

*Coleção*

**USO PROFISSIONAL**

*Organizadores*

**Leonardo Garcia  
Alessandro Dantas  
Roberval Rocha**

**JOSIANE ARAÚJO GOMES**

# **LEI DOS PLANOS DE SAÚDE**

**DOCTRINA E JURISPRUDÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO PROFISSIONAL**

**7ª edição**

*revista, ampliada  
e atualizada*

**2025**

 **EDITORA**  
*Jus*PODIVM  
[www.editorajuspodivm.com.br](http://www.editorajuspodivm.com.br)

## LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

**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 e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

► **Conceito de Saúde.** Em 1946, a Organização Mundial da Saúde, no preâmbulo de sua Constituição, conceituou saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. ► **Crítica:** “No entanto, há de se registrar que a conceituação de saúde formulada pela OMS não satisfaz, tendo em vista que o conceito não é operacional devido a expressão ‘bem-estar’ ser de cunho altamente subjetivo, sendo de difícil quantificação. A implementação desse direito social depende muitas vezes de políticas e verbas públicas suficientes para o completo bem-estar físico, social e mental. O conceito de bem-estar ora formulado é irreal, pois visa a uma perfeição inatingível que não se adapta à realidade fática, afinal o perfeito bem-estar é um objetivo a ser alcançado de acordo com a evolução da sociedade e da tecnologia”. (BAHIA, Cláudio José Amaral; ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. A justiciabilidade do direito fundamental à saúde: concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. *In: Revista dos Tribunais*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, ano 99, v. 892, fev./2010, p. 37/85, p. 60/61).

► **Saúde. Abrangência.** A saúde traduz-se no direito a uma vida plena, fruto da conjuntura social, econômica, política e cultural em que cada pessoa está inserida. Assim, não pode ser compreendida apenas em seu sentido biológico, por ser um fenômeno essencialmente humano, ou seja, é determinada pela infinidade de fatores que influenciam a vida de uma pessoa, seja de ordem natural – biologia, genética –; ambiental – moradia, poluição –; social – relações familiares, trabalho –; cultural e, inclusive, religiosa. Desse modo, corresponde ao produto do convívio harmônico da pessoa com o seu entorno social, cultural e religioso, sendo que referido equilíbrio – que se traduz na plenitude física e psíquica do indivíduo, bem como na sensação de satisfação consigo mesmo e com os outros –, confere a cada pessoa os instrumentos e meios para atender, de modo adequado e efetivo, às exigências e desafios apresentados pelo meio social.

◆ **Promoção da Saúde. Carta da Ottawa (1986).** “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e

pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”.

► **Saúde na Constituição Federal. Fundamentalidade formal.** O direito à saúde encontra-se consagrado na Constituição Federal de 1988, em seu Título II, o qual dispõe acerca dos Direitos e Garantias Fundamentais, especificamente em seu art. 6º, que qualifica a saúde como direito social. Diante disso, no Título VIII, que dispõe sobre a Ordem Social, a Carta Magna dedica, dentro do Capítulo da Seguridade Social, seção exclusiva à saúde (arts. 196 a 200), reconhecendo-a como direito que deve ser prestado/assegurado a todos que dela necessitem, em igualdade de condições e, ainda, como dever do Estado, ao qual cabe a obrigação de agir e prestar os serviços necessários para a sua efetivação. Por isso, prevê a Constituição a imposição da promoção, pelos Poderes Públicos, de políticas socioeconômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196); a alusão da regulamentação, fiscalização e controle dos serviços de saúde ao legislador ordinário (art. 197); a criação e fixação de diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (art. 198); e o estabelecimento de atribuições do SUS em caráter exemplificativo (art. 200).

► **Direito à saúde. Fundamentalidade Material.** A fundamentalidade material do direito à saúde é decorrência direta de dois outros direitos fundamentais, os quais representam a base axiológica de todo o ordenamento jurídico: a dignidade da pessoa humana e o direito à vida. Com relação à dignidade da pessoa humana, tem-se que constitui valor intrínseco da pessoa – ser único e racional, capaz de se guiar, autonomamente, por suas próprias leis –, superior a qualquer preço que queiram lhe fixar, e, assim, sendo a saúde condição de bem-estar da pessoa nas suas diferentes funções – físicas, mentais, afetivas e sociais – a concretização do direito à saúde é medida que se impõe para que se atinja uma vida digna, ou seja, não há dignidade sem saúde, a qual é, portanto, valor fundamental reconhecido universalmente. Já com relação ao direito à vida, tem-se que a vida constitui pressuposto lógico para a existência dos direitos da personalidade, ou seja, condição *sine qua non* para o exercício de todos os direitos e, por isso, envolve o direito à preservação tanto dos atributos físico-psíquico, quanto dos atributos espiritual-morais da pessoa humana; por consequência, a previsão da inviolabilidade do direito à vida no art. 5º, *caput*, da CF/1988, significa, em contrapartida, a necessidade de promoção da saúde, uma vez que se tem por inconciliável a proteção da vida sem a atuação, de forma equivalente, com relação à saúde.

■ **No mesmo sentido.** “(...); O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQUÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. – O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. – O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera insti-

tucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQUENTE. – O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. (...)” (STF. RE 393175 AgR, Rel. Min. Celso de Mello, Segunda Turma, julgado em 12/12/2006, DJ 02-02-2007 PP-00140 EMENT VOL-02262-08 PP-01524).

► **No mesmo sentido.** “Em que pese a inequívoca relevância das posições jurídico-fundamentais ora referidas, é no âmbito do direito à saúde, igualmente integrante do sistema de proteção da seguridade social (juntamente com a previdência e a assistência social), que se manifesta de forma mais contundente a vinculação do seu objeto (prestações materiais na esfera da assistência médica, hospitalar, etc.), com o direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana. Com efeito, a despeito do reconhecimento de certos efeitos decorrentes da dignidade da pessoa humana mesmo após a sua morte, o fato é que a dignidade é, essencialmente, uma qualidade inerente à pessoa humana viva, mais precisamente, expressão e condição da própria humanidade da pessoa. A vida (e o direito à vida) assume, no âmbito desta perspectiva, a condição de verdadeiro direito a ter direitos, constituindo, além disso, pré-condição da própria dignidade da pessoa humana. Para além da vinculação com o direito à vida, o direito à saúde (aqui considerado num sentido amplo) encontra-se umbilicalmente atrelado à proteção da integridade física (corporal e psicológica) do ser humano, igualmente posições jurídicas de fundamentalidade indiscutível”. (SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 9. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 343).

■ **Direito à saúde como direito social.** O Ministro Celso de Mello, em seu voto proferido quando do julgamento da STA 175-AgR/CE (acórdão proferido em 17/03/2010, sendo Relator o Ministro Gilmar Mendes), assim se manifestou sobre o caráter social do direito à saúde, *in verbis*: “O alto significado social e o irrecusável valor constitucional de que se reveste o direito à saúde não podem ser menosprezados pelo Estado, sob pena de grave e injusta frustração de um inafastável compromisso constitucional, que tem, no aparelho estatal, o seu precípuo destinatário. O objetivo perseguido pelo legislador constituinte, em tema de proteção ao direito à saúde, traduz meta cuja não-realização qualificar-se-á como uma censurável situação de inconstitucionalidade por omissão imputável ao Poder Público, ainda mais se se tiver presente que a Lei Fundamental da República delineou, nessa matéria, um nítido programa a ser (necessariamente) implementado mediante adoção de políticas públicas consequentes e responsáveis. (...) Tratando-se de típico direito de prestação positiva, que se subsume ao conceito de liberdade real ou concreta, a proteção à saúde – que compreende todas as prerrogativas, individuais ou coletivas, referidas na Constituição da República (notadamente em seu art. 196)

– tem por fundamento regra constitucional cuja densidade normativa não permite que, em torno da efetiva realização de tal comando, o Poder Público disponha de um amplo espaço de discricionariedade que lhe enseje maior grau de liberdade de conformação, e de cujo exercício possa resultar, paradoxalmente, com base em simples alegação de mera conveniência e/ou oportunidade, a nulificação mesma dessa prerrogativa essencial. (...). Na realidade, o cumprimento do dever político-constitucional consagrado no art. 196 da Lei Fundamental do Estado, consistente na obrigação de assegurar, a todos, a proteção à saúde, representa fator, que, associado a um imperativo de solidariedade social, impõe-se ao Poder Público, qualquer que seja a dimensão institucional em que atue no plano de nossa organização federativa. (...). Tal como pude enfatizar em decisão por mim proferida no exercício da Presidência do Supremo Tribunal Federal, em contexto assemelhado ao da presente causa (Pet 1.246/SC), entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde – que se qualifica como direito subjetivo inalienável a todos assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, *caput*, e art. 196) – ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo, uma vez configurado esse dilema, que razões de ordem ético-jurídica impõem, ao julgador, uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas. (...) Cumpre não perder de perspectiva, por isso mesmo, que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível, assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro (JOSÉ CRETELLA JÚNIOR, “Comentários à Constituição de 1988”, vol. VIII/4332-4334, item n. 181, 1993, Forense Universitária) – não pode convertê-la em promessa constitucional incosequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. Nesse contexto, incide, sobre o Poder Público, a gravíssima obrigação de tornar efetivas as ações e prestações de saúde, incumbindo-lhe promover, em favor das pessoas e das comunidades, medidas – preventivas e de recuperação –, que, fundadas em políticas públicas idôneas, tenham por finalidade viabilizar e dar concreção ao que prescreve, em seu art. 196, a Constituição da República (...). O sentido de fundamentalidade do direito à saúde – que representa, no contexto da evolução histórica dos direitos básicos da pessoa humana, uma das expressões mais relevantes das liberdades reais ou concretas – impõe, ao Poder Público, um dever de prestação positiva que somente se terá por cumprido, pelas instâncias governamentais, quando estas adotarem providências destinadas a promover, em plenitude, a satisfação efetiva da determinação ordenada pelo texto constitucional. (...). Cumpre assinalar que a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse, como prestações de relevância pública, as ações e serviços de saúde (CF, art. 197), em ordem a legitimar a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário naquelas hipóteses em que os órgãos estatais, anormalmente, deixassem de respeitar o mandamento constitucional, frustrando-lhe, arbitrariamente, a eficácia jurídico-social, seja por intolerável omissão, seja por qualquer outra inaceitável

modalidade de comportamento governamental desviante. Tenho para mim, desse modo, presente tal contexto, que o Estado não poderá demitir-se do mandato constitucional, juridicamente vinculante, que lhe foi outorgado pelo art. 196, da Constituição, e que representa – como anteriormente já acentuado – fator de limitação da discricionariedade político-administrativa do Poder Público, cujas opções, tratando-se de proteção à saúde, não podem ser exercidas de modo a comprometer, com apoio em juízo de simples conveniência ou de mera oportunidade, a eficácia desse direito básico de índole social. (...)”.

► **Multifuncionalidade dos direitos sociais.** “Como um enorme contingente de cidadãos, em qualquer país, não é capaz de, por seus próprios meios, aceder àqueles bens, acaba-se muitas vezes por ressaltar demasiadamente uma das dimensões de eficácia dos direitos sociais: a que diz respeito ao dever que pesa sobre o Estado de fornecer prestações fáticas aos indivíduos. [...] Impende destacar, contudo, que tal característica não exaure todas as dimensões normativas dos direitos sociais, de modo que uma adequada compreensão exige a investigação de todos os demais âmbitos de eficácia em que eles se desdobram. Portanto, além de imporem deveres positivos de prestações fáticas materiais (dever de promoção), os direitos sociais também geram ao Estado os deveres de respeitá-los e protegê-los. Certo é que todos esses deveres não surgem concomitantemente em qualquer situação. Cada circunstância, em um dado contexto histórico de desenvolvimento econômico e tecnológico da sociedade, demandará uma eficácia específica do direito social. O direito à saúde é capaz de ilustrar essa situação. Um cidadão brasileiro que dispõe de plano de saúde e que nunca utilizou o Sistema Único de Saúde (SUS) poderia até desejar que o Estado lhe provesse todos os tratamentos e medicamentos de que precisa. Contudo, como ele já desfruta de uma boa cobertura privada contra moléstias que lhe ataquem a integridade física, sem que isso lhe onere de maneira significativa, é plausível que lhe releve especialmente a dimensão negativa desse direito social – ou seja, que ao menos o Estado se abstenha de intervir arbitrariamente sobre as suas escolhas individuais, por exemplo, em relação aos médicos que pretende consultar. Por outro lado, ocorrendo uma repentina epidemia de gripe aviária, situação em que a quantidade de vacinas se mostre insuficiente para atender a toda a população, este mesmo indivíduo pode passar a exigir que o Estado adote as medidas necessárias para que seja viabilizado o acesso universal à vacina. Diferentemente, um cidadão cuja renda familiar seja de dois salários mínimos certamente terá mais realçada, em sua esfera jurídica, a dimensão prestacional do direito à saúde, haja vista sua completa incapacidade de aceder por seus próprios meios aos mais simples tratamentos médicos. Esse panorama apresentado, apesar da certa trivialidade, é fonte de frequentes equívocos, não só em relação aos direitos sociais, mas também em relação aos direitos de liberdade – como se estes possuíssem apenas uma dimensão negativa, de modo que seriam de aplicabilidade plena, já que exigiriam somente que o Estado se abstivesse de intervenções indevidas. Portanto, para se delinear uma compreensão adequada do regime jurídico dos direitos sociais, e do direito à saúde em específico, é essencial ter claro o caráter multifuncional e complexo que possuem. Nesse sentido, a contraposição entre direitos sociais e de liberdade, como se fossem detentores de regimes jurídicos abissalmente diversos, muitas vezes decorre da incompreensão da complexidade inerente aos direitos fundamentais de modo geral”. (PIVETTA,

Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. (livro eletrônico). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014).

► **Multifuncionalidade do direito à saúde.** “O direito à saúde, nesse compasso, assegura aos cidadãos feixes de posições jusfundamentais, que se manifestam na forma de direitos de defesa e de direitos a prestações, embora seja possível nele identificar uma função predominantemente prestacional, sobretudo em países que possuem baixo nível de desenvolvimento socioeconômico. Atuando enquanto direito de defesa, o direito à saúde impõe que o Estado e outros particulares se abstenham de intervir indevidamente no âmbito de liberdade pessoal relacionada à saúde do indivíduo. Por exemplo, não se admite que o Estado obrigue um cidadão, portador do vírus HIV, a realizar um tratamento medicamentoso tradicional. Este mesmo indivíduo goza de autonomia para definir qual orientação médica utilizará para tratar sua doença. Igualmente, como direito de defesa, o direito à saúde assegura que nenhum médico decida arbitrariamente, por exemplo, qual procedimento cirúrgico será adotado em um paciente que tenha pleno domínio de suas faculdades mentais. Ainda, um cidadão adepto da religião Testemunhas de Jeová pode se recusar a receber transfusão de sangue, desde que haja manifestação expressa de sua vontade. Funcionando como direito a prestações, o direito à saúde determina que o Poder Público adote condutas positivas, de natureza fática e normativa. A função de direito a prestações em sentido amplo impõe que sejam adotadas medidas protetivas (direitos de proteção) e que sejam instituídos procedimentos e organizações aptos à tutela do cidadão (direitos à participação na organização e no procedimento). As primeiras se expressam na obrigação de que o Estado estruture mecanismos que protejam a esfera individual e coletiva dos cidadãos, como é o caso da atuação da vigilância sanitária, voltada à coibição de condutas que possam gerar danos à saúde pública. Da mesma forma, o Poder Público deve editar normas (prestações normativas) de utilização da propriedade urbana que obriguem, por exemplo, o proprietário de terreno baldio a mantê-lo limpo, de modo a evitar a proliferação de transmissores de doenças. Por outro lado, o Estado deve estruturar organizações e procedimentos que viabilizem a proteção e promoção do direito à saúde. Ainda, tais organizações e procedimentos devem estar abertos à possibilidade de participação dos indivíduos, que poderão participar do processo de formação da vontade estatal. Neste ponto específico, anote-se que a própria CF/1988 estabeleceu, em seu art. 198, que as ações e serviços de saúde conformarão um sistema único – o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como uma de suas diretrizes justamente a participação da comunidade (art. 198, III). Não basta, portanto, reconhecer formalmente o direito à saúde como direito fundamental. Deve-se, igualmente, assegurar a existência de uma organização, adequadamente estruturada, que esteja apta a suprir as demandas da população. Igualmente, devem ser estabelecidos procedimentos que permitam ao indivíduo a reclamação das tutelas necessárias ao respeito, proteção e promoção de sua saúde. Finalmente, o direito à saúde também se desdobra em direitos a prestações em sentido estrito, que se caracterizam pelas mais diversas atuações positivas do Estado, de natureza fática, voltadas a garantir ao cidadão o acesso aos bens e serviços de saúde. Surgem, por conseguinte, diversos deveres estatais, como o de construção de hospitais públicos, o de manutenção de condições dignas de atendimento nos postos de saúde, de fornecimento de medicamentos àqueles que não podem

aceder a eles por seus próprios meios, dentre diversos outros”. (PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. (livro eletrônico). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014).

■ **Observação. Testemunhas de Jeová. Direito de recusa a procedimento que envolva transfusão de sangue.** STF. O Supremo Tribunal Federal, ao apreciar os Temas nº 952 e 1.069 da repercussão geral em julgamento realizado em 25/09/2024, fixou teses no sentido de que a liberdade religiosa de uma pessoa pode justificar o custeio de tratamento de saúde diferenciado pelo poder público. Com efeito, por unanimidade, o STF decidiu que Testemunhas de Jeová, adultas e capazes, têm o direito de recusar procedimento médico que envolva transfusão de sangue, bem como que o Estado tem a obrigação de oferecer procedimentos alternativos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que seja necessário recorrer a estabelecimentos em outras localidades. A tese do Tema nº 952 (RE 979742) ficou assim redigida: “1. Testemunhas de Jeová, quando maiores e capazes, têm o direito de recusar procedimento médico que envolva transfusão de sangue, com base na autonomia individual e na liberdade religiosa. 2. Como consequência, em respeito ao direito à vida e à saúde, fazem jus aos procedimentos alternativos disponíveis no Sistema Único de Saúde - SUS, podendo, se necessário, recorrer a tratamento fora de seu domicílio”. Já a tese do Tema nº 1.069 possui a seguinte redação: “1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde, por motivos religiosos. A recusa a tratamento de saúde, por razões religiosas, é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade. 2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente”.

► **Plano de Saúde na Constituição Federal.** O desenvolvimento da saúde privada está expressamente permitido no art. 199, da Constituição Federal de 1988, cujo *caput* dispõe que: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Dessa forma, o setor de saúde suplementar – o qual engloba todos os prestadores de serviços privados de assistência à saúde, que possuem por objetivo a obtenção de lucro com o exercício da atividade, mediante o recebimento de contraprestação pelos serviços prestados – é recepcionada pelo texto constitucional, devendo encontrar em seus ditames as diretrizes para o seu desenvolvimento e aprimoramento.

► **Fundamentalidade do direito à saúde e os Planos de Saúde.** “Destarte, ao tema contratos de saúde os artigos 197 e 199 da Constituição Federal têm proeminência. Enquanto o primeiro dispositivo destaca a relevância pública dos serviços e ações de saúde, o segundo possibilita a iniciativa privada atuar na prestação de serviços desse direito fundamental. Ademais, tanto o parágrafo primeiro do art. 199 da Constituição Federal quanto o § 2º do art. 4º da Lei 8.080/90 estabelecem que essa atuação se dá de forma complementar, ao passo que a Lei Federal 9.961/00 ao criar a respectiva agência reguladora alçou-a de Agência Nacional de Saúde ‘Suplementar’. As duas expressões (suplementar e complementar) têm sido utilizadas na contrafação hermenêutica de limitar os deveres das operadoras de saúde, especialmente ao argumento de que as obrigações pactuais seriam de natureza supletiva (residual) ao serviço único de saúde e, por conseguinte, as

respectivas responsabilidades decorreriam simplesmente do rol constante no respectivo contrato de adesão, onde unicamente vontade do predisponente atua. Em outras palavras, a restrição na interpretação da locução constitucional impediria a escorreita integração dos contratos de saúde. Parece evidente que as aposições na Constituição Federal das expressões ‘relevância pública’ (art. 197), ‘complementar’ (art. 199) e ‘suplementar’ (Lei Federal 9.961/00) forcejam a remessa do intérprete a *conceitos jurídicos indeterminados de ordem valorativa* carentes de preenchimento pela ética e que sucumbidos ao exercício exegético apontam prevalência dos interesses humanitários do consumidor expressados em contrato frente aos inerentes riscos que são próprios das operadoras de saúde. Tanto assim, que os atendimentos levados a efeito pelo SUS aos pacientes protegidos por contratos de saúde podem ser cobrados na forma disposta no art. 32 da Lei Federal 9.656/98. Por isso, a ‘relevância pública’ da saúde somente pode ser interpretada extensivamente, sob pena de minorar as potências da pessoa humana. Gize-se, em conclusão, que não existem para o ordenamento jurídico dois tipos de saúde: uma pública e outra privada. O conceito jurídico de saúde é unívoco. E neste caso, mesmo que possa haver divergência de efeitos da seara pública ou da atividade privada quanto à prestação de serviço de saúde, a interpretação básica a ser realizada deve partir da circunstância jurídica da saúde (nível de satisfação e integridade psicofísica do utente). Por fim, em consequência ao reconhecimento do direito à saúde como “direito fundamental social” também em face das operadoras de saúde podem ser pleiteadas garantias em forma de justiciabilidade como injunções aptas a limitar a “ameaça horizontal” à intangibilidade da pessoa humana, galvanizando ampla incidência desses interesses fundamentais na relação jurídica privada concretizadora do contrato de prestação de serviços de saúde”. (MARTINS, Fernando Rodrigues. Estatuto constitucional da pessoa e a gênese de direitos inderrogáveis: vida, saúde e morte digna nos contratos privados de prestação de serviços. *In: Revista de Direito do Consumidor*. vol. 127/2020, Jan-Fev/2020, p. 143-170).

◆ **Atuação complementar ao SUS.** O § 1º, do art. 199, prevê 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, a modalidade de atuação complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) constitui apenas uma das hipóteses possíveis de atuação do setor privado na área de assistência à saúde, a qual será formalizada mediante contrato ou convênio, sendo observadas, a respeito, as normas de direito público. Por decorrência, com exclusão dessa hipótese, a atuação dos entes privados na área da saúde não é de parceria ou complementação, mas sim de concorrência com o serviço público de saúde.

◆ **Vedações no ramo da saúde suplementar.** O § 2º, do art. 199, veda a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e, por sua vez, o § 3º desse mesmo dispositivo, veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

► **Principal antecedente normativo dos Planos de Saúde.** Em 1966, foi editado o Decreto-Lei nº 73, responsável por regular as operações de seguros e resseguros e instituir o seguro-saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar (arts. 129

a 135). Por meio desse Decreto-Lei, foi criada a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), bem como o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), este último responsável pela edição da Resolução nº 11/1976, que regulamentava, de forma incipiente, o seguro-saúde, haja vista disciplinar apenas o reembolso das despesas médico-hospitalares.

► **Regulamentação dos planos de saúde pós CF/88. Ausência normativa.** A atuação do legislador sobre o tema específico da saúde suplementar, em momento imediato à promulgação da Constituição Federal de 1988, se limitou à inserção de título específico acerca “Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde” na Lei nº 8.080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990. Os sete dispositivos (arts. 20 a 26) que compõem referido título tratam apenas do funcionamento dos serviços privados de assistência à saúde e da participação complementar da iniciativa privada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), não fazendo qualquer menção quanto à regulação e à fiscalização dos serviços prestados pelas operadoras, ou mesmo quanto à forma e ao conteúdo dos contratos de plano de saúde.

► **Plano de Saúde e CDC.** Diante da ausência de legislação específica, a norma que se tornou o marco legislativo de regulação dos contratos de assistência privada à saúde e de proteção dos seus usuários face à atuação das operadoras, logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, é o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), que entrou em vigor em março de 1991. ***Sobre a caracterização do contrato de plano de saúde como relação de consumo, ver art. 35-G, infra.***

► **Publicação da Lei nº 9.656/98 e Medidas Provisórias.** A Lei nº 9.656 foi sancionada em 03 de junho de 1998. Contudo, no dia seguinte, foi alvo de sua primeira alteração, promovida pela Medida Provisória nº 1665, de 04 de junho de 1998. Referida Medida Provisória foi reeditada 44 vezes, sendo que algumas reedições receberam nova numeração – nº 1730, 1801, 1908, 2097 –, estando atualmente em vigor a Medida Provisória nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001. Ressalte-se que, de acordo com o art. 2º da Emenda Constitucional nº 32/01, a Medida Provisória nº 2177-44 vigorará por prazo indeterminado, até que Medida Provisória ulterior a revogue explicitamente ou até deliberação definitiva do Congresso Nacional.

◆ **Alteração da redação do art. 1º, caput, da Lei nº 9.656/98. Aplicabilidade simultânea do CDC.** A Lei nº 14.454, de 21/09/2022, alterou a redação do art. 1º, caput, da Lei nº 9.656/98, para prever que a incidência da Lei dos Planos de Saúde se dá “simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor)”. Ou seja, com referida alteração, há o reconhecimento da incidência simultânea das regras e princípios do Código de Defesa do Consumidor aos planos de assistência privada à saúde, superando, assim, a aplicação subsidiária prevista em seu art. 35-G – “Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990”. Ressalte-se, ainda, a 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”.

■ **Plano de saúde. Competência legislativa. União. Inconstitucionalidade de Lei Estadual.** “Direito constitucional. Ação direta de inconstitucionalidade. Lei estadual que dispõe sobre as obrigações dos planos de saúde em relação às pessoas com deficiência. 1. Ação direta de inconstitucionalidade contra a Lei estadual nº 11.816, de 27 de junho de 2022, do Estado do Mato Grosso, que busca definir os

tratamentos e intervenções terapêuticas a serem ofertados obrigatoriamente às pessoas com deficiência. 2. Ao interferir diretamente na relação jurídica entre as operadoras de planos de saúde e os usuários, a lei local viola a divisão constitucional de competências federativas, por adentrar em matéria de direito civil (CF/1988, art. 22, I) e de política de seguros (CF/1988, art. 22, VII). O conteúdo em questão deve ser normatizado privativamente pela União, considerado o caráter nacional da atividade regulada. Precedentes. 3. Ação direta conhecida e pedido julgado procedente. Tese de julgamento: É inconstitucional, por violação à competência da União para legislar sobre direito civil e seguros (CF/1988, art. 22, I e VII), lei estadual que estabelece obrigações contratuais para operadoras de planos de saúde”. (STF. ADI 7208, Rel. Roberto Barroso. Tribunal Pleno. Julgado em 27/03/2023. Publicado em 20/04/2023).

■ **No mesmo sentido.** “Direito Constitucional. Ação Direta De Inconstitucionalidade. Lei Estadual Que Amplia As Formas De Pagamento Dos Planos Privados De Assistência À Saúde E Odontológica. Competência Privativa Da União. 1. Ação direta de inconstitucionalidade contra a Lei nº 9.444/2021, do Estado do Rio de Janeiro, que amplia as formas de pagamento dos planos privados de assistência à saúde e odontológica, sob pena de multa. 2. O Supremo Tribunal Federal possui entendimento de que lei estadual ou municipal que altera as obrigações contratuais entre planos de saúde e seus usuários configura usurpação da competência privativa da União para legislar sobre direito civil, comercial e política de seguros (art. 22, I e VII, CF). Precedentes. 3. Pedido julgado procedente para declarar a inconstitucionalidade da Lei nº 9.444/2021, do Estado do Rio de Janeiro, por violação ao art. 22, I e VII, da CF. Fixação da seguinte tese de julgamento: “É inconstitucional lei estadual que amplia as formas de pagamento dos planos privados de assistência à saúde, individuais ou coletivos, por violação à competência privativa da União para legislar sobre a matéria”. (STF. ADI 7023, Rel. Roberto Barroso. Tribunal Pleno. Julgado em 22/02/2023. Publicado em 02/03/2023).

■ **No mesmo sentido.** “AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI 8.880/2023 DO ESTADO DE ALAGOAS. PLANO DE SAÚDE. EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS POR NUTRICIONISTA. COBERTURA OBRIGATORIA. COMPETÊNCIA PRIVATIVA DA UNIÃO PARA LEGISLAR SOBRE DIREITO CIVIL E POLÍTICA DE SEGUROS (ARTIGO 22, INCISOS I E VII, CRFB). PRECEDENTE ESPECÍFICO DO PLENÁRIO. AÇÃO CONHECIDA E PEDIDO JULGADO PROCEDENTE. 1. O Supremo Tribunal Federal definiu interpretação jurídica no sentido da inconstitucionalidade de lei estadual que impõe, às operadoras de plano de saúde, a cobertura de exames solicitados por nutricionista, por usurpação da competência privativa da União para legislar sobre direito civil e política de seguros (artigo 22, incisos I e VII, CRFB). Precedente específico: ADI 7.376, rel. Min. Gilmar Mendes, Tribunal Pleno, DJe de 2/10/2023. 2. In casu, cuidando-se de norma semelhante àquela já declarada inconstitucional pelo Plenário, cabe a estrita aplicação do precedente específico mencionado, mercê da imperiosa observância dos princípios da segurança jurídica, da igualdade e da eficiência na administração da justiça. 3. Ação direta conhecida e pedido julgado procedente, para declarar a inconstitucionalidade da Lei 8.880/2023, do Estado de Alagoas”. (ADI 7552, Rel. Luiz Fux, Tribunal Pleno, julgado em 12-08-2024, Publicado em 16-10-2024).

I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

► **Conceito de Plano de Saúde.** O contrato de assistência privada à saúde consiste em negócio jurídico de prestação de serviços, por prazo indeterminado, de nítida natureza securitária – haja vista que somente são exigidos, pelos beneficiários, caso venham a necessitar de algum exame/tratamento médico, ou seja, dependem de evento aleatório –, por meio do qual, em face do pagamento de prestação mensal, em regra, pelo cliente/beneficiário, a operadora se obriga a garantir o tratamento da saúde daquele, sempre que necessário.

► **Abrangência dos planos de saúde.** Na redação original da Lei nº 9.656/98 foi mantida a distinção, até então existente, entre planos e seguros privados de assistência à saúde. Com a edição da Medida Provisória nº 1976-22/00, é abolida a distinção entre plano e seguro de saúde – mantida pela Medida Provisória nº 2177-44/01, atualmente em vigor –, passando a Lei nº 9.656/98 a prever apenas um produto: os planos de saúde. Assim, na atual redação do art. 1º, inciso I, a expressão “Plano Privado de Assistência à Saúde” abrange tanto a modalidade de “seguro de saúde” quanto o modelo de “plano de saúde em sentido estrito”. Logo, se a operadora contratada for uma seguradora, ao usuário será facultada a livre escolha dos profissionais e/ou dos estabelecimentos de saúde que irão lhe prestar o atendimento médico-hospitalar que necessitar, e, em contrapartida, a operadora terá que lhe reembolsar pelos custos e despesas assistenciais efetuados. Lado outro, se o fornecedor dos serviços médico-hospitalares for operadora constituída sob a forma de “medicina de grupo”, “cooperativa médica”, ou “entidade de autogestão”, haverá a figura jurídica conhecida comumente como plano de saúde.

► **Seguradoras especializadas em seguro saúde.** A Lei nº 10.185/01 – obtida pela conversão da Medida Provisória nº 2.122-2/01 –, determina que as sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1º, inciso I e § 1º, da Lei nº 9.656/98, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. Ademais, dispõe, em seu art. 2º, que para efeito da Lei nº 9.656/98 e da Lei nº 9.961/00, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde. Dessa forma, considerando a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e, por decorrência, a sua submissão às normas e à fiscalização da Agência Nacio-

nal de Saúde Suplementar (ANS), bem como à disciplina emanada do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), é possível afirmar que os arts. 129 a 135, do Decreto-Lei nº 73/66, foram tacitamente revogados pela Lei nº 10.185/01.

► **Contrato de Plano de Saúde e Contrato de Seguro. Semelhanças.** “Os planos de saúde, mesmo que se considerem diferentes de contratos de seguro, são muito próximos a eles e funcionam de forma semelhante. Uma empresa que ofereça planos de saúde é uma organização que constitui um fundo comum, cuja distribuição se faz por meio de contratos individualizados ou por meio de grupos constituídos. Logo, o que está em jogo em primeiro lugar é a constituição destes fundos e sua distribuição. Ao contrário de uma empresa comercial comum, a empresa de saúde não oferece à venda mercadorias a um público que tem para com ela relações episódicas. As relações não one-shot, como diz de modo feliz a expressão inglesa. (...) Uma seguradora ou uma administradora de planos de saúde em primeiro lugar deve ser percebida como uma intermediária e uma gestora. Trata-se de gerir recursos captados do público em geral. Ao lado do aspecto financeiro que a atividade adquire, sua função é nitidamente distributiva, ou seja, alocar a cada segurado ou participante do plano, segundo as cláusulas de adesão ao fundo, parte suficiente da receita capaz de cobrir os riscos contratados. Isto dá ao seguro o caráter de mutualidade (...)”. (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, p. 31-32).

■ **Contrato de seguro saúde. Natureza diversa do contrato de plano de saúde. Legitimidade da cláusula de reembolso.** “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO SAÚDE INTERNACIONAL. CLÁUSULA DE REEMBOLSO. AUSÊNCIA DE ABUSIVIDADE. É DA NATUREZA DO CONTRATO DE SEGURO SAÚDE QUE O SEGURADO ARQUE COM OS CUSTOS RELATIVOS AOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS, PARA SER REEMBOLSADO EM OUTRO MOMENTO PELA SEGURADORA. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO. MANUTENÇÃO DO ACÓRDÃO RECORRIDO. RECURSO DESPROVIDO. 1. A controvérsia instaurada no presente recurso consiste em saber se caracteriza dano moral a recusa da seguradora em arcar diretamente com os custos do procedimento médico utilizado pelo segurado no exterior, havendo o pagamento apenas mediante reembolso quando retornou ao Brasil. 2. Ao contrário do contrato de plano de saúde, em que há a disponibilização de uma rede de atendimento médico, contando com laboratórios, clínicas, profissionais, dentre outros, no seguro saúde, o segurado fica livre para escolher o profissional ou a instituição médica que desejar, devendo, posteriormente, solicitar o reembolso das despesas médicas realizadas. Assim, embora os dois contratos tenham o mesmo objetivo, isto é, o de fornecer assistência médico-hospitalar, é da natureza do contrato de seguro saúde que o segurado arque com os custos relativos aos serviços médicos prestados, para ser reembolsado em outro momento pela seguradora, inexistindo qualquer abusividade nesse procedimento, diferente do que ocorre com o plano de saúde, em que não se exige o desembolso de valores pelo segurado no momento do

atendimento. 3. No caso dos autos, conforme consignado no acórdão recorrido, todos os requerimentos solicitados pelo autor no exterior foram devidamente atendidos pela seguradora, seja mediante pagamento direto à clínica utilizada, seja por meio do reembolso das faturas apresentadas quando retornou ao Brasil, não se evidenciando qualquer conduta que ensejasse a ocorrência de dano moral. 4. Recurso especial desprovido”. (STJ). REsp 1895009/SP, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 01/12/2020, DJe 15/12/2020).

► **Contrato de Plano de Saúde. Questionamento quanto à sua natureza aleatória.** “Sob o ponto de vista externo, o sistema de saúde suplementar está em crise, já que o modelo securitário adotado para os contratos de planos de saúde não é suficientemente apto a regular os interesses envolvidos. Uma das causas desse problema é a natureza jurídica do serviço de saúde suplementar, que não é mais, de modo absoluto, a de contrato aleatório, mas, sim, de contrato comutativo, em que a pessoa inevitavelmente usará os serviços, desde um simples resfriado até acidentes graves ou doenças que surgem com o passar do tempo. Dessa forma, a álea, nos contratos de planos de saúde, cuja natureza é similar à da condição, caminha para se transformar em termo incerto, pois já se sabe que o usuário demandará o serviço. Em outras palavras, trata-se de uma questão de tempo, não de probabilidade. Além disso, enquanto nos demais contratos de seguro, o segurado não deseja que o sinistro ocorra, razão pela qual procura livrar-se ou reduzir ao máximo seus efeitos por meio da cobertura securitária, ocorre o oposto no caso dos planos de saúde: as pessoas querem a cobertura pela operadora – equivalente ao pagamento de indenização – independentemente da ocorrência do sinistro. Por exemplo, quem solicita consulta médica ou exames não está necessariamente doente, apenas busca informação sobre seu estado geral de saúde” (TOMASEVICIUS FILHO, Eduardo. *Contratos de planos de saúde: um jogo de “soma zero”*. In: *Revista de Direito Civil Contemporâneo*. vol. 28. ano 8. p. 199-215. São Paulo: Ed. RT, jul./set. 2021).

► **Contrato de Plano de Saúde. Contrato de Adesão.** Conceitua-se contrato de adesão como aquele em que um contratante – o estipulante – impõe o conteúdo contratual ao outro, a quem caberá apenas decidir entre aderir ou não ao pacto que lhe é imposto. No âmbito consumerista, Marques conceitua contrato de adesão como “aquele cujas cláusulas são preestabelecidas unilateralmente pelo parceiro contratual economicamente mais forte (fornecedor), *ne varietu*, isto é, sem que o outro parceiro (consumidor) possa discutir ou modificar substancialmente o conteúdo do contrato escrito” (MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais*. 6. ed., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 76). Diante disso, verifica-se que os contratos de plano de saúde se enquadram na modalidade de contrato de adesão, pois, regra geral, a operadora – que assume a qualidade de proponente – estipula, unilateralmente, o texto contratual, sendo que o usuário apenas detém a opção de aderir ou não ao texto proposto. Vale dizer, as contratações de plano de saúde se exteriorizam a partir de uma proposta pré-estabelecida ofertada ao público, na qual se acha inserido conjunto de cláusulas e disposições determinadas unilateralmente, pela operadora do plano, em que constarão os limites de atendimento, a forma de pagamento do preço, o prazo contratual, os períodos de carência etc. Por-

tanto, o usuário/aderente fica à mercê da discricionariedade da operadora/proponente, na medida em que seu comportamento se restringe à simples escolha entre aderir ou não ao contrato que lhe é ofertado.

► **Contrato de Plano de Saúde. Contrato cativo de longa duração.** Por contratos cativos de longa duração entendem-se os negócios jurídicos complexos de longa duração, em que uma cadeia de fornecedores organizados entre si assume a obrigação de fornecer serviços que assegurem, ao consumidor e à sua família, os bens mínimos para a existência digna durante toda a sua vida, instituindo verdadeira situação de catividade destes com relação à contratação. Assim, tendo em vista que os contratos de plano de saúde têm por objeto a prestação de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos, os quais são essenciais para a preservação e recuperação da saúde, verifica-se que os usuários se tornam totalmente dependentes desses pactos, os quais são mantidos por vários e vários anos, quiçá, por toda a vida, em inquestionável posição de submissão contratual.

► **Conceito de contrato cativo de longa duração.** A denominação “contratos cativos de longa duração” é atribuída por Cláudia Lima Marques aos contratos que se enquadram na seguinte caracterização: “Trata-se de serviços que prometem segurança e qualidade, serviços cuja prestação é descontínua, de fazer e não fazer, de informar e não prejudicar, de prometer e cumprir, de manter sempre o vínculo contratual e o usuário cativo. São serviços contínuos e não mais imediatos, serviços complexos e geralmente prestados por fornecedores indiretos, ‘fornecedores-terceiros’, aqueles que realmente realizam o ‘objetivo’ do contrato – daí a grande importância da noção de cadeia ou organização interna de fornecedores e sua solidariedade. O contrato é de longa duração, de execução sucessiva e protraída, trazendo em si expectativas outras que os contratos de execução imediata. Esses contratos baseiam-se mais na confiança, no convívio reiterado, na manutenção do potencial econômico e da qualidade dos serviços, pois trazem implícita a expectativa de mudanças nas condições sociais, econômicas e legais da sociedade nestes vários anos de relação contratual. A satisfação da finalidade perseguida pelo consumidor (por exemplo, futura assistência médica para si e sua família) depende da continuação da relação jurídica fonte de obrigações. A capacidade de adaptação, de cooperação entre contratantes, de continuação da relação contratual é aqui essencial, básica”. (MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais*. 6. ed., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 104).

► **Catividade ou dependência do consumidor.** A principal característica dos contratos cativos de longa duração que, somada ao modo de contratação por adesão, submete a parte aderente da relação à posição de inferioridade contratual, é a catividade ou dependência do consumidor. De fato, nesses contratos de trato sucessivo “a relação é movida pela busca de uma segurança, pela busca de uma futura prestação, de um *status* ou de determinada qualidade nos serviços, o que reduz o consumidor a uma posição de ‘cativo-cliente’ do fornecedor e de seu grupo de colaboradores ou agentes econômicos” (MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das rela-*

ções contratuais. 6. ed., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 105). Assim, após anos de convivência contratual, em que o usuário de plano de saúde pagou rigorosamente todas as mensalidades, de modo a garantir o seu futuro atendimento médico-hospitalar, não mais lhe interessa desvencilhar-se do contrato, o que ocasiona a sua submissão contratual. Dessa forma, verifica-se a necessidade de que se tenha o controle do conteúdo dos contratos de planos de saúde, de modo a viabilizar a concretização do objetivo contratual pelo equilíbrio dos interesses dos contratantes. Tal controle se dá, principalmente, pela previsão legislativa de requisitos mínimos a serem observados na elaboração das cláusulas contratuais – o que pode ser visto no art. 16, da Lei nº 9.656/98, e na Resolução Normativa nº 503/2022 –, restringindo, assim, a liberdade contratual da parte estipulante, qual seja, a operadora de plano de saúde.

► **Estipulação de preços. Custos operacionais.** “Custos operacionais são todas as despesas realizadas pelas operadoras de planos e seguros de saúde para a consecução do quanto previsto em sede contratual, contabilizadas num período, dando origem ao cálculo atuarial que integrará a planilha a ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme preconizado nas resoluções administrativas já mencionadas. A variação dos custos operacionais dependerá da segmentação de assistência (ambulatorial, hospitalar, etc), do tipo de contratação (individual, familiar, etc), do âmbito geográfico de cobertura e alguns de outros dados atuariais, a exemplo do tipo de rede de prestadores de serviços, se própria ou terceirizada. Cada operadora apresenta uma realidade diferenciada e, portanto, os custos ou as despesas relativas às atividades contratadas pelo público irão variar de acordo com a estrutura existente” (SILVA, Joseane Suzart Lopes de. *Planos de saúde e boa-fé objetiva: uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos*. 2. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Juspodivm, 2010, p. 408).

► **Fundo comum. Definição.** “A operadora de plano de assistência à saúde é responsável pela manutenção de um fundo comum. Ao distribuir os riscos a todos os beneficiários, a operadora de plano de assistência à saúde coleta de cada um o valor correspondente a sua cota, sendo que aquela manterá esse fundo e será responsável pelo pagamento dos eventos subsequentes. O fundo é formado pelos pagamentos mensais, ou contraprestações mensais, realizadas por cada um dos consumidores pagantes. Para que haja viabilidade de sua manutenção, deve haver também equilíbrio entre as prestações pagas e os serviços cobertos. Esse fundo é comum, portanto, pertence a todos os contratantes e não à operadora, mas será gerenciado por esta para custear as despesas de assistência médica, hospitalar e odontológica de todos os participantes. A operadora de plano de assistência à saúde faz papel de intermediária, além de realizar a gestão dos recursos, sendo responsável pela adequada distribuição e utilização dos recursos do fundo, de modo a cobrir os gastos e adimplir com as obrigações, sem colocar em risco a mutualidade do sistema. A solidariedade do grupo ou mutualidade viabiliza a manutenção do fundo e a cobertura de todos os gastos a preços mais acessíveis”. (CORDEIRO, Carolina Souza; SANTANA, Hector Valverde. Dano moral decorrente de inadimplemento contratual de plano privado de assistência à saúde. *In: Revista de Direito do Consumidor*, vol. 80/2011, out.-dez./2011, p. 213 -234, DTR\2011\5140).

► **Judicialização da saúde privada. Problemática relativa ao equilíbrio financeiro do contrato.** “O acolhimento de pleitos acerca da saúde suplementar sempre envolverá a distribuição de recursos finitos, não se podendo ignorar que a escassez é problema econômico fundamental, estudado desde lições de economia básica e incidente em todas as atividades econômicas. Enquanto em linha de princípio os desejos se revelam ilimitados, os recursos nas atividades mostram-se necessariamente restritos, devendo ser bem utilizados e de forma eficiente, ainda mais no âmbito do essencial setor da saúde, com exame sistêmico de custo-efetividade e oportunidade, em visão abrangente que, por óbvio, não pode limitar-se aos interesses das partes em litígio. [...] Não se pode conceber que seja questionado o direito ao acesso ao Judiciário. Também não se ignora que o indeferimento indevido de pretensão de tutela na área da saúde venha a ser fatal ou afetar a própria dignidade humana. Contudo, o acolhimento indiscriminado dos pedidos, como se os planos e seguros privados de saúde pudessem ser viáveis na concepção ‘do tudo para todos’, enseja severo desequilíbrio econômico-financeiro em contrato ao qual estão vinculados outros consumidores que contribuem para o mesmo fundo pecuniário, circunstância que, por seu turno, tende a ensejar ciclo vicioso, incentivando novos litígios para alcançar coberturas que não estão ao dispor da coletividade envolvida, em violação à segurança jurídica e à isonomia. Assim posta a questão, em linha de princípio, além de não contemplar o interesse público e o direito fundamental social à saúde, é ilegítima intervenção judicial mediante a qual se imponha cobertura que desborde do pactuado e das regras cogentes legais e infralegais integrantes do negócio”. (SALOMÃO, Luis Felipe; ROCHA, Leonardo Morais da. A judicialização da saúde suplementar sob o prisma da proteção ao direito social e fundamental à saúde. *In*: RIBEIRO, Paulo Dias de Moura; TOMELIN, Georghio Alessandro; KIM, Richard Pae (Coord.). *Direito humano e fundamental à saúde: estudos em homenagem ao ministro Enrique Ricardo Lewandowski*. Belo Horizonte: Fórum, 2023, p. 171-195, p. 180 e 192).

► **Rede Credenciada.** É a rede de profissionais e estabelecimentos que atua no campo da assistência privada à saúde que, em momento anterior à prestação dos serviços, procede ao seu registro junto à operadora de plano de saúde – vale dizer, não há um contrato entre os prestadores de serviços e a operadora –, a qual, contudo, realizará prévia avaliação da natureza e da qualidade dos serviços a serem disponibilizados.

► **Rede Contratada.** É a rede de profissionais e estabelecimentos que atua no campo da assistência privada à saúde que, previamente, firmam contratos com a operadora de plano de saúde, assumindo o compromisso de atender aos beneficiários vinculados ao plano de saúde.

► **Rede Referenciada.** É a rede de profissionais e estabelecimentos que atua no campo da assistência privada à saúde, que não possui nenhum vínculo contratual com a operadora, como também não se submete a prévio registro perante a operadora. Por decorrência, nesta hipótese, tais prestadoras de serviços apenas compõem lista de indicação que será disponibilizada aos usuários do plano, a quem caberá a escolha do profissional e/ou estabelecimento.

■ **Plano de Saúde. Prestação de serviço sujeita à incidência do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN).**“(…) 1. O ISSQN incide nas atividades realizadas