

# A interpretação da cláusula de reajuste por faixa etária em contrato de plano de saúde coletivo.<sup>1</sup>

## Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira

Doutora e mestre em Direito Civil pela Uerj. Pós-graduada em Advocacia Pública pelo Ceped-Uerj. Pós-graduada em Direito da Medicina pelo Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra/Portugal. Professora da PUC-Rio e da Pós-Graduação *Lato Sensu* Ceped-Uerj. Membro da Comissão de Direito Civil e de Órfãos e Sucessões da OAB-RJ. Coordenadora adjunta de Direito Civil da ESA-RJ. Advogada.

## Sumário

1. Introdução
  2. A qualificação dos contratos de plano de saúde
  3. A interpretação da cláusula de reajuste por faixa etária no contrato de plano de saúde coletivo à luz dos princípios contratuais e normas aplicáveis
  4. Conclusão
- Bibliografia

## 1 Introdução

O Poder Judiciário tem enfrentado diversas questões sensíveis na área da saúde suplementar. Questões que demandam um conhecimento para além das normas jurídicas, pois dependem de outras áreas do saber, tais como a Medicina, a Biomedicina, a Economia, entre outras. As ações envolvendo planos de saúde versam sobre diversos temas como, por exemplo, cobertura de procedimentos, fornecimento de medicamentos, *home care*, negativas de atendimento, rescisão contratual, reajuste anual ou por faixa etária, etc.

Só no Estado de São Paulo, um estudo de junho de 2019 do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), pelo

---

1. O presente artigo reproduz posicionamento adotado em memorial apresentado no REsp nº 1.715.798-DF, Tema nº 1.016/STJ, na ocasião em que a autora participou da audiência pública na qualidade de pesquisadora do Direito de Saúde, em 10 de fevereiro de 2020, no Superior Tribunal de Justiça.

seu observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, apontou que deram entrada em mais de 21 mil ações, tendo o Tribunal de Justiça de São Paulo, em 2019, julgado 140 ações por dia contra planos de saúde. A maioria das ações, 47%, se referia à negativa de cobertura e 33% ao reajuste de mensalidades.<sup>2</sup>

Esses dados demonstram a importância de unificar as decisões a fim de garantir maior celeridade, assim como para conferir maior segurança jurídica em matéria de grande impacto no setor da saúde suplementar e na vida de diversas pessoas que dependem dos planos de saúde,<sup>3</sup> até mesmo devido à precariedade da saúde pública.<sup>4</sup>

Não foi por outro motivo que o ministro Paulo de Tarso Sanseverino, ao apreciar o REsp nº 1.715.798-DF, interposto contra a decisão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, que considerou abusivo o reajuste de mensalidade por mudança de faixa etária em plano de saúde coletivo, decidiu pela afetação de seis recursos especiais (nºs 1.716.113, 1.721.776, 1.723.727, 1.728.839, 1.726.285 e 1.715.798), para serem julgados sob o rito dos recursos repetitivos (Tema nº 1.016), a fim de que o colegiado decida em relação a dois pontos: i) validade de cláusula contratual de plano de saúde coletivo, que prevê reajustes por faixa etária; e ii) ônus da prova da base atuarial do reajuste, o que foi acolhido, por maioria, pela 2ª Seção, suspendendo a tramitação de diversos processos em todo o território nacional (art. 1.037 do Código de Processo

2. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/download/133/>. Acesso em: 9 fev. 2020.

3. Dados da ANS - Beneficiários em planos de assistência médica (por tipo de contratação), dez./2019 - total de beneficiários de plano de saúde: 47.039.728, sendo 31.754.560 de plano coletivo empresarial, 6.157.319 de plano coletivo por adesão e 9.033.912 de plano individual. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5348-saude-suplementar-fecha-2019-com-47-milhoes-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em: 9 fev. 2020.

4. Disponível em: [https://ww2.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=103278938&tipo\\_documento=documento&num\\_registro=201700984717&data=20191119&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=103278938&tipo_documento=documento&num_registro=201700984717&data=20191119&formato=PDF). Acesso em: 18 fev. 2020.

Civil – CPC).<sup>5</sup> A afetação teve como fundamento a multiplicidade de demandas sobre esse tema e a relevância das questões judiciais a elas subjacentes, aplicando o disposto no art. 1.036 do CPC.

A relevância da matéria e a complexidade técnica do reajuste por faixa etária fundamentaram a decisão do ministro relator, Paulo de Tarso Sanseverino, de marcar audiência pública para uma análise mais profunda dos diversos fundamentos relevantes para a consolidação da tese jurídica sobre o tema (art. 1.038 do CPC).

Independentemente de o caso ainda se encontrar *sub judice*, cabe o estudo sob uma perspectiva dogmática à luz da hermenêutica civil-constitucional de todo o arcabouço normativo-regulatório pátrio. O objetivo é fazer uma interpretação que equilibre os interesses mercedores de tutela. De um lado, os interesses econômico-financeiros dos prestadores de serviço de assistência à saúde (operadoras de saúde) respaldados na livre-iniciativa ancorada no Texto Constitucional (arts. 170, inciso III, e 199), e, de outro, o dos beneficiários do plano de saúde, em especial das pessoas idosas, que demandam maior proteção em razão de sua vulnerabilidade e por se tratar dos direitos fundamentais à vida e à saúde, sendo o último também importante direito de cunho social, todos assegurados na Constituição Federal – CF (arts. 1º, inciso III, 6º, 196 e 197).

A análise partirá, portanto, da compreensão da natureza jurídica da relação contratual proveniente dos contratos de assistência à saúde, sua sistemática, regulação e função.

## 2 A qualificação dos contratos de plano de saúde

O contrato de plano privado de assistência à saúde, na definição de Leonardo Vizeu Figueiredo (2012, p. 167), é

5. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/>. Acesso em: 19 fev. 2020.

“o pacto celebrado entre a entidade e o beneficiário, no qual este se obriga ao pagamento de contraprestação pecuniária e periódica, ainda que de forma indireta, sob forma de benefício salarial, ao passo que aquele se obriga a disponibilizar atendimento em rede médica específica, bem como a arcar com o ônus financeiro, tão somente, nas hipóteses em que ocorram eventuais enfermidades contratualmente cobertas”.

## Os contratos de planos privados de assistência à saúde têm seu objeto definido no art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/1998.

Trata-se de um contrato de prestação de serviço, sinalagmático, oneroso, de adesão, formal, de execução diferida, por prazo indeterminado, comutativo, e, de acordo com a doutrina,<sup>6</sup> tem natureza jurídica securitária, o que atrai a aplicação dos mesmos princípios no que se refere aos aspectos técnicos, econômico-financeiros e atuariais. Isso porque tem uma sistemática semelhante, na medida em que os planos de saúde constituem e administram um fundo comum distribuído por meio de contratos individuais ou por grupos constituídos para alocar a cada beneficiário, de acordo com as cláusulas contratuais, receita suficiente para cobrir os riscos contratados, o que lhe confere o caráter de mutualidade.<sup>7</sup> Ocorre a divisão da sinistralidade, em que se busca o equilíbrio entre a contribuição agregada e a utilização de procedimentos médicos/hospitalares pelos beneficiários/segurados.<sup>8</sup> Logo, a interpretação deve se dar considerando tal peculiaridade, pois se enquadra como um contrato relacional, e, por isso, deve-se assegurar o equilíbrio

das prestações por meio da confiança mútua, da boa-fé e da cooperação, a fim de garantir a tutela das expectativas legítimas das partes contratantes.

Os contratos de planos privados de assistência à saúde têm seu objeto definido no art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/1998 e se subdividem em três modalidades: i) os contratos individuais, celebrados por pessoas físicas diretamente com as operadoras de saúde para a assistência do titular e/ou do seu grupo familiar (art. 3º, RN nº 195/2009, ANS); ii) os contratos coletivos empresariais (art. 5º, RN nº 195/2009, ANS), que são planos contratados por pessoas jurídicas para atender uma população específica com quem mantêm vínculo empregatício, associativo ou sindical, sob forma de benefício salarial. Nesse tipo de contratação não há liberdade de adesão, a entrada no plano é compulsória para todo membro da coletividade congregada pelo contratante, e se subdivide em “com patrocinador” e “sem patrocinador”;<sup>9</sup> e iii) coletivos por adesão (arts. 9º e 10, RN nº 195/2009, ANS), que são oferecidos por uma pessoa jurídica, à qual congregam uma determinada categoria unida por vínculo empregatício associativo ou sindical com o contratante aos seus respectivos membros, sendo livre a escolha para aderir ou não ao plano, podendo este ser com ou sem instância decisória.<sup>10</sup>

O contrato objeto de apreciação é o coletivo, que se difere (NERY JUNIOR, 2014) do contrato individual em alguns aspectos, como em relação à pessoa dos contratantes e quanto às normas setoriais aplicáveis, mas em ambos ocorre o controle regulatório pela Agência Nacional de Saúde (ANS), instituída pela Lei nº 9.961/2000. Isso porque, nos contratos individuais ou familiares, as negociações são realizadas diretamente pelos beneficiários/consumidores, partes mais vulneráveis, e operadoras de plano de saúde, enquanto nos planos coletivos empresariais e por adesão a relação jurídica

6. Cf. CAVALIERI FILHO, 2008, p. 201.

7. Cf. KATAOKA, 2014, p. 113.

8. A respeito do tema: LOPES, 1999, p. 31-32.

9. Cf. FIGUEIREDO, 2012, p. 172.

10. Cf. FIGUEIREDO, 2012, p. 172.

é formada entre pessoas jurídicas, quais sejam as operadoras do plano, as contratantes do plano coletivo e, eventualmente, as administradoras dos planos de assistência à saúde. Nessa ótica, a relação é paritária, eis que mais equilibrada entre as pessoas jurídicas, especialmente no momento da formação dos contratos com a negociação das cláusulas gerais.

No que se refere à regulamentação dos contratos individuais e coletivos, as regras levam em consideração a data em que o contrato foi celebrado pela operadora de plano de saúde e independe de se o contrato for individual ou coletivo, o reajuste ocorre na data inicial de cada faixa e pode acontecer tanto pela mudança de idade do titular como dos beneficiários do plano. As regras variam de acordo com três momentos:<sup>11</sup> (i) em contratos anteriores à Lei nº 9.656/1998 aplicam-se as regras estabelecidas em contrato; (ii) em contratos firmados entre 2/1/1999 e 31/12/2003 aplicam-se a Lei nº 9.656/1998 e a Resolução do Consu nº 6/1998; e (iii) em contratos firmados a partir de 1º/1/2004, após o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, aplica-se a Resolução Normativa nº 63/2003.

Para ambas as modalidades de contratação (plano individual/familiar e coletivo) aplicam-se, atualmente, a Resolução nº 6/1998 do Consu (art. 2º) e a Resolução nº 63/2003 da ANS (art. 3º), dependendo da data do contrato, que definem os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados, sendo a primeira para os contratos celebrados entre 2/1/1999 e 31/12/2003, e, a segunda, a partir de 1º/1/2004.

Apesar das diferenças existentes entre as contratações individuais, familiares e coletivas, todas são pautadas em três fatores essenciais, quais sejam: risco/sinistralidade; solidariedade/mutualidade; tempo/catividade (MARQUES, 2001, p. 27), por se tratar de contrato relacional, cativo, de longa

duração. E são justamente esses os fatores que devem ser levados em consideração à luz dos princípios contratuais quando do exame do reajuste por faixa etária, que leva em consideração para fixar o valor da mensalidade a probabilidade de cada pessoa ser afetada pelo risco dentro de uma faixa homogênea (doença – gastos médico-hospitalares).

Quanto à forma de cálculo do preço da mensalidade, tanto nos contratos coletivos como nos individuais e nos familiares há a aplicação de complexos cálculos atuariais em função do risco assumido pela operadora de planos de saúde de ter que pagar por tratamentos médico-hospitalares para o beneficiário. O cerne será o mutualismo, o que é acompanhado pelo órgão regulador do setor, que analisa as práticas atuariais de formação de preço a fim de prevenir, justamente, os atos comerciais abusivos e o desequilíbrio econômico-financeiro dos contratos do plano de saúde. Todos os beneficiários de uma carteira de operadora de plano de saúde partilham e suportam o risco coberto por meio de contribuições menores do que o prejuízo causado pela materialização deste risco – técnica de solidariedade social com remuneração para o prestador do serviço. A fixação do prêmio/mensalidade é proporcional ao risco, por isso a importância da sinistralidade para cálculo atuarial e embasamento para o reajuste.

Por essa razão, não há qualquer impeditivo para não aplicar à questão posta de reajuste por faixa etária nos planos coletivos o entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) no Tema nº 952/STJ,<sup>12</sup> como já se tem posicionado a jurisprudência do STJ<sup>13</sup> e Tribunais inferiores, com

**12.** Tema nº 952: "O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso".

**13.** AgInt no AREsp nº 1343632-RS, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, 4ª T., j. 9/4/2019, DJe de 12/4/2019, AgRg nos EDcl no AREsp nº 235.553-SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, 3ª T., →

**11.** A respeito do tema: SCHMITT, 2010, p. 214-246.

destaque para o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.<sup>14</sup>

Esse posicionamento vai ao encontro da interpretação feita a essa espécie contratual sob a lente da principiologia contratual vigente, senão vejamos.

### 3 A interpretação da cláusula de reajuste por faixa etária no contrato de plano de saúde coletivo à luz dos princípios contratuais e normas aplicáveis

A atividade contratual é regida por princípios, os quais, num primeiro momento, foram vistos como verdadeiros dogmas, mas que, ao longo dos avanços tecnológicos, da massificação social, foram mitigados por novos princípios que também compõem a atual teoria contratual. Antonio Junqueira de Azevedo (1998, p. 113-120) aponta como decorrente da autonomia da vontade três princípios do Direito Contratual: i) o princípio da liberdade

contratual *lato sensu*, segundo o qual as partes podem convencionar o que querem, e como querem, dentro dos limites da lei; ii) o princípio da obrigatoriedade dos efeitos contratuais, *pacta sunt servanda*, que significa que o contrato faz lei entre as partes (art. 1.134 do Código Civil francês); e iii) o princípio da relatividade dos efeitos contratuais, *res inter alios acta tertio neque nocet neque prodest*, que significa que o contrato somente vincula as partes, não beneficiando nem prejudicando terceiros. Os grandes movimentos sociais do final do século XIX e da primeira metade do século XX obrigaram os juristas a reconhecer o papel da ordem pública, acrescentando-se, pois, segundo alguns, um quarto princípio, dito “princípio da supremacia da ordem pública”. Mas, ao lado dos princípios clássicos somam-se três novos princípios: o da boa-fé objetiva; o do equilíbrio econômico do contrato e o da função social do contrato, que devem garantir ambas as partes do contrato. E, em cada relação contratual específica, são chamados outros princípios para regulá-la, a fim de tutelar a pessoa humana.

Os contratos privados de assistência à saúde devem ser interpretados no que tange aos reajustes das mensalidades com base na mudança de faixa etária à luz dos seguintes princípios: dignidade da pessoa humana, do qual se extraem os princípios da igualdade e o da solidariedade; o da boa-fé objetiva, da função social, do equilíbrio econômico-financeiro, que mitigam, mas não excluem, os princípios da obrigatoriedade, da consensualidade, da relatividade.

No que diz respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, CF), é garantida a todas as pessoas, independentemente da faixa etária, a não discriminação, a não exclusão de seu acesso à saúde, à vida. Na sistemática existente de reajuste por faixa etária não há discriminação com cunho excludente, mas sim a observância de um equilíbrio econômico-financeiro para garantir o acesso a todos que compõem o grupo de beneficiários. O reajuste da mensalidade tem como

→ j. 2/6/2015, DJe de 10/6/2015, AgInt no Agravo em Recurso Especial nº 1.343.632-RS (2018/0206682-9), 4ª T., j. 9/4/2019, AgInt no REsp nº 1780640-SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, 3ª T., j. 20/5/2019, DJe de 24/5/2019; AgInt no AREsp nº 1343632-RS, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, 4ª T., j. 9/4/2019, DJe de 12/4/2019; AgInt nos EDcl no REsp nº 1730184-SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, 3ª T., j. 21/8/2018, DJe de 31/8/2018; AgInt no AREsp nº 1266402-RS, Rel. Min. Lázaro Guimarães, 4ª T., j. 21/8/2018, DJe de 27/8/2018; AgInt no REsp nº 1680077-SP, Rel. Min. Lázaro Guimarães, 4ª T., j. 11/9/2018, DJe de 17/9/2018).

14. “TESE 1 – É válido, em tese, o reajuste por mudança de faixa etária aos 59 (cinquenta e nove) anos de idade, nos contratos coletivos de plano de saúde (empresarial ou por adesão), celebrados a partir de 01.01.2004 ou adaptados à Resolução nº 63/03, da ANS, desde que (I) previsto em cláusula contratual clara, expressa e inteligível, contendo as faixas etárias e os percentuais aplicáveis a cada uma delas, (II) estes estejam em consonância com a Resolução nº 63/03, da ANS, e (III) não sejam aplicados percentuais desarrazoados que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso. TESE 2 – A interpretação correta do art. 3º, II, da Resolução nº 63/03, da ANS, é aquela que observa o sentido matemático da expressão “variação acumulada”, referente ao aumento real de preço verificado em cada intervalo, devendo-se aplicar, para sua apuração, a respectiva fórmula matemática, estando incorreta a soma aritmética de percentuais de reajuste ou o cálculo de média dos percentuais aplicados em todas as faixas etárias” (IRDR nº 11, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo).

fundamento o aumento dos custos decorrentes da necessidade de maiores cuidados de saúde com o avançar da idade, eis que demandam mais serviços médico-hospitalares-laboratoriais.<sup>15</sup> Caso não haja aumento, como o sistema se organiza pelo auxílio mútuo entre as pessoas que fazem parte do grupo de beneficiários, em um compartilhamento dos riscos, deixar de ajustar o valor da mensalidade para os mais velhos implica onerar os demais beneficiários de outras faixas etárias mais jovens, o que pode gerar a saída desses usuários, onerando-os de forma desproporcional, que ficarão desassistidos, e com impacto na solvência da operadora, acarretando uma seleção reversa. Logo, o aumento equilibrado acaba por proteger e garantir a não exclusão dos mais anciões, em especial, os idosos, dos serviços de saúde, por isso, a formação de grupo de idade (faixas etárias) preestabelecida pela ANS (art. 2º, Resolução nº 63/2003 da ANS) visa diluir o risco e, assim, alcançar preços melhores, sem que haja a inviabilidade financeira do plano.<sup>16</sup>

## O aumento equilibrado acaba por proteger e garantir a não exclusão dos mais anciões dos serviços de saúde.

Dessa forma, é respeitado o princípio da igualdade<sup>17</sup> (arts. 3º, inciso III, 5º, CF), que deve ser aplicado no seu sentido substancial e não formal, tratando de forma diferenciada os idosos dentro de suas especificidades. Logo, a cobrança de mensalidades maiores se justifica em razão do incremento natural dos riscos subjetivos e objetivos aos quais

15. STJ, REsp nº 866.840-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, 4ª T., DJe de 17/8/2011.

16. Essa conclusão se extrai de todo um estudo econômico elaborado por professor doutor Thomas Victor Conti; professor doutor Orlando Silva Neto e professora doutora Luciana Yeung em parecer de análise econômica do direito às fls. 1.690/1.723.

17. Nesse sentido: NUNES, 2018, p. 52.

estão expostos. Isso, por sua vez, não afasta um controle dos reajustes pelo órgão regulador, pelo que o aumento deve ser feito de forma razoável, fundamentada, observados os critérios legais e regulatórios (art. 2º da Resolução do Consu e art. 3º da RN nº 63/2003).

A relação entre a operadora de saúde, os estipulantes e os beneficiários deve ser pautada na boa-fé objetiva,<sup>18</sup> que consiste em um dever de conduta, que obriga as partes a terem comportamento compatível com os fins econômicos e sociais pretendidos objetivamente pela operação comercial, impondo um padrão de conduta a ambos os contratantes no sentido da recíproca cooperação. O agir dos contratantes deve observar os padrões de ética, lealdade, honestidade e colaboração, respeitando os interesses legítimos, as expectativas razoáveis, seus direitos e agindo sem abusos ou intenção de causar prejuízo. A boa-fé objetiva, sob a perspectiva do Direito Civil-Constitucional, decorre de quatro princípios constitucionais: dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, CF), do valor social da livre-iniciativa (arts. 1º, inciso IV, 170, CF), da solidariedade social (art. 3º, inciso I, CF) e da igualdade substancial (art. 3º, inciso III, CF). O princípio da boa-fé objetiva se estende em todas as fases contratuais, desde a fase pré-contratual até a pós-contratual, criando deveres entre as partes, tais como o de informar, o de sigilo e o de proteção, deveres anexos que existem paralelamente ao vínculo contratual. Melhor doutrina<sup>19</sup> identifica três funções essenciais da boa-fé objetiva: i) cânone interpretativo; ii) norma de criação de deveres jurídicos; iii) norma de limitação ao exercício de direitos subjetivos.

No caso dos contratos de planos de saúde, as operadoras devem agir de forma transparente não só quando das tratativas, o que se dá de forma mais intensa nos contratos de planos coletivos em razão

18. A respeito do princípio da boa-fé: TEPEDINO; SCHREIBER, 2003, p. 139-151.

19. A respeito do tema: MARTINS-COSTA, 2018.

das negociações entre as pessoas jurídicas quanto aos valores das mensalidades e reajustes, mas durante o contrato e após seu término. Deve, portanto, constar nos contratos cláusulas estabelecendo as formas de reajuste, seja o anual, seja em virtude da faixa etária, tudo em observância das leis e normas expedidas pelos órgãos governamentais, sendo a estes esclarecidos os critérios de cálculo atuarial utilizados. Essa transparência aumenta a qualidade de escolha das partes contratantes, protegendo-as e legitimando o ato negocial.

O contrato de plano de saúde, para além dos aspectos patrimoniais envolvidos, decorrente até mesmo da contraprestação, é de natureza dúplice (TEIXEIRA; KONDER, 2011, p. 3-24), pois tem como objeto e fim último a saúde e a vida humana, com impacto inclusive na coletividade que depende da saúde suplementar. Por isso, a importância de verificar a observância de sua função social, que se destina a integrar os contratos numa ordem social harmônica, visando impedir que prejudiquem a coletividade.

O contrato de assistência à saúde de plano coletivo tem seus efeitos não só para o grupo de beneficiários que ele contempla, mas reflete direta e indiretamente em toda a coletividade, haja vista a sua relevância social e econômica, que abrange milhares de pessoas que necessitam do serviço suplementar de saúde, até mesmo em razão da escassez do serviço público, propiciando maior acesso à saúde. Quando há uma intervenção estatal na relação contratual, o que se pretende é salvaguardar o interesse não só das partes, mas de toda a coletividade. Por isso, a importância do papel da ANS, que regula o mercado de saúde suplementar, agindo em prol da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, de forma a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país (art. 3º da Lei nº 9.961/2000).

Outro princípio que deve ser observado nos contratos dos planos de saúde é o do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, também

chamado de sinalagma, é um elemento imanente, estrutural do contrato. Pelo princípio da equivalência das prestações não se permite o desequilíbrio, a vantagem excessiva, o negócio desastroso somente para uma das partes. O preço ajustado ou os serviços prestados devem ser justos, proporcionais, equivalentes à obrigação cumprida pela outra parte. Nos contratos de planos de saúde coletivos, de trato sucessivo e por prazo indeterminado, o valor da mensalidade é calculado com base em um critério econômico-atuarial. É feito todo um cálculo considerando os custos dos serviços médico-hospitalares e odontológicos cobertos e utilizados pelos beneficiários, e os riscos envolvidos a fim de garantir o pagamento das despesas médicas de todos os contratantes que venham a necessitar dos serviços. E, por ser um contrato de longa duração, para que não haja desequilíbrio nas prestações/mensalidades, onerando uma das partes para além do pactuado, o que permite, inclusive, pela Lei Civil a revisão ou rescisão (teoria da imprevisão e onerosidade excessiva – arts. 317, 478 e 479 do Código Civil – CC), se estabelece a cláusula de reajuste. Pois o equilíbrio só se sustenta com o reajuste das mensalidades (anual e por faixa etária), o que encontra respaldo não só na lei (Leis nº 9.656/1998 e nº 10.741/2003), como nas resoluções expedidas pelo setor de saúde suplementar (Resolução Consu nº 6/1998, RN nº 63/2003 e RN nº 441/2018). Nessa seara, é importante compreender o sistema desenvolvido para o financiamento dos planos de saúde, que se dá na forma mutual, em regime de repartição simples, não havendo reservas financeiras específicas em nome de cada beneficiário. Todos contribuem para um fundo comum, administrado pela operadora, do qual serão obtidos os recursos para custeio das despesas médicas de todos os beneficiários. É o princípio do mutualismo, definido como a “associação entre membros de um grupo no qual suas contribuições são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus participantes, portanto, está

relacionado à união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo”,<sup>20</sup> constituindo-se, portanto, como princípio fundamental que fundamenta a base de toda a operação de seguro, e, por decorrência, dos planos de saúde.

## É idônea a cláusula contratual que prevê o reajuste em razão da faixa etária.

O modelo de mutualismo dos contratos coletivos de assistência à saúde é o de contraprestação intergeracional, calculada com base em faixas etárias, em que os usuários de menor risco assumem parcialmente os riscos dos usuários que têm custo mais elevado, conforme Resolução nº 63/2003 da ANS.

O sistema de transferência intergeracional no mercado de saúde suplementar pelo qual os recursos dos mais jovens financiam os gastos dos mais idosos reflete o viés solidarista, de cooperação, para garantir a realização das expectativas legítimas do contratante mais fraco, o que encontra respaldo no princípio da solidariedade. O perfil jurídico do princípio da solidariedade social também se extrai da dignidade da pessoa humana e tem amparo na Constituição da República, que estabelece como um de seus fins a construção de uma sociedade livre, justa e solidária (art. 3º, inciso III). Esse princípio afeta as relações intersubjetivas e influencia na elaboração de leis, execução de política pública, interpretação e aplicação do Direito, limitando ou propiciando o exercício da liberdade em prol do interesse social e coletivo, o que se verifica no contrato de plano de saúde na modalidade coletiva.

Por conseguinte, é idônea a cláusula contratual que prevê o reajuste em razão da faixa etária, não violando os princípios contratuais.<sup>21</sup> Prevalece, dessa forma, a obrigatoriedade do contrato, que decorreu da autonomia privada, do acordo celebrado entre as operadoras de saúde e pessoa jurídica, e que observaram a boa-fé objetiva, a função social, o equilíbrio econômico-financeiro e os demais princípios derivados da dignidade da pessoa humana (em especial, a igualdade e a solidariedade).

Além dos princípios acima elencados, o contrato de planos privados de assistência à saúde são regidos pelo CC, pela Lei dos Planos de Saúde, pelo Estatuto do Idoso e pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) dependendo da relação jurídica e das partes contratantes, além das normas regulatórias, em um permanente diálogo das fontes.<sup>22</sup> O sistema jurídico é uno,<sup>23</sup> coeso, o que impõe ao operador do Direito uma leitura ampla de todo o arcabouço normativo que envolve a questão posta, o que deve ser feito no caso da cláusula de reajuste por faixa etária nos contratos de planos coletivos de assistência à saúde. Senão vejamos.

A Lei dos Planos de Saúde, Lei nº 9.656/1998, regula os contratos de saúde de planos coletivos (art. 1º) e determina que as pessoas, em razão da idade, não podem ser afastadas da participação em planos privados de assistência à saúde (art. 14), ganhando nesse aspecto maior atenção os idosos. Essa previsão ocorre porque, invariavelmente, a idade pode significar o aumento do valor da mortalidade, com maior necessidade de utilização dos serviços médico-hospitalares segurados. As implicações econômicas decorrentes do avanço da idade, que constitui fator importante na formação do preço, não podem significar ilegalidade no reajuste pelo critério etário, eis que é imprescindível para garantir a equação econômico-financeira dos

**20.** Definição contida na Resolução nº 2 – Instituto Brasileiro de Atuária. Disponível em: [http://www.atuarios.org.br/docs\\_old/Arq635475931482992040.pdf](http://www.atuarios.org.br/docs_old/Arq635475931482992040.pdf). Acesso em: 31 jan. 2020.

**21.** Esse é o posicionamento de Eduardo Takemi Kataoka, em *A Coligação Contratual* (2008).

**22.** Acerca do diálogo das fontes: MARQUES, 2009, p. 89-90.

**23.** Cf. CANARIS, 1996.

contratos e apólices. Logo, a lei não considera inválida a cláusula de reajuste por faixa etária, apenas faz ressalva quanto à necessidade de previsão no contrato inicial das faixas etárias e os percentuais de reajustes, observadas as normas da ANS, o que se extrai da interpretação dos arts. 15 e 16 da Lei dos Planos de Saúde.

Quando se tratar de pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, aplica-se o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, que encontra amparo constitucional (art. 230, CF) e que busca proteger o idoso em diversas áreas, a fim de preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (art. 2º). No que tange à saúde suplementar, a proteção decorre de afastá-lo de práticas contratuais abusivas, assegurando a garantia de ingresso e de permanência no plano de saúde (SCHULMAN; KERTCHER, 2019, p. 289-302). O art. 15, § 3º, do Estatuto veda “a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”. Entretanto, a incidência de tal preceito não autoriza uma interpretação literal que determine, abstratamente, que se repute abusivo todo e qualquer reajuste baseado em mudança de faixa etária, pois é possível o reajuste quando há pertinência com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato em consonância com as demais normas especiais e setoriais (GAMA; MELO; GUSSEM, 2015). Somente o reajuste desarrazoado, injustificado, que, em concreto, vise a, de forma perceptível, dificultar ou impedir a permanência do segurado idoso no plano de saúde, o que implicaria discriminação, violando a garantia da isonomia, o que foi reconhecido no REsp nº 1.568.244-RJ, Tese nº 952/STJ.

É importante ressaltar que a ANS estabelece marcos regulatórios em que impede que sejam cobrados valores elevados em razão do aumento da idade, limitando o reajuste a patamares tecnicamente apurados e considerados razoáveis com o equilíbrio contratual. Permite-se que as faixas de

menores riscos paguem mensalidades proporcionalmente mais elevadas do que as faixas de maior risco, diluindo os riscos (Resolução nº 6/1998 do Consu e Resolução nº 63/2003 da ANS).

Os serviços prestados pelas operadoras de saúde, a despeito de terem como foco principal a saúde e de atenderem aos interesses da coletividade sem qualquer discriminação, não estão alijados do propósito de lucro, amparado na livre-iniciativa (art. 170 da CF). Por isso, a interpretação dos negócios jurídicos de planos de saúde<sup>24</sup> deve se dar de maneira a conciliar todos os interesses merecedores de tutela, aplicando o CC e o CDC quando há relação de consumo.<sup>25</sup>

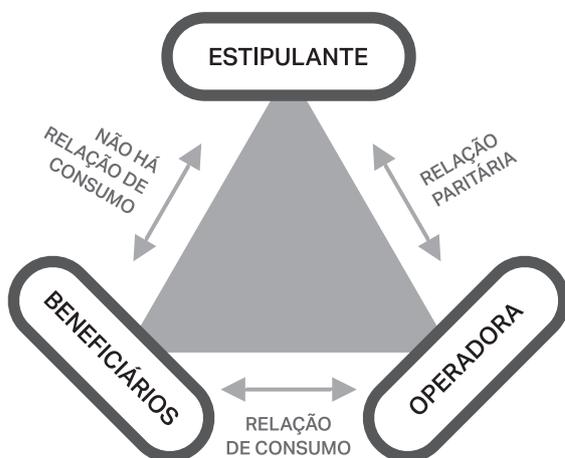
A incidência do CDC ocorre quando presente a figura do fornecedor e do consumidor, nos termos dos arts. 2º, 3º, 17, 29, todos do CDC, o que repercute tanto no aspecto material como no processual. Sua aplicação implica que os contratos coletivos de assistência à saúde observem a Política Nacional das Relações de Consumo (art. 4º do CDC) em sua interpretação. No que diz respeito ao reajuste por faixa etária das mensalidades, não há nenhuma abusividade ou ilegalidade em sua previsão, desde que as cláusulas contratuais que tratam do reajuste por faixa etária estejam previstas de forma clara e expressa, sem qualquer ambiguidade, sem ofender disposições do CDC (arts. 6º, inciso III, 30 e 51, inciso IV).

Todavia, nem todas as relações decorrentes dos contratos de planos de saúde na modalidade coletiva serão regidas pelo CDC, já que a relação se

**24.** “A compreensão desses elementos formadores dos contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde, principalmente do preço, é indispensável para quem deve aplicar a lei, tanto na esfera administrativa como na esfera judicial. Essa compreensão é indispensável, ainda e principalmente, para afastar eventuais ideias ou sentimentos a respeito de beneficência, caridade, ou até abrangendo os consumidores de 0 a 17 anos, outra de 18 a 29, até 70 anos ou mais. Essa divisão por faixas etárias se converte em uma fixação do prazo máximo de vigência de cada espécie de contrato” (BOTTESINI; MACHADO, 2014, p. 147-148).

**25.** A respeito da relação de consumo e seus contornos: PEREIRA, 2011, p. 305-327.

dá de forma triangular, envolvendo pessoas distintas e nem sempre com cunho comercial: i) beneficiário; ii) estipulante; e iii) operadora de saúde.



A relação entre beneficiário e estipulante decorre de vínculo empregatício, associativo ou sindical, o que afasta a aplicação da lei consumerista, já que não estão presentes as figuras do fornecedor e do consumidor (arts. 2º e 3º do CDC). Por sua vez, a relação entre a sociedade estipulante e a operadora de saúde é constituída de forma paritária, em que ambas as partes fixam suas cláusulas e condições em conjunto, com ampla margem de negociação, sem que haja, portanto, vulnerabilidade de uma parte em relação à outra, não configurando relação de consumo, mas paritária, salvo se, em caso concreto, esta for verificada, atraindo a lei consumerista a adoção da teoria finalista mitigada.<sup>26</sup> Já no que tange à relação entre o beneficiário e a operadora de saúde, como aquele é diretamente afetado pelas

**26.** “É uma interpretação finalista mais aprofundada e madura, que deve ser saudada. Em casos difíceis envolvendo pequenas empresas que utilizam insumos para a sua produção, mas não em sua área de expertise ou com uma situação mista, principalmente na área dos serviços, provada a vulnerabilidade, conclui-se pela destinação final de consumo prevalente. Essa nova linha, em especial do STJ, tem utilizado, sob o critério finalista e subjetivo, expressamente a equiparação do art. 29 do CDC, em se tratando de pessoa jurídica que comprove ser vulnerável e atue fora do âmbito de sua especialidade, como hotel que compra gás. Isso porque o CDC conhece outras definições de consumidor. O conceito-chave aqui é vulnerabilidade (BENJAMIN; MARQUES; BESSA, 2014, p. 103).

cláusulas e condições contratuais às quais simplesmente aderiu, resta configurada uma relação de consumo por força do disposto nos arts. 2º, 17 e 29 do CDC.

O STJ já se pronunciou quanto à não aplicação do CDC quando a questão envolve plano de saúde coletivo em que há litígio entre sociedades empresárias no AgInt no Recurso Especial nº 1835854-SP.<sup>27</sup>

Em se tratando de relação estabelecida com entidades de autogestão,<sup>28</sup> em que a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra o programa de assistência à saúde de seus beneficiários, sem viés comercial, sem fins lucrativos, também não há relação de consumo, conforme entendimento já consolidado na Súmula nº 608 do STJ: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

O CC é aplicável aos contratos de plano de saúde, inclusive, quando incide a lei consumerista, naquilo em que não houver incompatibilidade, ganhando relevo a recente alteração trazida pela Lei de Liberdade Econômica, Lei nº 13.874/2019, que instituiu a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica, estabelecendo normas de proteção à livre-iniciativa e ao livre exercício de atividade econômica e disposições sobre a atuação do Estado como agente normativo e regulador, observado o disposto nos arts. 1º, inciso IV, 170, parágrafo único, e 174 da CF. No que diz respeito aos negócios jurídicos, sofreram modificação os arts. 113 e 421, e inclusão do 421-A, o que deu ensejo a novos contornos aos critérios interpretativos dos contratos empresariais e civis, que conduzem à intervenção mínima e à excepcionalidade da revisão contratual

**27.** No mesmo sentido, o seguinte julgado: REsp nº 1102848-SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, Rel. p/ Acórdão Min. Massami Uyeda, Órgão Julgador 3ª T., j. 3/8/2010, DJe de 25/10/2010.

**28.** A Resolução Normativa nº 137, de 14/11/2006, dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

com ênfase na autonomia privada, a aplicação da boa-fé e da função social (art. 3º, inciso V, da Lei nº 13.874/2019).

Dessa forma, não pode o aplicador do Direito se afastar de toda essa normativa para decidir a questão em testilha, devendo considerar não só as alterações trazidas pela Lei de Liberdade Econômica acima referida, mas pela Lei nº 13.655/2018, que alterou a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (Lindb) e que diz respeito à interpretação de negócios jurídicos e o processo decisório dos órgãos administrativos e pelo Poder Judiciário.

Nesse contexto, cabe ainda ressaltar que a Lindb, regulamentada pelo Decreto nº 9.830/2019, também trata de interpretação e dispõe sobre as decisões de autoridades administrativas e judiciais, estabelecendo a necessidade de motivação, de forma a garantir maior segurança jurídica e evitar consequências ruins com determinadas decisões. Por isso, para decisões que interferem na validade de atos, contratos, ajustes e normas administrativas devem levar em consideração as consequências e serem motivadas (arts. 20 e 21), o que está em consonância com o disposto no art. 93, inciso IX, da CF e art. 489 do CPC. Além disso, a Lindb prevê a realização de consulta pública prévia para a manifestação dos interessados, em caso de edição, aplicação de normas pela autoridade pública (arts. 26, 29 e 30), o que confere maior legitimidade ao ato, da mesma forma que a norma processual civil, que, em seu art. 927, parágrafo único, prevê a consulta pública por meio de audiências para fins de alteração de tese jurídica adotada em enunciado de súmula ou em julgamento de casos repetitivos, com a participação de pessoas, órgãos ou entidades que possam contribuir para a rediscussão da tese.

Nesse mesmo sentido, a Lei de Liberdade Econômica, em seu art. 5º, estabeleceu a necessidade de a Administração Pública realizar a análise do impacto regulatório e econômico para propor edição e alteração de atos normativos de

interesses gerais, que conterà informações e dados sobre os possíveis efeitos do ato normativo para verificar a razoabilidade de sua repercussão econômica.<sup>29</sup>

## Os contratos de planos de saúde são fundados no modelo do mutualismo, que vem da área securitária.

As mudanças legislativas demonstram a preocupação do legislador com a fundamentação e os reflexos das decisões na realidade posta, e impõem uma análise consequencialista dos atos praticados pelas autoridades administrativas e pelo Poder Judiciário,<sup>30</sup> haja vista o seu impacto no meio social. Esse viés consequencialista<sup>31</sup> deve ser considerado no caso em apreço, uma vez que eventual decisão que afaste a validade da cláusula de reajuste por faixa etária nos contratos de planos coletivos de assistência à saúde, ou até mesmo que a mantêm, mas deixa ao arbítrio do Poder Judiciário fixar um índice de reajuste, como já ocorreu, acarretará uma desestruturação administrativa, com grande repercussão na sustentação econômica das operadoras de saúde e influência direta no setor da saúde suplementar. Isso porque, como já amplamente exposto, os contratos de planos de saúde são fundados no modelo do mutualismo, que vem da área securitária, e o não reajuste, que é calcado em uma base atuarial, implica a quebra das regras de atualidade dos planos de saúde, rompendo com o equilíbrio econômico-financeiro do contrato em prol de um único beneficiário e em detrimento do universo de beneficiários.<sup>32</sup>

29. A respeito do assunto: BINENBOJM, 2019, p. 223-230.

30. Cf. DRESCH, 2017, p. 122-126.

31. A respeito do tema, cabe a leitura: JUSTEN FILHO, 2018, p. 13-41; MENDONÇA, 2018, p. 43-61.

32. Cf. MELLO, 2012, p. 3-15.

Por isso, não há razão para considerar inválida a cláusula de reajuste por faixa etária nos contratos privados de plano coletivo de assistência à saúde.

#### **4 Conclusão**

A cláusula de reajuste por faixa etária deve ser interpretada à luz dos princípios contratuais, não só os clássicos, que estabelecem a liberdade de contratar, a autonomia, a obrigatoriedade dos contratos e a relatividade, mas o da dignidade da pessoa humana (igualdade e solidariedade), a boa-fé objetiva, a função social e o equilíbrio contratual, e todo arcabouço normativo-regulatório vigente.

Nos contratos de planos de saúde coletivos, de trato sucessivo e por prazo indeterminado, o valor da mensalidade é calculado com base em um complexo critério econômico-atuarial. É feito todo um cálculo considerando os custos dos serviços médico-hospitalares e odontológicos cobertos e utilizados pelos beneficiários, e os riscos envolvidos a fim de garantir o pagamento das despesas médicas de todos os contratantes que venham a necessitar dos serviços. E, por ser um contrato de longa duração, para que não haja desequilíbrio nas prestações/mensalidades, onerando uma das partes para além do pactuado, é que há a previsão da cláusula de reajuste. Pois o equilíbrio só se sustenta com o reajuste das mensalidades (anual e por faixa etária), o que encontra respaldo não somente na lei (Leis nº 9.656/1998 e nº 10.741/2003), mas também nas resoluções expedidas pelo setor de saúde suplementar (Resolução Consu nº 6/1998, RN nº 63/2003 e RN nº 441/2018 da ANS). Nessa seara, é importante compreender o sistema desenvolvido para o financiamento dos planos de saúde, que se dá na forma mutual, em regime de repartição simples, não havendo reservas financeiras específicas em nome de cada beneficiário. É, portanto, um sistema de solidariedade intergeracional: todos contribuem para

um fundo comum, administrado pela operadora, do qual serão obtidos os recursos para custeio das despesas médicas de todos os beneficiários.

Logo, a cobrança de mensalidades maiores se justifica pelo incremento natural dos riscos subjetivos e objetivos aos quais estão expostos, o que não viola o princípio da igualdade. Isso, por sua vez, não afasta um controle dos reajustes pelo órgão regulador ou a observância da boa-fé objetiva por ambas as partes envolvidas. Portanto, o aumento deve ser feito de forma razoável, fundamentada, sem abusividade, observados os critérios legais (arts. 14, 15 e 16, todos da Lei dos Planos de Saúde, e art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso) e regulatórios (art. 2º da Resolução nº 6/1998 do Consu e art. 3º da RN nº 63/2003 da ANS).

O contrato de assistência à saúde de plano coletivo tem seus efeitos não só para o grupo de beneficiários que ele contempla, mas reflete direta e indiretamente em toda a coletividade, haja vista a sua relevância social e econômica, que abrange milhares de pessoas que necessitam do serviço suplementar de saúde, até mesmo em razão da escassez do serviço público, propiciando maior acesso à saúde.

Por isso, a importância de uma análise consequencialista para a decisão judicial que enfrenta caso tão relevante e de ampla repercussão em observância aos novos paradigmas interpretativos trazidos pela Lei de Liberdade Econômica, quando não há relação de consumo e que conduzem à intervenção mínima e à excepcionalidade da revisão contratual, com ênfase na autonomia privada, na aplicação da boa-fé e da função social, e pela Lindb, que estabelece a necessidade de motivação, de forma a garantir maior segurança jurídica e evitar consequências ruins geradas por determinadas decisões, o que está em consonância com o art. 93, inciso IX, da CF e arts. 489 e 927, ambos do CPC. ■

**Bibliografia**

- AZEVEDO, Antonio Junqueira de. Princípios do Novo Direito Contratual e Desregulamentação do Mercado, Direito de Exclusividade nas Relações Contratuais de Fornecimento, Função Social do Contrato e Responsabilidade Aquiliana do Terceiro que contribuiu para Inadimplemento Contratual. *Revista dos Tribunais*, p. 113-120, abr. 1998.
- BENJAMIN, Antonio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. *Manual de direito do consumidor*. 6. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.
- BINENBOJM, Gustavo. ART. 5º - Análise de impacto regulatório. In: MARQUES NETO, Floriano Peixoto; RODRIGUES JR., Otavio Luiz; LEONARDO, Rodrigo Xavier (Coord.). *Comentários à Lei de Liberdade Econômica: Lei 13.874/2019*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. p. 223-230.
- BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde comentada artigo por artigo*. 3. ed. São Paulo: Forense, 2014.
- CANARIS, Claus-Wilhelm. *Pensamento Sistemático e Conceito de Sistema na Ciência do Direito*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.
- CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de direito do consumidor*. São Paulo: Atlas, 2008.
- DRESCH, Renato Luís. As medidas de otimização da judicialização: o Nat-jus e as Câmaras Técnicas. *Revista de Direito da Saúde Suplementar*, São Paulo: Quartier Latin, n. 1, p. 122-126, 2017.
- FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. *Curso de Direito de Saúde Suplementar*. Manual Jurídico de Planos e Seguros de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.
- GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da; MELO, Álvaro Andrade Antunes; GUSSEM, Marina de Almeida. Contratos de plano de saúde e os direitos do idoso. *Revista de Direito do Consumidor*, v. 98, p. 155-175, mar./abr. 2015.
- JUSTEN FILHO, Marçal. Art. 20 da LINDB: Dever de transparência, concretude e proporcionalidade nas decisões públicas. *Revista de Direito Administrativo, Edição Especial – Direito Público na Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro – LINDB (Lei nº 13.655/2018 (LGL/2018/3430))*, p. 13-41, nov. 2018.
- KATAOKA, Eduardo Takemi. A cláusula de reajuste por sinistralidade no contrato de plano de saúde coletivo: uma visão crítica. *Revista dos Tribunais*, v. 944, jun. 2014.
- KATAOKA, Eduardo Takemi. *A Coligação Contratual*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- LOPES, José Reinaldo de Lima. Consumidores de seguros e planos de saúde (ou, doente também tem direitos). In: MARQUES, Claudia Lima et al. (Org.). *Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.
- MARQUES, Claudia Lima. *Manual de Direito do Consumidor*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.
- MARQUES, Claudia Lima. Solidariedade na doença e na morte: sobre a necessidade de “ações afirmativas” em contratos de planos de saúde e de planos funerários frente ao consumidor idoso. *RTDC*, v. 8, p. 27, out./dez. 2001.
- MARTINS-COSTA, Judith. *A Boa-Fé no Direito Privado: critérios para a sua aplicação*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.
- MELLO, Marco Aurélio. Saúde Suplementar, Segurança Jurídica e Equilíbrio Econômico-Financeiro. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira; SILVA, Marcos Paulo Novais; LEITE, Francine (Org.). *Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos*. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 3-15.
- MENDONÇA, José Vicente Santos de. Art. 21 da LINDB: Indicando consequências e regularizando atos e negócios. *Revista de Direito Administrativo, Edição Especial – Direito Público na Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro – LINDB (Lei nº 13.655/2018 (LGL/2018/3430))*, p. 43-61, nov. 2018.
- NERY JUNIOR, Nelson. Diferenciação entre seguro individual e coletivo por adesão – legalidade da cláusula de reajuste. In: NERY JUNIOR, Nelson. *Soluções Práticas de Direito*, v. 2. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. p. 715-749.
- NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. *Código Civil comentado*. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. coment. 4 CC 458, p. 676.
- NUNES, Rizzatto. *Curso de direito do consumidor*. 12. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.
- PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. Relações jurídicas de consumo: Critérios interpretativos. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson (Org.). *Pensamento Crítico do Direito Civil Brasileiro*. v. 1. Curitiba: Juruá, 2011. p. 305-327.
- SCHMITT, Cristiano Heinerck. Cláusulas abusivas em contratos de planos e de seguros de assistência privada à saúde. *Revista de Direito do Consumidor*, v. 75, p. 214-246, jul./set. 2010.

## Bibliografia

SCHMITT, Cristiano Heineck. Reajustes em contratos de planos e de seguros de assistência privada à saúde. *Revista de Direito do Consumidor*, v. 60, p. 58-79, out./dez. 2006, DTR\2006\621.

SCHULMAN, Gabriel; KERTCHER, Aryelen. Reajustes por faixa etária em planos de saúde e a (im)possibilidade de reajuste após os 60 anos: problemas antigos na nova jurisprudência do STJ. In: BARLETTA, Fabiana Rodrigues; ALMEIDA, Vitor (Org.). *A tutela jurídica da pessoa idosa: melhor interesse, autonomia e vulnerabilidade e relações de consumo*. São Paulo: Foco, 2019. p. 289-302.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; KONDER, Carlos Nelson. Situações jurídicas dúplices: controvérsias na nebulosa fronteira entre patrimonialidade e extrapatrimonialidade. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson (Coord.). *Diálogos sobre Direito Civil*. v. 3. Rio de Janeiro: Renovar, 2011. p. 3-24.

TEPEDINO, Gustavo; SCHREIBER, Anderson. Os efeitos da Constituição em relação à cláusula da Boa-fé no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil. *Revista da Emerj*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 6, p. 139-151, 2003.

# A gestão pública da saúde e a Lei Complementar nº 141/2012.

## **Regis Fernandes de Oliveira**

Desembargador aposentado. Professor titular aposentado da USP. Ex-vice-prefeito de São Paulo. Ex-deputado federal. Advogado. Autor de 17 livros, dentre os quais obras de Direito, filosofia política e romances.

## **Sumário**

1. As necessidades públicas e as competências federativas
  2. A vida "líquida" de Zygmunt Bauman
  3. O art. 196 da Constituição Federal
  4. As políticas públicas sociais e econômicas na área de saúde
  5. A política de saúde e a Lei Complementar nº 141/2012. A universalidade, a igualdade e a gratuidade
  6. Os objetivos da lei complementar prevista no § 3º do art. 198 da Constituição Federal. A reavaliação periódica
  7. O que são "despesas" com ações e serviços públicos de saúde?
  8. Os recursos mínimos. O orçamento e a dominação
  9. Do Fundo Nacional de Saúde
  10. Da aplicação dos recursos
  11. Das paixões. A corrupção
  12. Da finitude dos recursos e da infinitude das necessidades
  13. Das providências administrativas
  14. Transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle. Manipulação de resultados e de audiências. Cooperação técnica
  15. Das sanções
  16. Observações finais
- Bibliografia