



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE

MARIA GABRIELA DO REGO MACIEL FREITAS

**PLANOS DE SAÚDE FALSOS COLETIVOS: A PROBLEMÁTICA DOS PLANOS DE
SAÚDE FAMILIARES CONTRATADOS COMO EMPRESARIAIS**

Recife
2024

MARIA GABRIELA DO REGO MACIEL FREITAS

**PLANOS DE SAÚDE FALSOS COLETIVOS: A PROBLEMÁTICA DOS PLANOS DE
SAÚDE FAMILIARES CONTRATADOS COMO EMPRESARIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Faculdade de Direito do Recife como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco.

Área de Concentração: Direito Constitucional; Direito de Saúde.

Orientador: Prof. Sérgio Torres Teixeira.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Freitas, Maria Gabriela do Rego Maciel.

Planos de saúde falsos coletivos: a problemática dos planos de saúde familiares contratados como empresariais / Maria Gabriela do Rego Maciel Freitas. - Recife, 2024.

53 p. : il., tab.

Orientador(a): Sérgio Torres Teixeira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, Direito - Bacharelado, 2024.

1. Direito Constitucional. 2. Direito de Saúde. I. Teixeira, Sérgio Torres. (Orientação). II. Título.

340 CDD (22.ed.)

MARIA GABRIELA DO REGO MACIEL FREITAS

**PLANOS DE SAÚDE FALSOS COLETIVOS: A PROBLEMÁTICA DOS PLANOS DE
SAÚDE FAMILIARES CONTRATADOS COMO EMPRESARIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Direito da Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas,
como requisito parcial para a obtenção do título
de bacharela em Direito.

Aprovado em: 12/08/2024.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Sérgio Torres Teixeira
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Camilla Montanha de Lima
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Maryane Caroline Pedroza de Almeida
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

AGRADECIMENTOS

Às minhas maiores inspirações no âmbito pessoal e profissional, meus pais, José Alberto e Maria Carolina, os quais são os melhores exemplos de vida que eu poderia ter. Ao meu irmão, Guilherme, por sempre me ajudar e guiar, sendo alvo de tamanha admiração minha. A Felipe, por me oferecer apoio, tranquilidade e incentivo, estando ao meu lado em todos os momentos.

Agradeço também a todos os membros da equipe do escritório Cahu Beltrão Advogados, os quais exerceram importante papel na minha formação profissional e acadêmica, por todos os ensinamentos passados.

Ainda, agradeço aos meus familiares e amigos pela torcida e pelo papel desempenhado no meu desenvolvimento.

Por fim, agradeço a todo o corpo docente da Faculdade de Direito do Recife pela contribuição em minha formação acadêmica, mas, especialmente, ao Professor Sérgio Torres Teixeira, por viabilizar o presente trabalho.

RESUMO

O presente trabalho, elaborado por meio do método dedutivo de pesquisa, tem por objetivo realizar uma análise legal, doutrinária e jurisprudencial acerca do fenômeno dos planos de saúde falsos coletivos, observando a problemática da falta de comercialização dos planos de saúde individuais/familiares e extraíndo qual seria a sua correta tratativa. A exacerbada regulamentação da modalidade de plano de saúde individual/familiar e a preocupação em proteger os seus beneficiários, assegurando-os garantias não previstas nas demais modalidades, embora fundamental para o equilíbrio contratual entre as partes, acabou por contribuir para a escassez da sua comercialização no mercado da saúde suplementar. Sem outra alternativa, cidadãos não vinculados a pessoas jurídicas por relação empregatícia ou associativa acabaram por contratar planos coletivos empresariais, visando, contudo, apenas a sua cobertura e a de sua família. Dessarte, a doutrina e a jurisprudência os denominaram de planos falsos coletivos. Para que sejam enquadrados em tal conceito, o entendimento jurisprudencial que vem sendo firmado é na esteira de que referidos planos devem contemplar um número diminuto de beneficiários, os quais devem ser membros de uma mesma família. Nesse sentido, o tratamento oferecido pelos tribunais pátrios tende a ser de fornecer a equiparação desses planos coletivos empresariais a planos individuais/familiares. Assim, uma vez que os planos individuais/familiares têm os seus índices de reajustes anuais ditados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e estes são muito inferiores aos praticados pelos planos coletivos empresariais, há o recálculo do prêmio da mensalidade dos planos falsos coletivos, passando a incidir, apenas, os percentuais autorizados pela ANS. Além disso, há a vedação da sua rescisão unilateral, garantia essa não conferida aos planos coletivos propriamente ditos. Portanto, sendo patente que, como forma de burlar as normas regulatórias, as operadoras de saúde passaram a suspender a comercialização de planos individuais/familiares, surgindo, assim, a contratação dos planos falsos coletivos, é notória a abusividade das suas ações. Como forma de remediar tal situação, o judiciário vem firmando entendimento no sentido de oferecer o mesmo tratamento dos planos individuais/familiares aos falsos coletivos. No entanto, percebe-se necessária uma maior regulamentação nesse setor para que seja obrigatório, pelo menos por determinadas empresas, a oferta de planos individuais/familiares. Dessa forma, as tentativas de burlar as leis regulatórias dessa modalidade de plano restariam infrutíferas.

Palavras-chave: Planos de saúde falsos coletivos; Planos de saúde individuais/familiares; Beneficiários; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Regulação legal.

ABSTRACT

The present paper, organized through the use of the deductive method, has for its goal to make a legal, doctrinal and jurisprudential analysis about the phenomenon of the false collective health insurance plans, observing the problem of the lack of commercialization of individual/family health plans and extracting what would be its correct legal treatment. The exacerbated regulation of the individual/family health plan modality and the concern to protect its beneficiaries, providing them with guarantees not provided for in other modalities, although fundamental for the contractual balance between the parties, ended up contributing to the scarcity of its commercialization in the supplementary health market. With no other alternative, citizens not linked to legal entities by employment or association ended up taking out corporate collective plans, however, aiming only to cover themselves and their family. Therefore, doctrine and jurisprudence called them false collective plans. In order to be included in this concept, the jurisprudential understanding that has been established is that such plans must include a small number of beneficiaries, who must be members of the same family. Then, the treatment offered by national courts tends to be to equate these corporate collective plans with individual/family plans. Thus, since individual/family plans have their annual adjustment rates dictated by the National Supplementary Health Agency (NSHA), and these are much lower than those practiced by corporate collective plans, there is a recalculation of the monthly fee for false collective plans, starting to apply only the percentages authorized by NSHA. Furthermore, unilateral termination is prohibited, a guarantee not granted to collective plans themselves. Hence, since it is clear that, as a way of circumventing regulatory standards, health operators began to suspend the sale of individual/family plans, thus resulting in the contracting of false collective plans, the abusiveness of their actions is well known. As a way of remedying this situation, the judiciary has been reaching an agreement to offer the same treatment as individual/family plans to false collectives. However, greater regulation is needed in this sector so that it is mandatory, at least for certain companies, to offer individual/family plans. Consequently, attempts to circumvent the regulatory laws for this type of plan would remain fruitless.

Keywords: False collective health insurance plans; Individual/family health insurance plans; National Supplementary Health Agency (NSHA); Legal regulation.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE SUPLEMENTAR..... | 9 |
| 2.1 O Direito à Saúde Suplementar | 9 |
| 2.2 O Início dos Planos de Saúde no Brasil..... | 11 |
| 2.3 A Lei dos Planos de Saúde | 13 |
| 2.4 A Agência Nacional de Saúde Suplementar..... | 16 |
| 3 A ORGANIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE..... | 19 |
| 3.1 Agentes do Sistema de Saúde Suplementar..... | 19 |
| 3.2 Planos de Saúde Individuais/Familiares | 22 |
| 3.3 Planos de Saúde Coletivos Empresariais..... | 26 |
| 3.4 Planos de Saúde Coletivos por Adesão | 31 |
| 4 PLANOS DE SAÚDE FALSOS COLETIVOS | 33 |
| 4.1 Conceito do Termo “Falso Coletivo” | 33 |
| 4.2 A Problemática da Falta de Planos de Saúde Individuais ou Familiares na Atualidade | 34 |
| 4.3 Entendimento Jurisprudencial | 39 |
| 5 CONCLUSÕES..... | 43 |
| REFERÊNCIAS | 46 |

1 INTRODUÇÃO

Como um dos principais direitos fundamentais no Brasil, o direito à saúde é previsto pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB) por seu artigo 196. No país, a saúde pode ser dividida em dois setores: o público e o privado.

No âmbito do setor privado, trata-se da saúde suplementar, contemplada, majoritariamente, pela comercialização dos planos e seguros de saúde, direito o qual também se encontra resguardado na CRFB em seu artigo 199.

No entanto, a história da saúde no setor privado no país antecede tal lei, tendo início, principalmente, a partir da revolução industrial brasileira, com o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e das Caixas de Assistência¹, na década de 1940.

Assim, com a promulgação da Constituição de 1988, tal direito à saúde suplementar foi devidamente reconhecido. Logo após, ocorreu o marco mais importante na história da regulação da saúde privada: a promulgação da Lei nº 9.656/1998, Lei dos Planos de Saúde, com a posterior criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a partir da Lei nº 9.961/2000.

Com isso, as diversas normas regulamentadoras que surgiram passaram a discriminar os planos de saúde, em suma, em três modalidades diferentes, quais sejam: os planos individuais/familiares, os planos coletivos empresariais e os planos coletivos por adesão.

Ocorre que, no tocante aos planos individuais/familiares, houve uma exacerbada regulação normativa, sendo conferidos aos seus beneficiários direitos não previstos nos planos coletivos empresariais e coletivos por adesão, o que acabou por gerar uma redução na sua comercialização².

Esse fenômeno causou que cidadãos passassem a contratar, por falta de opção e por meio de uma pessoa jurídica, planos de saúde coletivos empresariais a fim de fornecerem cobertura assistencial a si mesmos e às suas famílias.

¹ PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkX RKm/>. Acesso em: 14 abr. 2024.

² ABREU, C. B.; TIBÚRCIO, D. R. **Oferta obrigatória de planos de saúde individuais e familiares: livre iniciativa e direito fundamental à boa regulação.** *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 209–233, mai./ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/PTVhhfypyndSTPbg4KDfCLH/>. Acesso em: 14 abr. 2024.

Então, esses referidos planos foram denominados, pela doutrina e pela jurisprudência, de falsos coletivos, aos quais, quando judicializados, são oferecidos tratamentos similares aos dos planos individuais/familiares.

Destarte, este trabalho explora o instituto dos planos falsos coletivos no setor da saúde suplementar brasileira, observando as principais causas que propiciaram o seu surgimento, bem como analisando os posicionamentos doutrinários e jurisprudenciais acerca dos requisitos necessários para a sua constatação e, ainda, acerca da sua forma de tratamento.

Com esse objetivo, o presente trabalho foi desenvolvido em três capítulos.

O primeiro capítulo versa sobre o setor da saúde suplementar no Brasil, contextualizando a sua importância para a população em geral, o seu histórico e as suas principais normas regentes.

Por conseguinte, o segundo capítulo aborda os diversos agentes da saúde suplementar brasileira, percorrendo sobre os papéis de cada um, além de conceituar as 03 (três) principais modalidades de planos de saúde, pontuando as suas diferenças e oferecendo dados atuais acerca da representatividade de cada uma.

Por fim, o terceiro capítulo se adentra mais especificamente no instituto dos planos falsos coletivos, oferecendo a sua definição, explicitando a problemática que ensejou na sua criação, bem como demonstrando o panorama jurisprudencial da matéria.

Ademais, vale salientar que se optou pelo uso do método dedutivo de pesquisa no presente trabalho, fazendo uso da análise legal, jurisprudencial e doutrinária frente aos princípios da Constituição Federal, do Direito Civil e do Direito de Saúde, além do posicionamento do Colendo Superior Tribunal de Justiça e dos demais tribunais pátrios em relação aos planos falsos coletivos. Ainda, tomou parte importante do estudo a inspeção estatística e quantitativa dos contratos das diferentes modalidades de planos de saúde, bem como dos seus índices de reajustes anuais de mensalidade médios.

No que diz respeito aos referenciais teóricos estruturantes da pesquisa, é dado excepcional destaque às obras dos ilustres autores Rodrigo Romera Zioldo, Rafaela Okano Gimenes, Clóvis Castelo Júnior, Lucas Salvador Andrietta e Rodrigo Mendes Leal pelas impressionantes didáticas, além da profundidade, da atenção e do respeito conferidos aos temas de Direito de Saúde abordados, em especial, relativos aos planos de saúde, norteadores do presente trabalho.

2 HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

2.1 O Direito à Saúde Suplementar

O direito à saúde no Brasil é assegurado pela Constituição Federal de 1988 por seu artigo 196, o qual prevê ser um direito de todos os indivíduos e dever do Estado.

Dessarte, para que seja assegurado tal direito à população brasileira, percebe-se que se faz necessária a comunhão de esforços tanto da iniciativa pública quanto da privada, tendo em vista o grande número de cidadãos e, com eles, as suas respectivas demandas e necessidades.

Com isso em consideração, a CRFB/88, por meio de seu artigo 197, determina que

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Ademais, confirmando o papel do setor privado na asseguaração do direito à saúde, o artigo 199 da Constituição Federal dispõe que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, sendo facultado às instituições privadas agirem de maneira suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse liame, extrai-se que o sistema de saúde brasileiro é composto pelo setor público e pelo setor privado. O setor privado, por sua vez, seria formado pelo modelo liberal clássico, que são os serviços particulares autônomos, isto é, a negociação direta do indivíduo com os prestadores de assistência à saúde; e pela saúde suplementar, predominante no sistema privado, composta, justamente, pelos serviços financiados por meio de planos e seguros de saúde³.

É notório que o sistema privado, mais precisamente o da saúde suplementar, é de extrema importância para a sociedade, uma vez que atua conjuntamente ao sistema público de saúde, ajudando a desafogá-lo e permitindo que as pessoas mais carentes, as quais não têm condições de arcar com os custos de planos e seguros de saúde, tenham acesso aos serviços e ações de saúde oferecidos pelo Estado, com uma menor concorrência.

Ora, conforme constataram Zirolto, Gimenes e Castelo Júnior, o Estado não é capaz de atender toda a demanda assistencial de saúde da população brasileira e, com a saúde

³ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. v. 12, p. 7-148.

suplementar, é permitido ao SUS o aperfeiçoamento da atenção que oferece aos que desfrutam de seus serviços, principalmente, por não terem a opção de assistência pelo setor privado⁴.

Além disso, com a saúde suplementar, é proporcionado àqueles com uma situação social mais avantajada o acesso a consultas, atendimentos e procedimentos médicos de maneira mais abrangente e rápida, tendo em vista as grandes filas do SUS, bem como é garantido o acesso a hospitais particulares, os quais costumam ter uma melhor estrutura e a contar com equipamentos mais modernos e novos, dentre outras vantagens.

Dessa maneira, cumpre expender acerca do funcionamento da saúde suplementar no Brasil.

Resumidamente, a saúde suplementar engloba as ações e serviços prestados pelas operadoras de seguros e planos de saúde, no âmbito do setor privado, diante de seus beneficiários.

Tal cobertura de proteção é assegurada mediante contratos, pelos quais os beneficiários se obrigam a contribuir com um valor mensal, o qual poderá ser reajustado anualmente e, também, a partir da mudança de faixa etária do segurado, enquanto as operadoras oferecem os seus serviços assistenciais conforme contratados, com o custeio de despesas médico-hospitalares, terapêuticas, odontológicas, entre outras.

Nesse mesmo sentido, escreve Alves,

Os contratos de seguro-saúde, ou plano de saúde, caracterizam-se como contratos de natureza coletiva, em que cada indivíduo ou grupo contribui com um valor pecuniário, chamado prêmio do seguro, ou mensalidade do plano, visando à formação de um fundo para a cobertura de eventos futuros de seus componentes quanto aos eventuais gastos pertinentes a sua saúde. Trata-se de contrato que tem como base o mutualismo, em que se compartilham risco futuro e incerto, porém previsível onde se gerencia o risco.⁵

Nessa toada, é evidente que, embora o Estado jamais possa transferir ao setor privado a sua obrigação de garantir a saúde da população brasileira, dever o qual se encontra previsto no artigo 196 da Constituição Federal, a saúde suplementar, incontestavelmente, ocupa um espaço

⁴ ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO JÚNIOR, C. **A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil**. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 216–221, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf. Acesso em: 17 abr. 2024.

⁵ ALVES, L. A. C. *Direito em Saúde Suplementar: Desafios e Possibilidades*. In: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. **Judicialização da Saúde, Parte I: Saúde Suplementar no Direito Brasileiro**. Rio de Janeiro: EMERJ, 2012. p. 239.

essencial na asseguarção desse direito aos cidadãos brasileiros, tanto aos seus beneficiários quanto aos indivíduos que desfrutam do SUS.

2.2 O Início dos Planos de Saúde no Brasil

Embora o direito à saúde suplementar só tenha sido formalmente assegurado no Brasil com a promulgação da Constituição Federal em 1988, é cognoscível que a história do fornecimento de serviços e ações assistenciais da saúde no âmbito do setor privado no país antecede tal data.

Ora, pode-se dizer que o início da saúde suplementar no Brasil se deu com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, uma vez que financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, sendo organizadas por sociedades empresárias⁶. Assim, as CAPs ofereciam assistência médica a partir da compra de serviços privados, observando-se, dessa maneira, o começo da privatização do sistema de saúde no país⁷.

Ato contínuo, visando a ampliação da prestação de serviços médicos a mais indivíduos, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais ainda contavam com o financiamento privado.

Em 1966, as IAPs foram unificadas, surgindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concentrou recursos financeiros e expandiu a compra de serviços privados, bem como o credenciamento de prestadores desses serviços⁸. Posteriormente, na década de 1970, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), fazendo parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que também contribuiu para a privatização desse setor, uma vez que privilegiou a compra de serviços privados⁹.

⁶ BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

⁷ CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselhos de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 280.

⁸ OLIVEIRA, L. A. M.; ALVES, P. K. L. **Da análise histórica da expansão da saúde suplementar com apoio estatal: dos anos 1920 aos dias atuais**. In: VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, 2017, São Luís. Pesquisas. São Luís: UFMA, 2017, p. 1-12.

⁹ PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKk_XRKm/. Acesso em: 14 abr. 2024.

No tocante ao advento dos planos de saúde propriamente ditos no Brasil, observa-se que se deu, principalmente, a partir da revolução industrial brasileira, no governo de Juscelino Kubitschek, quando as empresas, insatisfeitas com a saúde proporcionada pelo sistema previdenciário, passaram a investir no oferecimento de planos de saúde coletivos a fim de obterem uma mão de obra mais saudável¹⁰.

Nessa toada, em 1944, houve a criação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSÍ), a qual tinha por objetivo ressarcir as despesas de saúde suportadas por seus integrantes¹¹, sendo um dos primeiros planos de saúde no Brasil, na modalidade de autogestão.

Já na década de 1960, tendo em vista a opção de algumas empresas de contratarem uma terceira para administrar a assistência médica prestada aos seus funcionários, surgiram as medicinas de grupo. Dessa maneira, as empresas contratantes pagavam às empresas contratadas um valor pré-fixado *per capita*, dando início, assim, aos planos de pré-pagamento¹².

Ademais, posteriormente às medicinas de grupo, houve a criação das cooperativas médicas, as quais, contrariamente àquelas, expandiram inicialmente a partir da capitalização de clientes individuais. Com isso, em 1967, na cidade de Santos/SP, foi fundada a UNIMED.

Nesse diapasão, diante de uma maior conscientização populacional acerca da importância da saúde, da precariedade dos serviços assistenciais públicos e da possibilidade de contratação de planos ou seguros de saúde sem um vínculo empregatício, isto é, segundo Correia, da universalização da saúde privada¹³, a saúde suplementar no Brasil apenas expandiu, cada vez mais.

Dessa forma, em 1988, finalmente, houve o reconhecimento do direito à saúde suplementar com a promulgação da Constituição Federal do Brasil. E, em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, a qual, de acordo com o seu artigo 1º, visava regular, “no território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter

¹⁰ AIRES, B. **Como nasceu a saúde suplementar no Brasil?** UniversoDoc, 2020. Disponível em: <https://universodoc.com.br/2020/01/10/como-nasceu-a-saude-suplementar-no-brasil/>. Acesso em: 21 abr. 2024.

¹¹ CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL. **Institucional**. Cassi. Disponível em: <https://www.cassi.com.br/conheca-a-cassi/institucional-2/#:~:text=A%20Caixa%20de%20Assist%C3%Aancia%20dos>. Acesso em: 22 abr. 2024.

¹² MENICUCCI, T. G. **As formas privadas de assistência à saúde: desenvolvimento e características**. In: Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 103–162. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562-05.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

¹³ CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselhos de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 280.

permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.” Todavia, percebe-se que a saúde suplementar no Brasil apenas passou a ser efetivamente regulada futuramente, em 1998, com a Lei dos Planos de Saúde.

De acordo com Salazar, Rodrigues e Nunes Júnior, somente com o advento do Código de Defesa do Consumidor, em 1990, foi possível oferecer uma maior proteção aos consumidores a partir do fornecimento de uma estrutura jurídica que norteou tais relações de consumo¹⁴. Essas demandas, portanto, eram resolvidas nos PROCONS estaduais e municipais.

Contudo, com o crescente ajuizamento de demandas, os PROCONS se mostraram insuficientes para dirimir os conflitos, mostrando-se necessária a intervenção estatal a fim de regular tal setor, dispendo acerca de problemas corriqueiros tais quais mensalidades abusivas e negativas de atendimento.

Nessa toada, segundo Silva, apenas com a promulgação da Lei nº 9.656/1998, a Lei dos Planos de Saúde, o setor da saúde suplementar passou a ter sustentação legal para embasar o início das regulações governamentais¹⁵.

E, em 2000, a partir da promulgação da Lei nº 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, de acordo com o seu artigo 1º, tinha por objetivo a “regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”, papel anteriormente exercido pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

Dessarte, evidencia-se que o setor da saúde suplementar funcionou por anos sem expressa regulação estatal, começando a ser minimamente regulado a partir da promulgação da CRFB/88 e das suas mudanças trazidas. Todavia, tal setor somente passou a ser mais devidamente ordenado com o advento da Lei dos Planos de Saúde, que trouxe diversas mudanças para o funcionamento dos planos e seguros de saúde e das operadoras.

2.3 A Lei dos Planos de Saúde

¹⁴ SALAZAR, A. L.; RODRIGUES, K.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Assistência privada à saúde**: regulamentação, posição do IDEC e reflexos no sistema público. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Direito Sanitário e Saúde Pública, v. 1, 2005.

¹⁵ SILVA, A. A. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços**: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre, 2003, p. 1-76. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf. Acesso em: 23 abr. 2024.

Conforme explicitado no tópico *supra*, o advento da Lei nº 9.656/98, mais conhecida como a Lei dos Planos de Saúde (LPS), trouxe diversos impactos no setor da saúde suplementar brasileira.

Ora, antes da chegada de tal norma, esse setor era precariamente regulado, vigorando o que fora diretamente acordado entre os beneficiários e as operadoras por meio de seus contratos individuais. Isto é, cada contrato continha as suas próprias regras, inexistindo diretrizes claras ou qualquer padronização para com os outros contratos vigentes à época, sendo limitado o número de consultas e dias de internação que cada beneficiário poderia usufruir¹⁶.

Nessa esteira, é cognoscível que a referida lei garante direitos essenciais aos consumidores, dando-os mais segurança, uma vez que passou a assegurar direitos aos beneficiários de planos de saúde antes previstos apenas mediante expressa disposição contratual, proibindo, por exemplo, a limitação de período de internação ou de quantidade de consultas cobertas.

Conforme se pode aferir, as mudanças trazidas pela LPS são inúmeras, contudo, um dos seus grandes trunfos, segundo Martins, foi

a padronização e homogeneização dos contratos de planos e seguros de saúde com a instituição do plano-referência de assistência à saúde e a obrigatoriedade de se observar os critérios de cobertura mínima para os planos e seguros de saúde (...)¹⁷.

Pois bem. A partir dos artigos 10 e 12 da norma, ficou instituído o chamado plano-referência de assistência à saúde, por meio do qual restou assente um determinado padrão nos contratos de planos de saúde, estabelecendo um rol de cobertura mínima obrigatória de doenças e procedimentos para todos os beneficiários, que é frequentemente atualizado pela ANS. Afinal, era comum que os planos de saúde à época excluíssem determinadas doenças onerosas de sua cobertura, como por exemplo, o tratamento de câncer.

Ademais, a Lei nº 9.656/98, respeitando norma constitucional a qual instituiu o dever do Estado e da família de amparar os idosos, mediante o seu artigo 15, proibiu o reajuste do valor do prêmio do plano de saúde com base na mudança de faixa etária a partir da completude dos 60 (sessenta) anos de idade do beneficiário.

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **26 anos da Lei dos Planos de Saúde**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/26-anos-da-lei-dos-planos-de-saude>. Acesso em: 31 mai. 2024.

¹⁷ MARTINS, P. L. L. M. **20 Anos da Lei nº 9.656/98**. Revista Opinião.Seg, n. 15, p. 19, jun. 2018. Disponível em: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/opiniaio_seg/15/files/opiniaio15.pdf. Acesso em: 15 mai. 2024.

Nessa esteira de proteção dos idosos, foi instituído pela referida lei a possibilidade de indivíduos aposentados, bem como os demitidos por justa causa, de permanecerem nos seus respectivos planos de saúde oferecidos pelos seus ex-empregadores, por um tempo determinado, contanto que arcassem com os custos integrais dos prêmios.

Outrossim, a Lei dos Planos de Saúde também determinou um prazo máximo de carência dos planos, sendo de extrema importância para os beneficiários, tendo em vista que não eram raros os casos de longos prazos de carência, sendo coletadas as mensalidades, para, ao fim, as operadoras sumirem do mercado¹⁸.

Além disso, a LPS proibiu que as operadoras de saúde negassem cobertura a indivíduos por conta de idade, doenças pré-existentes ou serem portadores de alguma deficiência. Tal previsão normativa, por óbvio, teve alta relevância social, já que democratizou o acesso à saúde para esses grupos.

Já no tocante aos planos de saúde individuais/familiares especificamente, a Lei nº 9.656/98, por meio de seu artigo 13, parágrafo único, incisos II e III, foi importantíssima, uma vez que coibiu a rescisão unilateral desses planos, permitindo-a, apenas, em casos de fraude ou inadimplência do beneficiário.

Nessa toada, é de se ressaltar que, diante de todas as mudanças trazidas com a LPS, a instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para a sua posterior criação no ano 2000, foi uma das mais substanciais, uma vez que exerce papel imprescindível para regular e fiscalizar todo o setor da saúde suplementar.

Diante de todo o exposto, percebe-se que todas essas regulações previstas pela Lei nº 9.656/98 foram de suma importância para os consumidores, sendo-lhes garantidos direitos fundamentais, além de contribuir para o início da judicialização da saúde. Afinal, por meio dessa lei, houve a padronização de contratos e uniformização de direitos mínimos, garantindo a estabilidade e a solidez do mercado¹⁹, motivo pelo qual foi possibilitado o ajuizamento de ações judiciais de diversos beneficiários que tiveram os seus direitos infringidos de alguma maneira.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **ANS celebra os 20 anos de regulamentação da saúde suplementar**. Gov.br, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-celebra-os-20-anos-de-%20regulamentacao-da-saude-suplementar>. Acesso em: 12 mai. 2024.

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei dos Planos de Saúde completa 25 anos**. Gov.br, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/lei-dos-planos-de-saude-completa-25-anos>. Acesso em: 13 mai. 2024.

2.4 A Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia federal responsável pela regulação da Saúde Suplementar no Brasil e vinculada ao Ministério da Saúde. O ente foi criado a partir da Lei nº 9.961 de 2000, sendo dotado de “autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes”, conforme previsto no parágrafo único do artigo primeiro da referida lei.

Conforme afirma Costa, a ANS foi criada a partir da observação de falhas entre as operadoras e os beneficiários, havendo, como função, corrigir o desequilíbrio existente nas relações das operadoras com os prestadores de serviços e com os seus consumidores²⁰.

No próprio *website* da Agência, é estabelecido, como a sua missão institucional, “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.”²¹

Tendo isso em mente, pode-se dizer que essa autarquia desempenha funções dos 03 (três) poderes: legislativo, executivo e judiciário. Afinal, segundo Salvatori e Ventura,

Atuam como poder executivo, quando fiscalizam atividades e direitos econômicos; como poder legislativo, quando publicam normas e procedimentos com força legal sobre o setor regulado; e como poder judiciário, ao julgar e impor sanções aos regulados.²²

Dessa forma, dentre as suas mais diversas atribuições, impende-se destacar o seu importante papel na asseguarção de direitos consumeristas aos beneficiários a partir da determinação de uma cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde.

Isto é, esse ente institui benefícios mínimos garantidos a todos os planos de saúde contratados após a Lei dos Planos de Saúde, ou adaptados, para que, de acordo apenas com o seu tipo, qual seja ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico,

²⁰ COSTA, N. DO R. **O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil**. *Ciencia & Saude Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1453–1462, ago./out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H3fqcX34LtX8XzF3Mw9Q5Wv/#->. Acesso em: 13 mai. 2024.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei dos Planos de Saúde completa 25 anos**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1>. Acesso em: 13 mai. 2024.

²² SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde**. *Organizações & Sociedade*, v. 19, n. 62, p. 471–487, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/YZRSftDwyZRjBnwK8LpKJsn/>. Acesso em: 14 mai. 2024.

todos ofereçam determinados serviços, eventos e procedimentos considerados essenciais aos indivíduos, exercendo, assim, o seu poder normativo.

Tal cobertura mínima é prevista no art. 10, §12, da Lei nº 9.956/1998, pelo chamado “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, instituído, atualmente, pela Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, o qual é periodicamente atualizado pela ANS, contando com ampla participação da sociedade²³.

Ato contínuo, outra essencialíssima atribuição da Agência, no que tange aos planos de saúde individuais/familiares, é a sua definição e autorização dos índices de reajustes máximos anuais dessa modalidade de plano.

Cumpra expender. Anualmente, as operadoras de saúde poderão aplicar índices de reajustes aos seus planos de saúde ofertados, na data de aniversário das suas respectivas contratações, a fim de que seja mantido o equilíbrio financeiro do contrato.

Diante disso, apenas nos planos individuais/familiares, a autarquia é responsável pelo cálculo e divulgação do índice máximo possível a ser aplicado para esses reajustes, estando vedada qualquer operadora a aplicar um índice superior a esse, para esses tipos de planos.

É patente, pois, que tal atribuição da autarquia é de suma relevância social para que seja assegurada a proteção do consumidor, o qual é, indubitavelmente, parte hipossuficiente da relação. Ora, de acordo com Pires, “essa regulamentação visa proteger os consumidores de aumentos abusivos e garantir a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.”²⁴

Ademais, impende-se versar acerca do poder fiscalizatório da Agência. De acordo com Freitas, essa autarquia exerce o poder de fiscalização por meio de duas principais formas de atuação: a fiscalização reativa, a qual seria mediante denúncias dos próprios consumidores; e a fiscalização proativa, que seria a partir de um conjunto de ações proativas, sistemáticas e organizadas a fim de aferir o cumprimento das normas existentes do setor pelas operadoras de saúde²⁵.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. **O Rol de Procedimento e Eventos em Saúde**. Gov.br. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos->. Acesso em: 15 mai. 2024.

²⁴ PIRES, N. **Como funcionam os reajustes anuais em planos de saúde individuais**. Jusbrasil, 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/como-funcionam-os-reajustes-anuais-em-planos-de-saude-individuais/2514274359>. Acesso em 10 jun. 2024.

²⁵ FREITAS, J. E. L. C. S. **Exame de lógicas institucionais sujeitas a mudanças frequentes: a regulação da fiscalização da saúde suplementar.** 2018. Tese (Mestrado em Administração) – Curso de Administração – Universidade Paulista, São Paulo, 2018.

Assim, quando necessário, são instaurados processos administrativos contra essas operadoras, com direito à ampla defesa e ao contraditório, a fim de que todas as partes sejam ouvidas e possam apresentar as suas defesas.

No caso de condenação das operadoras, é exercido o poder sancionador do ente, aplicando-lhes as sanções correspondentes à infração, de acordo com os regramentos setoriais vigentes à época.

Dessarte, evidencia-se o papel crucial que exerce a Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do mercado privado assistencial à saúde no Brasil. Afinal, a autarquia se responsabiliza não só pela instituição de normas e diretrizes a serem seguidas pelos entes componentes da Saúde Suplementar, como também fiscaliza o efetivo cumprimento, aplicando sanções no caso contrário.

Com isso, constantemente, são assegurados mais direitos essenciais aos consumidores beneficiários de planos de saúde, principalmente, nos casos de planos individuais/familiares.

3 A ORGANIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

3.1 Agentes do Sistema de Saúde Suplementar

Antes de se adentrar acerca das peculiaridades de cada modalidade de plano de saúde ofertada no sistema de saúde suplementar brasileiro, impende-se discorrer acerca dos principais agentes desse setor.

Sumariamente, a cadeia da saúde suplementar funciona a partir da distribuição de insumos, quais sejam materiais e equipamentos hospitalares, bem como medicamentos, pelos fornecedores aos prestadores de serviços - médicos, hospitais, laboratórios. Dessa maneira, tais produtos são fornecidos aos indivíduos beneficiários, os quais têm acesso ao sistema a partir das Operadoras de Planos de Saúde, que podem ser contratadas diretamente por esses indivíduos ou a partir de empresas e administradoras de benefícios²⁶.

Portanto, percebe-se, pelo menos, 06 (seis) agentes desse setor que merecem atenção.

O primeiro seriam os fornecedores, responsáveis pelo fornecimento de insumos médicos e hospitalares importantíssimos para os prestadores de serviços e às operadoras de planos de saúde, para o seu posterior repasse aos beneficiários.

Em seguida, têm-se os beneficiários. Estes são as pessoas físicas beneficiárias dos planos de saúde contratados, ou seja, os consumidores finais dos serviços médicos fornecidos. A fim de se ilustrar a expressiva quantidade de indivíduos possuidores de planos de saúde no Brasil, segundo dados fornecidos pelo *website* da ANS, em abril de 2024, havia um total de 51.031.239²⁷ (cinquenta e um milhões, trinta e um mil e duzentos e trinta e nove) beneficiários no país, tal número representando 26,3%²⁸ (vinte e seis vírgula três por cento) da população brasileira.

Ou seja, é notório que tal classe é composta por um altíssimo número de cidadãos, correspondendo a mais de um quarto da população, motivo pelo qual têm grande relevância

²⁶ AZEVEDO, P. F. et al. **A cadeia da saúde suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas**. 001. ed. São Paulo: INSPER, 2016. p. 1–122. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733621/mod_resource/content/1/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf. Acesso em: 25 mai. 2024.

²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **ANS divulga dados de beneficiários relativos a abril de 2024**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-relativos-a-abril-de-2024>. Acesso em: 10 jun. 2024.

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Gerais**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 06 jun. 2024.

social, o que contribui para a instituição constante de novas normas, diretrizes e regras para a asseguarção da sua proteção.

Ato contínuo, destacam-se os prestadores de serviços, categoria composta pelos profissionais de saúde, como os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas *etc.*, e pelos estabelecimentos de saúde, quais sejam os hospitais, clínicas médicas, laboratórios, entre outros, os quais atendem aos beneficiários por meio da chamada “rede credenciada”, de acordo com a cobertura estabelecida em contrato. Isto é, tais prestadores de serviços, quando credenciados pela operadora do plano de saúde do beneficiário em questão, são remunerados por essa pelo serviço prestado, formando, assim, uma rede médica de atendimento.

Já no que concerne às operadoras de planos de saúde, essas são as empresas que propriamente comercializam os planos de saúde, oferecendo cobertura assistencial médica ao beneficiário, de acordo com o contratado, mediante o pagamento de um valor mensal.

De acordo com o artigo 1º, I e II, da Lei nº 9.656 de 1998, essas operadoras têm a seguinte definição:

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:

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;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

(grifos nossos)

A partir de consulta ao *website* da ANS, verifica-se que, em abril de 2024, haviam 912 (novecentos e doze) empresas enquadradas nessa supracitada definição no Brasil. E, apenas no ano de 2023, tiveram uma receita - advinda apenas de contraprestações - de R\$ 282.295.323.509,00 (duzentos e oitenta e dois bilhões, duzentos e noventa e cinco milhões,

trezentos e vinte e três mil e quinhentos e nove reais)²⁹, o que faz restar ainda mais evidente, pois, o expressivo impacto que o setor da saúde suplementar tem no Brasil, não só social, como econômico.

Por fim, cabe ressaltar o importante papel dos contratantes dos planos de saúde, podendo-se apontar, principalmente, 03 (três) agentes: os indivíduos; as empresas; e as administradoras de benefícios.

Afinal, o tipo de agente contratante irá definir, em tese, a modalidade do plano contratado. Ora, a distinção de cada modalidade de plano é realizada, justamente, a partir do agente responsável pela sua contratação.

Atualmente, as 03 (três) modalidades de plano mais preponderantes no país são os individuais/familiares, coletivos empresariais e os coletivos por adesão.

Com isso, quando o plano de saúde é contratado por indivíduos, pessoas físicas, este será o da modalidade individual/familiar. Todavia, caso o contratante seja uma pessoa jurídica, teoricamente, será o coletivo empresarial.

Os planos coletivos por adesão, por sua vez, são aqueles em que o contratante é uma administradora de benefícios; os beneficiários do plano, contudo, são indivíduos que possuem um vínculo profissional, pertencentes a uma entidade de classe, ligados a um conselho profissional, sindicato etc.

É de se destacar que essas 03 (três) modalidades de planos de saúde têm as suas distinções, sendo regidas de formas diferentes e com garantias diversas aos seus beneficiários.

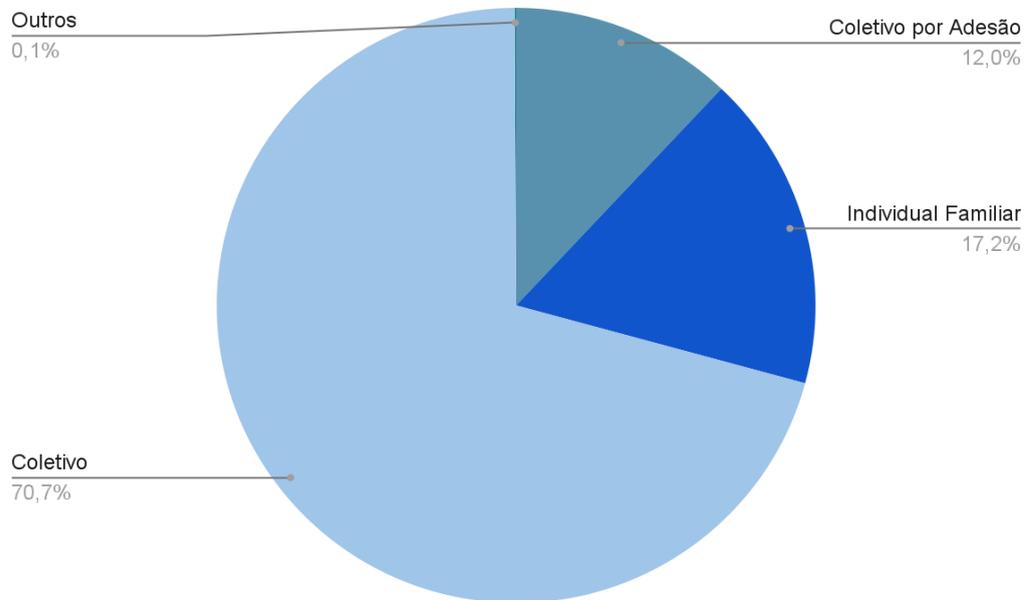
Dessa forma, a fim de se elucidar acerca da representatividade de cada modalidade de plano no Brasil, de acordo com informações relativas a março de 2024, traz-se à tona dados extraídos do *website* da ANS, os quais demonstram que, da totalidade de 50.939.264 (cinquenta milhões, novecentos e trinta e nove mil e duzentos e sessenta e quatro) beneficiários à época, 8.760.926 (oito milhões, setecentos e sessenta mil e novecentos e vinte e seis) eram contratantes de planos de saúde individuais/familiares, 36.017.834 (trinta e seis milhões, dezessete mil e oitocentos e trinta e quatro) de coletivos empresariais e 6.120.680 (seis milhões, cento e vinte mil e seiscentos e oitenta) de coletivos por adesão³⁰.

²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Gerais**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 06 jun. 2024.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Gerais**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 06 jun. 2024.

Tais dados apenas demonstram a predominância dos planos de saúde coletivos empresariais no cenário atual, representativos de, aproximadamente, 70,7% (setenta vírgula sete por cento) dos contratos. Veja-se o gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Representatividade por Modalidade de Plano de Saúde.



Fonte: gráfico elaborado pela autora (2024).

Nesse diapasão, faz-se mister dispor acerca das peculiaridades dessas modalidades de planos de saúde ofertadas, apontando-se as suas características, regramentos, garantias e formas de funcionamento.

3.2 Planos de Saúde Individuais/Familiares

Conforme exposto alhures, a modalidade de plano de saúde varia, em suma, a partir do agente contratante do plano. De acordo com Leal e Matos, enquanto a contratação coletiva está relacionada ao mercado de trabalho, uma vez que os contratantes são pessoas jurídicas, empregadoras dos beneficiários, a contratação individual é realizada mediante pessoas físicas.³¹

Dessarte, tem-se que o plano de saúde individual se trata de um contrato de cobertura assistencial médica ao próprio contratante, único beneficiário. Já o plano de saúde familiar,

³¹ LEAL, R. M; MATOS, J. B. B. **Perfil etário de beneficiários de planos de saúde de assistência médica no Brasil: uma análise comparativa do mercado individual com o coletivo.** In: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde; X Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social, 4, 2007, Salvador: ABRASCO, 2007.

configura-se quando o contratante de plano “individual”, do qual é titular, inclui os seus familiares como os seus dependentes, passando a serem também beneficiários da cobertura da assistência médica contratada.³²

Tendo isso em vista, é evidente que, na modalidade de plano de saúde individual/familiar, o poder de negociação dos contratantes é muito inferior aos das operadoras de planos de saúde, as quais detêm *expertise* no mercado e são empresas de alto poderio econômico.

Nesse liame, diferentemente dos planos de saúde coletivos, os quais se presume serem contratados por outras pessoas jurídicas com similar poder de negociação aos das operadoras, faz-se mister que tais planos individuais/familiares tenham uma regulação maior, a fim de assegurar direitos aos seus beneficiários mais vulneráveis. Dessa mesma maneira, argumenta Leal e Matos,

No universo dos planos individuais, há uma tendência de que o poder de barganha dos beneficiários seja inferior ao dos planos coletivos, nos quais a negociação é feita por meio de uma pessoa jurídica contratante. Assim é que se justifica uma regulação menos intensa por parte do poder público para os planos coletivos, que possuem, por exemplo, reajustes de preços livres. Para os planos individuais, por sua vez, a ANS define um percentual máximo de reajuste anual com base na evolução dos reajustes do mercado coletivo. Essa diferenciação da amplitude e intensidade de regulação, bem como da evolução de beneficiários, suscita a importância da avaliação comparativa entre os tipos de contratação.³³

Com isso, visando a proteção dos cidadãos beneficiários de planos de saúde individuais/familiares, foram formuladas diversas normas estabelecendo garantias especiais a essas pessoas.

Uma dessas principais garantias seria a divulgação anual, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, de um índice de reajuste máximo de mensalidade, a título de custos financeiros anuais³⁴, a ser aplicado nessa modalidade de plano, isto é, àqueles contratados após o advento da Lei dos Planos de Saúde ou adaptados a ela. Tal medida visa à defesa desses

³² QUALICORP. **Como escolher o plano de saúde ideal para sua Família**. Qualicorp, 2020. Disponível em: <https://www.qualicorp.com.br/qualicorp-explica/saude-da-familia/plano-de-saude-ideal-para-familia/>. Acesso em: 09 jun. 2024.

³³ LEAL, R. M.; MATOS, J. B. B. DE. **Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes**. Revista de Administração de Empresas, v. 49, n. 4, p. 447–458, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/DHWJphzZP3FmKdnGxkVnkjz/?lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2024.

³⁴ PAZINATTO, M. **Como saber se o reajuste do meu plano de saúde individual/familiar foi abusivo?** Jusbrasil, 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/como-saber-se-o-reajuste-do-meu-plano-de-saude-individual-familiar-foi-abusivo/1167242786>. Acesso em: 25 mai. 2024.

beneficiários de reajustes de mensalidades abusivos, sem a qual estariam totalmente à mercê das operadoras de saúde.

Diante disso, todas as operadoras são limitadas ao valor de tal índice, devendo-o ser aplicado anualmente, na data do aniversário da contratação desses planos³⁵, momento o qual as mensalidades são reajustadas, de acordo com o art. 17-A, §3º, da Lei nº 9.656/1998, e o art. 9º da Resolução Normativa nº 171/2008.

Tal imposição de obediência aos índices de reajustes divulgados pela ANS está prevista no art. 4º, XVII, da Lei nº 9.961/2000: “Art. 4º Compete à ANS: XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda.”

Ademais, verifica-se essa referida obrigação também no art. 2º da Resolução Normativa nº 171/2008:

Art. 2º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Nessa senda, vale versar acerca da metodologia do cálculo do referido índice de reajuste, o qual é regido pela Resolução Normativa nº 441/2018.

Atualmente, o cálculo é realizado a partir de uma combinação do Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), descontado o subitem Plano de Saúde. Dessa maneira, é refletida a variação das despesas assistenciais dos beneficiários dessa referida modalidade de plano ocorridas no ano anterior em comparação com as despesas do ano prévio, permitindo, assim, o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de saúde³⁶.

Além disso, percebe-se que outra importante proteção assegurada aos beneficiários de planos de saúde individuais/familiares - contratados após a LPS ou adaptados a ela - é a portabilidade de carências, a qual conferiu a esses cidadãos a possibilidade de migrarem de plano, na mesma ou diferente operadora, sendo-os dispensados a cumprirem novo período de

³⁵ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Reajuste de mensalidade**. Gov.br, 2023.

Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/cartilhas-para-o-consumidor/Cartilha_Reajuste.pdf. Acesso em: 26 mai. 2024.

³⁶ BRASIL. Ministério da Fazenda. **Reajuste de planos de saúde individuais para o biênio 2024/2025**. Gov.br, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/reajustes-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares/metodologia-de-calculo/2023/NT_MF.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.

carência. Tal garantia foi normatizada pela Resolução Normativa nº 186/2009 e teve um impacto muito positivo ao sistema privado de saúde, proporcionando um aumento de concorrência nesse setor³⁷.

Outrossim, aponta-se também como um grande diferencial a essa modalidade plano a vedação à rescisão unilateral, garantia essa não conferida às outras modalidades, prevista no art. 13, p.ú., II e III, da Lei nº 9.656/1998. Veja-se:

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

(...)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Dessa forma, percebe-se que a lei estabelece duas possibilidades para a rescisão unilateral desses planos: em casos de fraude e inadimplência - nos termos dispostos -, exceto quando internado o titular.

Portanto, em síntese, o que se afere é que é proibida a rescisão unilateral desse tipo de plano por mera manifestação de vontade da operadora. Afinal, segundo Tibúrcio,

Trata-se de uma ponderação realizada previamente pelo legislador, que resultou na mitigação da liberdade de empresa e da livre iniciativa em favor da proteção da assistência à saúde dos beneficiários. Essa maior restrição à livre iniciativa visa dar adequado tratamento à tutela da boa-fé objetiva na relação contratual de plano de saúde, que tem por característica ser um contrato cativo de longa duração. Trata-se, assim, de um instrumento de tutela da vulnerabilidade do beneficiário de planos de saúde.³⁸

³⁷ SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde**. Organizações & Sociedade, v. 19, n. 62, p. 471–487, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/YZRSftDwyZRjBnwK8LpKJsn/>. Acesso em: 10 jun. 2024.

³⁸ TIBÚRCIO, D. R. **Resilição contratual e vulnerabilidade dos beneficiários de planos de saúde**. RJLB, v. 7, n. 6, p. 459/460, 2021.

Nessa toada, evidencia-se que os planos de saúde individuais/familiares, os quais contaram, em março de 2024, com 8.760.926 (oito milhões, setecentos e sessenta mil e novecentos e vinte e seis) beneficiários³⁹, representativos de 17,2% (dezessete vírgula dois por cento) dos contratos privados de saúde⁴⁰, são dotados de inúmeras garantias importantíssimas aos seus beneficiários, inexistentes nas demais modalidades. Contudo, conforme se verá adiante, a oferta de tais planos está cada vez mais escassa no cenário brasileiro atual, prevalecendo os coletivos empresariais.

3.3 Planos de Saúde Coletivos Empresariais

No tocante aos planos de saúde coletivos empresariais, esses se configuram quando há a sua contratação efetivada por uma pessoa jurídica e têm, como os seus beneficiários, indivíduos com uma relação empregatícia ou estatutária com a empresa contratante, conforme prevê a RN nº 557 de 2022, por meio do *caput* do seu artigo 5º.

Além disso, também podem ser beneficiários os seus sócios, administradores, empregados demitidos ou aposentados, trabalhadores temporários, agentes políticos, estagiários, menores aprendizes e, ainda, os familiares desses cidadãos, desde que respeitados os graus de parentesco previstos em lei⁴¹, nos termos dos incisos do supracitado art. 5º.

Nessa seara, segundo Almeida, os planos coletivos empresariais se caracterizam por (i) serem realizados por pessoas jurídicas, (ii) terem os seus reajustes estabelecidos mediante a livre negociação das partes, quais sejam a empresa contratante e a operadora, e (iii) poderem ser rescindidos por qualquer uma das partes, contanto que observadas certas normas e regras contratuais⁴².

Nota-se, pois, que, nessa modalidade de plano, os beneficiários não são tão resguardados por meio da legislação brasileira e da Agência Nacional de Saúde Suplementar quanto no caso

³⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Gerais**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 08 jun. 2024.

⁴⁰ Gráfico 1 - Representatividade por Modalidade de Plano de Saúde.

⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Planos Coletivos**. Gov.br, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos>. Acesso em: 08 jun. 2024.

⁴² ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O Capital Baseado em Risco: uma abordagem para as operadoras de planos de saúde**. 2008. 115 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

dos planos individuais/familiares, nos quais há uma preocupação maior em proteger os seus beneficiários de práticas abusivas pelas operadoras.

Ora, já que os planos coletivos empresariais são contratados por meio de pessoas jurídicas, entende-se que a contratante teria similar poder de barganha da contratada, operadora de saúde, e, com isso, é conferido a essas partes liberdade para a ampla negociação dos termos contratuais⁴³. Nessa esteira, resta explicado o porquê de não haver a limitação dos índices de reajustes anuais pela ANS ou de não ser vedada a rescisão unilateral do plano nessa modalidade.

No caso dos índices de reajustes anuais aplicados pelas operadoras nesses contratos, percebe-se que apenas é necessário que sejam informados e autorizados pela ANS, conforme determina o art. 13, I, da RNº 171/2008.

Dessa forma, cabe esclarecer acerca do cálculo desse referido índice.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, os índices de reajustes anuais praticados pelas operadoras de saúde nos planos coletivos empresariais são influenciados

pelo crescimento dos custos assistenciais, que podem ser reflexo de aumento do preço médio dos procedimentos, pela incorporação de novas tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e pelo aumento da frequência de utilização e da sinistralidade, entre outros fatores.⁴⁴

Ou seja, o cálculo de tal índice anual, em suma, compreende a Variação dos Custos Médicos Hospitalares (VCMH) juntamente com o percentual de sinistralidade, o que, em tese, possibilitaria o equilíbrio econômico-financeiro do contrato⁴⁵.

Resumidamente, a VCMH é calculada pela variação dos custos médicos hospitalares *per capita* dos beneficiários de planos de saúde, suportados pelas operadoras, compreendidos entre dois períodos seguidos de 01 (um) ano⁴⁶.

⁴³ SILVA, G. L.; ROCHA, C. H.; BRITTO, P. A. P. DE. **Performance financeira no setor de saúde suplementar**: uma análise da variância da rentabilidade das operadoras de saúde no Brasil. Revista Gestão & Saúde, Brasília, v. 12, n. 01, p. 53–67, jan./mar. 2021.

⁴⁴ ANS. **ANS atualiza painéis de reajuste de planos de saúde coletivos e de precificação**. Agência GOV, 2024. Disponível em: <https://agenciagov.etc.com.br/noticias/202402/ans-atualiza-paineis-de-reajuste-de-planos-coletivos-e-de-precificacao>. Acesso em: 10 jun. 2024.

⁴⁵ VASCONCELOS, A. **Reajuste de planos de saúde coletivos: como saber se o aumento é abusivo?** Migalhas, 2023. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/389265/reajuste-de-planos-de-saude-coletivos>. Acesso em: 11 jun. 2024.

⁴⁶ IEISS. **Entenda o VCMH/IEISS**. IEISS, 2010. Disponível em: <https://www.ieiss.org.br/vcmh/entenda-o-vcmhiess>. Acesso em: 26 mai. 2024.

Já no tocante ao índice de sinistralidade, segundo Araújo, este “é baseado no número de procedimentos e atendimentos, os chamados ‘sinistros’, analisando se o valor cobrado pela operadora está equilibrado com os custos daquele determinado ano”.

Em outras palavras, a sinistralidade é auferida mediante a relação de todas as perdas cobertas pela operadora durante determinado período e o prêmio cobrado por elas. Assim, é estipulado pelas partes contratantes do plano de saúde um nível máximo de sinistralidade, o qual, após o balanço de todos os custos suportados pelas operadoras com a cobertura dos beneficiários e o valor arrecadado a título de prêmio, deveria resultar em um saldo positivo de determinado percentual - comumente de 20% a 30%⁴⁷.

Com isso, tal reajuste é realizado apenas quando ocorre um aumento não esperado nas despesas assistenciais dos beneficiários, a fim de que seja mantido o equilíbrio contratual e o percentual positivo estipulado.

Nos termos do art. 27, II, da RN nº 565/2022,

Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:

(...)

II – na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

Ademais, vale destacar que, para a aplicação de tais reajustes nessa modalidade de plano, há diferenças quanto aos planos coletivos empresariais compostos por até 29 (vinte e nove) vidas e pelos compostos por 30 (trinta) vidas ou mais.

Afinal, o índice de reajuste por sinistralidade para os planos compostos por 30 (trinta) vidas ou mais é calculado com base nos dados auferidos por cada grupo contratante. Isto é, os dados de sinistralidade de cada plano de saúde com 30 (trinta) vidas ou mais serão responsáveis pelos reajustes anuais de cada um desses planos.

⁴⁷ BODRA, M. E. F. A. **Reajuste por sinistralidade em contratos coletivos empresariais de assistência à saúde** – Interpretação segundo os princípios constitucionais do direito à saúde e artigos 1º e 170 da Constituição Federal de 1988. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88–112, 2013.

No entanto, para o cálculo do índice nos planos compostos por até 29 (vinte e nove) vidas, estes deverão ser agrupados com os demais na mesma situação, conforme bem preceitua o art. 37, *caput*, da RN nº 565/2022,

Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de trinta beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

Dessarte, é patente que, nos planos de saúde coletivos empresariais, os reajustes anuais tendem a ser significativamente superiores aos praticados nos individuais/familiares. Afinal, utilizam-se tanto da Variação dos Custos Médicos Hospitalares, quanto da sinistralidade, sendo este último não empregado no cálculo realizado pela ANS para o reajuste dos planos individuais/familiares.

Outrossim, importa versar acerca da possibilidade da rescisão contratual unilateral nessa modalidade, a qual é mais uma expressiva diferença nas garantias asseguradas aos beneficiários dos planos individuais/familiares. Ora, enquanto nesta última modalidade há a expressa vedação por meio normativo, no que tangem os planos coletivos empresariais, bem como os coletivos por adesão, a lei permanece silente, subentendendo-se que seria permitido e deixando vigorar o estipulado entre as partes contratantes⁴⁸.

Nos termos do art. 14 da RN nº 557/2002, para essa modalidade, é possível a rescisão contratual unilateral por parte da operadora, desde que não previsto contratualmente de forma diversa, cumprido o prazo mínimo de vigência de 01 (um) ano e previamente notificado ao contratante, com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência, e apresentadas as razões da rescisão.

Ademais, no tocante aos planos coletivos empresariais com menos de 30 (trinta) beneficiários, para que seja possível a rescisão unilateral, esta deverá ser devidamente justificada, evitando, assim, práticas abusivas pelas operadoras, uma vez que tal classe é mais vulnerável do que as compostas por mais beneficiários⁴⁹.

Todavia, impende destacar que, como também nos planos individuais/familiares, no caso de tratamento médico contínuo ou de internação hospitalar, deverá ser mantido o plano de

⁴⁸ FINK, M. **A resilição unilateral do contrato de plano de saúde e a função social do contrato na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça brasileiro**. RJLB, n. 6, p. 1553-1590, 2022.

⁴⁹ BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. EREsp n. 1.692.594/SP. Ação declaratória de nulidade de cláusulas contratuais. M. C. de C. versus A. S. M. I. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Segunda Seção, Brasília, DF, 12 fev. 2020. Publicado no DJe de 19 fev. 2020.

saúde a fim de que não se interrompam os cuidados médicos oferecidos, por exegese do art. 13, p.ú., III, da LPS. Nesse mesmo sentido, tem-se o voto do exmo. ministro Luis Felipe Salomão,

Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário - ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física - também alcança os pactos coletivos.⁵⁰

Tal entendimento, inclusive, foi firmado pelo Tema Repetitivo nº 1.082 do Col. Superior Tribunal de Justiça, o qual preconiza a tese de que

A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida.⁵¹

Somado a isso, por força do art. 1º da CONSU nº 19/1999, nos casos de rescisão unilateral, as operadoras deverão fornecer aos seus beneficiários a possibilidade de migrarem para planos de saúde individuais/familiares, nas mesmas condições dos seus planos anteriores, caso os comercializem.

Além disso, na ocorrência de não comercializarem planos individuais/familiares, poderá ser considerada abusiva a rescisão pelas operadoras quando não ofertada a possibilidade de portabilidade desses beneficiários para outro plano coletivo empresarial, sem o cumprimento de carências⁵².

Nesse diapasão, é cognoscível que os beneficiários de planos coletivos empresariais, embora tenham certos direitos assegurados para si, detêm muito menos garantias legais em comparação aos de planos individuais/familiares, ficando, por diversas vezes, desamparados em face de condutas abusivas praticadas pelas operadoras de saúde. Ora, conforme supracitado, tal diferença normativa se dá pela suposição de que as pessoas jurídicas contratantes desses

⁵⁰ BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. REsp n. 1.846.123/SP. Abusividade de rescisão unilateral de plano de saúde coletivo. B. S. versus A. M. M. et. al. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Segunda Seção, Brasília, DF, 22 jun. 2022. Publicado no DJe de 01 ago. 2022.

⁵¹ BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Tema Repetitivo nº 1.082. A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida. Brasília, DF, 22 jun. 2022.

⁵² VASCONCELOS, A. **Desvendando o cancelamento unilateral do plano de saúde coletivo**: aspectos fundamentais e direitos dos segurados. Migalhas, 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/404391/desvendando-o-cancelamento-unilateral-do-plano-de-saude-coletivo>. Acesso em: 15 jun. 2024.

planos teriam similar poder de barganha às operadoras, o que não aconteceria nos individuais/familiares.

Ocorre que, como se verá adiante, em muitos os casos tal premissa não é verdadeira, restando prejudicados esses indivíduos, os quais, em março de 2024, totalizavam 36.017.834 (trinta e seis milhões, dezessete mil e oitocentos e trinta e quatro) de pessoas⁵³, representativas de alarmantes 70,7% (setenta vírgula sete por cento)⁵⁴ dos beneficiários totais da Saúde Suplementar brasileira, ou seja, a esmagadora maioria dos contratos de planos de saúde no país.

3.4 Planos de Saúde Coletivos por Adesão

Por fim, no que diz respeito aos planos de saúde coletivos por adesão, estes se tratam de planos contratados por entidades de classe, quais sejam as cooperativas, associações, sindicatos etc., em favor de seus membros. Dessa maneira, qualquer indivíduo que tenha vínculo com essas entidades, de caráter profissional, classista ou setorial, desde que correspondente aos padrões de elegibilidade, poderá ser beneficiário do plano contratado.

Ademais, ressalta-se que esses planos são negociados, na grande maioria das vezes, pelo intermédio de uma administradora de benefícios - regulada pela RN nº 515, de 29 de abril de 2022 -, que, de acordo com a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios,

é uma pessoa jurídica, devidamente regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que atua como estipulante ou prestadora de serviço de empresas, órgãos públicos ou entidades representativas que desejam contratar um plano de saúde coletivo, auxiliando-os a proporcionar acesso à saúde a população a eles vinculada.⁵⁵

Outrossim, é de se apontar que tais contratos de planos de saúde são contratos de adesão, ou seja, com cláusulas imutáveis, preestabelecidas pelo fornecedor, supostamente negociadas pelas entidades de classe e administradoras de benefícios, não podendo serem alterados pelo beneficiário, pessoas físicas aderentes⁵⁶.

Nessa toada, evidencia-se, nesse caso, a mesma problemática dos planos coletivos empresariais: por serem contratados por meio de pessoas jurídicas, presume-se a igualdade entre

⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Gerais**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 06 jun. 2024.

⁵⁴ Gráfico 1 - Representatividade por Modalidade de Plano de Saúde.

⁵⁵ ANAB. **O que é uma Administradora de Benefícios?** ANAB. Disponível em: https://anab.com.br/administradora-de-beneficios/#google_vignette. Acesso em: 05 jun. 2024.

⁵⁶ ARAÚJO, E. R. A. **Os reajustes abusivos em planos de saúde, com enfoque na submodalidade coletivo por adesão**. Revista Processus Multidisciplinar, Brasília, DF, v. 05, n. 09, p. 5–19, jan./jul. 2024.

as partes contratantes no tocante ao poder de negociação e, assim, o ordenamento jurídico brasileiro não confere a esses beneficiários as mesmas garantias conferidas aos de planos individuais/familiares.

Dessarte, os reajustes anuais dessa modalidade de plano também não são limitados aos índices divulgados pela ANS, sofrendo reajustes financeiros e por sinistralidade, conforme pactuado contratualmente, além de por faixa etária, o qual é comum a todos os tipos de plano.

Somado a isso, nesses planos, caso conste no contrato, poderá haver a cobrança de um percentual do valor total do prêmio, mensalmente, a título de “taxa de administração”, a fim de se remunerar as administradoras de benefícios por todos os serviços prestados, conforme constante no ponto 8.2.3.2 do Anexo da RN nº 528 de 2022, tornando-os ainda mais onerosos.

Além disso, por ser um plano coletivo, essa modalidade também permite a rescisão unilateral, seguindo o mesmo regramento dos planos coletivos empresariais, já exposto anteriormente. Ora, em suma, a maior diferença entre essas duas modalidades de planos coletivos seria, justamente, a participação da administradora de benefícios, tendo-os, assim, com a exceção de certos pontos, a mesma regulação.

Nessa toada, destaca-se que, em março de 2024, eram 6.120.680 (seis milhões, cento e vinte mil e seiscentos e oitenta) beneficiários dos planos coletivos por adesão⁵⁷, representativos de 12% (doze por cento)⁵⁸ de todas as pessoas que desfrutam do Sistema da Saúde Suplementar no Brasil. Ou seja, os planos coletivos de uma maneira geral ocupam, aproximadamente, 82,7% (oitenta e dois vírgula sete por cento) do mercado.

⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Gerais**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 06 jun. 2024.

⁵⁸ Gráfico 1 - Representatividade por Modalidade de Plano de Saúde.

4 PLANOS DE SAÚDE FALSOS COLETIVOS

4.1 Conceito do Termo “Falso Coletivo”

Os chamados planos de saúde “falsos coletivos” são planos coletivos empresariais, ou seja, contratados por pessoas jurídicas nessa modalidade, os quais, no entanto, contam com um número diminuto de beneficiários, membros de uma mesma família.

Isto é, não há relação empregatícia ou estatutária entre a contratante e os seus beneficiários, conforme é demandado para que seja devidamente configurado um plano de saúde coletivo empresarial, de acordo com o artigo 5º da RN nº 557 de 2022.

Dessa maneira, entende-se que, nesses casos, tais planos falsos coletivos devem receber o mesmo tratamento dos planos individuais/familiares, sendo coibida a rescisão unilateral e estando os seus reajustes anuais atrelados aos índices divulgados pela ANS aos planos individuais/familiares, dentre outras demais garantias. Afinal, tendo em vista o baixo número de beneficiários desses planos, resta clara a sua vulnerabilidade em face das operadoras de saúde.

Ora, segundo Andrietta, “o termo 'falso coletivo' ou 'pejotinha' designa planos de saúde que têm características semelhantes aos individuais ou familiares, com número reduzido de beneficiários por contrato, mas que são contratados por meio de uma pessoa jurídica.”⁵⁹

Nessa senda, é cognoscível que os planos de saúde contratados como coletivos empresariais, os quais têm, como beneficiários, uma ínfima quantidade de membros, todos de uma mesma família, são, em verdade, planos individuais/familiares travestidos de coletivos empresariais e, por isso, recebem a denominação de “falsos coletivos”.

A existência desses referidos planos, conforme se verá adiante, dá-se em razão de diversos fatores os quais culminaram no cenário atual brasileiro, marcado pela falta da comercialização dos planos de saúde individuais/familiares, o que acabou por forçar os cidadãos e as suas famílias a passarem a contratar os seus planos por intermédio de uma sociedade empresária.

Com isso, evidencia-se que o crescimento de tais planos coincide com a diminuição da oferta dos planos individuais/familiares, tornando os planos coletivos empresariais uma das únicas opções para os cidadãos alvos dos planos individuais/familiares. Assim, os planos falsos

⁵⁹ ANDRIETTA, L. S. **Falsa coletivização de planos de saúde**: expansão, reajustes e judicialização (2014-2019). Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 22, n. 01, p. 03, 2022.

coletivos podem ser contratados para uma única pessoa, por meio de Microempresa Individual (MEI), ou para a partir de 02 (duas) pessoas, mediante um cartão CNPJ⁶⁰.

4.2 A Problemática da Falta de Planos de Saúde Individuais ou Familiares na Atualidade

Os planos individuais/familiares, como restou assente, contam com diversas garantias não conferidas às demais modalidades a fim de proteger os seus beneficiários, os quais, por se tratarem de cidadãos comuns exercendo o papel de contratantes, supostamente não teriam o mesmo poder de barganha do que as pessoas jurídicas responsáveis pela intermediação da contratação dos planos coletivos.

Diante disso, aponta-se, como uma das mais importantes diferenças no tratamento entre os tipos de planos, a regulação, pela ANS, dos índices de reajustes anuais dos planos individuais/familiares. Tais índices são calculados pela autarquia apenas a partir da variação dos custos médicos hospitalares (VCMH), enquanto, nos planos coletivos empresariais, incide-se também o reajuste por sinistralidade, o que contribui para ultrapassar, em muito, os índices divulgados pela ANS.

A fim de se elucidar a disparidade entre os índices de reajustes anuais aplicados pelos planos individuais/familiares⁶¹ e pelos coletivos empresariais com cobertura de até 29 (vinte e nove) vidas, nesse caso, os aplicados por duas das seguradoras mais predominantes nesse setor, quais sejam a Sul América⁶² e a Bradesco Saúde⁶³, observe-se os gráficos abaixo:

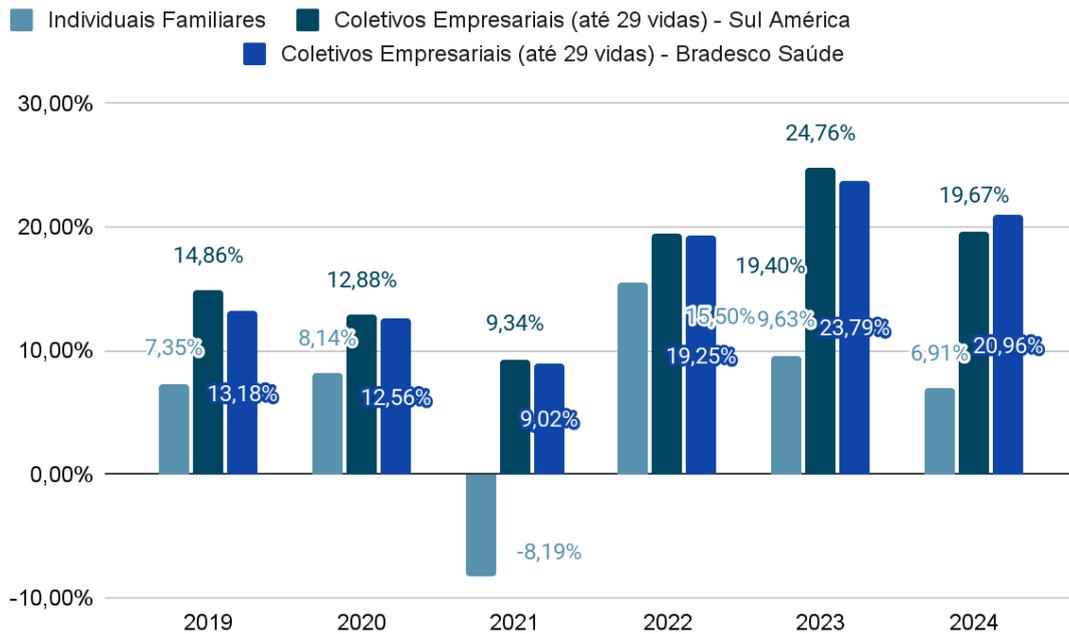
⁶⁰ GEPS. **Planos de saúde “falsos coletivos”**: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2020). São Paulo, jan. 2021. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/planos-de-saude-falsos-coletivos-crescimento-do-mercado-e-reajuste-de-precos-2014-2020/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

⁶¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **ANS limita a 6,91% o reajuste dos planos individuais e familiares**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-limita-a-6-91-o-reajuste-dos-planos-individuais-e-familiares>. Acesso em: 18 jun. 2024.

⁶² SUL AMÉRICA. **Reajuste para planos coletivos**. Disponível em: https://sulamerica.com.br/saude/rede/Capeante_sulamerica_saude_listagem_rn309.pdf. Acesso em: 18 jun. 2024.

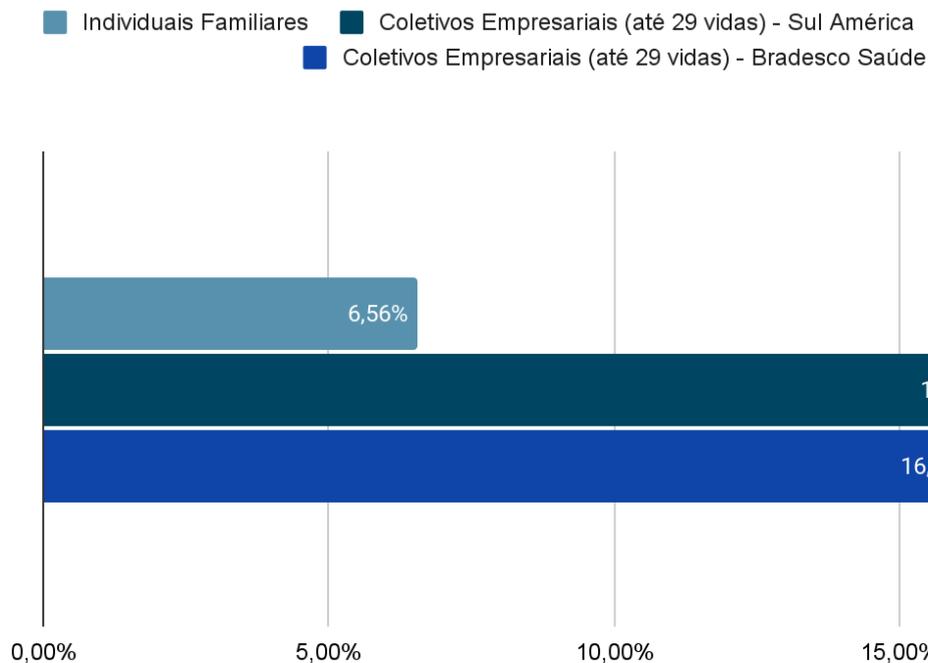
⁶³ BRADESCO SAÚDE. **Reajuste para contratos coletivos com menos de 30 pessoas**. Disponível em: <https://www.bradescoseguros.com.br/clientes/produtos/plano-saude/servicos/reajuste-contratos-coletivos-menos-de-30-pessoas>. Acesso em: 18 jun. 2024.

Gráfico 2 - Variação dos Índices de Reajuste Anuais dos Planos de Saúde de Assistência Médico-Hospitalar nas modalidades individuais/familiares e Coletivos Empresariais de até 29 vidas.



Fonte: elaborado pela autora (2024).

Gráfico 3 - Relação das Médias dos Índices de Reajuste Anuais dos tipos de Planos de Saúde entre os anos de 2019 e 2024.



Fonte: elaborado pela autora (2024).

Dessa forma, nota-se que, entre os anos de 2019 e 2024, os planos de saúde individuais/familiares obtiveram uma média de reajuste anual de 6,56% (seis inteiros e

cinquenta e seis centésimos por cento), ao passo que os coletivos empresariais, no caso da Sul América, 16,82% (dezesseis inteiros e oitenta e dois centésimos por cento), e, do Bradesco Saúde, 16,46% (dezesseis inteiros e quarenta e seis centésimos por cento). Ou seja, é evidente que a média dos reajustes anuais praticados por planos de saúde coletivos empresariais tem sido maior do que o dobro da média dos individuais/familiares.

É perceptível, assim, a grande diferença que o índice de sinistralidade contabilizado nos reajustes anuais dos planos coletivos, o qual possibilita que as operadoras de saúde garantam a mesma margem de lucro pactuada no momento de contratação do plano, faz no momento do cálculo dos referidos percentuais, ocasionando a disparidade acima observada.

Nessa seara, uma vez que tal índice não pode ser aplicado nos reajustes dos planos individuais/familiares, esses são muito inferiores aos praticados nos planos coletivos empresariais. Diante disso, as operadoras de saúde passaram a não comercializar mais os planos individuais/familiares, tendo em vista passarem a proporcionar uma menor margem de lucro.

Nesse mesmo sentido, entende Oliveira e de Lara,

Um dos motivos que tem gerado essa fuga dos contratos individuais/familiares, para os coletivos/empresariais, é justamente a possibilidade de se aplicar, nos contratos coletivos, uma modalidade de reajuste que não incide sobre os contratos individuais, qual seja: o reajuste por sinistralidade (...).⁶⁴

Outrossim, há de se apontar, também, como um diferencial relevante na regulação dos planos individuais/familiares, a vedação da rescisão unilateral desses contratos pelas operadoras de saúde. Tal proibição, contudo, não é verificada nos planos coletivos.

Com isso, desde que respeitadas certas condições impostas legalmente, as operadoras de saúde são livres para rescindir os contratos de planos de saúde coletivos.

Nesse liame, de acordo com Araújo Júnior, a rígida regulamentação imposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar nos planos de saúde individuais/familiares é o principal motivo da expansão da comercialização dos planos de saúde coletivos, em detrimento dos individuais/familiares⁶⁵. Ora, esses últimos, diante de tantas regulações, tornaram-se mais

⁶⁴ OLIVEIRA, A. J. G.; LARA, S. A. P. Direito em Saúde Suplementar: Desafios e Possibilidades. *In*: Caixa dos Advogados do Paraná. **Repensando o Direito do Consumidor III - 25 anos de CDC**: Conquistas e Desafios. Curitiba: OAB Paraná, 2015. p. 163. Disponível em: https://www.academia.edu/19560903/Repensando_o_direito_do_consumidor_III. Acesso em: 11 jun. 2024.

⁶⁵ ARAÚJO JÚNIOR, J. L. **Dilemas da expansão de seguros privados no Brasil**. 2019. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

onerosos para as operadoras de saúde, as quais, visando manter o equilíbrio financeiro-econômico, passaram a reduzir a sua oferta.

Dessa maneira, passou a ser comum a observância da suspensão da comercialização dos planos individuais/familiares pelas operadoras de saúde. Como exemplo, tem-se a Sul América, uma das seguradoras mais predominantes no setor da saúde suplementar brasileira, que, atualmente, não oferece qualquer plano nessa modalidade. Veja-se como consta a comercialização dos planos individuais/familiares na relação dos seus planos ofertados, constante em seu *website*:

Figura 1 – Página de detalhes do registro da rede referenciada do portal SulAmérica Seguros

| Código de Registro do Produto na ANS | Nome Registrado na ANS | Segmentação Assistencial | Classificação | Código da Operadora | Nome da Operadora e CNPJ | Situação do Produto |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 10304 | IND HOSP TRAD SEM TIPO E AIDS - EXECUTIVO V | Hospitalar sem Obstetria | Individual ou Familiar | 006246 | Sul América Companhia de Seguro Saúde - 01.685.053/0001-56 | Ativo com comercialização suspensa |
| 10305 | INDIVIDUAL HOSP TRADICIONAL SEM TIPO E AIDS - EXECUTIVO III | Hospitalar sem Obstetria | Individual ou Familiar | 006246 | Sul América Companhia de Seguro Saúde - 01.685.053/0001-56 | Ativo com comercialização suspensa |
| 10305 | INDIVIDUAL HOSP TRADICIONAL SEM TIPO E AIDS - EXECUTIVO III | Hospitalar sem Obstetria | Individual ou Familiar | 006246 | Sul América Companhia de Seguro Saúde - 01.685.053/0001-56 | Ativo com comercialização suspensa |

Fonte: Captura de tela do site SulAmérica Seguros⁶⁶.

Nesse diapasão, é aferível ainda esse fenômeno de escassez da comercialização dos planos de saúde individuais/familiares pelos dados divulgados pela ANS em seu *website*⁶⁷, por meio dos quais demonstra que, em março de 2024, de todos os beneficiários da assistência de saúde privada, apenas 8.760.926 (oito milhões, setecentos e sessenta mil e novecentos e vinte e seis) cidadãos eram contratantes de planos individuais/familiares, representativos de míseros 17,2% (dezessete vírgula dois por cento)⁶⁸ dessa categoria. Já os planos coletivos em geral, representavam 82,7% (oitenta e dois vírgula sete por cento)⁶⁹.

⁶⁶ SULAMÉRICA SEGUROS. **Página de detalhes do registro da rede referenciada**. Captura de tela do site, p. 02. SulAmérica Seguros, 2024. Disponível em: https://portal.sulamericaseguros.com.br/main.jsp?lumPageId=8A62139E2BD4E977012BD52E008323BF&lumRCli=1&lumRTI=sai.service.redereferenciada.detalhes_registro&lumRTSI=8A619BA6464E931F01465CE644FD3EAB&pagina=2. Acesso em: 19 jun. 2024.

⁶⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Gerais**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 06 jun. 2024.

⁶⁸ Gráfico 1 - Representatividade por Modalidade de Plano de Saúde.

⁶⁹ Gráfico 1 - Representatividade por Modalidade de Plano de Saúde.

Ocorre que, ainda segundo a autarquia⁷⁰, no ano de 2023, de todos os planos coletivos comercializados no país, 24% (vinte e quatro por cento) desses contratos ofereciam cobertura para até 29 (vinte e nove) vidas. Além disso, dentro desse número, alarmantes 15% (quinze por cento) desses contratos eram apenas para a cobertura de até 05 (cinco) vidas.

Ou seja, é cognoscível que uma grande parte desses contratos, em verdade, foi realizada apenas para a asseguarção de famílias, as quais, se fosse possível, estariam contratando planos individuais/familiares. Ora, deveria ser, no mínimo, incomum um número tão expressivo de empresas com tão poucos funcionários integrando os seus planos de saúde empresariais, ao ponto de não ultrapassarem 05 (cinco) vidas, sendo óbvia a alta possibilidade de se tratarem dos chamados planos falsos coletivos.

Pois bem. Nas palavras de Falabella,

Em decorrência da relutância das operadoras em oferecer planos individuais ou familiares, ainda, surgiu o fenômeno da “falsa coletivização”, no qual as operadoras passam a permitir a contratação de planos coletivos por “grupos” formados por duas ou mais pessoas.⁷¹

Por fim, impende-se destacar também que tal problemática é agravada pelo simples fato de que não há qualquer norma que obrigue as operadoras de saúde em ofertarem os planos individuais/familiares, respaldando o seu comportamento abusivo para com o consumidor em pactuar planos coletivos empresariais, por falta de opção.

Segundo o ministro Villas Bôas Cuevas, não há imposição legal que obrigue as operadoras de saúde a ofertarem determinada modalidade de plano⁷². Dessarte, resta à parcela da população brasileira a qual não tem vínculo empregatício, estatutário, classista ou setorial com pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde a contratar os denominados planos falsos coletivos.

⁷⁰ ANS. **ANS atualiza painéis de reajuste de planos de saúde coletivos e de precificação**. Agência GOV, 2024. Disponível em: -<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202402/ans-atualiza-paineis-de-reajuste-de-planos-coletivos-e-de-precificacao>. Acesso em: 10 jun. 2024.

⁷¹ FALABELLA, C. V. C. **A necessidade de regulação integral dos planos de saúde coletivos pela ANS**. 2017. Tese (Bacharelado em Direito) - Curso de Direito - Faculdade Damas da Instrução Cristã, Recife, 2017, p. 38.

⁷² BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. REsp 1.924.526/PE. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral. V. M. A. M. versus G. O. C. T. M. et al. Relatora Ministra Nancy Andrighi. Relator do voto vencedor Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Terceira Turma, Brasília, DF, 22 jun. 2021. Publicado no DJe de 03 ago. 2023.

4.3 Entendimento Jurisprudencial

Em atenção a todo o exposto, é notório que os planos falsos coletivos são uma realidade bastante presente no cenário atual da Saúde Suplementar brasileira. Afinal, conforme exposto alhures, há uma vultosa quantia de contratos de planos de saúde coletivos empresariais com uma cobertura de até 29 (vinte e nove) vidas, em detrimento dos planos individuais/familiares, os quais se encontram cada vez mais escassos nesse setor.

Diante disso, faz-se imperioso realizar uma análise detalhada do entendimento jurisprudencial que vem se consolidando nos tribunais nacionais.

A partir da interpretação de inúmeros julgados do colendo Superior Tribunal de Justiça acerca da matéria, percebe-se que, para que seja considerado por essa instância um plano coletivo empresarial como falso coletivo, este deverá contemplar, como beneficiários, um número diminuto de vidas - em geral, até 29 (vinte e nove) vidas -, bem como ter sido constatado no tribunal de origem que tais beneficiários são membros de uma mesma família⁷³.

Nessa toada, de acordo com o ministro do STJ Marco Buzzi,

é possível, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo ou empresarial, que possua número diminuto de participantes, como no caso, por apresentar natureza de contrato coletivo atípico, seja tratado como plano individual ou familiar.⁷⁴

Já o ministro Luis Felipe Salomão, confirmando a tese de que, para se configurar um plano falso coletivo, os beneficiários devem também serem membros de uma mesma família, proferiu a afirmação de que “o Tribunal local consignou se tratar de um contrato 'falso coletivo', porquanto o plano de saúde em questão teria como usuários apenas poucos membros de uma mesma família”.⁷⁵

Nesse mesmo liame, observa-se que, ao serem constatadas as falsas coletivizações dos planos empresariais, estes passam a receber o mesmo tratamento dos planos individuais/familiares, nos termos do voto do ministro Marco Buzzi acima transcrito,

⁷³ CALADO, V. N.; TROCCOLI, M. Q. L. **Contratos de plano de saúde “falso coletivo”**: uma ilegalidade reconhecida pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). In: XXX Congresso Nacional do CONPEDI Fortaleza-CE: Direito e Saúde, 2023, Florianópolis: CONPEDI, 2023.

⁷⁴ BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. AgInt no REsp 1.880.442/SP. Ação de plano de saúde falso coletivo. B. S. versus A. P. E. Relator Ministro Marco Buzzi. Quarta Turma, Brasília, DF, 02 mai. 2022. Publicado no DJe de 06 mai. 2022.

⁷⁵ BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. AgInt no AREsp n. 2.018.303/SP. Ação de plano de saúde falso coletivo. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Quarta Turma, Brasília, DF, 30 mai. 2022. Publicado no DJe de 1º jun. 2022.

entendimento o qual é replicado em diversos julgados pelo Superior Tribunal de Justiça, como o que segue:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NÚMERO REDUZIDO DE PARTICIPANTES. "FALSO COLETIVO". NATUREZA INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CONVÊNIO. APRECIÇÃO DA MATÉRIA. REEXAME DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS, FATOS E PROVAS. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. O STJ admite, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo seja tratado como individual ou familiar quando possuir número reduzido de participantes.

2. Alterar o entendimento do tribunal de origem a respeito da natureza do contrato, se efetivamente coletivo, demandaria a interpretação de cláusulas contratuais e a revisão de provas, a atrair a aplicação das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

3. Agravo interno desprovido.⁷⁶

Já no que tange à jurisprudência dos tribunais estaduais, mais especificamente do eg. Tribunal de Justiça de Pernambuco, afere-se que se mantêm em sintonia com o entendimento do STJ, reconhecendo a falsa coletividade dos planos de saúde enquadrados nas hipóteses traçadas, isto é, quando não evidenciado vínculo associativo, classista ou empresarial entre o beneficiário e a contratante, bem como sendo os beneficiários integrantes da mesma família⁷⁷.

Dessa forma, os eminentes julgadores do eg. TJPE, em sua grande maioria, com a constatação da condição de plano falso coletivo, determinam que os sejam tratados como um plano de saúde familiar, “devendo se adequar às normas legais definidas pela Lei 9656/98 a qual possibilita os reajustes por mudança de faixa etária e os reajustes anuais estabelecidos pela ANS.”⁷⁸

Nessa esteira, também decidiu o desembargador Ruy Trezena Patu Júnior ao afirmar que, no caso dos planos falsos coletivos, deverá haver tratamento legal e regulamentar análogo aos individuais/familiares, ensejando na aplicação dos índices de reajustes divulgados pela

⁷⁶ BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. AgInt no REsp n. 2.003.889/SP. Ação de plano de saúde falso coletivo. S. A. C. S. S. versus L. I. M. T. Relator Ministro João Otávio de Noronha. Quarta Turma, Brasília, DF, 24 abr. 2023. Publicado no DJe de 26 abr. 2023.

⁷⁷ PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco**. Apelação Cível nº 0032562-93.2021.8.17.2001. Ação de plano de saúde falso coletivo. M. F. I. e L. F. F. I. versus B. S. Relator Des. Francisco Eduardo Gonçalves Sertório Canto. 3ª Câmara Cível, Recife, 14 dez. 2023.

⁷⁸ PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco**. Apelação Cível nº 0034231-55.2019.8.17.2001. Ação de plano de saúde falso coletivo. L. H. F. A. A. versus S. A. C. S. S. Relator Des. Stênio Neiva Coêlho. 2ª Câmara Cível, Recife, 10 jun. 2021.

ANS⁷⁹. Ou seja, são afastados os índices utilizados nos planos coletivos, quais sejam, o de VCMH e Sinistralidade, para que sejam aplicados os disponibilizados pela autarquia.

Ademais, é relevante apontar que, tendo em vista à equiparação dos contratos de planos de saúde falsos coletivos aos individuais/familiares, torna-se vedada a rescisão unilateral contratual pela aplicação do art. 13, p. ú., II, da LPS⁸⁰. Tal entendimento, inclusive, já foi firmado pelo ministro Ricardo Villas Bôas Cueva:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. FALSO COLETIVO. MEMBROS DA MESMA FAMÍLIA. ART. 13, PARÁGRAFO ÚNICO, II, DA LEI Nº 9.656/1998.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).
2. Na hipótese, o plano de saúde em questão tem como usuários apenas membros de uma mesma família. Aplicação do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.
3. Agravo interno não provido.”⁸¹

Por conseguinte, vale salientar ser patente a imprescindibilidade dessa prestação jurisdicional para a proteção desses consumidores frente às reprováveis condutas praticadas pelas operadoras de saúde.

Ora, por meio da judicialização dessas causas, reconhece-se a abusividade das cláusulas contratuais as quais preveem a incidência de reajustes por VCMH e Sinistralidade, determinando-se a aplicação única dos percentuais divulgados pela ANS, contribuindo para uma relevante redução do prêmio arcado pelos beneficiários.

Nessa senda, ressalta-se ainda que esses consumidores também têm o direito de pleitear pela restituição dos valores pagos a maior a título de prêmio da mensalidade a partir dos 03 (três) anos anteriores à propositura da ação declaratória para o reconhecimento do seu caráter falso coletivo. Afinal, com a determinação da incidência apenas dos índices aprovados pela

⁷⁹ PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco**. Apelação Cível nº 0002794-19.2022.8.17.2218. Ação de plano de saúde falso coletivo, aplicação de reajustes da ANS. B. S. versus A. G. C. T. S. Relator Des. Ruy Trezena Patu Júnior. 2ª Câmara Cível, Recife, 19 fev. 2024.

⁸⁰ Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;

⁸¹ BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. AgInt no REsp 1880247 SP 2020/0148785-0. Ação de plano de saúde falso coletivo, vedação à rescisão unilateral. Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Terceira Turma, Brasília, DF, 15 mar. 2021. Publicado no DJe de 18 mar. 2021.

ANS, há o recálculo da mensalidade, a qual é drasticamente reduzida. Tal direito, inclusive, vem sendo reconhecido na jurisprudência, como se vê:

COLETIVO COM MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS. NECESSIDADE DE PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA ANS. AGRUPAMENTO DE TODOS OS BENEFICIÁRIOS PARA O CÁLCULO DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE. APLICAÇÃO DAS REGRAS DOS PLANOS INDIVIDUAIS AOS CONTRATOS COLETIVOS ATÍPICOS. APELAÇÃO PROVIDA.

(...)

6. O Superior Tribunal de Justiça posicionou-se no sentido de aplicar, excepcionalmente, as regras previstas para os planos individuais/familiares quando se tratar de planos de saúde coletivos “atípicos”.

7. Considerando que o plano de saúde oferece cobertura para apenas duas vidas como confessado pela Seguradora de Saúde em sua contestação, devem ser aplicados nas mensalidades dos apelantes os percentuais de reajustes estabelecidos pela ANS, cabendo a restituição dos valores pagos a maior.

8. Apelação provida.”⁸²

Nesse diapasão, é patente que os tribunais pátrios têm assumido uma postura protetiva para com esses indivíduos contratantes de planos falsos coletivos, os quais se encontram vulneráveis em face das operadoras de saúde, sendo obrigados a aderir a esse tipo de plano, não contando, assim, com as devidas regulações previstas para a sua segurança. Com isso, por meio da judicialização desses casos, pode-se corrigir tais ações, garantido a esses beneficiários os seus direitos, equiparando os planos falsos coletivos aos planos familiares.

⁸² PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco**. Apelação Cível nº 0042816-33.2018.8.17.2001. Ação de plano de saúde falso coletivo, aplicação dos reajustes divulgados pela ANS. Relator Des. Fábio Eugênio Dantas de Oliveira Lima. 5ª Câmara Cível, Recife, 05 out. 2022.

5 CONCLUSÕES

O direito à saúde suplementar se trata de um direito fundamental previsto por meio do artigo 199 da Constituição Federal do Brasil. Originada nos meados do século XIX, a saúde privada contempla, principalmente, a comercialização de planos e seguros de saúde para aqueles que optam por custeá-la a fim de obterem acesso a cuidados médicos de maneira mais célere e satisfatória, em comparação com os serviços ofertados pelo SUS.

No âmbito do setor da saúde suplementar brasileira, destacam-se 03 (três) principais modalidades de planos: os individuais/familiares, os coletivos empresariais e os coletivos por adesão.

Dentre as supracitadas modalidades, cumpre ressaltar que os individuais/familiares detêm uma vasta regulação legal, sendo estabelecidas diversas regras para as partes, a fim de resguardar os seus contratantes e beneficiários, todas pessoas físicas, mais vulneráveis frente às operadoras de saúde.

Ocorre que, diante de tantos direitos assegurados aos cidadãos contemplados pelos planos individuais/familiares, tal modalidade se encontra cada vez mais rara, tendo, por muitas vezes, a sua comercialização suspensa. Afinal, os planos individuais/familiares se tornaram muito mais onerosos em face dos coletivos, os quais têm muito menos normas e garantias aos seus beneficiários.

Ora, é clarividente que, comparando a evolução dos valores da mensalidade de um plano individual/familiar com um plano coletivo, o prêmio deste último crescerá muito mais rapidamente e alto, não restando dúvidas acerca da sua superior lucratividade às operadoras de saúde.

Além disso, na hipótese de um plano coletivo passar a não ser mais tão lucrativo, ou por qualquer outra razão, a operadora de saúde, caso queira, tem a possibilidade de o rescindir, contanto que observadas certas exigências. Tal opção, contudo, não é disponibilizada aos planos individuais/familiares.

Nessa toada, em razão dessas e outras garantias conferidas aos planos individuais/familiares, estes praticamente não são mais comercializados, não restando outra opção aos cidadãos que não contratarem planos coletivos - representativos de 82,7% (oitenta e dois vírgula sete por cento) dos contratos de planos de saúde no Brasil, em março de 2024.

Dessarte, afere-se que, embora os esforços dos legisladores e dos entes públicos em protegerem os mais vulneráveis, aqueles que não têm como contratante uma pessoa jurídica, a qual poderia, em tese, negociar melhores condições aos seus beneficiários, tal parcela populacional se encontra, atualmente, desamparada frente às ações abusivas das operadoras de saúde.

Afinal, a fim de evitarem a obediência às inúmeras normas regulatórias dos planos individuais/familiares, uma vez que não são obrigadas a os comercializarem, as operadoras de saúde simplesmente passaram a não oferecerem mais tal modalidade como uma maneira de burlar o sistema.

Assim, haja vista não terem outra alternativa além dos planos coletivos, os cidadãos são forçados a aderirem-nos.

Todavia, a situação é agravada quando as pessoas que não detêm vínculos empregatícios ou associativos necessitam contratar um plano de saúde, sendo, muitas vezes, compelidas a pactuarem planos coletivos empresariais, por meio de uma pessoa jurídica, em favor de membros de sua família.

Ou seja, são contratados planos falsos coletivos, nos quais se assemelham em tudo aos planos individuais/familiares, menos na sua tratativa contratual, que seria a dos planos coletivos empresariais.

Com isso, visando consertar tal problemática, felizmente, os tribunais pátrios têm consolidado o entendimento de que tais planos devem ser equiparados aos planos individuais/familiares, passando a ser alvo da mesma regulamentação.

Portanto, a parcela populacional lesada pela falta de planos de saúde familiares pode buscar garantir direitos junto ao Poder Judiciário, propondo ações declaratórias para a equiparação dos seus referidos planos de saúde, a fim de que seja assegurado o mesmo regramento normativo entre os contratos.

De acordo com a crescente jurisprudência nacional, são 03 (três) requisitos necessários para a constituição dos planos falsos coletivos: (i) terem um número diminuto de beneficiários - até 29 (vinte e nove) vidas -; (ii) todos os beneficiários serem membros de uma mesma família; e (iii) esses beneficiários não terem vínculo empregatício ou associativo com a pessoa jurídica contratante do plano de saúde.

Ante todo o exposto, conclui-se que, muito embora todo o esforço normativo para a asseguaração de direitos dos indivíduos mais vulneráveis, isto é, aqueles que não detêm de uma pessoa jurídica para a contratação de seus planos de saúde com termos mais favoráveis ante o similar poder de barganha das partes, tais cidadãos continuam a ser alvos de práticas abusivas pelas operadoras de saúde.

Ora, mesmo que a jurisprudência nacional venha sendo firmada no sentido de realizar a equiparação dos planos falsos coletivos a planos individuais/familiares, é fato que a maioria das pessoas não têm conhecimento acerca de tal entendimento, restando-as incontestavelmente lesadas. Além disso, a judicialização da matéria é custosa para a parte, bem como morosa, não podendo ser a solução final para a presente problemática.

Nesse diapasão, é evidente a necessária regulamentação desse setor para que não seja permitido o mero boicote à comercialização dos planos individuais/familiares, os quais devem ser ofertados pelas operadoras de saúde a fim de que, então, tal público seja devidamente assegurado de seus direitos. Afinal, caso não seja regulamentado para tanto, a simples suspensão da comercialização dessa modalidade de plano, aliada à oferta de planos coletivos empresariais para famílias, será uma maneira de burlar todas as regras impostas para os planos individuais/familiares.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. B.; TIBÚRCIO, D. R.. Oferta obrigatória de planos de saúde individuais e familiares: livre iniciativa e direito fundamental à boa regulação. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 209–233, mai./ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/PTVhhfypyndSTPbg4KDfCLH/>. Acesso em: 14 abr. 2024.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Reajuste de mensalidade**. Gov.br, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/cartilhas-para-o-consumidor/Cartilha_Reajuste.pdf. Acesso em: 26 mai. 2024.
- AIRES, B. **Como nasceu a saúde suplementar no Brasil?** UniversoDoc, 2020. Disponível em: <https://universodoc.com.br/2020/01/10/como-nasceu-a-saude-suplementar-no-brasil/>. Acesso em: 21 abr. 2024.
- ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O Capital Baseado em Risco: uma abordagem para as operadoras de planos de saúde**. 2008. 115 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.
- ALVES, L. A. C. Direito em Saúde Suplementar: Desafios e Possibilidades. *In*: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. **Judicialização da Saúde, Parte I: Saúde Suplementar no Direito Brasileiro**. Rio de Janeiro: EMERJ, 2012. p. 239.
- ANAB. **O que é uma Administradora de Benefícios?** ANAB. Disponível em: https://anab.com.br/administradora-de-beneficios/#google_vignette. Acesso em: 05 jun. 2024.
- ANDRIETTA, L. S. **Falsa coletivização de planos de saúde: expansão, reajustes e judicialização (2014-2019)**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 22, n. 01, p. 03, 2022.
- ANS. **ANS atualiza painéis de reajuste de planos de saúde coletivos e de precificação**. Agência GOV, 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202402/ans-atualiza-paineis-de-reajuste-de-planos-coletivos-e-de-precificacao>. Acesso em: 10 jun. 2024.
- ARAÚJO JÚNIOR, J. L. **Dilemas da expansão de seguros privados no Brasil**. 2019. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
- ARAÚJO, E. R. A. **Os reajustes abusivos em planos de saúde, com enfoque na submodalidade coletivo por adesão**. Revista Processus Multidisciplinar, Brasília, DF, v. 05, n. 09, p. 5–19, jan./jul. 2024.
- AZEVEDO, P. F. et al. **A cadeia da saúde suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas**. 001. ed. São Paulo: INSPER, 2016. p. 1–122. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733621/mod_resource/content/1/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf. Acesso em: 25 mai. 2024.
- BODRA, M. E. F. A. **Reajuste por sinistralidade em contratos coletivos empresariais de assistência à saúde** – Interpretação segundo os princípios constitucionais do direito à saúde artigos 1º e 170 da Constituição Federal de 1988. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88–112, 2013.
- BRADERCO SAÚDE. **Reajuste para contratos coletivos com menos de 30 pessoas**. Disponível em: <https://www.bradercoseguros.com.br/clientes/produtos/plano-saude/servicos/reajuste-contratos-coletivos-menos-de-30-pessoas>. Acesso em: 18 jun. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 19 de 25 de março de 1999. Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 25 mar., 1999. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg3>. Acesso em: 06 mai. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 02 mar., 2021. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw==>. Acesso em: 17 abr. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 171, de 29 de abril de 2018**. Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas. Brasília, DF [2018]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2008/res0171_29_04_2008.html. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 441, de 19 de dezembro de 2018**. Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF [2018]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2018/res0441_20_12_2018.html. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009**. Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária. Brasília, DF [2009]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2009/res0186_14_01_2009.html. Acesso em: 02 mai. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 557, de 14 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde. Brasília, DF [2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0557_30_12_2022.html. Acesso em: 02 mai. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 565, de 16 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-

hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência complementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas e dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Brasília, DF [2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0565_30_12_2022.html. Acesso em: 04 mai. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 515, de 29 de abril de 2022**. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Brasília, DF [2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0515_04_05_2022.html. Acesso em: 04 mai. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 528, de 29 de abril de 2022**. Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde e as administradoras de benefícios. Brasília, DF [2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0528_06_05_2022.html. Acesso em: 05 mai. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 17 out., 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 abr. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 20 set., 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 04 jun., 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 16 abr. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 29 jan., 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 16 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Reajuste de planos de saúde individuais para o biênio 2024/2025**. Gov.br, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/reajustes-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares/metodologia-de-calculo/2023/NT_MF.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **26 anos da Lei dos Planos de Saúde**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/26-anos-da-lei-dos-planos-de-saude>. Acesso em: 31 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ANS celebra os 20 anos de regulamentação da saúde suplementar**. Gov.br, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-celebra-os-20-anos-de-%20regulamentacao-da-saude-suplementar>. Acesso em: 12 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ANS divulga dados de beneficiários relativos a abril de 2024**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numero-s-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-relativos-a-abril-de-2024>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ANS limita a 6,91% o reajuste dos planos individuais e familiares**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-limita-a-6-91-o-reajust-e-dos-planos-individuais-e-familiares>. Acesso em: 18 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Gerais**. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/ acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 06 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei dos Planos de Saúde completa 25 anos**. Gov.br, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/lei-dos-planos-d-e-saude-completa-25-anos>. Acesso em: 13 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Rol de Procedimento e Eventos em Saúde**. Gov.br. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 15 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planos Coletivos**. Gov.br, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude-1/planos-coletivos>. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reajustes de Planos Coletivos**. PowerBi, 2023. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDQ5MTczOTgtM2M1NS00OTA0LWJhYTctNzQ5MzBlOTU2ZWQyIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 19 jun. 2024.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. AgInt no AREsp n. 2.018.303/SP. Ação de plano de saúde falso coletivo. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Quarta Turma, Brasília, DF, 30 mai. 2022. Publicado no DJe de 1º jun. 2022.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. AgInt no REsp 1.880.442/SP. Ação de plano de saúde falso coletivo. B. S. versus A. P. E. Relator Ministro Marco Buzzi. Quarta Turma, Brasília, DF, 02 mai. 2022. Publicado no DJe de 06 mai. 2022.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. AgInt no REsp 1880247 SP 2020/0148785-0. Ação de plano de saúde falso coletivo, vedação à rescisão unilateral. Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Terceira Turma, Brasília, DF, 15 mar. 2021. Publicado no DJe de 18 mar. 2021.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. AgInt no REsp n. 2.003.889/SP. Ação de plano de saúde falso coletivo. S. A. C. S. S. versus L. I. M. T. Relator Ministro João Otávio de Noronha. Quarta Turma, Brasília, DF, 24 abr. 2023. Publicado no DJe de 26 abr. 2023.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. EREsp n. 1.692.594/SP. Ação declaratória de nulidade de cláusulas contratuais. M. C. de C. versus A. S. M. I. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Segunda Seção, Brasília, DF, 12 fev. 2020. Publicado no DJe de 19 fev. 2020.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. REsp 1.924.526/PE. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral. V. M. A. M. versus G. O. C. T. M. et al. Relatora Ministra Nancy Andrighi. Relator do voto vencedor Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Terceira Turma, Brasília, DF, 22 jun. 2021. Publicado no DJe de 03 ago. 2023.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. REsp n. 1.846.123/SP. Abusividade de rescisão unilateral de plano de saúde coletivo. B. S. versus A. M. M. et. al. Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Segunda Seção, Brasília, DF, 22 jun. 2022. Publicado no DJe de 01 ago. 2022.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Tema Repetitivo nº 1.082. A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida. Brasília, DF, 22 jun. 2022.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL.

Institucional. Cassi. Disponível em: <https://www.cassi.com.br/conheca-a-cassi/institucional-2/#:~:text=A%20Caixa%20de%20Assist%C3%Aancia%20dos>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CALADO, V. N.; TROCCOLI, M. Q. L. **Contratos de plano de saúde “falso coletivo”**: uma ilegalidade reconhecida pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). *In: XXX Congresso Nacional do CONPEDI Fortaleza-CE: Direito e Saúde, 2023*, Florianópolis: CONPEDI, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. v. 12, p. 7–148.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselhos de saúde. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 280.

COSTA, N. DO R. **O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil**. *Ciencia & Saude Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1453–1462, ago./out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H3fqcX34LtX8XzF3Mw9Q5Wv/#>. Acesso em: 13 mai. 2024.

FALABELLA, C. V. C. **A necessidade de regulação integral dos planos de saúde coletivos pela ANS**. 2017. Tese (Bacharelado em Direito) - Curso de Direito - Faculdade Damas da Instrução Cristã, Recife, 2017, p. 38.

FINK, M. **A rescisão unilateral do contrato de plano de saúde e a função social do contrato na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça brasileiro**. *RJLB*, n. 6, p. 1553-1590, 2022.

FREITAS, J. E. L. C. S. **Exame de lógicas institucionais sujeitas a mudanças frequentes**: a regulação da fiscalização da saúde suplementar.. 2018. Tese (Mestrado em Administração) – Curso de Administração – Universidade Paulista, São Paulo, 2018.

GEPS. **Planos de saúde “falsos coletivos”**: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2020). São Paulo, jan. 2021. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/planos-de-saude-falsos-coletivos-crescimento-do-mercado-e-reajuste-de-precos-2014-2020/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

IESS. **Entenda o VCMH/IESS**. IESS, 2010. Disponível em: <https://www.iess.org.br/vcmh/entenda-o-vcmhiess>. Acesso em: 26 mai. 2024.

LEAL, R. M.; MATOS, J. B. B. DE. **Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes**. Revista de Administração de Empresas, v. 49, n. 4, p. 447–458, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/DHWJphzZP3FmKdnGxkVnkjz/?lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2024.

LEAL, R. M.; MATOS, J. B. B. **Perfil etário de beneficiários de planos de saúde de assistência médica no Brasil: uma análise comparativa do mercado individual com o coletivo**. In: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde; X Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social, 4, 2007, Salvador: ABRASCO, 2007.

MARTINS, P. L. L. M. **20 Anos da Lei nº 9.656/98**. Revista Opinião.Seg, n. 15, p. 19, jun. 2018. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/opiniaoseg/15/files/opiniaoseg15.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2024.

MENICUCCI, T. G. **As formas privadas de assistência à saúde: desenvolvimento e características**. In: Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 103–162. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562-05.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

OLIVEIRA, A. J. G.; LARA, S. A. P. Direito em Saúde Suplementar: Desafios e Possibilidades. In: Caixa dos Advogados do Paraná. **Repensando o Direito do Consumidor III - 25 anos de CDC: Conquistas e Desafios**. Curitiba: OAB Paraná, 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/19560903/Repensando_o_direito_do_consumidor_III. Acesso em: 11 jun. 2024.

OLIVEIRA, L. A. M.; ALVES, P. K. L. **Da análise histórica da expansão da saúde suplementar com apoio estatal: dos anos 1920 aos dias atuais**. In: VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, 2017, São Luís. Pesquisas. São Luís: UFMA, 2017, p. 1-12.

PAZINATTO, M. **Como saber se o reajuste do meu plano de saúde individual/familiar foi abusivo?** Jusbrasil, 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/como-saber-se-o-reajuste-do-meu-plano-de-saude-individual-familiar-foi-abusivo/1167242786>. Acesso em: 25 mai. 2024.

PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco**. Apelação Cível nº 0032562-93.2021.8.17.2001. Ação de plano de saúde falso coletivo. M. F. I. e L. F. F. I. versus B. S. Relator Des. Francisco Eduardo Gonçalves Sertório Canto. 3ª Câmara Cível, Recife, 14 dez. 2023.

PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco**. Apelação Cível nº 0034231-55.2019.8.17.2001. Ação de plano de saúde falso coletivo. L. H. F. A. A. versus S. A. C. S. S. Relator Des. Stênio Neiva Coêlho. 2ª Câmara Cível, Recife, 10 jun. 2021.

PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco**. Apelação Cível nº 0002794-19.2022.8.17.2218. Ação de plano de saúde falso coletivo, aplicação de reajustes da ANS. B. S. versus A. G. C. T. S. Relator Des. Ruy Trezena Patu Júnior. 2ª Câmara Cível, Recife, 19 fev. 2024.

PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco**. Apelação Cível nº 0042816-33.2018.8.17.2001. Ação de plano de saúde falso coletivo, aplicação dos reajustes divulgados pela ANS. Relator Des. Fábio Eugênio Dantas de Oliveira Lima. 5ª Câmara Cível, Recife, 05 out. 2022.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/>. Acesso em: 14 abr. 2024.

PIRES, N. **Como funcionam os reajustes anuais em planos de saúde individuais**. Jusbrasil, 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/como-funcionam-os-reajustes-anuais-em-planos-de-saude-individuais/2514274359>. Acesso em 10 jun. 2024.

QUALICORP. **Como escolher o plano de saúde ideal para sua Família**. Qualicorp, 2020. Disponível em: <https://www.qualicorp.com.br/qualicorp-explica/saude-da-familia/plano-de-saude-ideal-para-familia/>. Acesso em: 09 jun. 2024.

SALAZAR, A. L.; RODRIGUES, K.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Assistência privada à saúde: regulamentação, posição do IDEC e reflexos no sistema público**. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Direito Sanitário e Saúde Pública*, v. 1, 2005.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde**. *Organizações & Sociedade*, v. 19, n. 62, p. 471–487, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/YZRSftDwyZRjBnwK8LpKJsn/>. Acesso em: 14 mai. 2024.

SILVA, A. A. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico**. Porto Alegre, 2003, p. 1-76. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf. Acesso em: 23 abr. 2024.

SILVA, G. L.; ROCHA, C. H.; BRITTO, P. A. P. DE. **Performance financeira no setor de saúde suplementar: uma análise da variância da rentabilidade das operadoras de saúde no Brasil**. *Revista Gestão & Saúde, Brasília*, v. 12, n. 01, p. 53–67, jan./mar. 2021.

SULAMÉRICA SEGUROS. **Página de detalhes do registro da rede referenciada**. Captura de tela do site, p. 02. SulAmérica Seguros, 2024. Disponível em: https://portal.sulamerica.com.br/main.jsp?lumPagId=8A62139E2BD4E977012BD52E008323BF&lumRCli=1&lumRTI=sai.service.redereferenciada.detalhes_registro&lumRTSI=8A619BA6464E931F01465CE644FD3EAB&pagina=2. Acesso em: 19 jun. 2024.

SULAMÉRICA SEGUROS. **Reajuste para planos coletivos**. Disponível em: https://sulamerica.com.br/saude/rede/Capeante_sulamerica_saude_listagem_rn309.pdf. Acesso em: 18 jun. 2024.

TIBÚRCIO, D. R. **Resilição contratual e vulnerabilidade dos beneficiários de planos de saúde**. *RJLB*, v. 7, n. 6, p. 459/460, 2021.

VASCONCELOS, A. **Desvendando o cancelamento unilateral do plano de saúde coletivo: aspectos fundamentais e direitos dos segurados**. Migalhas, 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/404391/desvendando-o-cancelamento-unilateral-do-plano-de-saude-coletivo>. Acesso em: 15 jun. 2024.

VASCONCELOS, A. **Reajuste de planos de saúde coletivos: como saber se o aumento é abusivo?** Migalhas, 2023. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/389265/reajuste-de-planos-de-saude-coletivos>. Acesso em: 11 jun. 2024.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO JÚNIOR, C. **A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 216–221, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf. Acesso em: 17 abr. 2024.