

DAS LIMITAÇÕES LEGAIS AOS REAJUSTES EM CONTRATOS DE PLANOS DE SEGURO E ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE

Cladimir Baggio

Pós-graduado em Direito Civil - Faculdade Meridional - IMED

cladimir.baggio@dalagnol.com.br

Resumo. *O presente artigo tem por escopo fazer uma breve análise acerca das limitações no que tange aos reajustes nos planos de seguro e assistência privada à saúde, demonstrando em quais circunstâncias são admitidos e quando poderão ser considerados abusivos. O assunto é extremamente relevante tendo em vista o aumento vertiginoso de usuários que, inseguros quanto ao atendimento prestado pelo poder público, através do Sistema Único de Saúde, acabam aderindo aos planos privados e, comumente, são surpreendidos por aumentos abusivos e injustificados. A relevância acentua-se tendo em vista que, em sua grande maioria, os usuários são consumidores frágeis e hipossuficientes diante de poderosas corporações que atuam no mercado. Ademais, justifica-se, também, por interesse pessoal e profissional, tendo em vista a pertinência do assunto para os que litigam na área consumerista. Quanto ao método, o trabalho se desenvolverá através da pesquisa bibliográfica legislativa, doutrinária e jurisprudencial pertinente.*

Palavras-chave: *Assistência privada à saúde. Reajustes. Limitações.*

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição de República Federativa do Brasil, em 1988, houve uma evolução sensível no que tange aos direitos e garantias. Dentre esses direitos, o direito à saúde surge como direito subjetivo oponível ao Estado.

Importante ressaltar que, apesar da evolução, a nossa constituição, no que tange à saúde, é uma constituição social, programática. Por assim ser, sabe-se das limitações que essa escolha impõe.

Conforme Fragata (2008), esse modelo constitucional leva a grandes dificuldades no que tange a sua aplicabilidade, pois as constituições, ditas liberais, possibilitam maiores facilidades na implementação de suas metas, tendo em vista que existe uma interferência mínima do Estado, e seu objetivo maior é garantir a liberdade dos cidadãos. Essa influência mínima baseia-se na crença da regulação espontânea da sociedade. De outro lado, as constituições sociais, como a nossa, que tem como valor maior a igualdade entre os cidadãos, exigem inúmeras ações governamentais para corrigir o desequilíbrio existente na sociedade.

No mesmo sentido aduz Bolson (2003), afirmando que nossa constituição optou por seguir o modelo das constituições ibéricas da década de setenta, onde predominava o modelo intervencionista em que o texto da carta magna, além de trazer um extenso rol de liberdades e garantias individuais, reconhecia, também, os direitos de segunda e terceira geração que a autora denominou de *welfare state tropical*, sob a justificativa de que embora os preceitos da carta maior não tenham sido efetivamente implementados, não significaria que ela seja inválida.

Isso significa dizer que embora a nossa constituição possa ser considerada extremamente protetiva e mesmo que muitos de seus preceitos não tenham se efetivado, não significa que não devam ser observados.

Sob esse ponto de vista, andou bem o legislador constitucional, ao dedicar uma seção específica para abordar o direito à saúde, onde o artigo 196, de grande relevância, impõe ao Estado o dever de garantir saúde a toda população, assegurando aos cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Portanto, conforme a previsão Constitucional, pode-se dizer que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, cabendo a este a zelar pela sua implementação pelo tratamento indistinto à qualquer cidadão.

Por sua vez, o art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil classifica as ações e serviços de saúde como sendo de relevância pública, e, ainda, dispõe a respeito da possibilidade de sua execução ser feita diretamente pelo Poder Público ou, sob sua fiscalização e controle, pela iniciativa privada no sentido de propiciar um sistema de saúde eficiente e acessível a toda sociedade.

Entretanto, diante das dificuldades impostas para a efetivação das previsões constitucionais quanto à prestação integralmente por meio do Sistema Único de Saúde, e do reconhecimento, pelo próprio Estado, da fragilidade e da impossibilidade de um sistema de saúde eficiente, gratuito e disponível a todos, optou, o legislador constituinte, em possibilitar assistência à saúde por meio da iniciativa privada, conforme dispõe o art. 199 da constituição Federal.

Tal norma prevê que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, possibilitando aduzindo que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Assim, acerca da implementação e evolução dos planos de saúde no Brasil, convém trazer a lição de Amanda Flávio Oliveira (2004), no sentido de que os planos de saúde tiveram desenvolvimento a partir da década de 70, sendo fruto da insatisfação e insegurança com o serviço público de saúde. Esses fatores desencadearam um aumento expressivo no número de contratações.

Assim, apesar de não ser uma novidade, a utilização dos serviços privados passou a ser mais atuante após a previsão constitucional, sendo que, após esse período, houve a implementação de inúmeras operadoras que passaram a ofertar assistência por meio de planos e seguros privados de saúde. A expansão deste mercado foi muito rápida.

Diante do crescimento vertiginoso da procura pelos planos e seguros privados de saúde, houve a necessidade de regulamentação. Assim foi criada a lei nº 9.656/98, que em seu art. 1º, caput, estabelece: “Art. 1º. Submetem-se às disposições desta lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas [...]”

Diante disso, verifica-se que não se trata de uma questão recente. A necessidade e a efetiva adesão aos planos privados têm origem de longa data, e, desde então, os usuários sempre estiveram em situação de fragilidade.

Ainda nesse sentido, prossegue Amanda Flávio de Oliveira (2004) ressaltando que não existe, verdadeiramente, por parte do usuário dos serviços, uma opção quanto à contratação sendo, a vinculação aos contratos de plano de saúde, uma necessidade diante ineficácia e precariedade do sistema público de saúde.

Ressalta-se, ainda, que a expectativa do consumidor em poder pactuar livremente restou frustrada, pois passou a deparar-se com contratos de planos e seguros saúde em que não havia possibilidade de negociação sendo, na maioria dos casos, contratos de adesão contendo cláusulas genéricas de exclusão e permissivos de aumentos de mensalidades sem critérios definidos.

Ainda conforme Oliveira (2004), uma das saídas foi buscar salva-guardas no Código de Defesa do Consumidor que buscou complementar e reforçar a lei 9.656/98, que tratava especificamente sobre a regulação, mas que por ter sofrido inúmeras emendas, teria sua eficácia comprometida.

Assim, veio a lei com o escopo de regulamentar e coibir os abusos por parte das operadoras. Assegurando aos usuários, em grande parte, hipossuficientes diante das corporações que atuam no setor, um meio protetivo.

Cabe ressaltar, também, que o Código de Defesa do Consumidor veio complementar a proteção aos consumidores de serviços de saúde, principalmente nos casos de cláusulas abusivas presentes nos contratos.

Diante disso, é possível vislumbrar que a possibilidade de exploração dos serviços de saúde pela iniciativa privada é um atestado de que o Sistema Único de Saúde ainda atua com precariedade e está longe de ser confiável. Contudo, o Estado busca proporcionar mecanismos para fiscalizar e coibir os abusos e, para tanto, existem diversos institutos disponíveis.

Entretanto, apesar de discorrer em breves linhas sobre a evolução e os mecanismos de proteção aos usuários de serviços de saúde, o objetivo do presente trabalho é abordar efetivamente a questão referente aos reajustes nos contratos de planos e de seguros de assistência privada à saúde, principalmente no que diz respeito às hipóteses e limitações nos reajustes, conforme se verá a seguir..

2. DAS LIMITAÇÕES LEGAIS AOS REAJUSTES NOS CONTRATOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Além dos mecanismos citados, existe um órgão específico, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão vinculado ao Ministério da saúde, e que é responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam assistência suplementar à saúde. Foi criada pela lei 9.961/2000, e, além das demais incumbências, é a responsável pelo controle dos reajustes de mensalidade nos contratos correspondentes. Esse controle tem uma motivação, conforme Cristiano Heineck Schmitt (2008) a razão para tal controle decorre de que os contratos de planos de saúde, em sua maioria, são celebrados por pessoas físicas, hipossuficientes diante do poder das operadoras.

Ainda acerca do controle no que tange aos reajustes das mensalidades, que tratamos no presente trabalho, Schmitt (2008) elenca as seguintes possibilidades para reajuste dos planos regidos pela lei 9.656/98: “pela necessidade de atualização da mensalidade decorrente da variação de custos assistenciais; pela mudança de faixa etária do consumidor e em decorrência de uma reavaliação do plano, designada como “revisão técnica”.

Ressalta o autor, ainda, que é possível que um determinado contrato apresente, num mesmo período, aumentos derivados de reajuste por variação de custos, variação de faixa etária e por revisão técnica. No entanto, em qualquer caso de aumento, as operadoras têm que informar no boleto de cobrança o valor, em percentual e o a espécie de aumento que está sendo aplicado àquela mensalidade.

2.1 Reajustes por motivo de variação de custos assistenciais

Com relação aos contratos de planos e seguros de assistência privada à saúde, é importante diferenciar os ajustados com pessoa física que, conforme Schmitt (2008), são aqueles conhecidos como individuais ou familiares, dentre os quais se incluem também aqueles contratados diretamente pelo indivíduo por meio de autogestões não patrocinadas, porém, financiadas com recursos exclusivamente do contratante-consumidor.

Por sua vez, segue o autor aduzindo que os contratos coletivos são aqueles celebrados com pessoa jurídica e que tem regras próprias de reajuste por variação de custos, que deverão, também, estar previstas no instrumento do contrato.

Cuidaremos de ambas as situações no momento oportuno, cabendo, inicialmente, tratar do reajuste nos planos contratados por pessoa física.

2.1.1 Reajustes nas mensalidades de planos contratados por pessoa física

No caso dos reajustes por motivo de variação de custos nos contratos celebrados por pessoas físicas, o índice é indicado pela ANS com base na majoração média praticada, conforme leciona Schmitt (2008) este aumento pela variação de custo é o permissivo para o reajuste anula, presumindo-se que tenha ocorrido aumento dos insumos pelos prestadores de serviços e conveniados.

Ainda a cerca dos reajustes, o autor leciona que esse entendimento é válido para a totalidade dos planos contratados por pessoas físicas que estão sob à égide da Lei 9.656/98, sendo que este aumento sempre deverá obedecer ao índice determinado pela ANS e só poderá ser aplicado, no máximo, uma vez ao ano, da mesma forma que os reajustes em geral, ressaltando-se que as operadoras só poderão aplicar o reajuste após avaliação e autorização expressa da ANS, e dependendo da operadora o índice poderá ser inferior ao índice estipulado para as demais.

No que tange ao índice aplicado pela ANS, este é obtido a partir de avaliação da agência, levando em conta a média dos reajustes praticados em planos coletivos. Ressalvando-se que os contratos não adaptados à lei 9.656/98, ficam submetidos, teoricamente, aos índices acordados pelas partes. (2008, p. 271).

Assim, diante do exposto, importante vislumbrar que, apesar de muitos desconhecem, existem limitações aos reajustes dos planos de saúde e que esses reajustes, após a vigência da lei 9.656/98, são determinados e fiscalizados pela ANS, devendo ocorrer uma vez ao ano, tão somente, e será calculado com base nos reajustes médio dos planos coletivos. Ademais, cabe ressaltar, também, que os contratos ajustados anteriormente à lei 9.656/98 não estão totalmente desprotegidos. Apesar de não ser reajustado com base no índice de reajuste por variação de custo indicado pela ANS, havendo onerosidade excessiva, o contrato estará sob a proteção do Código de Defesa do Consumidor, art. 6º e art. 51, § 1º, inc. III.

2.1.2 Reajuste de mensalidade nos planos contratados por pessoa jurídica

Os contratos celebrados entre pessoas jurídicas e as operadoras de planos e seguros de saúde são conhecidos como contratos coletivos tendo parâmetros diferenciados de reajustes conforme lição de Schmitt (2008) estes contratos têm regras próprias de reajustes e devem estar previstas no contrato. Contudo, ressalta tais reajustes devem, obrigatoriamente, ser informados à ANS, que, embora de forma mais amena, também fiscaliza tais planos.

Dessa forma, importante diferenciar os planos coletivos dos individuais, apresentam relevantes diferenças quando trata-se da forma de reajuste. Importante salientar que existem subdivisões nos planos coletivos. Conforme Schmitt (2008), os planos subdividem-se em planos sem patrocinador e planos com patrocinador. Assim, os planos sem patrocinador são aqueles contratos em que a contraprestação é paga, na sua totalidade, pelo beneficiário e diretamente à operadora. Assim, é o caso de uma empresa, pessoa jurídica, que agrega os beneficiários do plano, mas que não se obriga pelo pagamento, ficando estes a cargo de cada usuário isoladamente. Por sua vez, os planos com patrocinador são aqueles contratos em que as contraprestações são pagas, total ou parcialmente, pela pessoa jurídica contratante, que se obriga e conserva a responsabilidade de pagamento perante a operadora.

Conforme se observou, nos planos coletivos, prevalece as estipulações contratuais, cabendo a ANS apenas a função de fiscalizar.

Importando destacar que nos planos coletivos sem patrocinador, adaptados à lei 9.656/98, há obrigatoriedade de solicitação de índice de reajuste à ANS, tendo em vista que se trata de financiamento exclusivo com recursos dos beneficiários pessoas físicas.

2.2 Reajustes por mudança de faixa etária

Com relação aos reajustes dos planos de saúde, sem dúvida, um dos pontos mais controvertidos é a dos reajustes por mudança de faixa etária. Isto ocorre em virtude do entendimento de que a utilização varia de acordo com a faixa etária do beneficiário.

Entretanto, em virtude de suas peculiaridades, esse critério de reajustes é, sem dúvida, o que enseja maiores dificuldades. Várias situações deverão ser levadas em conta para determinar qual seja o critério a ser aplicado. Assim, conforme critérios definidos pela ANS, no sentido de que existem regras para aumento que obedecem à lei 9.656/98 que vige desde 2 de janeiro de 1999, enquanto outras devem obedecer às previsões contidas no Estatuto do Idoso que está em vigência desde 1º de janeiro de 2004.

Dessa forma, necessário observar três situações que irão influenciar no reajuste por mudança de faixa etária, quais sejam: a) contrato ajustado antes de 2 de janeiro de 1999; b) contrato ajustado entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004; c) contrato ajustado após 1ª de janeiro de 2004.

Assim, a fim de vislumbrar os critérios de maneira mais profícua, necessária a análise individualizada de cada um deles.

2.2.1. Contrato assinado antes de 2 de janeiro de 2004

Nos planos anteriores à lei 9.656/98, a regra é que se deve cumprir o que consta no contrato celebrado entre as partes. Contudo na basta apenas isso, é necessário que sejam observados alguns critérios, conforme lição de Schmitt (2008), deve-se observar, em princípio, o que consta no contrato, atentando para o caso de eventuais abusos que afrontem os princípios gerais de direito. Dependendo da data de celebração, incidirá, também, o CDC, até porque a relação entre operadora e usuário pode ser nitidamente enquadrada como relação de consumo.

Com relação aos contratos celebrados antes da lei nº 9.656/98, é uma situação que gera extrema polêmica. Contudo, a insigne Cláudia Lima Marques (2003) aponta como solução o “diálogo das fontes”, lecionando que apesar de ser polêmica à aplicação da lei 9656/98 aos

contratos anteriores, uma interpretação do próprio CDC, tornaria possível a sua aplicabilidade, estabelecendo o que a autora chama de “diálogo de fontes”.

Assim, conforme a autora, a *ratio legis* é, pois, de incorporar os 'direitos' assegurados nas leis especiais, e não os deveres, os ônus, ou o retroceder na interpretação judicial já alcançada apenas com a lista de direitos assegurados pelo CDC.

Alerta ainda que se a lei nova quisesse revogar qualquer direito previsto no CDC, deveria fazê-lo de maneira expressa, algo que, como se percebe, não ocorreu. Pelo contrário, a lei previu a aplicabilidade conjunta de ambas as leis.

Portanto, diante disso é forçoso concluir que os consumidores que antes da vigência da lei 9.656/98 estavam amparados apenas pelo CDC passaram a sê-los também pela atual legislação sem afastar a aplicabilidade do diploma consumerista.

Destarte, vislumbrou-se que a lei 9.656/98 veio acrescer, complementar a proteção ao consumidor, sendo, contudo, inaplicável aos contratos anteriores à sua publicação. Ressaltando-se, contudo, que para esses deve-se observar o contrato e nos casos abusivos dever-se-à aplicar o Código de Defesa do Consumidor.

2.2.2 Contrato assinado entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004

No que tange aos contratos assinados entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004, além dos contratos adaptados à Lei 9.656/98, as faixas etárias e os percentuais de variação deverão estar expressos no instrumento contratual, devendo observar a determinação contida na Resolução 6 de 04/11/1998, do CONSU, afirma, em seu Art. 1º, Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados a assistência à saúde, observando-se o máximo de 07 (sete) faixas, conforme discriminação seguinte: I - 0 (zero) a 17 (dezessete) anos de idade; II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade; III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade; IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade; V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade; VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade; VII- 70 (setenta) anos de idade ou mais.

Portanto, os contratos celebrados após 2 de janeiro de 1999 deverão observar a disposição da lei 9.656/98 e os critérios determinados pela Resolução nº 6, do CONSU.

Entretanto, com relação à aplicação da Lei 9.656/98, serão necessárias algumas considerações.

Inicialmente, a questão dos reajustes era estipulada pelo art. 15 da Lei 9.656/98, que tinha a seguinte redação:

Contudo, conforme Schmitt (2008) a Lei 9.656/98, teve inúmeros dispositivos alterados sucessivamente por medidas provisórias que, por não serem convertidas em lei, eram continuamente reeditadas. Importante ressaltar que a mudança mais significativa foi a proporcionada pela Medida Provisória 2.177- 44/2001, em que foi incluído o art. 35 – E que disciplinava pormenorizadamente as hipóteses de reajuste. Contudo, ainda na lição do autor, o art. 35 – E, teve sua vigência suspensa em razão de uma medida cautelar concedida pelo Supremo Tribunal Federal, na ADIn 1.931-8, uma vez que esta corte considerou que o referido dispositivo normativo invocava a retroatividade da Lei 9.656/98 a contratos anteriores a sua vigência, o que ia de encontro à proteção constitucional do ato jurídico perfeito.

Assim, feitos esses esclarecimentos é de ressaltar que segue válida a regra contida atualmente no art. 15 da Lei 9.656/98.

Vejamos a redação: Art.15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º o art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Importante destacar que além das regras do art. 15 da Lei 9.656/98, os contratos são regidos igualmente pelo Código de Defesa do Consumidor, o qual, segundo art. 35 – G da Lei, tem aplicação subsidiária aos mencionados tipos negociais, conforme lição de Cláudia Lima Marques (2003, p.212) “há que se travar verdadeiro “diálogo de fontes” entre a Lei 9.656/98 e o Código de Defesa do Consumidor, de forma que a aplicação de ambos ao caso concreto seja cumulativa e complementar”.

Assim, conforme exposto, vislumbrou-se como devem ser aplicados os reajustes aos planos de saúde em que o contrato fora celebrado entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004, ou seja, a partir do momento em que passou a vigem a Lei 9.656/98 até o momento em que entrou em vigor o Estatuto do Idoso.

2.2.3 Contrato assinado ou adaptado depois de 1º de janeiro de 2004

Nos contratos assinados ou adaptados após 1º de janeiro de 2004, surge a seguinte particularidade, dever-se-á observar as determinações estabelecidas pelo estatuto do idoso. Assim, Nos contratos assinados ou adaptados depois de 1º de janeiro de 2004, o número de faixas etárias aumentou de sete para dez, visando atender a determinação do estatuto do idoso (Lei 10.741/2003), que, pelo §3º do seu art. 15, veda a variação por mudança de faixa etária nos contratos de consumidores com idade acima de 60 anos.

Insta salientar que a resolução normativa 63, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, ainda, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos). A resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Portanto, observa-se que além das previsões contratuais, os contratos celebrados após a vigência do Estatuto do idoso deverão observar as limitações ali contidas além de trazer, obrigatoriamente no contrato, as faixas etárias.

Com isso, vislumbraram-se as possibilidades e os limites de reajustes dos planos de saúde quando o critério é a mudança de faixa etária.

2.3 Reajustes decorrentes de revisão técnica

O reajuste decorrente de revisão técnica é uma das possibilidades para o reajuste da mensalidade dos planos e seguros privados de saúde. No entanto, cabe lembrar que é uma hipótese excepcional, que somente vai ser utilizada quando efetivamente houver algo que mereça ser adequado.

Com relação ao assunto, Schmitt (2008) leciona que a “revisão técnica” somente poderá ocorrer em situações excepcionais por tratar-se de um procedimento que poderá ser necessário para eliminar ou corrigir algum desequilíbrio em determinado plano de saúde.

Prossegue afirmando que esse reajuste, no caso, vai incidir por força de aumentos excepcionais, que serão repassados ao consumidor, após designada uma revisão técnica quando motivadamente tiver ocorrido, por exemplo, elevação repentina e imprevisível de insumos, procedimentos médico-hospitalares, exames etc., de utilização frequente e que poderiam, eventualmente, comprometer a estrutura e a solvência da operadora caso fosse suportado integralmente por ela. (2008, p. 279)

Contudo, a revisão técnica não poderá ocorrer a qualquer momento e sem que haja uma justificativa. Tanto é que somente ocorrerá se houver autorização por parte da ANS. Devendo a operadora cumprir estritamente as regras determinadas pela própria ANS, tais como oferecer ao consumidor pelos menos duas opções de planos aprovadas pela ANS, possibilitando à operadora o reequilíbrio do plano, assegurando que uma das opções não seja o aumento da mensalidade.

Conforme Schmitt (2008), pode a ANS exigir da operadora a assinatura de um “termo de compromisso”, onde esta assuma o compromisso de atingir metas estipuladas pela própria agência, apresentando relatórios periódicos acerca da sua gestão.

Dessa forma, observa-se que os planos não podem aumentar a seu bel-prazer. Deverão observar as diretrizes fixadas pela ANS. Cabe lembrar, ainda, que nesse caso não se trata de um aumento imotivado, tampouco naquelas situações em que aumenta excessivamente o uso por parte dos consumidores. O aumento do uso do plano por si só não poderá ser invocado a fim de permitir aumento da mensalidade.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, foi possível demonstrar que, apesar de não ocorrer uma divulgação adequada, os planos e seguros de assistência privada à saúde possuem limitações no que diz respeito aos reajustes nas mensalidades.

Observou-se, basicamente, que são 3 as hipóteses permitidas para a aplicação de reajuste em contratos dessa espécie, que são: reajuste pela necessidade decorrente de variação de custos assistenciais; reajuste pela mudança de faixa etária do consumidor; e reajuste em razão de revisão técnica, sendo influenciados, em alguns casos, pela data da celebração do contrato.

Importante salientar que, conforme se afirmou, houve alterações constantes na legislação pertinente, Lei 9.656/98, e, não bastasse isso, a decisão do Supremo Tribunal Federal, ainda que em caráter provisório, na ADIn 1.931-8, acabou por tornar ainda mais complexa a sistemática da regulação dos planos de saúde no Brasil. Pode-se dizer que, enquanto não julgada em definitivo a referida ADIn, muitos casos restarão pendentes, sendo resolvidos de forma aleatória pelas instâncias inferiores, principalmente no que tange à aplicabilidade da Lei 9.656/98 aos contratos anteriores à sua vigência.

Ademais, tarefa difícil é chegar a um consenso quanto aos limites de reajuste por variação de custos nos contratos anteriores à Lei 9.656/98. Para isso, importante passo seria determinar de forma clara e definitiva se há ou não competência da ANS para fixação do respectivo percentual e quais seriam os requisitos a serem observados.

Entretanto, diante da inexistência de legislação expressa para o caso concreto, recorrer-se-à ao “diálogo das fontes” conforme preconizado pela insigne Cláudia Lima Marques, onde aplicar-se-ia conjuntamente e de forma complementar o CDC e a Lei 9.656/98, como meio de

evitar que o consumidor seja exposto à onerosidade excessiva quando dos reajustes nos planos de assistência privada à saúde.

4 REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em: 3 ago. 2011.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 4 ago. 2011.

BRASIL. Resolução nº 6 CONSU, de 04 de novembro de 1998. Disponível em: <<http://www.procon.sp.gov.br/texto.asp?id=401>>. Acesso em: 9 ago. 2011.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44 de 24 de agosto de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 ago. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm>. Acesso em: 4 ago. 2011.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 4 ago. 2011.

BRASIL. Resolução normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=748>. Acesso em: 12 ago. 2011.

BOLSON, Simone Hegele. O princípio da dignidade da pessoa humana, relações de consumo e o dano moral ao consumidor. **Revista de Direito do Consumidor**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, v. 47, julho/setembro-2003.

FRAGATA, Mariângela Sarrubbo. A Saúde na Constituição Federal e o contexto para recepção da lei 9.656/98. In: MARQUES, Cláudia Lima ; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 177-185.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição**. São Paulo: RT, 1995.

MARQUES, Cláudia Lima ; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Saúde e responsabilidade : seguros e planos de assistência privada à saúde**. 2. Ed. São Paulo: RT, 1999.

MARQUES, Cláudia Lima ; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008.

_____. 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. **Sarlet, Ingo (org.). Constituição, direitos fundamentais e direito privado.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Regulamentação dos planos de saúde e proteção da pessoa humana. **Revista de Direito do Consumidor**, nº 51, p. 101-111, jul.-set. 2004.

PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista.** Passo Fundo: UPF, 2003.

SCHMITT, Cristiano Heineck. Reajustes em contratos de planos e de seguros de assistência privada à saúde. In: MARQUES, Cláudia Lima ; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde.** São Paulo: RT, 2008. p. 267-297.

SILVEIRA, Célia Ricotta. **A regulamentação dos planos e seguros de saúde.** São Paulo: Tempos Modernos. 1999.