</sup> *Participação Popular: debate crise nos planos de saúde*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/participacao-popular/423108-participacao-popular-debate-crise-nos-planos-de-saude.html>>. Acesso em: 01 abr. 2014.

<sup>15</sup> Audiência investiga denúncias contra planos de saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/CAMARA-HOJE/444279-AUDIENCIA-INVESTIGA-DENUNCIAS-CONTRA-PLANOS-DE-SAUDE.html>>. Acesso em: 01 abr. 2014.

de um sistema que fatura em torno de 70 (setenta) bilhões de Reais ao ano.

Torna-se mais do que necessária, então, a intervenção do Estado-Juiz. Analisando diversas pesquisas realizadas em razão do teor das decisões judiciais, em matérias que versam sobre planos de saúde, constata-se que a grande maioria delas nada mais faz do que garantir ao usuário (consumidor) um direito que lhe é assegurado pela própria lei.

Ante a clareza da lei, muitos pontos de divergência sequer deveriam existir. Todavia, não é o que se observa nos julgados do TJ/RJ, que abordam questões repetitivas, sendo uma delas aquela referente ao que dispõe a alínea “a” do inciso II do art. 12 da Lei n. 9.656/98<sup>16</sup>, que veda a limitação de prazo em caso de internações hospitalares.

Aliás, o TJ/RJ tem se apresentado tecnicamente preparado para elucidar tais questões que a ele são levadas diariamente. A Recomendação n. 31, de 30 de março de 2010, do Conselho Nacional de Justiça, solicita aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Ainda assim, por que os planos de saúde e as seguradoras insistem em desrespeitar a jurisprudência reiterada do TJ/RJ? Economicamente, seria viável que ditas empresas arcassem com o valor das indenizações a elas aplicáveis? O lucro fomentado pelo dano poderia ser superior ao custo com a reparação do prejuízo sofrido pelo consumidor?

Algumas tentativas de coibir a conduta contumaz por partes das operadoras/seguradoras de planos de saúde restaram infrutíferas. A exemplo disto foi a multa civil prevista no vetado art. 16 do Código de Defesa do Consumidor. Talvez houvesse, neste caso, uma falta de efetividade dessa multa.

Outra iniciativa, no mesmo sentido, mas que talvez não tenha recebido a devida

---

<sup>16</sup> Corroborada pela Súmula 302 do STJ.

atenção, se encontra no Projeto de Lei n. 6.960/02, de autoria do Deputado Ricardo Fiúza, que estabelece a proposta de modificação do artigo 944 do Código Civil, para adicionar um segundo parágrafo, com a seguinte redação: “§ 2º A reparação do dano moral deve constituir-se em compensação ao lesado e adequado desestímulo ao lesante.”. É a chamada Teoria do Desestímulo.

E o que falar acerca das punições administrativas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS? Não se percebe efeito prático desta aplicação. Inclusive o inalcançável resultado esperado de tais medidas leva ao descrédito da mencionada agência reguladora.

É consabido que essas empresas contratam seguradoras para arcarem com as condenações que lhes são impostas, o que prejudica sobremaneira o caráter pedagógico das referidas indenizações.

Depreende-se dos julgados do TJ/RJ que atualmente não se busca mais punir as empresas-rés, mas sim reparar o dano sofrido pela vítima. Talvez punições que alcancem o percentual de faturamento de ditas empresas possam soar plausíveis no que diz respeito à efetividade de tais sanções.

O jornal O GLOBO publicou que “os planos de saúde protelam ao máximo o pagamento de multas” e que “de R\$ 1,017 bilhão de multas aplicadas de 2009 a 2013, apenas R\$ 157,9 milhões foram pagos, ou 15,5% do total.”<sup>17</sup> Das sanções impostas, 8.184 (oito mil, cento e oitenta e quatro) são multas aplicadas (transitadas em julgado e cobráveis), no valor total de R\$ 1.017 bilhão, e 2.020 (duas mil e vinte) são multas pagas, no valor total de R\$ 157,93 milhões. Enquanto que, em 2013, o número de queixas nos PROCON chegou a um total de 28.216 (vinte e oito mil duzentos e dezesseis).

Ou seja, carece a sociedade fluminense do bom desenvolvimento do papel

---

<sup>17</sup> O GLOBO, Rio de Janeiro: 2ª Edição, 09.04.2014, p. 21.

protecionista por parte do Poder Judiciário, em relação aos planos de saúde, com a difícil missão de impor a eles a diminuição da quantidade expressiva de condenações judiciais.

## CONCLUSÃO

Inferese que na grande maioria dos casos, o “custo justiça” refere-se a uma atuação normal do Poder Judiciário fluminense e, portanto, previsível, por se tratarem de questões que implicam na simples aplicação da lei, com jurisprudência já pacificada nos Tribunais, de prévio conhecimento das operadoras de planos de saúde e seguradoras, o que é inerente ao próprio risco da atividade por elas desenvolvidas.

Ademais, o “custo justiça” passa obrigatoriamente por análise da conduta ética dos profissionais da área da saúde e não pode ser considerado como um fator de impacto a desequilibrar o conteúdo econômico do sistema suplementar. A atuação do TJ/RJ faz-se imprescindível porque dela decorre a concretização do comando constitucional do respeito à dignidade da pessoa humana.

A emenda que perdoa bilhões de Reais em multas emitidas contra as operadoras não ajuda em nada a melhorar o sistema de saúde suplementar e a medida cria descrédito sobre o próprio trabalho da agência reguladora. A redução do valor das multas é um retrocesso que enfraquece o poder de fiscalização. Trata-se de um verdadeiro passaporte para que os planos cometam infrações.

A Justiça tornou-se a última esperança dos clientes de planos de saúde. O órgão regulador – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – acaba por criar regras que protegem mais as empresas, do que os próprios consumidores. Como raramente referido órgão administrativo consegue resolver os problemas dos consumidores, a regulação do atendimento acabou sendo transferida para o Poder Judiciário.

A tarefa não é fácil. O número de ações na Justiça fluminense tem aumentado. As



Súmulas do TJ/RJ e do próprio STJ, de certa forma agilizam os julgamentos, mas as empresas de planos de saúde, muitas vezes, fazem a análise de custos, no sentido de negar ou não negar atendimento a seus clientes, para saber quem é que vai reclamar em juízo. Então, mesmo com entendimento já sedimentado nos Tribunais, as operadoras de planos de saúde continuam com o mesmo procedimento de não prestar atendimento aos seus consumidores.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico/1395-linha-do-tempo>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

Audiência investiga denúncias contra planos de saúde. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/CAMARA-HOJE/444279-AUDIENCIA-INVESTIGA-DENUNCIAS-CONTRA-PLANOS-DE-SAUDE.html>. Acesso em: 01 abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – IDEC. *O SUS pode ser seu melhor plano de saúde*. 2 ed. 3 reimpr. Brasília: MS, 2003.

MARQUES, CLAUDIA LIMA. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais*. 6. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

O GLOBO, Rio de Janeiro: 2ª Edição, 09.04.2014.

*Participação Popular*: debate crise nos planos de saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/participacao-popular/423108-participacao-popular-debate-crise-nos-planos-de-saude.html>>. Acesso em: 01 abr. 2014.