



SEMINÁRIO  
**TRANSFORMAÇÃO  
DIGITAL NA SAÚDE**

# EXAME DE LÓGICAS INSTITUCIONAIS SUJEITAS A MUDANÇAS FREQUENTES: A REGULAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Segundo colocado



## Capítulo I - Introdução

- Objetivo do trabalho: analisar o que possibilitou a alteração da fiscalização da ANS em face das denúncias dos consumidores de planos de saúde ao longo do tempo.
- Para tanto, estudou-se como ocorrem as mudanças em práticas e regras institucionalizadas, quais são os principais fatores que influenciam estas mudanças, os atores que tomam parte e por que estas mudanças ocorrem.
- Foram traçadas as linhas gerais da fiscalização exercida pela ANS, analisando-se diferentes modos de fiscalização, reativo e proativo, e fiscalização coletiva.



## Capítulo II - Fundamentação teórica / Capítulo III - Metodologia

- Estudou-se o modo como se modificam as instituições mediante as influências dos atores do campo institucional. Foi explicado o conceito de constelação de lógicas e sua aplicação no campo da saúde suplementar.
- Foram apresentadas entrevistas realizadas com representantes de diferentes instituições, com base nas quais discutiu-se as “lógicas” presentes na saúde suplementar.
- Apresentou-se, ainda, uma síntese das mudanças normativas ao longo do tempo, com a menção dos respectivos diretores de fiscalização da agência.



## Capítulo IV - Resultados

- Foram apresentados os pontos de vista de diversos atores da saúde suplementar acerca das normas em questão da ANS, tendo sido identificadas as três lógicas predominantes no setor: lógica da defesa do interesse público, lógica de mercado e lógica de proteção do consumidor.



## Capítulo V - Discussão

- Realizou-se uma análise mais profunda acerca das lógicas prevaletentes no setor, privilegiando-se a análise das últimas resoluções da ANS concernentes à fiscalização.
  
- Foi identificada, ao final, a predominância da lógica de defesa do interesse público.



SEMINÁRIO  
**TRANSFORMAÇÃO  
DIGITAL NA SAÚDE**

# NECESSIDADE DE MODULAÇÃO DO ENUNCIADO 609 DA SÚMULA DO STJ NOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE

Trabalho vencedor



SEMINÁRIO —  
**TRANSFORMAÇÃO** —  
DIGITAL NA SAÚDE

**Súmula 609, STJ - "A recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado."**

## Capítulo I - Política de Stare Decisis

- Estudou-se o modo de vinculação de precedentes no Direito brasileiro.
- Inicialmente, foram demonstrados os conteúdos de uma decisão judicial que determinam a solução de novos casos, em que medida e como se devem tratar casos similares aos julgados, tendo sido analisados, ainda dois métodos para a identificação do *comando normativo* da decisão, quais sejam, o método fático-concreto e o abstrato-normativo.
- O tema do capítulo introdutório foi interessante para se entender como o STJ construiu a tese jurídica da Súmula 609.





## Capítulo II - Enunciado 609 da Súmula do STJ

- Foi realizada uma análise dos doze precedentes apontados como referência para a criação da Súmula 609 do STJ; dentre os precedentes, foi constatado que **apenas um é relativo a seguro de saúde**. Os demais tratam de seguro de vida.
- Em cada precedente, foi apresentado um resumo do caso, as principais decisões do Judiciário, bem como o acórdão do STJ. A partir da técnica de identificação da razão de decidir, foram apresentados os aspectos fático jurídicos considerados relevantes para o STJ, opinando-se ao final se foi corretamente aplicada a tese jurídica do enunciado ao caso concreto.



SEMINÁRIO —  
**TRANSFORMAÇÃO** —  
**DIGITAL NA SAÚDE**

- Em alguns casos, entendeu-se que o acórdão do STJ não se baseou em nenhum dos fatos relevantes presentes na Súmula para concluir pela ilegalidade da conduta da seguradora. A crítica realizada pelo trabalho foi no sentido de que o Tribunal utilizou a própria jurisprudência como fundamento e parte vinculante da decisão.
- Concluiu-se, por conseguinte, que a indicação da própria jurisprudência não deve ser utilizada como método de argumentação para vinculação da tese jurídica criada pelo enunciado sumular, sob pena de que se entre em um ciclo de indicações de precedentes e que se perca a decisão com base na qual a razão de decidir foi, de fato, estabelecida.

## Capítulo III - Análise da técnica de indicação dos precedentes

- Foi avaliado se as técnicas de vinculação de precedentes foram implementadas corretamente pela Corte ao aplicar a tese jurídica da Súmula no âmbito dos planos de saúde.
- Tal avaliação foi realizada à luz da Lei nº 9.656/1998 e das Resoluções Normativas da ANS, do princípio da boa-fé nos contratos de seguro e do princípio da legalidade.
- De acordo com o trabalho, as teses jurídicas firmadas pelo enunciado 609 da Súmula do STJ são: a) a ilicitude da conduta da seguradora que recusa cobertura securitária, sob a alegação de doença e lesão preexistente, se não houve a exigência de exames médicos prévios; e b) a ilicitude da conduta da seguradora que recusa a cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, se não demonstrada a má-fé do segurado.



SEMINÁRIO —  
**TRANSFORMAÇÃO** —  
**DIGITAL NA SAÚDE**

- Foram apresentados argumentos a favor da necessidade de modulação do enunciado 609 da Súmula do STJ.
- Reiterou-se o fato de que, dentre os precedentes indicados pelo STJ como referência para aplicação da Súmula, apenas um tratava de seguro/plano de saúde, sendo que os demais tratavam de seguro de vida. Foi realçada a diferença entre os dois institutos, tendo os planos de saúde normativa própria - os contratos de plano e seguro de saúde são regidos pela Lei n. 9.656/1998 e regulamentados pela ANS, e suas disposições não se aplicam aos contratos de seguro de vida, que são regidos pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. A conclusão foi no sentido de que não devem, portanto, ambos os contratos serem tratados de forma unitária, já que a eles não se aplicam as mesmas regras jurídicas.



SEMINÁRIO —  
**TRANSFORMAÇÃO** —  
**DIGITAL NA SAÚDE**

- Foi avaliado em detalhes se as técnicas de vinculação de precedentes foram corretamente aplicadas neste único precedente que tratava de plano de saúde, o Recurso Especial n. 1.230.233 MG.
- Chegou-se à conclusão de que o STJ não aplicou, com base no método fático-concreto, o comando normativo da própria tese – o STJ teria utilizado, no caso, fatos jurídicos diversos para declarar a ilicitude da conduta da Operadora. Ademais, segundo o trabalho, tendo sido demonstrada a má-fé do segurado, não poderia ter sido aplicada a tese jurídica da Súmula.



SEMINÁRIO —  
**TRANSFORMAÇÃO** —  
**DIGITAL NA SAÚDE**

- O trabalho propõe, ao final, seja feita uma alteração parcial da Súmula 609 do STJ, de modo que seja considerada relevante a natureza do contrato de seguro. Deste modo, não se aplicaria a Súmula aos contratos de plano de saúde, ante a ausência de reiteradas decisões acerca do tema e tendo-se em vista o arcabouço normativo em questão – Lei n. 9.656/98 e Resoluções Normativas da ANS.
- Estas normas preveem expressamente como lícita a conduta da operadora que nega cobertura de doença e lesão preexistente, cumpridos os devidos requisitos, mas sem a necessidade da exigência de exames prévios ou da demonstração da má-fé do segurado.