

PLANOS DE SAÚDE FALSOS COLETIVOS: O DESRESPEITO AO CONSUMIDOR COM O AVAL DO ESTADO

Vivian Maria Bacchin Dutra da Silveira Magalhães

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Heineck Schmitt

RESUMO

A Constituição Federal reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde, entretanto, não consegue atender à grande demanda por assistência médica, levando 47,1 milhões de brasileiros a buscarem planos privados de assistência médica em 2019. A fim de eludirem as normas da agência reguladora, entretanto, as operadoras estão deixando de oferecer planos individuais, e para não perder este contingente de consumidores em potencial, especialmente depois da perda de 3,4 milhões de clientes nos últimos 5 anos, as administradoras de planos de saúde os atraem com a oferta de planos falsos coletivos, cujos preços são 30 a 40% mais baixos em relação aos individuais. O “desconto” se justifica por esses planos não oferecerem as mesmas garantias, como reajustes anuais máximos determinados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e a vedação à rescisão contratual imotivada. São considerados falsos coletivos os planos coletivos por adesão que se valem de associações fictícias criadas com o objetivo de preencher os requisitos exigidos pela Resolução Normativa 195/09, bem como os empresariais com um número irrisório de participantes, muitas vezes da mesma família. O objetivo deste trabalho foi analisar a atuação da agência reguladora frente a um mercado flagrantemente corrompido por essas práticas de falsa coletivização, que têm resultado numa judicialização sem precedentes. Concluiu-se que a ANS não atua como um órgão de defesa do consumidor, e sim como reguladora de um mercado sistêmico que inclui, além dos beneficiários, as operadoras, as administradoras e os prestadores de serviços.

Palavras-chave: ANS. Planos de saúde. Falsos coletivos. Administradoras. Beneficiários.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde está assegurado em diversos artigos na Constituição Federal de 1988, seja como uma garantia de políticas sociais e econômicas por parte do Estado, conforme expresso no seu art. 196¹, seja por meio de princípios mais abrangentes, como o direito

¹ BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 196. Disponível em https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp

fundamental à dignidade humana e à inviolabilidade do direito à vida. O direito à saúde figura também na carta magna como um direito social e um direito do trabalhador.²

Esses direitos, no entanto, existem mais no plano do dever ser do que do ser, ainda que algumas ações legislativas tenham obtido êxito na regulamentação do acesso à saúde no Brasil, como é caso da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), também previsto na CF/88 em seu art. 198. Tal dispositivo estabelece que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado”³, sendo ele equânime, universal e integral. Em três décadas de existência, o SUS consolidou-se como um sistema de assistência à saúde abrangente e complexo, mas é inegável que não atende à real demanda de uma população cujo crescimento, apesar de ter desacelerado, ainda é ascendente⁴ e cujo envelhecimento é inexorável. Para se proteger, uma parcela significativa dos brasileiros acaba procurando os planos de saúde particulares, também previstos no ordenamento⁵ em caráter complementar.

Dez anos após a promulgação da CF/88, a Lei 9.656 regulamentou, pela primeira vez no Brasil, os serviços oferecidos pela saúde suplementar⁶, o que veio ao encontro das reivindicações das próprias empresas de seguro, que ansiavam por uma legislação mais clara no que tange às regras do setor. Até a entrada em vigor da lei 9.656 em setembro de 1998, a falta de proteção ao consumidor era a regra, e os adquirentes de planos de saúde não tinham uma legislação específica que resguardasse seus direitos, tendo de recorrer aos Procons, que ficaram notabilizados pelas dezenas de milhares de ações contra empresas de planos de saúde.⁷

Apesar dos avanços na regulamentação dos serviços prestados por essas empresas, as falhas são proporcionais à magnitude dos números relativos a esse mercado. Segundo dados divulgados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), 47,07 milhões de brasileiros, ou 24,2% da população, eram beneficiários em planos privados de assistência médica em março de 2019. Desses, quase 38 milhões eram planos coletivos,

² _____, Art. 5º, caput, Art. 6º, caput, Art. 1º, III e Art 7º, XXII, respectivamente.

³ _____. Art. 196.

⁴ VETTORAZZO, Lucas. Cada vez mais velha, população brasileira chega a 208 milhões. Folha de São Paulo, São Paulo, 25 de julho de 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/07/com-populacao-cada-vez-mais-velha-brasil-atinge-208-milhoes-de-pessoas.shtm>>. Acesso em: 22 de agosto de 2019.

⁵ BRASIL. Constituição Federal de 1988. Art. 199, caput e § 1º

⁶ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

⁷ PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. Iniciativa privada e saúde. Estudos Avançados, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 109-116, jan./apr. 1999.

o que corresponde a 80% das adesões⁸. Apenas nove milhões eram contratos individuais ou familiares, não porque não houvesse interessados, mas porque é exíguo o número de operadoras que ainda oferecem esta modalidade, uma vez que planos individuais e familiares têm regras mais rígidas, sobretudo no que diz respeito ao reajuste anual.

Para não perder este contingente de consumidores em potencial, as administradoras de planos de saúde têm criado associações fictícias cujo único objetivo é associar esses clientes a planos coletivos em vez de oferecer-lhes planos individuais, conforme estabelece a resolução normativa n. 195/09⁹. A essa prática fraudulenta dá-se o nome de “planos falsos coletivos”, os quais vêm se somar a outras ações já documentadas que visam driblar as regras de proteção aos contratantes hipossuficientes desses planos. Como exemplo, podemos citar “a omissão de envio de bloquetes de pagamento ao consumidor, ou o envio destes documentos de cobrança informando valores equivocados, impedindo o pagamento normal da mensalidade e ocasionando, de forma propositada, a inadimplência do consumidor idoso.”¹⁰

Este trabalho pretende, ao relatar estes casos e discorrer sobre os planos falsos coletivos, analisar as atuais regras de regulação dos serviços de saúde suplementar e as brechas que permitem às administradoras e prestadoras desses serviços burlarem com facilidade e frequência o acervo normativo, prejudicando um número considerável de segurados.

Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica de publicações sobre planos de saúde no Brasil, em especial os coletivos por adesão. Uma vez que este tema transcende o meio acadêmico e se reflete diretamente na vida de um quarto dos brasileiros, foram analisados, além das obras de pesquisadores desta área, artigos publicados em periódicos e blogs, os quais refletem as inquietações e dúvidas do cidadão comum. As informações coletadas no site da ANS também deram suporte a este trabalho.

O estudo começa por elencar os principais atores neste complexo sistema composto pela tríade operadora/ administradora / beneficiário, que se pretende regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS. Os prestadores de serviço, apesar de essenciais

⁸Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS, disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/quem-somos/227-dados-gerais>

⁹ BRASIL, Resolução normativa – RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

¹⁰ SCHMITT, Cristiano H. Indenização por Dano Moral do Consumidor Idoso no Âmbito dos Contratos de Planos e de Seguros Privados de Assistência à Saúde. Revista de Direito do Consumidor, vol. 51/2004. P. 130-153 Jul-Set/2004.

ao funcionamento deste mercado, não são o foco deste estudo por não fazerem parte da relação contratual entre beneficiário e operadora. Tal relação contratual prevê, ou deveria prever, diferentes tipos de planos de saúde de acordo com o perfil do beneficiário: individual, familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão. Esses também foram analisados e descritos nesta pesquisa, em que ficou clara a tendência de falsa coletivização, lesando consumidores que muitas vezes ignoram a natureza coletiva de seus contratos.

Por tratar-se do cerne desta pesquisa, este trabalho relata detalhadamente as armadilhas que rondam os planos de adesão conhecidos como falsos coletivos. Tal modalidade de contratação se caracteriza pela oferta de contratos essencialmente individuais como se coletivos fossem, geralmente destinados a grupos pequenos de pessoas, ou a indivíduos ou entidades não autorizados pela Resolução Normativa 195/2009. Duas práticas comuns neste tipo de contrato são o aumento abusivo das mensalidades e a rescisão unilateral do contrato, ações que se tornam possíveis porque a ANS e os órgãos de defesa do consumidor não possuem amparo legal para coibirem essas práticas nefastas que desequilibram ainda mais a relação contratual entre administradoras e beneficiários.

Como informação complementar, serão mencionados precedentes jurisprudenciais relativos aos casos de planos falsos coletivos de modo a avaliar a resposta do poder judiciário ao problema. Por fim, se traçará um panorama demonstrando que embora 3,4 milhões de beneficiários tenham abandonado o sistema privado de saúde, ele ainda viceja, embora ameaçado por uma onda de ações judiciais que decorrem das suas próprias estratégias equivocadas.

Espera-se que, ao fim da leitura deste artigo, seja possível compreender por que os problemas no sistema de saúde suplementar, no que diz respeito aos planos falsos coletivos por adesão, acontecem tão frequentemente, e por que os órgãos competentes não os coíbem.

1 OS ATORES NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Lei 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) define, no seu art. 1º, Inciso I, o Plano Privado de Assistência à Saúde como sendo:

“a 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.”¹¹

Depreende-se da leitura desse artigo que, de um lado, há um contratante dos serviços, o consumidor, que paga para ter acesso a profissionais da saúde, os quais lhe prestarão assistência médica quando esta se fizer necessária. Tal assistência será garantida pela operadora contratada, que, por sua vez, deverá se responsabilizar pelo pagamento do prestador ou pelo reembolso do consumidor, entendido aqui como o beneficiário desse serviço.

O inciso II do mesmo artigo conceitua a Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo a “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.”¹²

Um terceiro ator neste complexo sistema de assistência privada à saúde parece ter sido deixado de fora desta relação contratual: as administradoras de benefícios. Entretanto, não houve omissão. A primeira regulamentação da ANS no que diz respeito às administradoras ocorreu mais de dois anos depois da promulgação da lei 9656/98, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 39, de 27 de outubro de 2000, revogada pela RN nº 40, de 2003, e posteriormente pela RN nº 196, de 14 de julho de 2009, que não apenas conceitua as administradoras de planos de saúde, como dispõe sobre a sua constituição, funcionamento, responsabilidades, impedimentos e atribuições.

O art. 2º da norma vigente da ANS estabelece que a Administradora de Benefícios é uma pessoa jurídica responsável, entre outras atribuições, por contratar um plano coletivo na condição de estipulante e prestar serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de saúde.¹³

¹¹ BRASIL. **Lei 9656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 22 out. 2019.

¹² Ibid.

¹³ ANS. **RN nº 196, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1>. Acesso em: 22 out. 2019.

As administradoras assumiram, portanto, atribuições nos contratos coletivos como intermediárias entre a pessoa jurídica contratante e as operadoras de planos de assistência à saúde. No caso dos planos individuais e familiares, estes podem ser contratados diretamente com as operadoras ou por intermédio de um corretor autorizado por ela.¹⁴ Ainda que o art. 3º da referida resolução proíba que as administradoras atuem como representantes, mandatárias, prestadoras de serviço da Operadora, ou que executem quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde¹⁵, é inegável que existe, hoje, um protagonismo das administradoras de benefícios no sistema de saúde suplementar.

E este protagonismo, considerado deletério por alguns, levou o Partido Social Liberal (PSL) a propor a Ação Direta de Inconstitucionalidade 5756, que contesta toda a Resolução Normativa (RN) 196/2009, além dos artigos 5º, 9º e 14 da RN 195/2009, o parágrafo 2º do artigo 2º da RN 205/2009 e o artigo 30 da RN 295/2012.¹⁶

Segundo representantes do PSL, normas da ANS relativas às administradoras de benefícios ferem os princípios da livre iniciativa, uma vez que “as normas proíbem as operadoras de planos de saúde de efetuarem a cobrança diretamente aos beneficiários dos planos coletivos, o que praticamente inviabilizou a contratação de planos coletivos sem a intermediação das administradoras de benefícios.”¹⁷

A regulamentação do setor pela ANS abarcou, além das administradoras, as próprias operadoras. Originalmente havia quatro modalidades organizacionais: medicina de grupo, seguradoras, seguros e autogestões. Entretanto, devido às peculiaridades de cada organização, a agência reguladora passou a classificar as operadoras nas seguintes

¹⁴ ANS. **Dicas de como escolher um Plano de Saúde.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/14-planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/470-planos-individuais-e-familiares>. Acesso em: 26 out. 2019.

¹⁵ ANS. **RN nº 196, de 14 de julho de 2009.** Altera a Instrução Normativa - IN/DIOPE nº 15, de 11 de março de 2008. 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1> Acesso em: 22 out. 2019).

¹⁶ JOTA. **Ação que questiona normas da ANS sobre administradoras de benefícios para no STF.** 2018. Disponível em: <https://www.jota.info/dados/rui/acao-sobre-normas-da-ans-sobre-administradoras-de-beneficios-para-no-stf-30042018>. Acesso em: 26 out. 2019.

¹⁷ STF. Supremo Tribunal Federal. **Ministro aplica rito abreviado em ação que questiona normas da ANS sobre administradoras de benefícios.** 2017. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=353134>. Acesso em: 17 nov. 2019.

modalidades, enumeradas no art. 10, incisos II a VII da RDC N° 39, de 27 de outubro de 2000: cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo e filantropia.

O conceito destes diferentes tipos de operadoras está nas seções II, III, V, VI e VII da Resolução da Diretoria Colegiada em questão. As operadoras classificadas como autogestão, originalmente regulamentadas na seção IV da RDC 39, são atualmente reguladas por norma específica, a RN n° 137/06.¹⁸

Embora a RDC 39 tenha considerado as administradoras como um tipo de operadora, optou-se neste trabalho por classificá-las como entidades distintas porque suas atividades se diferenciaram significativamente nos 19 anos entre a publicação da resolução e os dias atuais, e porque as administradoras passaram a ter regulamentação própria a partir de 2009 por meio da Resolução Normativa 196.

Com exceção das operadoras de autogestão, todas as demais modalidades anteriormente citadas utilizam-se da intermediação de um corretor de planos de saúde para cooptar novos associados e aumentar, assim, a sua participação neste competitivo mercado.

A Lei 9.656/98, no entanto, não faz menção a esses profissionais, que podem ser pessoas físicas ou jurídicas, “o que é surpreendente, pois a venda ou a intermediação de planos de saúde (...) representa uma etapa decisiva e crucial no processo de incorporação de usuários no Sistema de Saúde Suplementar.”¹⁹

A justificativa dada pela ANS para essa omissão na lei e nas normas internas da agência é que ela regula apenas a atuação das operadoras de planos de saúde. Os corretores, que podem representar essas empresas junto aos consumidores, são regulados por outro órgão do governo federal, a SUSEP, vinculada ao Ministério da

¹⁸ ANS. **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC N° 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000.** Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em: 26 out. 2019.

¹⁹ CATA PRETA, Horácio L.N. **Atuação dos Corretores.** Fórum de Saúde Suplementar da Agência Nacional Suplementar. ANS. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/8_HCataPreta_AtuacaoDosCorretores.pdf. Acesso em: 26 out. 2019.

Economia e responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.²⁰

Embora todos esses atores tenham o seu papel e a sua relevância neste intrincado sistema de saúde complementar, o beneficiário é a roda que justifica a existência de toda a engrenagem.

A Resolução Normativa (RN) 295 da ANS, posteriormente atualizada por meio da RN Nº 376, define, no seu art. 2º, o beneficiário de planos de saúde como sendo “a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica.”²¹

Apesar da sua importância no sistema, os beneficiários tendem a ser vítimas das mais variadas artimanhas por parte dos outros agentes, que visam priorizar seus interesses econômicos. A venda de planos falsos coletivos por parte das administradoras de benefícios, foco central desse estudo, é uma dessas práticas.

2 TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE

Ao abordarmos a questão dos tipos de planos de saúde, dois entendimentos podem surgir: que tal classificação diga respeito à cobertura dos diferentes planos ou à sua forma de contratação. Embora as questões relativas à cobertura sejam geradoras de frequentes batalhas judiciais entre operadoras e beneficiários, este tópico se aterá à segunda possibilidade, por estar mais diretamente relacionada ao foco deste trabalho.

No que diz respeito às formas de contratação, os planos de saúde podem ser classificados como individuais, familiares ou coletivos, sendo esses últimos subdivididos em coletivos empresariais e coletivos por adesão. A definição e regras

²⁰ SUSEP. **Apresentação**. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/menu/a-susep/apresentacao>. Acesso em: 27 out. 2019.

²¹ ANS. **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 295, DE 9 DE MAIO DE 2012**. Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 250, de 25 de março de 2011; e dá outras providências. 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjEwMA>. Acesso em: 17 nov. 2019.

para cada uma dessas modalidades de plano estão dispostas nos capítulos I e II da Resolução Normativa (RN) nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, bem como regulamenta a sua contratação e dá outras providências.²²

Na contratação individual ou familiar, o contratante é uma pessoa física que, individualmente ou conjuntamente com os demais membros de sua família, opta por uma das modalidades de planos descritas anteriormente. Já na contratação coletiva empresarial, é oferecida “cobertura a uma população delimitada e vinculada a determinada pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. A adesão é automática e ocorre na data de contratação do plano ou no ato da vinculação à pessoa jurídica contratante.”²³

A terceira modalidade de contratação, foco principal deste trabalho, é a dos contratos coletivos por adesão.

A contratação coletiva por adesão é aquela que oferece cobertura para uma massa delimitada de consumidores que mantenham vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado; órgãos de representantes de estudantes de nível superior, médio e fundamental. Pode haver, desde que prevista contratualmente, a inclusão de grupo familiar do titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau de parentesco por afinidade, bem como a do cônjuge ou companheiro.²⁴

Os contratos por adesão já são, por si sós, propensos a gerar a judicialização de conflitos entre as partes, uma vez que pressupõem a hipersuficiência de uma das partes e a hipossuficiência da outra. Pereira define os contratos de adesão como aqueles que

²² ANS. **RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009**. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. 2009. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA>. Acesso em: 10 out. 2019.

²³ GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde: a ótica da proteção do consumidor**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 158.

²⁴ Ibid., p. 159.

“não resultam do livre debate entre as partes, mas provêm do fato de uma delas aceitar tacitamente cláusulas e condições previamente estabelecidas pela outra.”²⁵

O adjetivo “coletivo” também pode gerar estranhamento ou até discórdia, uma vez que não é estabelecido, na RN 195, o número mínimo de “vidas” para que um plano seja considerado coletivo, seja ele empresarial ou por adesão. O fato é que, uma vez que as regras da ANS são mais rígidas para os planos individuais e familiares, com o estabelecimento de índices máximos de reajuste anual e a proibição da rescisão unilateral dos contratos por parte das operadoras²⁶, essas empresas acabam por oferecer prioritariamente planos coletivos, ainda que para um número reduzido de contratantes. Para caracterização da modalidade coletiva, é preciso que apenas um intermediário ou contratante possua um Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

Essa artimanha para atrair contratos mais vantajosos e lucrativos para as operadoras não passou despercebida por autores que se debruçam sobre o tema da falsa coletivização na saúde suplementar, como Dantas. Sobre o número irrisório de participantes necessários para a assinatura de um contrato coletivo, ela escreve: “Recentemente, constatamos outro tipo de “falsa coletivização”: a oferta de contratos coletivos formados por “grupos” de duas pessoas. Esta modalidade, que, aparentemente, se reveste de vantajosa, afronta o art. 37, § 1.º, do CDC, porque quanto menor o grupo, menor ainda o poder de negociação com a operadora.”²⁷

Diz ainda a autora:

Trata-se de outra fraude contra o consumidor, que, logo após aderir ao plano de saúde médico ou exclusivamente odontológico, coletivo por adesão ou empresarial, se deparará com reajustes abusivos a título de sinistralidade do contrato. (...) Um tratamento mais custoso – contra o câncer, por exemplo – elevará muito os custos do grupo da apólice. Nessas situações, é grande a chance de aumento do valor da mensalidade, no exercício seguinte a partir da data de aniversário do contrato. Esse reajuste unilateral com base na sinistralidade impõe “correções” consideráveis aos consumidores, levando, até mesmo, à rescisão unilateral do contrato pela operadora, por não ser mais

²⁵ PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil**. v. 3. 21. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017. p. 65.

²⁶ PLANO DE SAÚDE. **Planos de Saúde Coletivos: O Que São e Quais as Vantagens**. 2019. Disponível em: <https://planodesaude.net.br/blog/planos-de-saude-coletivos-o-que-sao-e-quais-as-vantagens/>. Acesso em: 17 out. 2019.

²⁷ DANTAS, Nícia. Olga Andrade de Souza. A Comercialização de Planos de Saúde “Falsos Coletivos”: Conversão Substancial e Nova Qualificação Categorical do Contrato. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 108/ Dez 2016. p. 211.

conveniente o vínculo com o pequeno grupo em que tenha havido ou ainda persista integrante com doença grave, de curso prolongado ou heredo-degenerativa, ou mesmo risco decorrente do desequilíbrio gerado pelas prevalências de consumidores de faixas etárias mais avançadas na apólice.²⁸

Num contraponto a esta preocupação com o desgoverno dos reajustes, a ANS afirma que a resolução 309/2012, que criou o agrupamento de contratos para fins de aplicação do reajuste, e a instrução normativa nº 23/2009, que contém regras adicionais para a regulamentação dos reajustes de contratos coletivos, teriam trazido uma série de garantias aos consumidores. Tais garantias incluem a obrigatoriedade da operadora aplicar um reajuste único para todos os seus contratos com menos de 30 vidas, o que traz maior estabilidade para esses usuários, a definição de regras de elegibilidade e a limitação dos reajustes a um por ano --com exceção do reajuste por faixa etária, que pode ocorrer numa data diferente da data do reajuste anual. A agência destaca, ainda, que, apesar de não interferir diretamente na determinação do índice dos reajustes dos planos coletivos, ela os monitora regularmente, e se detectar desconformidades nos critérios de aplicação dos percentuais, as operadoras podem ser requisitadas a prestar esclarecimentos e estão sujeitas às sanções cabíveis.²⁹

A verdade é que, inobstante os esforços da agência reguladora para coibir abusos, a crescente judicialização das demandas envolvendo os planos de saúde denuncia a insegurança jurídica que permeia o setor de saúde suplementar. À medida que os planos individuais somem do mercado e os planos coletivos tomam o seu lugar, cresce a preocupação com o aumento, muitas vezes abusivo, das mensalidades. E a tranquilidade de ter garantido o acesso a um melhor atendimento médico-hospitalar acaba cedendo lugar à agonia de não saber até quando as prestações do plano vão caber no orçamento familiar.

3 OS PLANOS COLETIVOS E SUAS ARMADILHAS

Os planos de saúde coletivos, sejam eles coletivos empresariais ou coletivos por adesão, podem incorrer num tipo de irregularidade conhecida como “contratos falsos

²⁸ Ibid.

²⁹ FORMENTI, Lígia. **Planos de saúde do tipo 'falso coletivo' crescem 58% e judicialização aumenta**. 2019. Disponível em: <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/planos-de-saude-do-tipo-falso-coletivo-crescem-58-e-judicializacao-aumenta,25a8eecd5e6bff68c6fac329a46ce0cbc33c6jdk.html>. Acesso em: 15 out. 2019

coletivos”. Gregori os define como tendo como principal característica “a oferta de contratos essencialmente individuais como se coletivos fossem, geralmente destinados a grupos pequenos de pessoas ou a entidades não autorizadas pela Resolução Normativa 195/2009.”³⁰

A falsa coletivização se dá por meio de diferentes subterfúgios. Uma das táticas é a criação, pela administradora de planos de saúde, de uma entidade que aparentemente representa os interesses de uma determinada categoria de pessoas, com o fim exclusivo de vincular interessados em adquirir planos de saúde. A operadora Agemed, por exemplo, com sede em Joinville, SC, criou a Cooperativa de Usuários de Assistência Médica Ltda (Cooperuso), a que todos os interessados em contratar planos de saúde na modalidade coletivo por adesão deverão se associar. O objeto da Cooperativa é, segundo o seu estatuto “a congregação de pessoas físicas usuárias dos serviços de assistência médica, e que não possuam convênio específico, para prover e defender as suas necessidades como consumidores destes serviços.”³¹ Dispõe o art. 3º deste regulamento que “poderão associar-se à Cooperuso Saúde quaisquer pessoas físicas que não sejam cobertas por plano de assistência à saúde, domiciliadas em sua área de atuação, que concordem com as disposições deste estatuto.”³²

Os contratantes de tais planos coletivos por adesão normalmente não são informados sobre a natureza da entidade a que estão se associando ou às cláusulas específicas de contrato coletivo, que podem vir a impor significativos prejuízos aos adquirentes.

Segundo Dantas, “também tem sido comum a vinculação de consumidores a entidades legítimas, representantes de uma determinada categoria profissional, mas sem que o vinculado tenha, contudo, certificação legal de pertencimento profissional para

³⁰ DANTAS, Nícia Olga Andrade de Souza. A Comercialização de Planos de Saúde “Falsos Coletivos”: Conversão Substancial e Nova Qualificação Categorical do Contrato. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 108/2016, p. 2. nov/dez 2016.

³¹ COOPERUSO. **Estatuto**. Estatuto Social da Cooperativa de Usuários de Assistência Médica Ltda. – Cooperuso Saúde, Art. 2. Disponível em: http://www.cooperusosaude.com.br/wp-content/uploads/2016/09/2781_ESTATUTO_COOPERUSO_original.pdf. Acesso em: 01 nov. 2019.

³² Idem, Art. 3º

pretender sua adesão à entidade.”³³ Conforme Dantas, a generalidade com as quais se revestem as associações criadas apenas para justificar a hipotética coletivização “é o primeiro indício de que a natureza coletiva do contrato inexistente. A generalização ou a amplitude associativa, que dificulta a identificação dos associados e do propósito da entidade, sinaliza a falsa legitimidade para representar os interesses de seus associados.” Segundo a mesma autora, “há processos em que a associação não tem característica de entidade profissional específica, por exemplo, Associação de Profissionais Liberais, ou ainda de uma Associação de Servidores Públicos, cuja abrangência não permite sequer identificar uma categoria profissional específica.”³⁴

O terceiro caso de falsa coletivização, já mencionado, diz respeito à oferta de contratos coletivos formados por grupos muito pequenos, de até duas pessoas, bastando para isso que uma delas possua um CNPJ. Segundo artigo publicado no site do escritório de advocacia Torres & Pires, muitas empresas individuais, conhecidas pela sigla MEI “foram criadas exclusivamente para a contratação de planos de saúde. Em alguns casos, os corretores chegaram a pagar as taxas de abertura da empresa e o consumidor só ficou sabendo que era dono de uma empresa quando começou a receber notificação de cobrança de impostos.”³⁵

Uma recente Resolução Normativa da ANS, a RN 432/18, dificultou o uso deste artifício por corretores e administradoras de planos de saúde ávidos por não deixar escapar uma considerável fatia de mercado, a dos consumidores não vinculados a nenhuma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial elencada no art. 9º da RN 195/2009. Apenas as pessoas jurídicas neste rol de possibilidades, que é *numerus clausus*, têm legitimidade para oferecer um plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão.

³³ DANTAS, Nícia Olga Andrade de Souza. A Comercialização de Planos de Saúde “Falsos Coletivos”: Conversão Substancial e Nova Qualificação Categorical do Contrato. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 108/2016, p. 11, nov/dez 2016.

³⁴ DANTAS, Nícia Olga Andrade de Souza. A Comercialização de Planos de Saúde “Falsos Coletivos”: Conversão Substancial e Nova Qualificação Categorical do Contrato. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 108/2016, p. 11, nov/dez 2016. p. 14-15.

³⁵ TORRES & PIRES ADVOGADOS. **ANS terá regras para plano ‘falso coletivo’**. 2017. Disponível em: <http://www.torresepires.adv.br/ans-tera-regras-para-plano-falso-coletivo/>. Acesso em: 01 nov. 2019.

A nova Resolução Normativa, que entrou em vigor em 29/01/2018, estabelece que, para ter direito a contratar o plano, o microempresário deverá comprovar a regularidade junto aos órgãos competentes e à Receita Federal por no mínimo seis meses, bem como conservar a sua inscrição e a regularidade do seu cadastro na Receita Federal.”³⁶ Por sua vez, cabe às operadoras e as administradoras exigir esta documentação na contratação e no mês de aniversário do contrato e informar ao contratante as principais características do plano a que está se vinculando, tais como o tipo de contratação e regras relacionadas.³⁷

Tudo indica que, não obstante as novas regras impostas pela agência reguladora, as administradoras continuarão vendendo planos individuais ou familiares como se coletivos fossem porque os planos individuais seguem regras mais rígidas.

De acordo com o artigo 13, inciso II, da Lei nº 9.656/98, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato de planos contratados individualmente só poderá ocorrer “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”. A rescisão unilateral do contrato não poderá se dar, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.³⁸

Já nos planos coletivos empresariais, o Art. 17 da RN 195/09 prevê, no seu parágrafo único, que os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial “poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.”³⁹ Não há, portanto, qualquer vedação à rescisão unilateral

³⁶ ANS. RN sobre contratação de plano por empresário individual entra em vigor na segunda-feira. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4292-norma-que-regulamenta-contratacao-por-empresario-individual-entra-em-vigor-na-segunda>. Acesso em: 01 nov. 2019.

³⁷ Ibid.

³⁸ BRASIL. **LEI Nº 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 1988. Art. 3º. Disponível em: <https://procon.to.gov.br/legislacao/lei-9656-98-lei-dos-planos-de-saude/>. Acesso em: 01 nov. 2019).

³⁹ ANS. **RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009**. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. 2009. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 17 nov. 2019.

por mera falta de interesse da administradora em manter o contrato, nem restrição à sua rescisão durante a internação hospitalar, doença crônica ou vulnerabilidade devido à idade avançada, o que de fato ocorre com frequência e insensibilidade surpreendentes.

A resposta do poder judiciário, entretanto, tem sido a de priorizar os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato em detrimento da aplicação automática da norma. Em decisão proferida no Recurso Especial Nº 1.762.230 – SP, a relatora Ministra Andri ghi, do STJ, argumentou que:

Não se pode admitir que a rescisão do contrato de saúde – cujo objeto não é mera mercadoria, mas bem fundamental associado à dignidade da pessoa humana – por postura exclusiva da operadora que venha a interromper tratamento de doenças e ceifar o pleno restabelecimento da saúde do beneficiário enfermo.⁴⁰

A ministra se posicionou pela validade da cláusula contratual que permite a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo, desde que haja motivação idônea.⁴¹ A decisão diz respeito ao caso de Camila Camacho, que estava em tratamento de tumor cerebral quando foi surpreendida com a rescisão unilateral e imotivada do seu plano de saúde empresarial. Previsivelmente, o maior número de casos de rescisão unilateral imotivada envolvem beneficiários que mais usam o serviço – como gestantes, idosos e doentes crônicos⁴², justamente aqueles que têm maior dificuldade de contratarem novo plano com outra operadora.

Apesar da crescente judicialização envolvendo o sistema de saúde suplementar, ainda é irrisório o número de ações judiciais em comparação ao universo de beneficiários que são vítimas de arbitrariedades por parte das administradoras e operadoras. Essas empresas se valem do desconhecimento de grande parte de seus clientes acerca das regras que os protegem a fim de rescindir os contratos que não se mostrem financeiramente interessantes, colocando tais consumidores em situação de extrema vulnerabilidade. Uma vez que existe, no Brasil, uma agência reguladora cuja missão é “Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde

⁴⁰ SÃO PAULO. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial Nº 1.762.230**. Relatora: Min. Nancy Andri ghi. 15 de fevereiro de 2019. p.1. Disponível em: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/resp_1762230.pdf. Acesso em: 04 nov. 2019.

⁴¹ Ibid.

⁴² MAIA, Flavia. **Operadoras driblam regras da ANS e cortam beneficiários que mais precisam do plano**. 2016. Disponível em: <http://blogs.correiobraziliense.com.br/consumidor/operadoras-driblam-regras-da-ans-e-cortam-beneficiarios-que-mais-precisam-do-plano/> Acesso em: 04 nov. 2019.

(...) e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país”⁴³, é de difícil compreensão que esse órgão vinculado ao Ministério da Saúde não coíba, ou pelo menos ajude a reduzir, o número de ações envolvendo beneficiários cujos direitos são tão visivelmente desrespeitados. O argumento da Agência para não intervir na rescisão unilateral de contratos coletivos é embasado no fato de que a Lei 9.656/98 proíbe textualmente a ruptura dos contratos individuais, mas não faz qualquer menção aos coletivos.⁴⁴

A questão dos reajustes das mensalidades de planos de saúde é bastante complexa, uma vez que contempla os aumentos pela mera recomposição do valor da moeda, a revisão técnica, e os relativos à mudança de faixa etária. Também pode haver diferenças entre os percentuais de aumento aplicados a planos novos e antigos, entendendo-se os novos como os contratados posteriormente à vigência da lei Lei 9.656/98, e os antigos, anteriores a 01/01/99. Por fim, há que se fazer uma distinção entre os planos individuais e familiares, cujos índices máximos de reajuste são determinados pela ANS, e os coletivos, que preveem “livre negociação” entre as partes⁴⁵. Entretanto, como se verá a seguir, este livre estabelecimento do percentual de reajuste entre as partes é, muitas vezes, uma falácia.

Os reajustes de recomposição da moeda visam compensar a inflação ou o aumento geral dos custos inerentes à manutenção do serviço. Já os aumentos por faixa etária pretendem compensar a probabilidade crescente de sinistralidade à medida que os beneficiários vão ficando mais velhos. Uma vez que o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), no seu art. 15, parágrafo 3º, veda “a aplicação de reajustes por mudança de faixa etária para pessoas acima de 60 anos”⁴⁶, a ANS escalonou, por meio da RN nº 63/2003, art. 2º, os reajustes por faixa etária em dez faixas, sendo a primeira de zero a

⁴³ ANS **Quem Somos**. Site institucional. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>
Acesso em: 09 nov. 2019.

⁴⁴ AMORIM, Gutemberg do Monte. **Reajuste por Sinistralidade em Contratos Coletivos e individuais**. junho/2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/74845/reajuste-por-sinistralidade-em-contratos-coletivos-e-individuais>. Acesso em: 09 nov. 2019.

⁴⁵ GREGORI, Maria Stella. Planos de Saúde: A Ótica da Proteção ao Consumidor. 3. ed. **Revista atualizada e ampliada**. São Paulo: RT, 2011. p. 171.

⁴⁶ BRASIL. **Lei 10.741, DE 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Art. 15. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10/10.741.htm). Acesso em: 08 nov. 2019).

18 anos, e a última a partir dos 59 anos.⁴⁷ O reajuste decorrente da revisão técnica, que é restrito aos contratos antigos e condicionado à autorização prévia da ANS, corrige desequilíbrios nos planos, quando ameaçada a continuidade da prestação dos serviços⁴⁸.

No que diz respeito aos contratos antigos, as regras de reajuste são aquelas estabelecidas em cada contrato. Quando não há cláusula sobre o percentual de reajuste, o índice aplicado é determinado pela ANS⁴⁹, assim como nos planos individuais e familiares. Nesses últimos, presume-se a hipossuficiência dos beneficiários frente às fornecedoras do serviço de saúde suplementar, razão pela qual a agência reguladora estabelece um teto máximo para que as operadoras fixem o aumento que reputam necessário. Já nos planos coletivos, presume-se um maior equilíbrio entre as duas partes contratantes.

Tanto nos casos de “planos coletivos empresariais a partir de duas vidas” quanto nos das falsas associações de classe, o que se vê na prática são planos individuais ou familiares travestidos de coletivos justamente para burlarem a limitação nos índices de reajuste, auferindo maior lucro às administradoras e operadoras. E a diferença não costuma ser pequena. O aumento fixado pela ANS em 2019 para planos privados individuais ou familiares foi de 7,35%, contra uma majoração de até 20% nos planos coletivos, o que representa uma alta quase três vezes maior.⁵⁰

A fim de coibir os aumentos abusivos, especialmente nos casos em que o plano coletivo empresarial foi contratado por um grupo pequeno, a ANS criou regras diferentes para aplicação do percentual de reajuste anual dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, numa norma conhecida como “grupamento de contratos”, a

⁴⁷ ANS. **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003**. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>. Acesso em: 08 nov. 2019.

⁴⁸ GREGORI, Maria Stella. Planos de Saúde: A Ótica da Proteção ao Consumidor. 3. ed. **Revista atualizada e ampliada**. São Paulo: RT, 2011. p.172.

⁴⁹ ANS. **Reajustes de preços de planos de saúde antigos**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/512-reajustes-de-precos-de-planos-de-saude-antigos>. Acesso em: 08 nov.2019.

⁵⁰ ROSCOE, Beatriz. **Planos de saúde coletivos têm reajuste maior do que para os individuais**. 2019. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2019/07/26/interna-brasil,774008/planos-de-saude-coletivos-tem-reajuste-maior-do-que-para-os-individuai.shtml>. Acesso em: 09 nov.2019.

RN 309/2012. As operadoras devem reunir em um grupo único todos os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual de reajuste, o que dilui o risco em razão do maior número de beneficiários considerados no índice de sinistralidade e confere maior equilíbrio no cálculo do índice de reajuste.⁵¹ O reajuste por sinistralidade consiste em uma fórmula utilizada para calcular o índice de reajuste a ser aplicado quando a despesa anual que a operadora teve com um determinado grupo de beneficiários ultrapassa um determinado percentual da receita do mesmo período. O percentual máximo de sinistralidade, também conhecido como ponto de equilíbrio, precisa estar previsto em contrato e costuma ser fixado pelas operadoras em 70% do valor da receita.⁵² Acima deste percentual, o contrato pode ser considerado deficitário pela operadora ou administradora e torna-se passível de ser descontinuado, ou o suposto prejuízo é repassado aos contratantes por meio do aumento, muitas vezes impagável, das mensalidades.

Para Andrighi, relatora do Recurso Especial (REsp) 1.102.848/SP que manteve integralmente a decisão de primeira instância em favor da autora, o cálculo de reajuste com base na sinistralidade é uma prática irregular porque transfere o risco do negócio para o contratante.

Além disso, a utilização de artifícios para redimensionar os riscos inerentes ao contrato possibilita às operadoras mascarar o preço real dos planos de saúde, oferecendo o serviço a custos iniciais baixos e atrativos, de forma a captar clientes, sabendo de antemão que, ao longo da execução do acordo, poderá unilateralmente reajustar as mensalidades de modo a reduzir os riscos assumidos, em detrimento dos conveniados, rompendo o binômio risco-mutualismo, próprio dos contratos de seguro.⁵³

Oferecer o serviço de assistência médica suplementar a custos baixos e atrativos tem, de fato, sido uma das mais ardilosas artimanhas das administradoras de saúde para atrair beneficiários, com um preço inicial, em média, 30 a 40% mais baixo do que o dos planos individuais ou familiares, mas sem nenhuma garantia de que permanecerá assim.

⁵¹ ANS. **Reajuste anual de planos coletivos**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>. Acesso em: 09 nov.2019.

⁵² ROBBA, Rafael. Os reajustes por sinistralidade e as suas distorções. 2017. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI258683,81042-> Os+reajustes+por+sinistralidade+e+as+suas+distorcoes. Acesso em: 09 nov.2019.

⁵³ SÃO PAULO. Superior Tribunal de Justiça (Terceira Turma). **Recurso Especial nº 1.102.848**. Relator: Min. Nancy Andrigui, 03 de agosto de 2010. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19134246/recurso-especial-resp-1102848-sp-2008-0274493-2-stj/relatorio-e-voto-19134248>. Acesso em: 09 nov.2019.

Para um incontável número de brasileiros, de fato não permanece, o que se reflete no aumento de ações judiciais questionando práticas e reajustes abusivos nas mensalidades. Felizmente, o poder judiciário tem se mostrado o fiel da balança a favor do consumidor nesta batalha desigual contra os grandes interesses econômicos que transformaram a saúde em mera mercadoria, inclusive julgando pela prevalência do Código de Defesa do Consumidor sobre as condições gerais do contrato.

4 UM MERCADO EM CRESCENTE JUDICIALIZAÇÃO

Segundo dados divulgados pela ANS, os planos de saúde perderam 3,4 milhões de clientes entre 2014 e 2018, tendo o número de beneficiários de planos privados de assistência médica (com ou sem odontologia) caído de 50,5 milhões em dezembro de 2014 para 47,1 milhões em setembro de 2019.⁵⁴ Mais do que uma redução no número de beneficiários, o que se notou foi uma tendência de mudança no perfil da carteira de clientes das administradoras e operadoras, com uma diminuição dos beneficiários de até 39 anos, que representavam 63,54% do total e passaram para 60,85%. Concomitantemente, houve um incremento no número de beneficiários mais velhos, a partir de 40 anos, que cresceu quase 3% no período.⁵⁵ Isso, sem dúvida, pode representar um custo adicional tanto para as operadoras quanto para os beneficiários, pois se houver menos pessoas saudáveis para sustentar aquelas que têm mais problemas, o risco total do grupo sobe, o que pode se refletir no aumento das mensalidades dos que ficam.

O risco de colapso do sistema, entretanto, não é iminente. A pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica continua bastante sólida, com mais de três quartos dos beneficiários (76,78%) ainda nas faixas entre zero e 49 anos, conforme o relatório de Dados Consolidados da Saúde Suplementar de Setembro de 2019, divulgado pela ANS.⁵⁶

⁵⁴ ANS. **Dados Gerais.** Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019). 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 out. 2019.

⁵⁵ ELIAS, Juliana, **Jovens saem e velhos ficam em plano de saúde, e isso pode encarecer planos.** 2018. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/09/09/fuga-jovens-plano-de-saude-mensalidade-mais-cara.htm>. Acesso em: 10 nov. 2019.

⁵⁶ ANS. **Dados Consolidados de Saúde Suplementar.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 02 nov. 2019.

Dados analisados isoladamente, como a redução do número de beneficiários, podem levar a uma interpretação de que o setor está em preocupante crise. O sistema Unimed, para citar uma entre as maiores operadoras, perdeu 2 milhões de beneficiários entre 2015 e 2018, perda essa que representa uma redução de 10,36% da carteira em 3 anos. Mas a empresa continua robusta e na liderança, sendo responsável por 37% do mercado total de planos de saúde⁵⁷, com 17,5 milhões de beneficiários. As operadoras que ocupam o quarto e o quinto lugar no ranking de número de beneficiários, a Hapvida e a Notre Dame, tiveram crescimento de 23% e 43,1%, respectivamente, no período.⁵⁸

Também não se pode falar em quebraadeira na área das administradoras de benefícios. Pelo contrário. De 2009, quando a sua atuação foi regulamentada pela ANS, até 2017, o número de administradoras cresceu de 22 para 140 empresas. De 2011 a 2017, a receita passou, em valores corrigidos, de R\$ 665 milhões para 1,6 bilhão, com crescimento inclusive durante os períodos de crise mais aguda, entre 2015 e 2016.⁵⁹

Segundo os pesquisadores Scheffer e Bahia, parte deste lucro tem sido destinada ao financiamento de campanhas políticas. Entre os possíveis interesses subjacentes a essas doações estão, segundo os autores do estudo, a atuação desses políticos na apresentação de projetos de lei, relatórios, pareceres, requerimentos e votações em defesa dos interesses dos planos de saúde, ou contra propostas que os contrariem; possíveis alterações da Lei n. 9.656/1998 no sentido de enfraquecer o foco na relação individual de consumo e fazer prevalecer regras mais flexíveis dos contratos de planos de saúde, bem como a implementação de políticas fiscais e tributárias que se traduzam em isenções e benefícios para as empresas do ramo. As administradoras também têm interesse na aprovação de nomes para os cargos de diretoria na ANS e na contratação de planos de saúde privados para o funcionalismo público.⁶⁰

⁵⁷ XVI FINANCE. **Estudo Sobre a Concentração no Mercado de Saúde Suplementar**. 2018. Disponível em: <http://xvifinance.com.br/wp-content/uploads/2019/01/Estudo-de-concentra%C3%A7%C3%A3o-de-mercado-XVI-Finance.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

⁵⁸ XVI FINANCE, op.cit.

⁵⁹ PINHO, Angela. **Intermediárias entre Planos de Saúde e Clientes Crescem em Plena Crise**. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/intermediarias-entre-planos-de-saude-e-clientes-crescem-em-plena-crise.shtml>. Acesso em: 10 nov. 2019.

⁶⁰ BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. **O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010**. Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, jan/mar. 2013.

A trajetória de alguns dos ex-diretores da ANS também demonstra uma forte influência política. Maurício Ceschin, ex-presidente da administradora Qualicorp, foi indicado por Lula para o cargo de Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, cargo que ocupou de 2009 a 2012. Em 2015, José Carlos Abrahão foi indicado por Dilma Rousseff para a presidência da ANS⁶¹, o que gerou uma moção de repúdio por parte do Conselho Nacional de Saúde contra a nomeação. Entre muitos outros motivos, o Conselho repudiou a indicação porque desde 2003 Abrahão ocupava a presidência da Confederação Nacional de Saúde (CNS), entidade que representa estabelecimentos de saúde, hospitais, laboratórios e operadoras de planos e seguros de saúde.⁶²

Para tentar coibir essa contaminação da coisa pública por escusos interesses privados, a Reforma Eleitoral (Lei nº 13.165/2015) proibiu as doações de pessoas jurídicas para campanhas eleitorais, regra que já vigorou nas eleições de 2016.⁶³

A mudança nas regras eleitorais, entretanto, não foi suficiente para abolir as indicações políticas em cargos públicos, inclusive na ANS. Algumas das recentes decisões da agência, como permitir a cobrança de franquias e coparticipação de até 40% do valor de exames e consultas, colocaram em dúvida a sua real disposição de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Essa regra temerária constante na RN 433/18 foi posteriormente cassada pela ministra Carmen Lúcia, que argumentou: “Saúde não é mercadoria. Vida não é negócio. Dignidade não é lucro”.⁶⁴

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2013.v37n96/96-103/>. Acesso em: 10 nov.2019..

⁶¹ PINHO, Angela. **Indicações políticas e crise em planos de saúde põem ANS na Berlinda**. Com decisões polêmicas, agência tem cargos vagos e nomeações paradas. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/07/indicacoes-politicas-e-crise-em-planos-de-saude-poem-ans-na-berlinda.shtml>. Acesso em: 10 nov. 2019.

⁶² CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Conselho Nacional de Saúde repudia a indicação de José Carlos de Souza Abrahão para presidência da ANS**. Conselho Nacional de Saúde. Moção de repúdio nº 004, de 9 de julho de 2015. 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/07/conselho-nacional-de-saude-repudia-a-indicacao-de-jose-carlos-de-souza-abraha-para-presidencia-da-ans/>. Acesso em: 10 nov. 2019.

⁶³ TSE. **Doações de Pessoas Jurídicas Estão Proibidas nas Eleições 2016**. 2016. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2016/Agosto/doacoes-de-pessoas-juridicas-estao-proibidas-nas-eleicoes-2016>. Acesso em: 10 out. 2019.

⁶⁴ DISTRITO FEDERAL. Superior Tribunal Federal. **ADPF 532**. Relator: Min. Celso de Mello. 14 de julho de 2018.p. 4. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF532_liminar.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

Em sua defesa, as operadoras e administradoras alegam o princípio contratual do *Pacta Sunt Servanda*, o qual estabelece que o contrato faz lei entre as partes. Se objeto for lícito e as partes tiverem liberdade para pactuar, então, por este princípio, elas deverão respeitar as cláusulas ali contidas. A questão é que os beneficiários não têm liberdade para pactuar, uma vez que os contratos assinados com as administradoras ou operadoras são contratos por adesão, ou seja, uma das partes deve aceitar todas as cláusulas e condições previamente estabelecidas pela outra.

Não apenas não há a liberdade para pactuar, como em geral não é respeitado o direito de informação, garantido pelo o artigo 6º, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor. No caso dos planos de saúde coletivos, que é o foco deste estudo, grande parte dos contratantes desconhece as características e armadilhas desses planos, e é facilmente seduzida pelo valor mais baixo de contratação em relação aos planos individuais e familiares, que de qualquer forma estão em processo de franco desaparecimento no mercado. Inexiste a possibilidade de discutir cláusulas que, com frequência, levam ao litígio e são consideradas abusivas pelo poder judiciário. As operadoras e administradoras alegam que o custo desta judicialização é um dos fatores que impactam o preço final de seus produtos.

Cabe ressaltar que tal judicialização decorre de condutas reiteradas de má fé e de descaso para com os direitos do consumidor, que se reflete no número de reclamações envolvendo planos de saúde. Por três anos consecutivos, de 2016 a 2018, eles foram os campeões de reclamações no IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), à frente de setores também conhecidos por práticas abusivas, como instituições financeiras e de telecomunicações.⁶⁵

Nos canais de atendimento da ANS, foram registradas 94.389 reclamações nos primeiros nove meses de 2019, o que representou um aumento de 25,81% em relação ao mesmo período de 2018.⁶⁶ Com números tão expressivos, não há como evitar que vários dos casos não resolvidos pela agência reguladora ou pelos órgãos de defesa do consumidor acabem nos tribunais.

O próprio crescimento dos planos coletivos por adesão e a diminuição da média de beneficiários por contrato têm impulsionado as ações judiciais porque se multiplicam os problemas com rescisões motivadas pelo alto índice de sinistralidade e pelo aumento abusivo do

⁶⁵ IDEC. **Ranking de Atendimentos 2018: Planos de Saúde seguem no topo.** 2019. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/ranking-de-atendimentos-2018-planos-de-saude-seguem-no-topo-confira>. Acesso em: 11 nov. 2019.

⁶⁶ ANS. **Relatório Dados Consolidados da Saúde Suplementar 2019.** 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 20 out. 2019.

preço das mensalidades. O que observa é que os processos judiciais têm crescido num ritmo muito superior ao do crescimento deste mercado. A proporção de ações contra planos de saúde a cada 10 mil usuários passou de 4,18 para 12,73 entre 2011 e 2018⁶⁷, um aumento de 304,5%. No mesmo período, o número de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia passou de 46.025.814 para 47.105.097, um acréscimo de meros 2,35%.⁶⁸

A tendência é de decisões judiciais favoráveis à parte hipossuficiente. Um estudo da USP que avaliou 4.059 julgados de segunda instância proferidas pelo TJ-SP contra planos coletivos entre 2013 e 2014 mostra que 92,4% das decisões judiciais contra planos de saúde da cidade de São Paulo favoreceram o paciente.⁶⁹

Em defesa das empresas, o ex-presidente da Fenasaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Marcio Coriolano, alegou que a maioria dos itens judicializados não se refere a descumprimento de contratos, mas a pedidos que não têm amparo nas normas do mercado de saúde suplementar. No entendimento de Coriolano, “o Código de Defesa do Consumidor, usado na fundamentação de 57% das decisões judiciais no TJ-SP, não pode se sobrepor à lei que regula o setor (9.656/98).”⁷⁰

Este entendimento está longe de ser unânime. A referida Lei dos Planos de Saúde expressamente menciona a aplicabilidade do CDC em seu artigo 35-G: “Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei no 8.078, de 1990.”⁷¹

A estratégia de defesa das empresas demandadas tem girado, ainda, em torno da falta de previsão contratual, legal ou normativa para a concessão de alguns tratamentos, sobretudo os mais dispendiosos. A julgar pelo pífio resultado nos tribunais, tal estratégia não está dando resultados satisfatórios.

⁶⁷ ÉPOCA NEGÓCIOS. **Planos de saúde do tipo 'falso coletivo' crescem 58%. 2019.** 2019. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2019/08/epoca-negocios-atualizacao-planos-de-saude-do-tipo-falso-coletivo-crescem-58.html>. Acesso em: 11 nov. 2019.

⁶⁸ ANS. **Dados gerais.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 11 nov. 2019.

⁶⁹ COLLUCCI, Cláudia. **Pacientes ganham 9 em cada 10 processos contra planos de saúde.** 2016. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1730544-paciente-ganha-9-em-cada-10-aco-es-contr-a-plano-de-saude.shtml>. Acesso em: 12 out. 2019.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ BRASIL. **LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 11 nov. 2019.

Por uma questão de sobrevivência, operadoras e administradoras vão ter que chegar, mais cedo ou mais tarde, à conclusão óbvia de que a prevenção é muito mais simples, eficaz e econômica do que o litígio. E que o litígio se previne com condutas éticas, com bons serviços e com respeito ao consumidor.

7 CONCLUSÃO

Embora a saúde seja um direito constitucionalmente garantido e tenhamos um dos um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, a dotação orçamentária insuficiente, o crescimento da população, a ineficiência da gestão e a extensão territorial do país impedem que o atendimento prestado na rede pública por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) seja considerado satisfatório. Esta insatisfação leva 47,3 milhões de pessoas a buscar os planos privados de saúde suplementar.

Além dos prestadores de serviço, como hospitais, médicos e laboratórios, três atores principais interagem neste cenário de frequentes disputas e interesses contrastantes: a operadora, o beneficiário e a intermediária, conhecida como administradora de benefícios, que teria o papel de representar os beneficiários de planos coletivos junto às operadoras. Desde janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão responsável por regulamentar e fiscalizar a atuação das operadoras e, a partir de 2009, das administradoras, intermediando a relação destas com os beneficiários e os prestadores de serviço.

Embora seja de se esperar que empresas privadas como as operadoras e administradoras visem o lucro, o que se tem observado é mercantilização excessiva da saúde, com a criação de ardilosas arapucas contratuais chamadas de planos coletivos por adesão.

O objetivo deste trabalho foi analisar a atuação da agência reguladora frente a um mercado flagrantemente corrompido por práticas de falsa coletivização, que muitas vezes se valem de artifícios ilegais, como a criação de cooperativas e associações de fachada, com o único intuito de evitar a interferência da ANS na determinação dos reajustes anuais e ter mais liberdade para rescindir contratos deficitários.

A conclusão a que se pode chegar após a análise dos dados coletados e da revisão da literatura é que a ANS não atua como um órgão de defesa do consumidor, e sim

como uma reguladora dos interesses das três partes envolvidas na relação de consumo. Nesta visão sistêmica do setor, que em tese é positiva, ela se preocupa com as consequências de todas as eventuais decisões tomadas e, portanto, se privilegiasse predominantemente a defesa do beneficiário, poderia estar pondo em risco a saúde financeira dos outros dois vértices do triângulo: as operadoras e as administradoras de benefícios.

Fica evidente que o lobby dessas empresas, seja pelo poder econômico ou pelo apadrinhamento político, faz com que os direitos dos beneficiários fiquem, muitas vezes, em segundo plano. Decisões temerárias da agência, como autorizar em resolução normativa a cobrança de até 40% de coparticipação em consultas e exames, comprovam que os interesses desses consumidores estão sendo negligenciados para que as empresas possam aumentar a sua lucratividade e equilibrar a receita após a perda de 3,4 milhões de clientes nos últimos cinco anos.

O quase desaparecimento dos planos individuais e familiares e a sua substituição por planos coletivos sem as mesmas garantias é uma dessas estratégias, assim como o aumento abusivo das mensalidades e a negativa de cobertura de cirurgias, exames e procedimentos. A fim de compensar a atuação ineficaz da ANS, o poder judiciário tem absorvido uma grande parte das demandas, gerando um aumento considerável no número de ações, que em regra dão ganho de causa à parte hipossuficiente.

Como justificativa para a falta de uma atuação mais firme no sentido de coibir os notórios excessos das operadoras e administradoras, em especial no que se refere aos planos coletivos, a ANS argumenta que sua ação está limitada ao que estabelece a lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Alega, com razão, que tanto a necessidade de autorização prévia do índice de reajuste quanto a vedação à rescisão unilateral do contrato estão previstas nesta lei apenas para os planos individuais e familiares.

Uma vez que a ANS também tem função normativa, tendo gestado a RN 195/09 para regular os contratos coletivos, poderia ter estendido a eles essas garantias. Entretanto, com base num fictício poder de barganha entre as operadoras e as pessoas jurídicas contratantes dos planos, estabeleceu no Art. 17, parágrafo único, que as únicas exigências para a rescisão unilateral dos contratos coletivos são a vigência igual ou

superior a doze meses e a prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Demonstrando que não está completamente alheia ao problema dos planos coletivos, tanto os de adesão quanto os empresariais com menos de 30 beneficiários, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 309/12, que prevê que as operadoras agrupem os contratos com menos de 30 vidas e calculem um reajuste único que irá diluir o risco dos contratos. Também a RN 438/18 favoreceu os beneficiários de planos coletivos ao permitir a portabilidade para outra operadora sem carência caso esteja descontente com os índices de reajuste ou com a qualidade do serviço prestado.

São iniciativas benéficas, mas insuficientes. A agência precisa atuar não apenas na regulamentação, mas também na punição mais contundente das operadoras e administradoras infringentes, sobretudo as que incorrerem em faltas graves, como fraudar prova de vínculo associativo com o intuito de promover a falsa coletivização ou negar aos idosos a contratação de planos de saúde, o que é ilegal.

O assunto é extenso e carente de mais estudos que se detenham na questão dos planos coletivos por adesão, sobretudo no que diz respeito aos projetos de lei orquestrados pelas operadoras e administradoras, pleiteando mudanças na Lei 9.656/98 que tornariam as regras ainda mais lesivas ao consumidor. Outro possível tema para pesquisas futuras é o enorme poder econômico que as administradoras de benefícios conquistaram e que muitas vezes suplanta o das próprias operadoras e dos prestadores de serviços.

Espera-se que este trabalho tenha colaborado para uma melhor compreensão sobre o tema relevante e atual dos contratos coletivos por adesão, e que venha a servir de apoio para os novos estudos que venham a ser desenvolvidos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Gutemberg do Monte. **Reajuste por Sinistralidade em Contratos Coletivos e individuais**. Junho/2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/74845/reajuste-por-sinistralidade-em-contratos-coletivos-e-individuais>. Acesso em: 09 nov. 2019.

ANS **Quem Somos**. Site institucional. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos> Acesso em: 09 nov. 2019.

ANS. Dados Consolidados de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 02 nov. 2019.

ANS. Dados Gerais. Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019). 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 out. 2019.

ANS. Dicas de como escolher um Plano de Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/14-planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/470-planos-individuais-e-familiares>. Acesso em: 26 out. 2019

ANS. Reajuste anual de planos coletivos. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>. Acesso em: 09 nov.2019.

ANS. Reajustes de preços de planos de saúde antigos. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/512-reajustes-de-precos-de-planos-de-saude-antigos>. Acesso em: 08 nov.2019.

ANS. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 39, de 27 de outubro de 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em: 22 out. 2019.

ANS. Resolução Normativa (RN) Nº 295, de 9 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjEwMA>. Acesso em: 27 out. 2019.

ANS. Resolução Normativa Nº 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>. Acesso em: 08 nov. 2019.

ANS. Resolução normativa 195, de 14 de julho de 2009. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA>. Acesso em: 10 out. 2019.

ANS. RN nº 196, de 14 de julho de 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1> Acesso em: 22 out. 2019

ANS. RN sobre contratação de plano por empresário individual entra em vigor na segunda-feira. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4292-norma-que-regulamenta-contratacao-por-empresario-individual-entra-em-vigor-na-segunda>. Acesso em: 01 nov. 2019.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. **O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010.** Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 37,

n. 96, p. 96-103, jan/mar. 2013. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2013.v37n96/96-103/>. Acesso em: 10 nov.2019.

BRASIL. **Lei 10.741**, DE 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. **Lei 9656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 1998. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 22 out. 2019

CATA PRETA, Horácio L.N. **Atuação dos Corretores. Fórum de Saúde Suplementar da Agência Nacional Suplementar**. ANS. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/8_HCataPreta_AtualizacaoDosCorretores.pdf
f. Acesso em: 26 out. 2019.

COLLUCCI, Cláudia. **Pacientes ganham 9 em cada 10 processos contra planos de saúde**. 2016. Disponível em:
<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1730544-paciente-ganha-9-em-cada-10-aco-es-contra-plano-de-saude.shtml>. Acesso em: 12 out. 2019.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em:
Acesso em: 15 nov. 2019.

COOPERUSO. Estatuto. **Estatuto Social da Cooperativa de Usuários de Assistência Médica Ltda**. – Cooperuso Saúde, 2001. Disponível em:
http://www.cooperusosaude.com.br/wp-content/uploads/2016/09/2781_ESTATUTO_COOPERUSO_original.pdf. Acesso em:
01 nov. 2019.

DANTAS, Nícia Olga Andrade de Souza. **A Comercialização de Planos de Saúde “Falsos Coletivos”: Conversão Substancial e Nova Qualificação Categrorial do Contrato**. Revista de Direito do Consumidor, v. 108/2016, p. 2. nov/dez 2016.

DISTRITO FEDERAL. Superior Tribunal Federal. **ADPF 532**. Relator: Min. Celso de Mello. 14 de julho de 2018. Disponível em:
http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF532_liminar.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

ELIAS, Juliana. **Jovens saem e velhos ficam em plano de saúde, e isso pode encarecer planos**. 2018. Disponível em:
<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/09/09/fuga-jovens-plano-de-saude-mensalidade-mais-cara.htm>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ÉPOCA NEGÓCIOS. **Planos de saúde do tipo 'falso coletivo' crescem 58%. 2019. 2019**. Disponível em:
<https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2019/08/epoca-negocios-atualizacao-planos-de-saude-do-tipo-falso-coletivo-crescem-58.html>. Acesso em: 11 nov. 2019.

FORMENTI, Ligia. **Planos de saúde do tipo 'falso coletivo' crescem 58% e judicialização aumenta.** 2019. Disponível em: <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/planos-de-saude-do-tipo-falso-coletivo-crescem-58-e-judicializacao-aumenta,25a8eecd5e6bff68c6fac329a46ce0cbc33c6jdk.html>. Acesso em: 15 out. 2019

GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde: a ótica da proteção ao consumidor.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 36.

IDEC. **Ranking de Atendimentos 2018: Planos de Saúde seguem no topo.** 2019. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/ranking-de-atendimentos-2018-planos-de-saude-seguem-no-topo-confira>. Acesso em: 11 nov. 2019.

JOTA. **Ação que questiona normas da ANS sobre administradoras de benefícios para no STF.** 2018. Disponível em: <https://www.jota.info/dados/ru/acao-sobre-normas-da-ans-sobre-administradoras-de-beneficios-para-no-stf-30042018>. Acesso em: 26 out. 2019.

MAIA, Flavia. **Operadoras driblam regras da ANS e cortam beneficiários que mais precisam do plano.** 2016. Disponível em: <http://blogs.correiobraziliense.com.br/consumidor/operadoras-driblam-regras-da-ans-e-cortam-beneficiarios-que-mais-precisam-do-plano/> Acesso em: 04 nov. 2019.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. **Iniciativa privada e saúde.** Estudos Avançados, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 109-116, jan./apr. 1999.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil.** v. 3. 21. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017. p. 65.

PLANO DE SAÚDE. **Planos de Saúde Coletivos: O Que São e Quais as Vantagens.** 2019. Disponível em: <https://planodesaude.net.br/blog/planos-de-saude-coletivos-o-que-sao-e-quais-as-vantagens/>. Acesso em: 17 out. 2019.

ROBBA, Rafael. **Os reajustes por sinistralidade e as suas distorções.** 2017. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI258683,81042-Os+reajustes+por+sinistralidade+e+as+suas+distorcoes>. Acesso em: 09 nov.2019.

ROSCOE, Beatriz. **Planos de saúde coletivos têm reajuste maior do que para os individuais.** 2019. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2019/07/26/interna-brasil,774008/planos-de-saude-coletivos-tem-reajuste-maior-do-que-para-os-individuai.shtml>. Acesso em: 09 nov.2019.

SÃO PAULO. Superior Tribunal de Justiça (Terceira Turma). **Recurso Especial nº 1.102.848.** Relator: Min. Nancy Andrigui, 03 de agosto de 2010. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19134246/recurso-especial-resp-1102848-sp-2008-0274493-2-stj/relatorio-e-voto-19134248>. Acesso em: 09 nov.2019.

SÃO PAULO. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial Nº 1.762.230.** Relatora: Min. Nancy Andrigui. 15 de fevereiro de 2019. Disponível em: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/resp_1762230.pdf. Acesso em: 04 nov. 2019.

SCHMITT, Cristiano H. **Indenização por Dano Moral do Consumidor Idoso no Âmbito dos Contratos de Planos e de Seguros Privados de Assistência à Saúde.** Revista de Direito do Consumidor, v. 51/2004. p. 130-153, Jul-Set/2004.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS-SIB/ANS/MS, disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/quem-somos/227-dados-gerais>

SUSEP. **Apresentação.** Disponível em: <http://www.susep.gov.br/menu/a-susep/apresentacao>. Acesso em: 27 out. 2019.

STF. Supremo Tribunal Federal. **Ministro aplica rito abreviado em ação que questiona normas da ANS sobre administradoras de benefícios.** 2017. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=353134>. Acesso em: 17 nov. 2019.

TORRES & PIRES ADVOGADOS. **ANS terá regras para plano ‘falso coletivo’.** 2017. Disponível em: <http://www.torresepires.adv.br/ans-tera-regras-para-plano-falso-coletivo/>. Acesso em: 01 nov. 2019.

VETTORAZZO, Lucas. **Cada vez mais velha, população brasileira chega a 208 milhões.** 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/07/com-populacao-cada-vez-mais-velha-brasil-atinge-208-milhoes-de-pessoas.shtm>. Acesso em: 22 de ago. 2019.

XVI FINANCE. **Estudo Sobre a Concentração no Mercado de Saúde Suplementar.** 2018. Disponível em: <http://xvifinance.com.br/wp-content/uploads/2019/01/Estudo-de-concentra%C3%A7%C3%A3o-de-mercado-XVI-Finance.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.