

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS

A REGULAÇÃO JURÍDICA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
NO BRASIL: O CASO DA OFERTA DE PLANOS DE SAÚDE
INDIVIDUAIS

Renan da Rocha Montalvão

RIO DE JANEIRO

2015

Renan da Rocha Montalvão

A REGULAÇÃO JURÍDICA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
NO BRASIL: O CASO DA OFERTA DE PLANOS DE SAÚDE
INDIVIDUAIS

Projeto de Monografia apresentado à Escola de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

RIO DE JANEIRO

2015

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
I – O Marco Regulatório da Saúde Suplementar no Brasil.....	5
I.1 – O “tripé” constitucional do marco regulatório da saúde suplementar:	5
I.2 – O processo de regulamentação do setor da saúde suplementar e de constituição do marco regulatório:	8
I.3 – As especificidades e as falhas do mercado de saúde suplementar – dificuldades para o controle e regulamentação:.....	11
I.4 – A Lei nº 9.656, de 1998, e sua regulamentação:	17
I.5 – Os efeitos da criação da ANS no mercado:	18
II – O Exercício da Regulação do Mercado de Saúde Suplementar pela ANS – A Fiscalização dos Planos Individuais e dos Planos Coletivos.....	22
II.1 – Os diferentes tipos de contratações existentes na saúde suplementar:	22
II.2 – As características peculiares aos planos de saúde individuais e coletivos:	25
II.3 – O comportamento comercial dos planos de saúde individuais e coletivos:	31
III – Estratégias Adotadas pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde para se Adaptar à Regulamentação em Vigor – A Preferência pela Adesão de Novos Beneficiários aos Planos Coletivos	34
III.1 – A falta de interesse das operadoras pela contratação de planos de saúde individuais refletida em números:	34
III.2 – O estudo de caso concreto da dificuldade de contratação de plano de saúde individual:	39
III.3 – A solução proposta para o problema:	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

INTRODUÇÃO

O marco regulatório do mercado de saúde suplementar no Brasil deu-se com a entrada em vigor da Lei nº 9.656, de 03/06/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Tal lei, na forma como se apresenta hoje, em muito alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/08/2001, trata de definir e estabelecer, entre outros, o que é Plano Privado de Assistência à Saúde, bem como Operadora de Plano de Assistência à Saúde.

O presente estudo limitar-se-á à análise da função reguladora do Estado, por meio da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela lei 9.961/2000, com intuito de ser um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que envolvam assistência à saúde suplementar, notadamente a questão da oferta dos planos de saúde individuais.

A escolha foi tomada pelo reflexo, cada vez mais relevante, desta atividade regulatória no cotidiano dos consumidores de planos privados de assistência à saúde.

Assim, este Trabalho de Conclusão de Curso terá como escopo o desenvolvimento do tema, ao tomar por base os mecanismos de regulação utilizados pela ANS, de forma a demonstrar sua atuação como órgão regulador da atividade econômica desenvolvida por entidades privadas no âmbito da saúde suplementar. Isto, sob o prisma de tais entidades executarem serviço de interesse público.

Pretende-se, ainda, demonstrar de que maneira a regulação, a qual engloba a regulamentação e o exercício da fiscalização, influencia os métodos de atuação das Operadoras de Plano de Assistência à Saúde, com consequentes impactos na relação com seus beneficiários.

Assim, objetiva-se fazer uma análise sobre esta relação entre operadoras e beneficiários, tomando como base, especificamente, a discussão existente no mercado atual da saúde suplementar acerca das dificuldades encontradas pelos consumidores pessoas físicas em contratar planos de saúde na modalidade individual.

Finalmente, haverá exposição de um caso concreto, com intuito de ilustrar a aplicação prática do estudo normativo e doutrinário que será realizado.

A metodologia adotada será a de estudo normativo e doutrinário, com exposição de caso concreto, a fim de analisar os reflexos da regulação do mercado de saúde suplementar no relacionamento entre operadoras e beneficiários e na prestação de serviço de interesse público.

I – O Marco Regulatório da Saúde Suplementar no Brasil

Pretende-se, neste capítulo, estudar os impactos da entrada em vigor da Lei nº 9.656, de 1998, e suas regulamentações, no mercado de saúde suplementar no Brasil. Pretende-se, ainda, abordar os efeitos da criação da ANS pela entrada em vigor da Lei 9.961, de 2000.

I.1 – O “tripé” constitucional do marco regulatório da saúde suplementar:

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), já preparando o arcabouço jurídico do país para, num futuro próximo àquela data, criar o Sistema Único de Saúde (SUS)¹ e uma Agência Reguladora dos planos de saúde², dedicou três artigos fundamentais à formação do marco regulatório da saúde suplementar:

- Artigo 196, onde consigna que a saúde é um dever do Estado;
- Artigo 197, onde afirma que a execução das ações e dos serviços de saúde, embora dever do Estado, pode ser feita por este ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado; mas, pela relevância pública, cabe ao Poder Público dispor, na forma da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle; e
- Artigo 199, onde corrobora, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, em perfeita harmonia com os fundamentos da própria República de livre iniciativa³.

Seguem abaixo os mencionados dispositivos constitucionais reproduzidos:

CRFB, de 1998:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e deu outras providências.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (*grifos nossos*)

² Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

³ CRFB, de 1998:

Art. 1º A **República Federativa do Brasil**, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e **tem como fundamentos**: ...

IV - os valores sociais do trabalho e da **livre iniciativa**; ... (*grifos nossos*)

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.

...

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

...

Da leitura conjunta dos artigos 196, 197 e 199 da Constituição Federal depreende-se que as ações e os serviços de saúde podem ser exercidos diretamente pelo Estado, ou com a participação “complementar”⁴ de terceiros, de pessoas físicas ou de pessoas jurídicas; e que tais ações e serviços também são livres à iniciativa privada, que é o caso de profissionais autônomos, clínicas, laboratórios, hospitais ou planos privados de assistência à saúde – desde que, em qualquer dos dois casos (participação complementar à atuação direta do Estado ou iniciativa privada), devidamente regulamentado, fiscalizado e controlado pelo Poder Público, nos termos da lei.

O atendimento complementar à saúde, pelas mencionadas definições constitucionais e legais, é aquele que complementa o atendimento realizado diretamente pelo Estado (atualmente através do SUS); e, convencionou-se que o atendimento prestado pelos planos de saúde seria denominado suplementar à saúde, fazendo-o constar na Lei nº 9.656, de 1998, e na Lei nº 9.961, de 2000.

⁴ CRFB, de 1998:

Art. 199. ...

§1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Art. 4º

...

§2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

...

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

(grifos nossos)

A previsão da regulação do serviço suplementar de saúde encontra-se nessas linhas da CRFB, de onde se originaram as medidas legislativas necessárias para a criação do marco regulatório da saúde suplementar.

Nesta linha, Alexandre Aragão define regulação como “o conjunto de medidas legislativas, administrativas e convencionais, abstratas ou concretas, pelas quais o Estado, de maneira restritiva da liberdade privada ou meramente indutiva, determina, controla ou influencia o comportamento dos agentes econômicos, evitando que lesem os interesses sociais definidos no marco da Constituição e orientando-se em direções socialmente desejáveis”.⁵

Na definição do professor Leonardo Vizeu Figueiredo⁶, “o Estado atua regulando diversos nichos da economia, bem como setores de relevante interesse para a coletividade, desde que os mesmos apresentem falhas de mercado”. E nesse mesmo estudo, Figueiredo classifica e conceitua cinco tipos de regulação: regulação econômica, regulação de serviços públicos, regulação social, regulação ambiental e regulação cultural.

A regulação dos serviços relacionados à saúde é classificada pelo autor como regulação social, pois, segundo ele, “objetiva preservar e garantir o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana no que tange ao acesso e ao uso dos bens mínimos necessários à vida em sociedade (mínimo existencial) ”.

Ainda sobre a regulação social, Figueiredo termina sua definição exemplificando como as agências reguladoras que atuam na área da saúde e protegem, neste sentido, o interesse público: “é a regulação que intervém na provisão dos bens públicos e na proteção do interesse público, define padrões para saúde, segurança e os mecanismos de oferta desses bens (por exemplo: ANVISA e ANS) ”.

Assim, a CRFB de 1988 previu a possibilidade de atuação da iniciativa privada na saúde, de forma complementar e de forma suplementar, mas impôs o caráter de relevância pública à atividade, criando a obrigatoriedade de regulação do setor para a plena proteção do interesse público.

Sendo assim, é possível perceber neste momento a dupla vertente do direito social à saúde. Isto é, ganhou destaque no texto constitucional dois tipos de natureza, atribuídos pela doutrina, a este direito: (i) natureza negativa: segundo a qual o Estado ou o particular devem abster-se de praticar atos que prejudiquem terceiros; e (ii) natureza positiva: segundo a qual fomenta-se um Estado prestacionista para implementar o direito social.

⁵ ARAGÃO, Alexandre. *Agências reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico*. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. 37.

⁶ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. *Curso de direito de saúde suplementar – Manual jurídico de planos e seguros de saúde*. São Paulo: MP Ed, 2006. p. 63.

Para a atuação complementar, mais tarde seria editada a lei específica do Sistema Único de Saúde; e para a atuação suplementar (operadoras de planos de saúde), surgiria a regulamentação do setor, sobre a qual este trabalho falará na próxima seção.

I.2 – O processo de regulamentação do setor da saúde suplementar e de constituição do marco regulatório:

O primeiro registro legal de sistema integrado de saúde foi a edição da Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, que consolidou o **sistema previdenciário brasileiro**, criando a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os empregados das empresas ferroviárias – a qual outras se seguiram, pois outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social. E, em 1930 já existiam empresas de saúde geridas pelos próprios empregados (**autogestão em saúde**), conforme aponta Ricardo Pires Calciolari⁷.

Mas a doutrina aponta como o **primeiro plano de saúde** o caso do Hospital e Maternidade Modelo, criado em 1954 no sistema de **filantropia** e estabelecido com as indústrias Villares e o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

No entanto, o grande aumento no setor se deu no final do século passado. Em 1996, isto é, dois anos antes da edição da Lei nº 9.656/98, o montante dos prêmios relativos a **seguro saúde** já ultrapassava o orçamento estimado da União para a área de saúde. Sendo assim, tornou-se claro que este mercado merecia atenção especial e carecia de regulação estatal sobre o setor.

Neste momento de regulação embrionária, alguns órgãos de defesa do consumidor, tais como PROCON (Órgão de Proteção e Defesa do Consumidor) e IDEC (Instituto de Defesa do Consumidor), tiveram atuação destacada ao promoverem a realização de estudos sobre o mercado de saúde suplementar. Além disso, estes órgãos foram responsáveis pela propositura de diversas ações contra seguradoras e operadoras e, para isso, utilizaram como base o CDC (Código de Defesa do Consumidor), uma vez que antes da edição da Lei nº 9.656, de 1998, não havia outro diploma legal a disciplinar a matéria.

Vale aqui mencionar, como exemplo, uma jurisprudência que, embora tenha sido publicada poucos meses após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, tramitou antes da existência dessa lei e foi ainda baseada exclusivamente no CDC, e se destacou ao coibir uma cláusula

⁷ CALCIOLARI, Ricardo Pires. *III Prêmio SEAE de Monografias em Defesa da Concorrência e Regulação Econômica – Aspectos jurídicos da regulação do setor de saúde suplementar: uma análise crítica do modelo brasileiro*. Brasília – DF. Editora do Ministério da Fazenda, 2008. p. 336.

nitidamente abusiva: a cláusula que limitava o tempo de internação hospitalar. Tamanha foi a repercussão do julgamento do Recurso Especial nº 158728 – RJ, de Relatoria do Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, que devido a sua uniformidade gerou uma súmula. Assim, basta observarmos o verbete da súmula nº 302 do Superior Tribunal de Justiça, que afirma: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

STJ - RECURSO ESPECIAL REsp 158728 RJ 1997/0090585-3 (STJ)

Data de publicação: 17/05/1999

*Ementa: Plano de saúde. Limite temporal da internação. Cláusula abusiva. 1. É abusiva a cláusula que limita no tempo a internação do segurado, o qual prorroga a sua presença em unidade de tratamento intensivo ou é novamente internado em decorrência do mesmo fato médico, fruto de complicações da doença, coberto pelo plano de saúde. 2. O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como é curial, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado que se retire da unidade de tratamento intensivo, com o risco severo de morte, porque está fora do limite temporal estabelecido em uma determinada cláusula. Não pode a estipulação contratual ofender o princípio da razoabilidade, e se o faz, comete abusividade vedada pelo art. 51, IV, do **Código de Defesa do Consumidor**. Anote-se que a regra protetiva, expressamente, refere-se a uma desvantagem exagerada do consumidor e, ainda, a obrigações incompatíveis com a boa-fé e a equidade. 3. Recurso especial conhecido e provido.*

A partir destas ações diversos dispositivos contratuais foram considerados abusivos e nulos pelos tribunais.

Dessa forma, até aquele momento, as empresas que atuavam no setor organizavam-se de maneira livre, sem qualquer intervenção estatal específica, e submetiam-se apenas à legislação societária.

Isto demonstrava, claramente, a necessidade de regulação do mercado e esta lacuna viria a ser preenchida com a edição da Lei nº 9.656, de 1998, a qual, segundo Calciolari, estabelece dois âmbitos de atuação distintos: (i) normatização econômico-financeira e (ii) normatização dos serviços de saúde em si.

A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil se deu em três etapas que foram marcadas com a entrada em vigor de leis que se tornaram seu marco regulatório.

A primeira etapa foi caracterizada pela publicação da Lei nº 9.656, em 03/06/1998, dispondo sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, que foi alterada dois dias após, em 05/06/1998, pela Medida Provisória (MP) nº 1.665 – portanto, o texto resultado desses dois instrumentos legais foi o início efetivo da regulamentação da saúde suplementar no país.

Ressalte-se que a referida MP não foi a única alteração sofrida pela Lei nº 9.656, de 1998. A MP nº 1.665 foi seguida de quarenta e quatro outras medidas provisórias, sendo a última a MP nº 2.177-44, de 24/08/2001; bem como houve, no decorrer de dezessete anos de vigência, várias alterações em sua redação feitas por outras leis ordinárias⁸.

A segunda etapa foi marcada pela edição da MP nº 1.908-18, de 24/09/1999, que alterou a Lei nº 9.656, de 1998, em especial na redação de seu artigo 1º, introduzindo, entre outros, o conceito do produto que seria o objeto da regulação: o plano ou seguro privado de assistência à saúde – obrigando as seguradoras a se reorganizassem como operadoras de planos de saúde⁹.

Como o setor de seguros já era submetido a legislação específica, as seguradoras que ofereciam seguros de saúde pleiteavam estar fora da abrangência da regulamentação da Lei nº 9.656, de 1998, mas, o grande marco desta segunda etapa foi exatamente a definição de que a abrangência da regulamentação seria pelo tipo do produto oferecido ao consumidor, e não pelo tipo da empresa que o oferecia.

A terceira etapa foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que se deu através da Lei nº 9.961, de 28/01/2000, com natureza jurídica de autarquia especial, vinculada ao ministério da Saúde, com poder regulador, autonomia administrativa, financeira, patrimonial, de gestão de recursos humanos e de suas decisões técnicas, bem como mandato fixo de seus dirigentes.

Assim, o marco regulatório da saúde suplementar foi constituído pela Lei nº 9.656, de 1998, com a redação alterada pela MP nº 1.665, de 05/06/1998; pelas alterações que a MP nº 1.908-18, de 24/09/1999, promoveu na Lei nº 9.656, de 1998; e, por fim, pela Lei nº 9.961, de 28/01/2000.

Neste sentido, por trás dessas reformas, conforme nos ensina Armando Castelar Pinheiro¹⁰, está a visão de que o mercado é mais eficiente que o Estado em definir a alocação

⁸ Além das alterações das referidas medidas provisórias, a Lei nº 9.656, de 1998, já sofreu alterações das seguintes leis ordinárias: Lei nº 10.223, de 15/05/2001; Lei nº 11.935, de 11/05/2009; Lei nº 12.469, de 26/08/2011; Lei nº 12.738, de 30/11/2012; Lei nº 12.880, de 12/11/2012; e Lei nº 13.003, de 24/06/2014.

⁹ Esta exigência mais tarde originaria a Lei nº 10.185, de 12/02/2001, que dispôs sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e deu outras providências, bem como a redação dada ao artigo 34 da Lei nº 9.656, de 1998.

¹⁰ PINHEIRO, Armando Castelar. *Direito, economia e mercados*. Rio de Janeiro: Campos/Elsevier, 2005. p. 253

de recursos e produzir. Fato que justificaria, principalmente a partir da década de 1980, a substituição de um Estado empresário por outro que se preocupa em regular o setor privado.

Castelar procura ainda definir o significado de regulação econômica, o qual, em suas palavras seria: “conjunto de regras que limitam a liberdade de ação ou de escolha das empresas, dos profissionais liberais e/ou dos consumidores, e cuja aplicação é sustentada pelo poder de coerção que a sociedade concede ao Estado.

O autor destaca ainda a importância de se estabelecer uma distinção entre regulação e regulamentação, as quais possuem acepções diversas. Isto porque entende ser a regulação aplicada em um plano mais elevado e geral de intervenção estatal, enquanto a regulamentação se refere ao detalhamento normativo dessa intervenção.

Além disso, Castelar aponta para atuação sutil da regulação, uma vez que esta influencia, mas dificilmente determina com exatidão o comportamento dos agentes econômicos. Por isso, o desafio atual consiste em usar a regulação de forma que seja possível criar incentivos para que empresas, consumidores e demais agentes econômicos tomem decisões que maximizem o bem-estar social.

I.3 – As especificidades e as falhas do mercado de saúde suplementar – dificuldades para o controle e regulamentação:

O setor de saúde suplementar, portanto, surgiu há muitas décadas, inicialmente baseado em suas próprias regras de mercado, posteriormente limitado por ações judiciais impetradas por órgãos de proteção e defesa de consumidores, e apenas muitas décadas depois de criado é que foi regulamentado – sendo certo que permanece continuamente em processo de regulamentação.

Isso se dá devido à própria estrutura em que se apresenta e às falhas desse complexo mercado.

O objeto tratado no mercado ora estudado é, *per se*, complexo – **a saúde do indivíduo**.

Não é simplesmente um mercado de cunho social, já que movimenta bilhões de dólares por ano e é responsável por grande parte da economia do país. Por outro lado, também não é apenas um mercado de cunho econômico-financeiro, posto que a saúde e seu estabelecimento é um dos mais fortes fatores de estabelecimento social da atualidade.

Tamanha complexidade foi capaz de lhe conferir “relevância pública” (artigo 197, CRFB) e ‘*status*’ de ser “direito de todos e dever do Estado” (artigo 196, CRFB), conforme

consignado na Constituição Federal do país; ao mesmo tempo em que lhe foi conferido à livre iniciativa privada (artigo 199, CRFB).

Não bastasse a complexidade do objeto do mercado estudado, há também suas especificidades.

Estão envolvidos nesse mercado não apenas o **indivíduo**, como consumidor, ávido pelo atendimento das necessidades para a preservação de sua saúde, que constituem risco não previsível; mas também a **empresa** que é contratada para garantir esse serviço, a operadora de plano de saúde, que pretende alcançar o maior lucro possível, dentro do melhor equilíbrio econômico-financeiro; como também o **prestador do serviço**, que é o profissional autônomo (o médico, ou o dentista, ou outro), a clínica ou o hospital, que pretende preservar a saúde do paciente, consideradas a integridade do ato médico, as regras das sociedades profissionais e as novidades tecnológicas, cada vez mais dispendiosas – formando um triângulo de interesses diversificados e antagônicos.

Entram nessa relação outros personagens e especificidades que tornam o mercado ainda mais complexo: estão também aí inseridos os fabricantes e fornecedores dos aparelhos utilizados em exames e demais procedimentos médicos, bem como a indústria farmacêutica. Tais indústrias têm o poder de criar, inclusive, novas especialidades de serviços médicos, uma vez que cada vez exigem conhecimento mais específico de determinada matéria. Conforme análise de REIS (2000)¹¹, os equipamentos médicos tendem a gerar novas especializações, ainda mais complexas, e não a substituir o trabalho qualificado por trabalho simples, como se poderia esperar – isso porque não elimina, mas, normalmente, acaloram o caráter complexo do setor.

O Poder Judiciário, com a judicialização da saúde suplementar, também deve ser considerado, pois se inseriu nessa relação triangular desde antes do estabelecimento da regulamentação, como já mencionado.

Além dessas especificidades, TEIXEIRA¹² ressalta que na assistência à saúde do Brasil, existe o sistema híbrido de atendimento: o público, constituído pelo SUS (unidades do Estado e complementares); e o privado, realizado pelas empresas (atendimento particular) e pelas operadoras (atendimento suplementar através de planos de saúde) – ambos, muitas vezes, utilizando-se da mesma rede de prestadores, quando, por exemplo, um mesmo hospital presta

¹¹ REIS, C.O.O.. Planos privados de saúde no Brasil. Revista de Administração Pública – nº 51. Rio de Janeiro. Editora da FGV. Trimestre de jan a mar de 2000. p. 125-149.

¹² TEIXEIRA, A. Mercado e imperfeições do mercado: o caso da assistência suplementar. Cadernos de saúde suplementar: 2º ciclo de oficinas. Rio de Janeiro. out./dez de 2000. p. 4-22.

serviço como rede complementar ao SUS e também presta serviço como prestador da rede suplementar às operadoras de planos de saúde.

Na dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de concentração Regulação em Saúde, GOUVEIA¹³ falou sobre esse hibridismo que “gera uma série de impasses para a gestão pública dos serviços de saúde, que vão desde a falta de um planejamento integrado à formação de mecanismos de complementaridade instáveis e submetidos à lógica econômica privada, destacando-se, entre os problemas dessa configuração, o fato de a intermediação tanto privada quanto a pública demandar serviços de uma mesma rede de prestadores, a qual é predominantemente privada, como já relatado”.

Quanto ao hibridismo da capacidade instalada da rede de prestadores do atendimento de serviços de saúde no Brasil, TEIXEIRA também aponta tais problemas adquirem dimensões significativas quando se considera que o Brasil possui dimensões continentais e é marcado por uma abissal desigualdade regional, tanto de natureza socioeconômica, tanto em termos de densidade demográfica.

Além do próprio hibridismo ser um problema, há também grande concentração de equipamentos, instalações e serviços, em determinadas regiões do país; enquanto em outras, predomina sua escassez, e até mesmo, sua inexistência – problema normalmente agravado pelo fato de que até mesmo nas regiões onde se concentram equipamentos e serviços também há parte da população que não tem acesso a estes porque tais regiões são caracterizadas pela ocorrência de graves disparidades de renda e condições de vida e moradia.

Há, por fim, outra especificidade do mercado da saúde que afeta diretamente os planos de saúde e seu atendimento: a profunda mudança que o perfil que a população brasileira vem apresentando com seu envelhecimento e as doenças que esse processo traz.

Assim, para manter o equilíbrio econômico-financeiro, mas atender às necessidades dos consumidores e aos pleitos crescentes de novos equipamentos e técnicas no atendimento que os prestadores fazem, as operadoras precisam imprimir alta eficiência na alocação dos recursos, em 1996, antes da regulamentação ser instalada, MAJONE¹⁴ já entendia assim – e a regulamentação precisa ficar atenta a todos esses aspectos para cumprir seu papel.

¹³ GOUVEIA, Maria Thereza Carolina de Souza. “O modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar”. ENSP/FGV. 2004. p 56.

¹⁴ MAJONE, G. *Regulating Europe*. Londres: Routledge. 1996.

E, a toda complexidade desse setor, deve-se somar as falhas de mercado, que intensificam a dificuldade de controlar e regular a atividade. STIGLITZ¹⁵ relaciona basicamente seis falhas de mercado, a seguir reproduzidas:

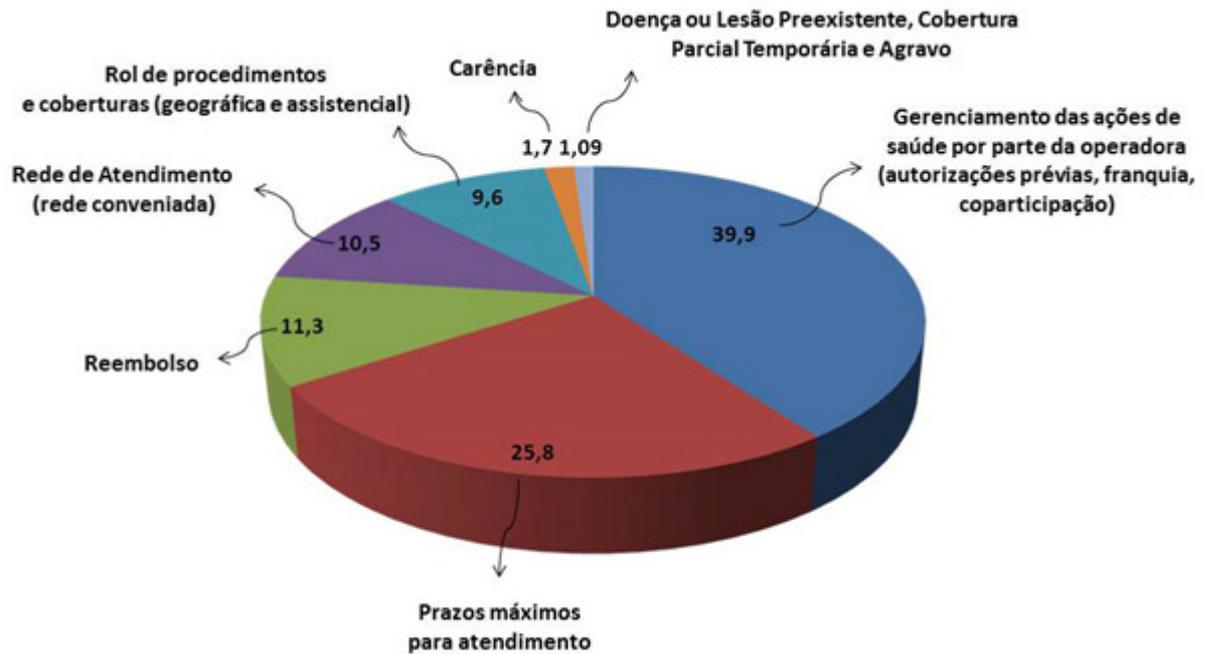
- a competição imperfeita decorrente de monopólio natural, em que, na ausência de substitutos entre si, o preço ditado pelo monopolista não corresponde ao custo marginal, não tendo, assim, incentivos para minimizar os custos de sua produção;
- os bens públicos, em que não se pode estabelecer preços via mercado, uma vez que não há custo adicional para que um indivíduo usufrua dos benefícios do bem produzido (não-rivalidade) e também é impossível excluir um indivíduo da fruição desse bem (não-exclusividade), tomando-se como exemplo de bem público a segurança nacional;
- as externalidades (negativas ou positivas), que se dão quando uma ação de um agente afeta outros, impondo-lhes um custo, sem compensá-los (ex.: poluição), ou um benefício, sem deles receber um retorno (ex.: vacinação);
- os mercados incompletos, aqueles que falham em prover bens ou serviços ainda que o custo seja menor do que os indivíduos estejam dispostos a pagar;
- a assimetria de informação, quando os agentes não dispõem de informações suficientes ou adequadas para fazer suas escolhas, levando-os a tomar decisões subótimas; e
- o desemprego e outros distúrbios macroeconômicos, ressaltando que uma alta taxa de desemprego é a primeira e mais dramática evidência de que algo não está funcionando bem no mercado.

Este cenário faz com que a regulamentação surja e se aperfeiçoe exatamente na esteira da correção incessante de tais falhas de mercado – que se fazem necessárias diante das inúmeras reclamações que surgem nos órgãos de defesa do consumidor e nas centrais de relacionamento da ANS.

¹⁵ STIGLITZ, J.E. Market Failure. Economics of public sector. 3.ed. New York/London: W.W. Norton & Company, 1999. p. 55-92.

A seguir, estão demonstrados os assuntos mais reclamados por consumidores junto à ANS:

Gráfico nº 1: Assuntos Assistenciais (não inclui reajuste) mais reclamados pelos consumidores junto à ANS.



FONTE: Site da ANS – Publicado em: 12/02/2015.

LINK: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2767-ans-suspende-a-comercializacao-de-70-planos-de-11-operadoras?highlight=WyIxMlx1MDBiYSIsImNpY2xvIiwMTJcdTAwYmEgY2ljbG8iXQ>

No entanto, não é somente STIGLITZ quem se posiciona a respeito destas falhas de mercado, conforme é possível extrair do pensamento de DONALDSON e GERARD¹⁶. Os quais acreditam que, ao contrário de outros produtos, a demanda por serviços de saúde é imprevisível, o que impede um planejamento individual sobre seu consumo futuro. Dessa forma, a resposta do mercado é a oferta de planos de saúde que, além dos custos assistenciais, paguem os custos administrativos e comerciais e possibilitem margem de lucro.

¹⁶ DONALDSON, C. & GERARD, K. Market failure in health care. In Economics of health care financing the visible hand. London: MacMillan. 1993.

Por outro lado, o consumidor tem a consciência de que paga por outras despesas além daquelas relacionadas com os gastos assistenciais, mas se dispõe a pagar o preço porque é avesso ao risco.

Sendo assim, a tendência é que o consumidor mais propenso ao risco contrate o plano de saúde, utilizando-se de seu maior conhecimento sobre suas próprias propensões a doenças. Desse modo, as operadoras acabam por incorporar consumidores de maior risco em consequência do desconhecimento sobre as condições de saúde do consumidor. Esse fenômeno se chama seleção adversa e, por sua conta, as operadoras calculam o preço do plano com base em um risco médio

Neste sentido, apontam os autores para uma prática comum do mercado, a chamada seleção de risco. Isto porque, com o objetivo de aumentar as áreas sobre as quais têm controle e diminuir as que não possibilitam estabelecer previsões com um grau de precisão, as operadoras acabam por estabelecerem barreiras à entrada no plano de consumidores com perfil de alto risco, seja pela restrição direta de acesso ao plano, seja pela diferenciação de preços segundo o risco.

Infelizmente, percebemos que no Brasil a seleção de risco é prática bastante usual, a qual pode ser identificada pela frequência das reclamações dos beneficiários de planos de saúde, conforme nos mostra a figura apresentada.

Por outro lado, da parte dos consumidores, a falha presente no mercado de saúde suplementar é o conhecido risco moral, conforme novamente nos aponta DONALDSON e GERARD, o qual se opõe ao pressuposto da racionalidade, em que o consumo pode ser planejado e ocorrer na medida da necessidade do consumidor.

Ocorre que, nos planos de saúde, há uma tendência à sobreutilização dos serviços, uma vez que o consumidor não tem incentivos para racionalizar o uso por não ter de suportar o custo total do atendimento. A operadora, a seu turno, incorpora esse comportamento do consumidor ao calcular as despesas esperadas, elevando o valor do preço do plano.

Igualmente, conforme anota MÉDICI¹⁷, as externalidades também estão presentes no setor de saúde, pois, o consumo de cuidados de saúde está associado a efeitos externos e, para demonstrar, lembra que o benefício trazido por uma campanha de vacinação não se limita ao indivíduo, uma vez que atinge toda a comunidade, com reflexos para a demanda de serviços de assistência à saúde.

¹⁷ MÉDICI, A.C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro nº 26. FGV. abr./jun de 1992. p. 79-115.

Desse modo, porém em sentido contrário, pode-se citar a ineficiência no controle de uma epidemia, que leva ao aumento da demanda dos serviços de assistência à saúde. Essa característica faz com que tais medidas necessitem de uma entidade coletiva, como o Estado, para sua consecução.

I.4 – A Lei nº 9.656, de 1998, e sua regulamentação:

A Lei nº 9.656, de 1998, ao longo desses 17 anos de vigência vem sendo alvo da edição de inúmeros regulamentos.

A edição de normas faz parte do processo de regulação e é apenas uma de suas etapas. Para Odete Medauar, “a regulação abrange a edição de normas, a fiscalização de sua devida observância, a imposição de sanções e a mediação dos conflitos, não sendo atividade exclusiva do direito econômico, mas de todo o ordenamento jurídico”.¹⁸

Inicialmente, essa lei foi regulamentada entre novembro de 1998 e outubro de 1999 por 23 (vinte e três) resoluções editadas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, criado pela própria Lei nº 9.656, de 1998, para este e outros fins. Com a criação da Agência Reguladora, em janeiro de 2000, a Lei nº 9.656, de 1998, começou a ser regulamentada por resoluções e instruções da ANS – formando um grande arcabouço regulatório de diferentes tipos de normas previstas no regimento interno desse órgão.

Atualmente, existem editadas 95 resoluções de diretoria colegiada (RDC), dentre as quais apenas 58 estão vigentes – que foram sucedidas pelas resoluções normativas (RN), que já somam 378, estando 272 vigentes; além de 189 instruções normativas, das quais 120 estão vigentes.

Mas a matéria é tão controversa e complexa que a Diretoria Colegiada do órgão já editou 28 súmulas de entendimentos e já aprovou muitas centenas de notas técnicas, escritas anualmente pelos técnicos da ANS para firmar entendimentos sobre as matérias reguladas.

Portanto, a Lei nº 9.656, de 1998, tem uma regulamentação dinâmica que acompanha as mudanças do mercado que regula, da situação econômico-financeira do país e da sociedade.

Também é possível verificar que, até o marco regulatório, não existia padrão de cobertura assistencial para os planos antigos, sendo amplo o leque de variações quanto ao acesso à rede de serviços.

¹⁸ MEDAUAR, Odete. *Direito administrativo moderno*. 8ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. p. 84.

No entanto, observa-se que esses planos obedeciam, em geral, a regras claramente identificáveis associadas a uma hierarquização das demandas segundo a condição socioeconômica do consumidor, seja quanto à possibilidade de escolha do médico, seja em relação ao acesso e tipo de acomodação em estabelecimentos hospitalares.

Além disso, conforme aponta Maria Thereza Gouveia, a extensão da cobertura também não se mostrava uniforme. Cada segmento apresentava especificidades quanto ao plano oferecido e às formas de comercialização, o que levava a um alto grau de diferenciação entre produtos.

Essas diferenças, porém, não descaracterizavam o mercado, na medida em que a heterogeneidade dos planos era relativizada pelo predomínio da limitação de tecnologias de alto custo e da exclusão de patologias crônico-degenerativas, revelando, em função desse traço comum, que os produtos eram, de certo modo, substitutos entre si.

Assim, a Lei nº 9.656, de 1998, estabeleceu a garantia da integralidade da cobertura assistencial, que passou a abranger todas as patologias catalogadas na CID – Classificação Internacional de Doenças, bem como a instituição do plano-referência, de oferecimento obrigatório pelas operadoras, com exceção das autogestões e odontologias, que compreende o atendimento ambulatorial e hospitalar, com cobertura obstétrica, e inclui cobertura integral em situações de urgência e emergência, com padrão de enfermagem. No entanto, a Lei 9.656/98 manteve, de certo modo, a configuração de produtos já sedimentada no mercado ao admitir a segmentação das coberturas segundo a complexidade do nível de atenção.

I.5 – Os efeitos da criação da ANS no mercado:

A ANS é dirigida por uma Diretoria Colegiada e conta, em caráter permanente e consultivo, com a Câmara de Saúde Suplementar (CSS), constituída de órgão e entidades públicas e da sociedade civil organizada, que se reúne periodicamente para deliberar sobre os assuntos mais importantes do setor e para apresentar à sociedade os projetos e evoluções da regulação do setor.

A finalidade institucional da Agência Reguladora, definida por lei¹⁹, é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País – portanto, a estruturação da ANS fez parte do

¹⁹ Lei nº 9.961, de 2000, artigo 3º.

processo de consolidação da regulamentação do setor e sua criação trouxe grande impacto ao setor que antes, em grande parte²⁰, não era regulado.

Para iniciar a regulação, era necessário conhecer os dados do setor; por isso, o primeiro impacto que houve com a criação da ANS foi a exigência que esta fez às empresas que operavam nesse mercado de enviarem informações periódicas e de promoverem junto à ANS seus registros e de seus produtos que estavam sendo comercializados, bem como de enviarem as informações sobre o cadastro de seus consumidores.

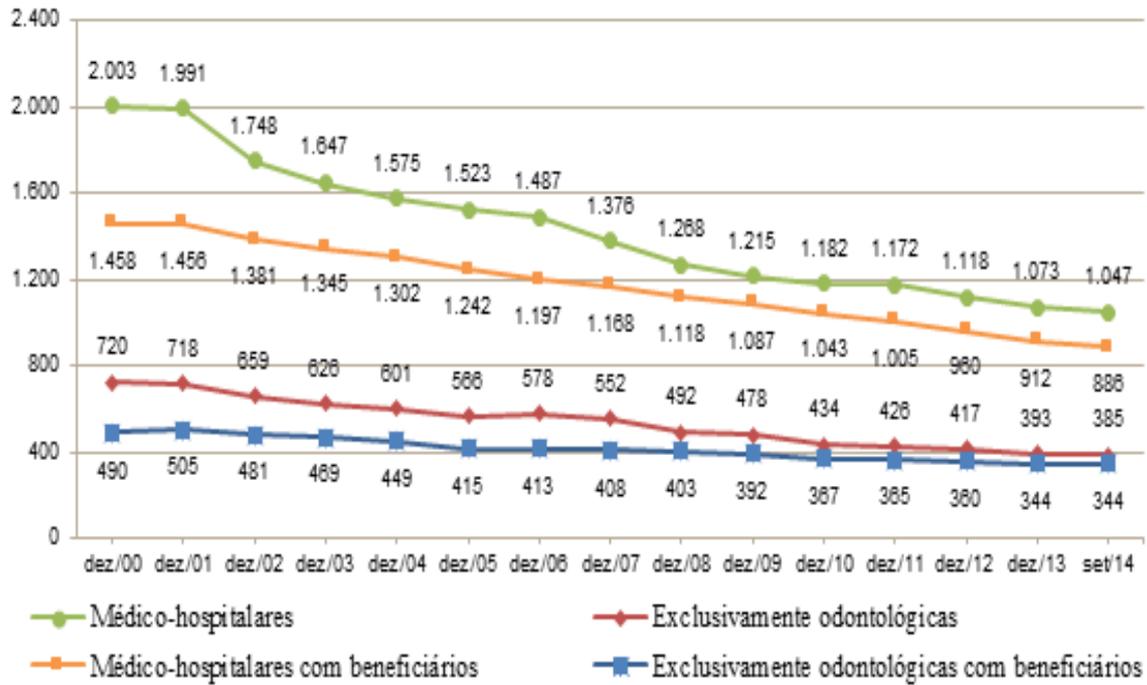
Desse modo, se tornou possível que, além da própria ANS, os beneficiários, operadoras e demais participantes do mercado tivessem acesso a informações relevantes a respeito do setor de saúde suplementar.

Com base nessas informações iniciais, a ANS estudou as condições e segmentações em que o serviço de assistência à saúde era oferecido, os diferentes tipos de contratações, as falhas do mercado, as assimetrias de informações e os riscos morais inerentes à atividade – o que possibilitou que as primeiras regulamentações fossem editadas e que uma outra função do órgão regulador fosse cumprida: a fiscalização das ações das operadoras de planos de assistência à saúde, com a devida orientação do consumidor que procurava a Agência.

Para garantir o atendimento do consumidor, a ANS entrou fortemente na regulação da parte econômico-financeira das operadoras, causando um impacto na própria permanência das mesmas no mercado – o que levou a uma concentração do mercado com menos operadoras, apesar do significativo crescimento da quantidade de beneficiários, como mostram os gráficos nº 2, nº 3 e nº 4 que se seguem.

²⁰ Apenas as empresas que ofereciam seguros de saúde - as seguradoras, eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), mas não era uma regulação específica para a área de saúde. As demais sofriam pequeno nível de controle pelo Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), do Ministério da Saúde.

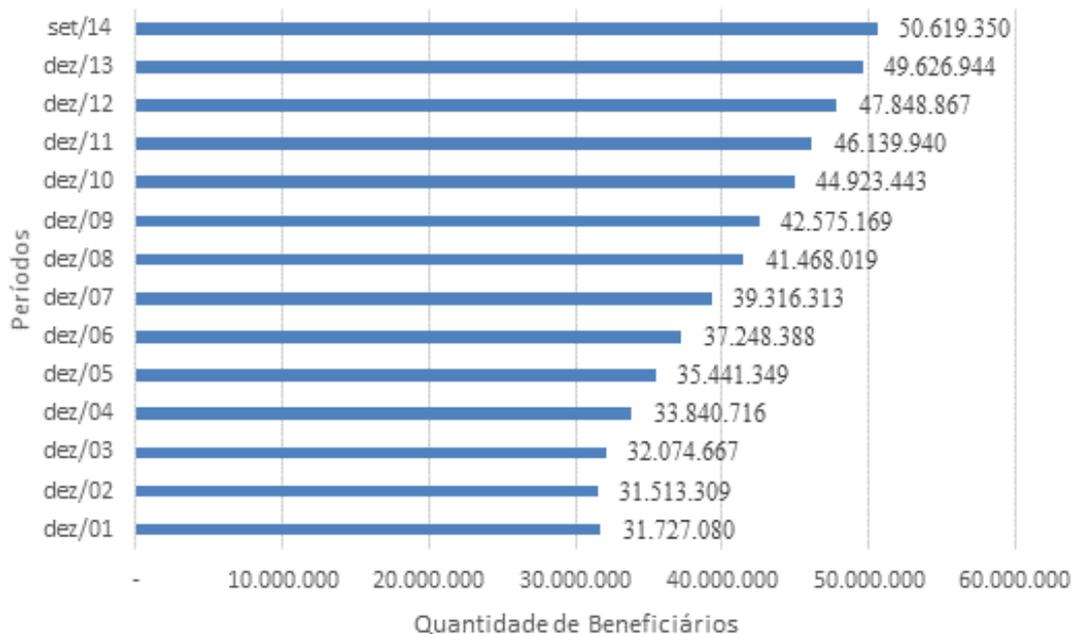
Gráfico 2 - Operadoras de planos de assistência à saúde em atividade (Brasil - dez/2000-set/2014)



Fontes: SIB/ANS/MS - 09/2014 e CADOP/ANS/MS - 09/2014 (site da ANS)

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014

Gráfico 3 – Beneficiários de planos médico-hospitalares (Brasil - dez/2001-set/2014)

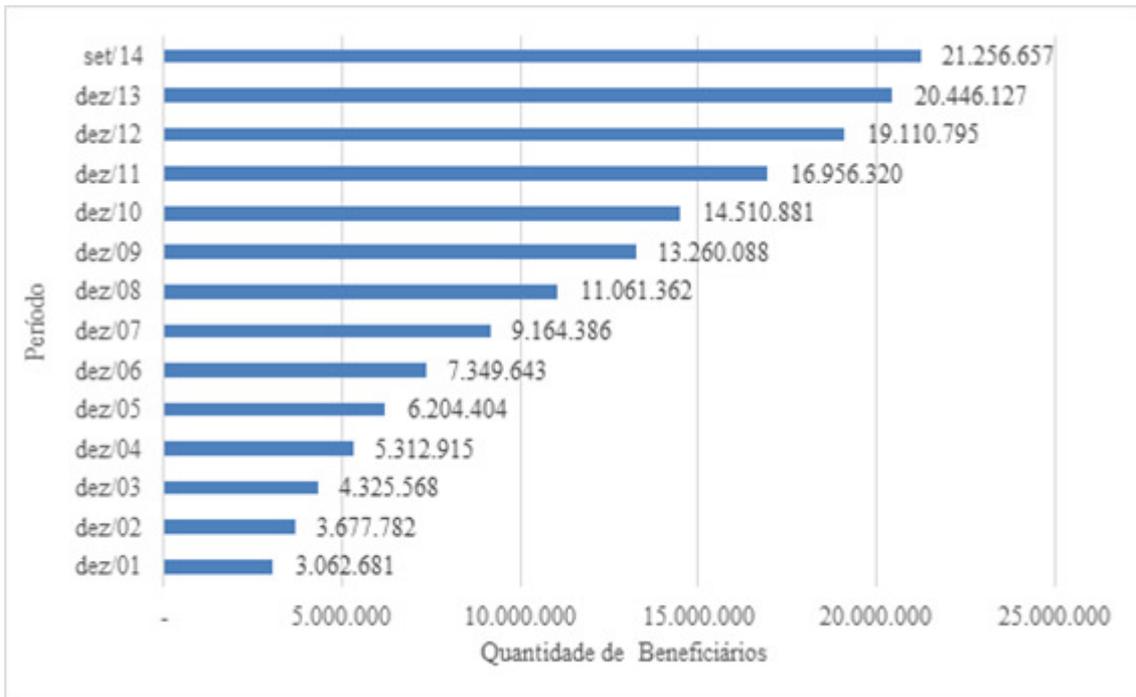


Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2014 (site da ANS)

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014

Nota: O termo “beneficiário” se refere a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Gráfico 4 – Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (Brasil - dez/2001-set/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2014 (site da ANS)

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014

Em dezembro de 2001, havia 1.456 operadoras médico-hospitalares com beneficiários informados junto aos sistemas da ANS e 505 exclusivamente odontológicas; em setembro de 2014, esses números baixaram, respectivamente, para 886 e para 120 – o que significa que, nesse período, as operadoras que oferecem atenção médico-hospitalar diminuíram em quase 40% e aquelas que oferecem atenção exclusivamente odontológica, em mais de 30%.

No mesmo período, a quantidade de indivíduos com vínculos contratuais a planos privados de assistência à saúde que oferecem atenção médico-hospitalar fez o movimento contrário de subir de 31.727.080 para 50.619.350, num crescimento de 37%. E, no atendimento exclusivamente odontológico, o crescimento foi de mais de 85%, passando de 3.062.681 vínculos em dezembro de 2001 para 21.256.657 em setembro de 2014.

Esses números mostram que, após a criação da ANS, em 2000, considerado um mesmo período, a quantidade de operadoras diminuiu e a quantidade de vínculos de beneficiários aumentou muito – demonstrando uma forte concentração do mercado como um evidente efeito da criação do Órgão Regulador.

II – O Exercício da Regulação do Mercado de Saúde Suplementar pela ANS – A Fiscalização dos Planos Individuais e dos Planos Coletivos

Neste capítulo será realizado o estudo da função reguladora exercida pela ANS e seus impactos no mercado de saúde suplementar, notadamente na relação entre operadoras e beneficiários pessoas físicas, os quais se encontram cada vez mais limitados em relação às suas opções de escolha de planos de saúde para contratação na modalidade individual. Essa restrição ocorre tendo em vista a normatização dos planos individuais impor uma gama superior de restrições às operadoras de saúde, quando comparados aos planos constituídos sob a forma de contratação coletiva.

Serão analisadas também as características peculiares aos planos de saúde individuais e coletivos, o que servirá como base para o entendimento das limitações encontradas em se contratar um plano individual na atualidade, conforme é possível acompanhar na grande mídia, o que será detalhado adiante.

II.1 – Os diferentes tipos de contratações existentes na saúde suplementar:

Os planos privados de assistência à saúde podem ser contratados por pessoa física ou por pessoa jurídica – e há previsão expressa legal e regulatória, como se verá a seguir.

A Lei nº 9.656, de 1998, em seu artigo 16, previu três tipos de contratações possíveis para os planos: individual ou familiar, de contratação por pessoa física; e coletivo empresarial ou coletivo por adesão, de contratação por pessoa jurídica.

RN nº 195, de 1999:

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

...

VII - o regime, ou tipo de contratação

- a) individual ou familiar;
- b) coletivo empresarial; ou
- c) coletivo por adesão;

Mas a regulamentação, desde o início, tentou delimitar ao máximo as definições envolvidas nesses termos.

Inicialmente, foi editada em 03/11/1998, a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 14, que, entre outras providências, dispôs sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva.

Durante muitos anos a regulamentação foi baseada nessa norma, que era precária e careceu de inúmeros pareceres da Advocacia Geral da União (AGU) e de notas técnicas do corpo técnico da ANS para esclarecimentos dos conceitos. Até que em 14/07/2009, foi editada a Resolução Normativa (RN) nº 195, que dispôs sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamentou a sua contratação, instituiu a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e deu outras providências – revogando sua antecessora.

RN nº 195, de 2009:

Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:

- I – individual ou familiar;
- II – coletivo empresarial; ou
- III – coletivo por adesão.

Com o advento dessa nova norma, os tipos de contratações ficaram mais claros e assim definidos:

RN nº 195, de 2009:

Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

...

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

- I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - os administradores da pessoa jurídica contratante;

III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV – os agentes políticos;

V – os trabalhadores temporários;

VI – os estagiários e menores aprendizes; e

VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

...

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III – associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

~~VII~~—(Revogado pela RN nº 260, de 2011)

§1º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

§2º A adesão do grupo familiar a que se refere o §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

Essas limitações para classificações são muito relevantes porque, dependendo do tipo de contratação, a regulamentação cria regras diferentes para reajustes, rescisão e carência – aspectos imprescindíveis para o atendimento do consumidor, o que vem sendo o foco principal da regulação da saúde suplementar.

II.2 – As características peculiares aos planos de saúde individuais e coletivos:

As características entre planos contratados por pessoas físicas (individuais ou familiares) e aqueles contratados por pessoas jurídicas (empresariais ou por adesão) diferem inicialmente quanto à regra de reajuste, já que no §2º do artigo 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, consta claramente que para a aplicação de reajuste em tais contratos deverá acontecer a prévia autorização da ANS, como se verá a seguir.

Lei nº 9.656, de 1998:

Art. 35-E ...²¹

§2º Nos **contratos individuais** de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

Além desse dispositivo, a regulamentação também seguiu nesse sentido, como não poderia deixar de ser. A RN nº 171, de 29/04/2008, que estabeleceu 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, prevê em seu artigo 2º que dependerá de **prévia autorização da ANS** a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares:

RN nº 171, de 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.

²¹ Registre-se que, considerando o conceito do ato jurídico perfeito, em 21/08/2003, o Supremo Tribunal Federal (STF) concedeu liminar, no âmbito da ADIN 1931, suspendendo a eficácia do artigo 35-E e de parte do §2º do art. 10 da Lei 9.656/98 por ofensa ao inciso XXXVI do art. 5º da Constituição Federal.

Portanto, em planos contratados por pessoas físicas – individuais ou familiares, a operadora apenas poderá reajustar a mensalidade se solicitar e obtiver previamente a autorização da ANS.

Por outro lado, para os planos coletivos, na mesma RN, mas em seu artigo 13, está disposto que, nesses casos, as operadoras apenas precisarão informar os percentuais de reajuste à ANS:

RN nº 171, de 2008:

Art. 13. Para os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos pelo item 11.1 do anexo II da Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005, independente da data da celebração do contrato, deverão ser **informados à ANS**:

I – os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e

II – as alterações de co-participação e franquia.

Na mesma esteira segue a RN nº 172, de 08/07/2008, que dispôs sobre os critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde **exclusivamente odontológicos**, que prevê em seu artigo 2º a necessidade de prévia autorização da ANS para reajuste em planos individuais ou familiares e apenas de informação à ANS nos casos de planos coletivos:

RN nº 172, de 2008:

Art. 2º Nos planos **individuais e familiares** exclusivamente odontológicos, poderão ser aplicadas as cláusulas de reajuste que sejam claras, assim consideradas as que elejam um índice de preços divulgado por instituição externa.

...

Art. 14. Para os planos **coletivos** exclusivamente odontológicos, independente da data da celebração do contrato com formação de preço pré-estabelecido assim definido pelo item 11.1 do anexo II da Resolução Normativa – RN nº 100, de 3 de junho de 2005, deverão ser informados à ANS:

I – os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e

II – as alterações de co-participação e franquia.

Outra característica relevante e diferenciadora do tipo de contratação é referente à rescisão contratual. O artigo 13 da Lei nº 9.656, de 1998, prevê em seu parágrafo único, inciso II que para planos contratados individualmente é vedada a rescisão unilateral do contrato, salvo nas condições lá previstas:

Lei nº 9.656, de 1998:

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:

I - a recontagem de carências;

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.

(grifos nossos)

Maria Stella Gregori enfatiza²² que “a Lei vedou às operadoras a possibilidade de suspensão do contrato e a rescisão unilateral dos contratos individuais, salvo por fraude do consumidor ou não pagamento da contraprestação pecuniária por período superior a 60 dias, a cada ano de vigência do contrato, desde que avisado o consumidor até o quinquagésimo dia de inadimplemento”. E continuou comentando²³ que a limitação de rescisão imotivada, em conjunto com outros instrumentos da lei, evitou a prática da seleção de risco – que ocorre quando a operadora seleciona para permanecer no plano apenas os consumidores que oferecem baixo risco de utilização e excluem imotivadamente de sua carteira aqueles que apresentam alta probabilidade de custos de operação, como idosos e pessoas doentes.

A regulamentação, através da RN nº 195, de 14/07/2009, que dispôs sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, instituiu a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e deu outras providências, especificou que a rescisão em planos coletivos deverá seguir o disposto em contrato e que, inclusive, poderá ser imotivada, desde que se dê após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias:

²² GREGORI, Maria Stella. Planos de saúde – A ótica da proteção do consumidor. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 169.

²³ GREGORI, Maria Stella. Planos de saúde – A ótica da proteção do consumidor. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 184.

RN nº 195, de 1999:

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente.

Portanto, não há dúvida de que o contrato individual é muito mais regulado do que os dois tipos de contratos coletivos (empresarial e por adesão) – e justamente em aspectos comercialmente importantes para as operadoras: as possibilidades de reajustes e de rescisões unilaterais.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem se manifestado quanto à livre possibilidade de rescisão de contrato coletivo de plano de saúde, desde que motivadamente, como se pode ver no julgamento ocorrido em 18/12/2014 e publicado em 09/02/2015 no Diário da Justiça Eletrônico (DJe) no âmbito do agravo regimental impetrado em face do recurso especial número 2014/0110111-2, que teve como relator o Ministro Raul Araújo, da Quarta Turma, cuja ementa segue abaixo transcrita:

Ementa:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. POSSIBILIDADE. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. É possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde, uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares. Precedentes.
2. Agravo regimental não provido.

Acórdão:

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Quarta Turma, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e Luis Felipe Salomão votaram com o Sr. Ministro Relator.

O STJ já se manifestou favoravelmente à rescisão unilateral de contrato coletivo de plano de saúde inclusive quando não existe expressa previsão contratual, desde que a rescisão seja motivada, em respeito aos princípios da boa-fé e da confiança, conforme consta no julgamento da mesma Turma e relator que ocorreu em 05/05/2015 e foi publicado no DJe em 25/05/2015 no âmbito do agravo regimental impetrado em face do recurso especial número 2014/0199380-0:

Ementa

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL IMOTIVADA. FUNDAMENTO CENTRAL E AUTÔNOMO DO ACÓRDÃO RECORRIDO NÃO REBATIDO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 283/STF. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que é possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde, uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares. Precedentes.

2. No caso, o Tribunal Estadual reconheceu a ilegalidade da cláusula contratual que previa a possibilidade de a operadora rescindir unilateralmente e imotivadamente o contrato. Asseverou que não pretende determinar a eternização da relação jurídica com declaração geral de ilegalidade de qualquer possibilidade de rescisão unilateral do contrato, mas que, em respeito aos princípios da boa-fé e da confiança, a pretensão de rescisão deve vir acompanhada de uma motivação. Entendeu ser ilegal a possibilidade de se rescindir o contrato imotivadamente.

3. Nas razões do recurso especial, a recorrente sustenta a legalidade da cláusula que prevê a rescisão unilateral dos contratos coletivos de saúde, e não rebate o fundamento central do acórdão recorrido, qual seja a ilegalidade da rescisão unilateral imotivada.

....

7. Agravo regimental não provido.

Acórdão

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Quarta Turma, por unanimidade, negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e Luis Felipe Salomão votaram com o Sr. Ministro Relator.

Na tentativa de coibir abusos das operadoras nos reajustes dos planos coletivos, pelo menos para aqueles contratos que contam com pequeno número de beneficiários, pois, teoricamente, possuem menor poder de barganha e negociação junto às operadoras, a ANS editou a RN nº 309, de 24/10/2012, que dispôs sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde com menos de trinta beneficiários para fins de cálculo e aplicação de reajuste – conhecida no mercado como “a RN do *pool de risco*”.

RN nº 309:

Art. 3º É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

Todavia, esta norma não regula diretamente o percentual de reajuste dos planos coletivos, mas apenas limita o poder das operadoras na determinação dos índices de reajustes para os contratos coletivos com menos de 30 vidas.

Desta forma, o contrato coletivo efetivamente se apresenta mais vantajoso para as operadoras do que o individual.

Este tema foi objeto de Consulta Pública (CP 48/2012) e visava a diluir o risco da carteira entre um número maior de consumidores. À época, o Idec defendeu, conforme consta em matéria veiculada no seu próprio site (<http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/ans-deveria-fixar-valor-teto-de-reajuste-nos-planos-coletivos>), que a ANS deveria regular os reajustes dos contratos coletivos da mesma forma com que faz no caso dos planos individuais/familiares. Entretanto, as contribuições do Idec à Consulta Pública não foram acatadas pela ANS.

Esta resolução da ANS teve como objetivo a premissa de que o valor a ser pago por cada consumidor seja menor, uma vez que um maior número de pessoas poderia estar no rateio da sinistralidade (que consiste no aumento de preço de um plano pela operadora, sob alegação de que o número de procedimentos e atendimentos - ou “sinistros” - cobertos foi maior do que o previsto em determinado período).

A Resolução Normativa nº 309/2012 estipulou ainda que a operadora deveria calcular um único percentual de reajuste, o qual deveria ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos com menos de 30 vidas, independentemente do plano contratado.

O valor do percentual do reajuste calculado deve ser único, sendo proibido qualquer tipo de variação. Para tanto, as operadoras tiveram até o dia 30 de abril de 2013 para complementar os contratos desses consumidores.

Tal alteração faz constar a metodologia de cálculo do percentual de reajuste, bem como a fórmula ou outro meio adotado para se calcular o percentual de reajuste, de forma clara. Deve ainda estar prevista a quantidade de beneficiários adotada para a formação do agrupamento e as eventuais segmentações do agrupamento (ambulatorial, hospitalar, referência, com ou sem obstetrícia ou odontologia)

No entanto, esta norma não vale para os seguintes casos:

- contratos antigos que não tiverem sido adaptados à Lei de Planos de Saúde;
- os contratos de planos exclusivamente odontológicos;
- a planos exclusivos para ex-empregados (regulamentados pela RN 279/2011); e
- a planos com formação de preço pós-estabelecido (planos em que o consumidor não paga mensalidade e apenas paga à empresa após a utilização do serviço).

II.3 – O comportamento comercial dos planos de saúde individuais e coletivos:

Ao longo dos anos, apesar da diminuição da quantidade de operadoras no mercado, como explicado no capítulo anterior, vem acontecendo grande incremento na quantidade de vínculos contratuais de planos privados de assistência à saúde, tanto na assistência médico-hospitalar quanto na assistência exclusivamente odontológica – é o que demonstram as Tabelas nº 1 e nº 2 a seguir:

Tabela 1 – Beneficiários de planos médico-hospitalares (Brasil - dez/2001-set/2014)

Época de contratação do plano	Total		Coletivo		Individual		Não informado	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	-	-	-	-	-	-	-	-
dez/01	31.727.080	-	13.783.599	-	6.514.674	-	11.428.807	-
dez/02	31.513.309	-0,67%	16.092.752	16,75%	7.128.755	9,43%	8.291.802	-27,45%
dez/03	32.074.667	1,78%	19.538.538	21,41%	7.809.815	9,55%	4.726.314	-43,00%
dez/04	33.840.716	5,51%	22.561.686	15,47%	8.345.889	6,86%	2.933.141	-37,94%
dez/05	35.441.349	4,73%	24.529.113	8,72%	8.704.862	4,30%	2.207.374	-24,74%
dez/06	37.248.388	5,10%	26.448.081	7,82%	8.891.440	2,14%	1.908.867	-13,52%
dez/07	39.316.313	5,55%	28.191.846	6,59%	9.045.262	1,73%	2.079.205	8,92%
dez/08	41.468.019	5,47%	30.586.603	8,49%	8.966.805	-0,87%	1.914.611	-7,92%
dez/09	42.575.169	2,67%	31.911.847	4,33%	9.048.749	0,91%	1.614.573	-15,67%
dez/10	44.923.443	5,52%	34.187.495	7,13%	9.382.890	3,69%	1.353.058	-16,20%
dez/11	46.139.940	2,71%	35.626.828	4,21%	9.526.351	1,53%	986.761	-27,07%
dez/12	47.848.867	3,70%	37.578.778	5,48%	9.686.245	1,68%	583.844	-40,83%
dez/13	49.626.944	3,72%	39.317.765	4,63%	9.856.622	1,76%	452.557	-22,49%
set/14	50.619.350	2,00%	40.330.116	2,57%	9.891.129	0,35%	398.105	-12,03%
Relativo de set/14 a dez/01	-	59,55%	-	192,59%	-	51,83%	-	-96,52%

Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2014 (site da ANS)

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014

Tabela 2 – Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (Brasil - dez/2001-set/2014)

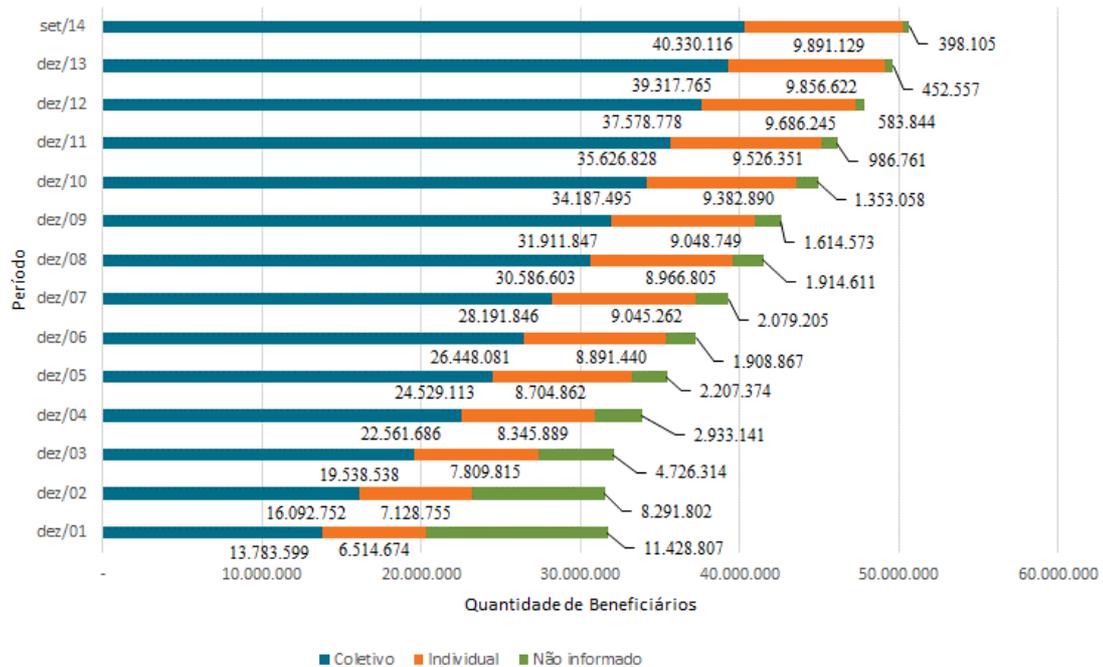
Época de contratação do plano	Total		Coletivo		Individual		Não informado	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	-	-	-	-	-	-	-	-
dez/01	3.062.681	-	1.642.540	53,630789	433.884	-	986.257	-
dez/02	3.677.782	20,08%	2.221.460	60,402166	546.151	25,87%	910.171	-7,71%
dez/03	4.325.568	17,61%	3.016.411	69,734449	645.590	18,21%	663.567	-27,09%
dez/04	5.312.915	22,83%	4.000.584	75,299228	808.769	25,28%	503.562	-24,11%
dez/05	6.204.404	16,78%	4.984.296	80,334807	906.410	12,07%	313.698	-37,70%
dez/06	7.349.643	18,46%	6.071.506	82,609536	1.032.539	13,92%	245.598	-21,71%
dez/07	9.164.386	24,69%	7.672.743	83,723481	1.209.516	17,14%	282.127	14,87%
dez/08	11.061.362	20,70%	9.322.480	84,279676	1.488.036	23,03%	250.846	-11,09%
dez/09	13.260.088	19,88%	10.926.725	82,403111	2.076.703	39,56%	256.660	2,32%
dez/10	14.510.881	9,43%	11.871.743	81,812696	2.421.302	16,59%	217.836	-15,13%
dez/11	16.956.320	16,85%	13.801.581	81,394908	2.958.283	22,18%	196.456	-9,81%
dez/12	19.110.795	12,71%	15.525.669	81,240309	3.463.957	17,09%	121.169	-38,32%
dez/13	20.446.127	6,99%	16.747.202	81,908921	3.604.642	4,06%	94.283	-22,19%
set/14	21.256.657	3,96%	17.308.117	81,424454	3.872.968	7,44%	75.572	-19,85%
Relativo de set/14 a dez/01	-	594,05%	-	953,74%	-	792,63%	-	-92,34%

Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2014 (site da ANS)

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014

No gráfico nº 5 pode se verificar a relação entre as quantidades de vínculos contratuais, por tipo de contratação, em planos médico-hospitalares:

Gráfico 5 – Beneficiários de planos médico-hospitalares, por tipo de contratação (Brasil - dez/2001-set/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2014 (site da ANS)

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014

Nos planos que oferecem atenção médico-hospitalares, expostos no gráfico nº 5, os vínculos contratuais com pessoas jurídicas (planos coletivos empresariais ou por adesão²⁴) eram 13.783.599 em dezembro de 2001 e passaram para 40.330.116 em setembro de 2014 – apresentando mais de 190% de crescimento; já os vínculos contratuais com pessoas físicas (com ou sem seu grupo familiar) eram 6.514.674 em dezembro de 2001 e passaram para 9.891.129 em setembro de 2014 – apresentando pouco mais de 50% de crescimento.

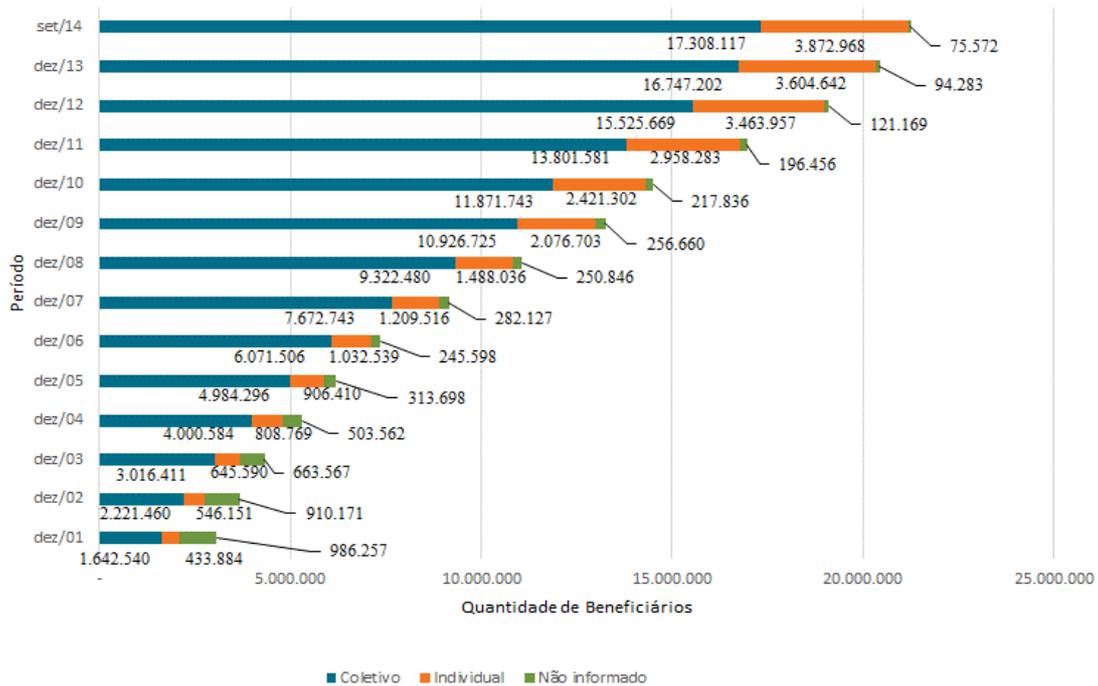
Paralelamente, mostrando o impacto que a regulação produz no mercado, no mesmo gráfico percebe-se que, através do cruzamento de informações de sistemas, a ANS concluiu que, em dezembro de 2001, eram 11.428.807 vínculos contratuais médico-hospitalares não informados e que, em setembro de 2014, esse número havia reduzido para 398.105; o que significa um decréscimo de 96,52% na ausência de informação - com mais informação, o Órgão

²⁴ Não há dados atuais divulgados pela ANS que informem a evolução dos planos coletivos de forma separada entre os empresariais e os contratados por adesão.

Regulador detecta mais rapidamente as alterações do mercado e pode atuar mais especificamente nas falhas de mercado, visando ao equilíbrio da oferta num ambiente de justa concorrência, bem como o oportuno e adequado atendimento do consumidor.

No gráfico nº 6 pode se verificar a relação entre as quantidades de vínculos contratuais, por tipo de contratação, em planos exclusivamente odontológicos:

Gráfico 6 – Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação (Brasil - dez/2001-set/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2014 (site da ANS) - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dez/2014

Nos planos que oferecem atenção exclusivamente odontológica, expostos no gráfico nº 5, os vínculos contratuais com pessoas jurídicas (planos coletivos empresariais ou por adesão) eram 1.642.540 em dezembro de 2001 e passaram para 17.308.117 em setembro de 2014 – apresentando quase 1.000% de crescimento; já os vínculos contratuais com pessoas físicas (com ou sem seu grupo familiar) eram 433.884 em dezembro de 2001 e passaram para 3.872.968 em setembro de 2014 – apresentando quase 800% de crescimento.

Assim como aconteceu com os vínculos contratuais médico-hospitalares, nos exclusivamente odontológicos os vínculos não informados eram 986.257 em dezembro de 2001 e em setembro de 2014 esse número havia chegado a 75.572 – o que significa uma redução de 92,34% na ausência de informação, mais uma vez, mostrando o impacto da regulação.

III – Estratégias Adotadas pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde para se Adaptar à Regulamentação em Vigor – A Preferência pela Adesão de Novos Beneficiários aos Planos Coletivos

O presente trabalho promoverá neste capítulo análise de situação concreta atual, de forma a demonstrar de que maneira as operadoras buscam se adaptar à regulamentação em vigor sem perder competitividade no mercado de saúde suplementar.

O caso a ser analisado servirá como modelo para demonstrar por qual motivo as operadoras, atualmente, demonstram desinteresse na manutenção e no registro de novos planos de saúde sob a modalidade de contratação individual. Igualmente, pretende-se expor os reflexos da migração dos planos individuais para os planos coletivos, com intuito de analisar os impactos causados aos beneficiários.

Neste ponto, pretende-se demonstrar também os mecanismos utilizados pelas operadoras de saúde para gerenciar conflitos que pairam entre os interesses privados e a prestação de serviço de interesse público.

III.1 – A falta de interesse das operadoras pela contratação de planos de saúde individuais refletida em números:

Diante dos dados expostos no capítulo anterior, ficou evidenciado que as operadoras possuem mais interesse em atuar no campo dos planos de saúde com contratação coletiva do que naqueles com contratação individual ou familiar – por isso, ofertam mais os planos coletivos do que os individuais.

Ocorre que, pelo corolário constitucional já mencionado, disposto no inciso IV do artigo 1º da CRFB, de 1998, é livre a iniciativa²⁵, não se podendo obrigar nenhuma pessoa jurídica, no caso as operadoras de planos de assistência à saúde, a comercializar este ou aquele produto. Quando a operadora se dispõe a comercializá-lo, pode-se regulamentar, controlar e fiscalizar este comércio, já que o artigo 197²⁶ da Carta deu relevância pública às ações e aos serviços de saúde, mas sem esta disposição, não há como obriga-la.

²⁵ CRFB, de 1998:

Art. 1º A **República Federativa do Brasil**, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e **tem como fundamentos:** ...

IV - os valores sociais do trabalho e da **livre iniciativa**; ... (*grifos nossos*)

²⁶ 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. (*grifos nossos*)

A regulamentação de planos de saúde dispõe que, antes de ofertar planos de saúde ao mercado, uma empresa terá que ser registrada junto à ANS, ganhando o título de “operadora”, e terá que registrar os produtos (planos de saúde) que desejar comercializar.

Esse produto ganha, nos cadastros da ANS, classificações quanto à sua situação; assim, o produto pode estar: ativo para vendas; ativo, mas com comercialização suspensa a pedido da operadora; ativo, mas com comercialização suspensa por ordem da ANS por alguma irregularidade; cancelado; dentre outras classificações menos importantes para o presente estudo.

A operadora apenas é obrigada a disponibilizar para seus consumidores os planos de saúde cujo registro junto à ANS esteja na condição de “ativo”.

Em matéria veiculada em 02/02/2015, em site de economia, intitulada “Operadoras param de vender planos individuais”, foi divulgado trecho de nota em que a ANS explica a liberdade de atuação da operadora, bem como sua limitação:

“Por meio de nota, a ANS esclarece que a legislação de saúde suplementar não determina a forma de comercialização dos planos de saúde. ‘As operadoras de planos de saúde têm liberdade para atuar nos segmentos coletivo ou individual, sem obrigação de vender os dois tipos, pois a legislação não determina a forma de comercialização dos planos de saúde. No entanto, caso a operadora tenha planos individuais registrados na ANS, não pode negar a venda aos consumidores.’”

Fonte: **IG São Paulo - Máira Teixeira** - 02/02/2015 06:00

Link: <http://economia.ig.com.br/empresas/2015-02-02/me-sinto-refem-das-empresas-diz-usuaria-de-plano-de-saude.html>

Dessa forma, ao longo desses anos de regulação, além de as operadoras cada vez registrarem menos produtos de contratação individual ou familiar, também pedem a suspensão voluntária daqueles que se encontram ativos, diminuindo a “prateleira” de produtos disponíveis para o consumidor pessoa física.

Esse fenômeno é mostrado claramente, se cruzadas as informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) quanto à quantidade da população e pela ANS quanto às quantidades de contratações (vínculos de beneficiários a planos de saúde):

Tabela 3 – População residente por Ano (Brasil - 2001-2014) e Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano (Brasil - 2001-2014)

Ano	Planos Coletivos - TabWin -			Planos Individuais - TabWin -			População Com Planos			População Sem Planos		
	População	% em relação ao total	diferença para o período anterior	População	% em relação ao total	diferença para o período anterior	População	% em relação ao total	diferença para o período anterior	População	% em relação ao total	diferença para o período anterior
2001	13.783.599	8,00%	-	6.514.674	3,78%	-	20.298.273	11,77%	-	152.087.503	88,23%	-
2002	16.092.752	9,34%	16,75%	7.128.755	4,14%	9,43%	23.221.507	13,47%	14,40%	151.411.425	87,83%	-0,44%
2003	19.538.538	11,33%	21,41%	7.809.815	4,53%	9,55%	27.348.353	15,86%	17,77%	149.527.898	86,74%	-1,24%
2004	22.561.686	13,09%	15,47%	8.345.889	4,84%	6,86%	30.907.575	17,93%	13,01%	148.200.559	85,97%	-0,89%
2005	24.529.113	14,23%	8,72%	8.704.862	5,05%	4,30%	33.233.975	19,28%	7,53%	150.950.099	87,57%	1,86%
2006	26.448.081	15,34%	7,82%	8.891.440	5,16%	2,14%	35.339.521	20,50%	6,34%	151.431.092	87,84%	0,32%
2007	28.191.846	16,35%	6,59%	9.045.262	5,25%	1,73%	37.237.108	21,60%	5,37%	152.098.083	88,23%	0,44%
2008	30.586.603	17,74%	8,49%	8.966.805	5,20%	-0,87%	39.553.408	22,94%	6,22%	150.059.406	87,05%	-1,34%
2009	31.911.847	18,51%	4,33%	9.048.749	5,25%	0,91%	40.960.596	23,76%	3,56%	150.520.449	87,32%	0,31%
2010	34.187.495	19,83%	7,13%	9.382.890	5,44%	3,69%	43.570.385	25,27%	6,37%	147.185.414	85,38%	-2,22%
2011	35.626.828	20,67%	4,21%	9.526.351	5,53%	1,53%	45.153.179	26,19%	3,63%	147.226.108	85,41%	0,03%
2012	37.578.778	21,80%	5,48%	9.686.245	5,62%	1,68%	47.265.023	27,42%	4,68%	146.711.507	85,11%	-0,35%
diferença entre 2001 e 2012 =>			172,63%	diferença entre 2001 e 2012 =>		48,68%	diferença entre 2001 e 2012 =>		132,85%	diferença entre 2001 e 2012 =>		-3,53%

Fontes dos dados sobre população:

- 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos
- 1996: IBGE - Contagem Populacional
- 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus
- 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.
- 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus

Fontes dos dados da saúde suplementar: SIB/ANS/MS - 09/2014

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2014

Segundo dados do IBGE, em 2001 a população brasileira era de 172.385.776 e em 2012 era de 193.976.530 - o que significou um aumento de 21,36% na população. Segundo o DATASUS, em 2001, existiam 20.298.273 vínculos de beneficiários a planos privados de assistência à saúde; e em 2012 esses vínculos eram de 47.265.023 - o que significou um acréscimo de 132,85% ao todo.

Analisando-se essas informações sob o ponto de vista do tipo de contratação - coletivo ou individual - conclui-se que:

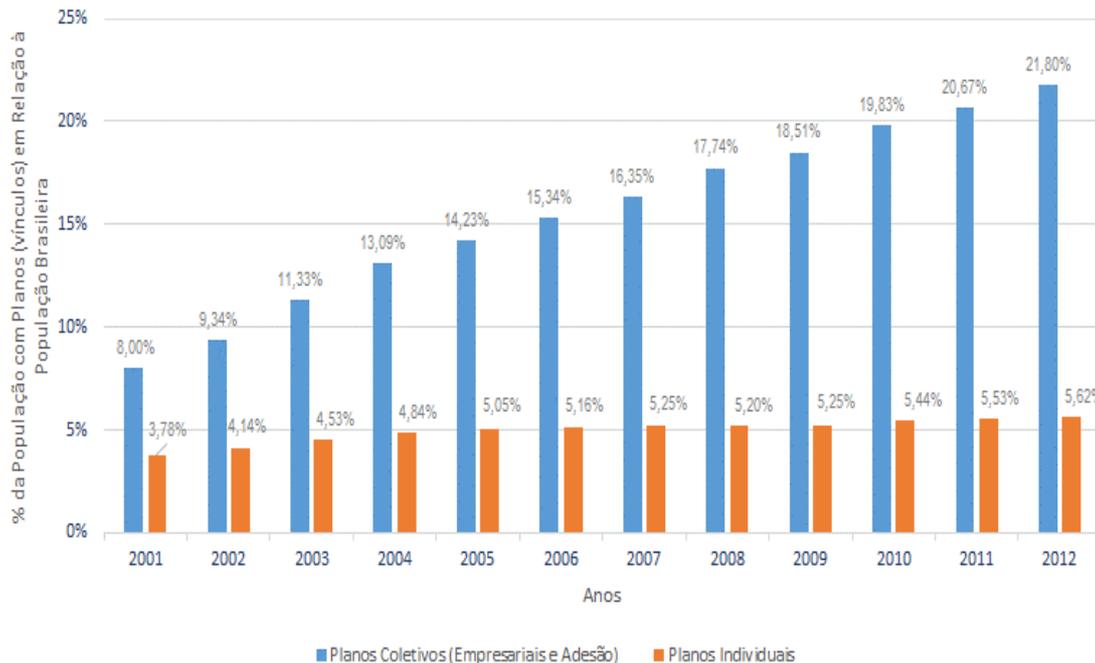
- em 2001, existiam 13.783.599 vínculos de beneficiários a planos coletivos; e em 2012 esses vínculos eram de 37.578.778 - o que significou um acréscimo de 172,63%;

- em 2001, existiam 6.514.674 vínculos de beneficiários a planos individuais; e em 2012 esses vínculos eram de 9.686.245 - o que significou um acréscimo de 48,68%.

Portanto, no mesmo período, enquanto as contratações coletivas aumentaram em 172,63% (quase duplicaram), as individuais aumentaram em apenas 48,63% (nem aumentaram em 50%) – e se considerado que a própria população cresceu em 21,36%, esse aumento de planos de saúde perde um pouco a sua expressão.

Essas informações, vistas em formato gráfico, refletem mais claramente o que se quer demonstrar:

Gráfico 7 – Evolução da População com Plano Em Relação ao Total da População Brasileira (Brasil 2012)



Fonte: As mesmas da Tabela 3.

Em 2001, os planos coletivos representavam 8% em relação à população brasileira; e os individuais, 3,78% - já em 2012, os coletivos eram 21,80% e os individuais eram 5,62%. Portanto, o crescimento dos coletivos foi bem mais representativo. Ou seja, a evolução da população com plano coletivo em relação ao crescimento da população brasileira foi bem mais

significativa do que o crescimento da população com plano individual ou familiar em relação ao crescimento da população brasileira.

As operadoras ofertando mais planos coletivos ao mercado, pelos motivos já expostos nesse trabalho, induzem o consumidor a contratar planos coletivos, abrindo mão de direitos importantes em troca de um preço que, inicialmente se mostra mais barato – mas a partir de um ano de contrato, os reajustes são consideravelmente maiores do que aqueles anunciados pela ANS para os individuais. É o que está dito no trecho da reportagem do site de economia, em reportagem veiculada em 02/02/2015:

“A aposentada Vera Gonçalves, de 59 anos, é um bom exemplo dos abusos das empresas de planos de saúde coletivos no Brasil – que têm os serviços e atendimentos regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas têm ainda uma liberdade maior: a de fazer reajustes com base em cálculos não auditados pelo órgão regulador. A agência regula apenas os aumentos de planos individuais. Consumidores com plano de saúde coletivo estão mais expostos a regras pouco claras das operadoras.

Vera tinha um plano individual da SulAmérica e usava normalmente a rede credenciada. Em um determinado momento, ela recebeu um comunicado informando que parte da rede credenciada não fazia mais parte do plano dela. Então, ela procurou um corretor que sugeriu, em 2005, que ela migrasse para um plano coletivo pela entidade de funcionários públicos a qual é filiada.

‘Eu não tinha outra saída porque a rede credenciada praticamente não existia mais no meu plano individual. Então, mudei do plano executivo individual para o plano executivo coletivo. Era o mesmo plano, mas no coletivo eu conseguia ser atendida em toda a rede credenciada. Uma situação absurda, desigual’

Desde que migrou para o plano coletivo, os reajustes começaram a aparecer, por volta de 15% a 20%, mas ela ainda conseguia arcar com as mensalidades. Agora, quando completou 59 anos, o valor do plano de Vera saltou 106%, passando de R\$ 2.055,71 (em janeiro) para R\$ 4.253,30 (fevereiro).”

Fonte: **IG São Paulo - Maíra Teixeira** - 02/02/2015 06:00

Link: <http://economia.ig.com.br/empresas/2015-02-02/me-sinto-refem-das-empresas-diz-usuaria-de-plano-de-saude.html>

A dificuldade de contratação de planos individuais se agrava à medida em que a idade do consumidor avança, já que, mesmo as operadoras que ainda possuem em sua carteira produtos individuais para oferecerem, apresentam fatores dificultadores para receberem idosos como clientes. Embora a regulação já tenha avançado bastante para coibir práticas que dificultem a contratação, uma vez existente o plano individual na carteira da operadora, e para facilitar a portabilidade entre operadoras, ainda há muito o que caminhar para, de fato, se proteger o consumidor deste mercado predatório.

III.2 – O estudo de caso concreto da dificuldade de contratação de plano de saúde individual:

A seguir, será exposto e estudado o caso concreto divulgado no Jornal Nacional, na Edição do dia 17/12/2013, e disponível no link <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2013/12/brasileiros-tem-dificuldades-para-contratar-planos-de-saude-individuais.html>, cujo título é “Brasileiros têm dificuldades para contratar planos de saúde individuais”, abaixo reproduzida:

“Brasileiros têm dificuldades para contratar planos de saúde individuais

Faz quase um mês que o Ministério Público Federal pediu explicações sobre a situação à Agência Nacional de Saúde.

Os brasileiros ainda estão encontrando dificuldades pra contratar um plano de saúde individual nas maiores operadoras do país. E faz quase um mês que o [Ministério Público Federal](#) pediu explicações sobre a situação à Agência Nacional de Saúde.

O empresário Carlos Gravatá tinha um plano individual e diante da insistência da operadora decidiu aceitar a oferta para migrar para um plano coletivo. Ele viu que não tinha feito bom negócio quando precisou fazer uma cirurgia.

“Eu pedi o reembolso, para minha surpresa. Eu tinha feito algumas operações no passado com plano individual, em que o reembolso é em torno de 50% e até 100%. Agora veio com menos de 20%”, conta.

O empresário quis desistir do plano coletivo, mas não conseguiu. “Não pode. Porque ele disse que eu tinha um prazo pra poder optar e tinha se esgotado”, afirma.

Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar, 12 das 17 maiores empresas de planos de saúde cancelaram a venda de contratos individuais. O motivo que talvez explique essas decisões é que os reajustes dependem de autorização da Agência Nacional de Saúde, o que não acontece nos planos coletivos.

Em outubro, a Golden Cross transferiu os contratos de planos individuais de 160 mil usuários para a Unimed. De acordo com as regras, a nova operadora tem a obrigação de manter a rede hospitalar, mas não os laboratórios, nem os médicos.

Os ex-clientes da Golden Cross tiveram seus benefícios mantidos até 1º de novembro, mas depois dessa data perderam o direito de usar os laboratórios e médicos credenciados pelo antigo plano.

A Agência Nacional de Saúde declarou, na época, que estava estudando formas de estimular a oferta dos contratos individuais, mas que só poderia obrigar as operadoras a vendê-los se as empresas tivessem cadastro ativo para a comercialização desses planos.

O Ministério Público Federal começou a investigar o caso em 19 de novembro e pediu informações à ANS.

Para o Ministério Público, o importante é garantir proteção ao cliente do plano para que ele não perca qualidade no atendimento oferecido, o procurador responsável pelo caso está de férias e a assessoria disse que a investigação está dentro do prazo previsto.

“Nós colocamos todas as informações que foram solicitadas pelo Ministério Público, notadamente os números do setor, todas as informações relativas a planos individuais nesses últimos anos para que o Ministério Público possa fazer juízo de valor acerca da situação atual”, explica André Longo, diretor-presidente da ANS.

A agência reguladora diz que ainda há opções suficientes de planos individuais no mercado, mas reconhece que a oferta de planos individuais foi reduzida.

“Esse procedimento pode configurar uma prática irregular da operadora, que pode gerar multa ou outras sanções administrativas para a operadora”, aponta diretor-presidente da ANS.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar declarou que não há desabastecimento de planos individuais e afirma que esse tipo de contrato aumentou 14% desde 2005.

Já a Unimed que recebeu os clientes da Golden Cross, afirma que está tomando medidas para tornar a adaptação dos novos usuários o mais natural possível.”

Fonte: Jornal Nacional - Edição do dia 17/12/2013 - 17/12/2013 21h47

Tal como se percebe, essa reportagem aborda o já mencionado cenário de desinteresse por parte das operadoras de saúde em comercializarem planos individuais. Especificamente, tratou-se do caso da transferência da carteira de beneficiários de planos individuais da empresa Golden Cross para a empresa UNIMED. Isto é, houve migração da base de beneficiários contratantes de planos individuais de uma operadora para a outra.

Dessa forma, tal movimento grandioso, que afetou milhares de beneficiários, levou o mercado e, principalmente, os consumidores a refletirem sobre quais seriam os possíveis interesses, vantagens e benefícios para que uma operadora se desfizesse da sua carteira de clientes vinculados a planos individuais.

Diante de tal contexto, conforme exaustivamente tratado ao longo do capítulo anterior deste trabalho, as definições a respeito dos tipos de planos e suas formas de contratação, além das peculiaridades de cada um, nos levam a entender os motivos da ocorrência de transferências de carteira deste tipo.

Além disso, percebe-se que as Operadoras apostam na ampliação da oferta de planos coletivos por adesão. Isto porque, ao contrário do que é feito no plano individual, o índice de reajuste é fixado entre as operadoras e a empresa contratante levando-se em consideração a sinistralidade. Enquanto isso, os planos individuais devem seguir os índices de reajuste estabelecidos pela ANS.

Outra vantagem dos planos coletivos é a possibilidade de cancelamento do contrato de forma unilateral.

Mais um ponto, constatado pela área técnica atuarial das Operadoras, é que os clientes dos planos individuais são considerados “caros”, isto é, realmente utilizam os serviços contratados, por conta, geralmente, da idade mais avançada.

Esta constatação se reflete nos gráficos já apontados, os quais contem a estimativa de que menos de 20% dos planos existentes no Brasil são individuais.

Por isso, o Ministério Público Federal e órgãos como o Procon monitoram estas modalidades de contratação e procuram alertar aos consumidores que não existe obrigatoriedade de venda de determinado tipo de plano por parte das Operadoras, no entanto, as características devem estar claras no contrato e no material publicitário divulgado, além, é claro, do registro prévio do plano na ANS.

Neste sentido, segundo análise apontada pela assessoria jurídica do PROCON²⁷, o plano coletivo em um primeiro momento aparenta ser mais barato, no entanto, a longo prazo, tende a se tornar mais caro tendo em vista a maior liberdade de reajustes por parte das operadoras.

Isto porque, em média, quando a despesa do plano coletivo atinge 70% da sua receita, as operadoras tendem a promover o reajuste. Em grupos menores, por exemplo, o tratamento de um beneficiário com câncer poderia representar a aplicação do reajuste, ou até mesmo da rescisão do contrato.

²⁷ Fonte: Jornal O GLOBO, data de 12/04/2015, no caderno Defesa do Consumidor.

Neste sentido, o Procon alerta também para o estímulo à abertura de empresas, por parte dos corretores de planos de saúde, para que as famílias possam contratar planos empresariais ao invés de planos individuais.

III.3 – A solução proposta para o problema:

Apresentados os posicionamentos legais, normativos, doutrinários e de tribunais para o problema da redução gradativa da oferta de planos de saúde para contratação de pessoas físicas (planos de saúde individuais ou familiares), impõe-se que se analise para que caminho a sociedade deve caminhar para que se alcance uma solução.

Dado que ficou claro que os planos coletivos se mostram mais atrativos comercialmente em função de serem menos regulados do que os individuais, a equiparação na regulação entre esses tipos de contratações parece ser um caminho para o equilíbrio da oferta.

Entretanto, a solução seria desregular os planos individuais tanto quanto os coletivos ou regular esses, tanto quanto aqueles?

Desregular os planos individuais nos aspectos em que os planos coletivos não são regulados – reajustes e rescisão – seria restringir direitos de que o consumidor já usufrui desde janeiro de 1999, quando da vigência da Lei nº 9.656, e que significam importantes mecanismos para impedir seleção de risco e outras falhas do mercado.

Por isso, regular os planos coletivos quanto às possibilidades de reajustes e de rescisão do contrato se apresenta como uma forma mais socialmente justa de equiparação da regulação nesses aspectos.

Em Projeto de Lei recente, número 133/2015, apresentado em 19/03/2015, o Senador José Antônio Machado Reguffe, jornalista e economista, propôs a alteração da Lei nº 9.656, de 1998, exatamente para alterar o parágrafo único do art. 13 e o §2º do art. 35-E, para assegurar que os planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão com até cem beneficiários tenham o mesmo regime jurídico que os planos de saúde individuais.

O Projeto de Lei se encontra desde 30/03/2015 na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal aguardando designação de relator para prosseguir.

Portanto, tendo em vista os dados e o problema levantado, já tramita no Senado Federal uma solução possível dentro do ponto de vista regulatório.

Tal projeto pretende promover importantes alterações na Lei nº 9.656, de 1998. Isto porque propõe equiparar os planos de saúde coletivos de até 100 (cem beneficiários) aos planos de saúde individuais. Isto é, pretende-se estender os direitos e garantias dos beneficiários de

planos individuais aos beneficiários de planos coletivos enquadrados na mencionada faixa de beneficiários.

Isto porque se entende que um plano coletivo com poucos beneficiários não tem poder junto à operadora de planos de saúde para negociar melhores índices de reajuste ou condições mais justas de cláusulas contratuais, em especial as cláusulas referentes a motivos de rescisão, sendo tão economicamente hipossuficiente quanto o consumidor pessoa física de plano individual. Para tanto, o projeto de lei delimitou em 100 (cem) a quantidade de beneficiários que, ainda que juntos, necessitam de proteção do Estado no momento de negociação de cláusulas contratuais.

O Projeto de Lei nº 133 menciona ainda, em sua justificção, o fato de as operadoras de planos de saúde tentarem burlar a fiscalizaçõ e o controle da ANS, ao oferecerem planos de saúde coletivos a grupos de 4 ou 5 pessoas e, dessa forma, acabam por estabelecer uma relaçaõ desigual. Outra preocupação apontada e que motivou o referido projeto de lei foi a questõ dos reajustes de mensalidades. Na forma pretendida, os reajustes dos planos coletivos com atã 100 (cem) beneficiários seriam regulados e fiscalizados pela ANS.

O intuito do projeto, portanto, é o de conferir maior proteçõ aos beneficiários economicamente hipossuficientes, seja na forma individual ou na forma coletiva de contratar, conforme veremos a seguir:

“PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 133, DE 2015. (Do Sr. Senador Reguffe)

Altera o parágrafo único do art. 13 e o §2º do art. 35E, ambos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para assegurar que os planos de saúde coletivos ou empresariais com até cem beneficiários tenham o mesmo regime jurídico que os planos de saúde individuais e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redaçõ:

“Art. 13 Omissis

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente ou em planos empresariais ou coletivos de até cem beneficiários, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (NR)

.....”

Art. 2º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 35–E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

.....

§ 2º. Nos contratos individuais e nos contratos empresariais ou coletivos com até cem beneficiários, de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação. ”

Assim, percebe-se já alguma movimentação no Senado Federal no sentido de ampliar e estender direitos aos consumidores dos planos de saúde.

Atualmente, em que pesem os avanços implementados após a edição da Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009, a qual reconheceu a possibilidade de portabilidade de carências, muito ainda há o que se fazer. Conforme nos aponta Januário Montone, para o modelo regulatório seria muito importante assegurar mais competitividade por meio da maior mobilidade dos usuários de planos individuais. Isto é, deveria ser estimulada a portabilidade, inclusive, por janelas anuais de oportunidades para transferência. Dessa forma, as operadoras batalhariam por novos beneficiários, por meio da promoção de benefícios.

Igualmente, Montone reconhece a importância da RN nº 186 no mercado de saúde suplementar e alerta para o fato de que a dispensa do cumprimento de carências para o usuário que muda de Operadora era uma das principais bandeiras dos consumeristas. Isto porque apela ao bom senso, uma vez que o usuário que já cumpriu carências em um plano, fica isento desta ao ingressar em um novo plano. Deste modo, torna-se o mercado de planos de saúde em um sistema integrado, no qual cada operadora consiste em uma porta de entrada: acessado o sistema, a mobilidade deve ser total.

Por outro lado, Montone rebate a teoria consumerista que prega a inexistência de carência, ao explicar que o grande argumento em favor de sua imposição consiste no controle da seleção adversa. Isto é, o sistema simplesmente seria inviável se os usuários contratassem um plano apenas quando já necessitassem utilizar os serviços contratados.

Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos: [\(Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011\)](#)

I – estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8º;

II – possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

~~b) nas posteriores, no mínimo dois anos de permanência no plano de origem.~~

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem. [\(Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011\)](#)

III – o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV – a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

V – o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o acima exposto, é possível observar no mercado de saúde suplementar um reduzido número de Operadoras que comercializam, atualmente, produtos para pessoas físicas sob a forma de plano individual.

Reflexo disso no estudo apresentado é que os grupos da população mais afetados são aqueles compostos por desempregados e pela população de idade mais avançada, que após demissões e aposentadorias perdem o plano de saúde contratado pelas empresas nas quais trabalhavam, e não conseguem mais estabelecer um plano individual.

Por fim, espera-se que o presente trabalho tenha contribuído para aumentar o número de publicações a respeito deste tema, que apesar de pouco explorado academicamente, vem tomando a cada dia maiores proporções na mídia e nos tribunais, tendo em vista sua importância na vida de milhões de pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAGÃO, Alexandre. *Agências reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>
- BRASIL.Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Glossário temático: saúde suplementar*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CALCIOLARI, Ricardo Pires. *III Prêmio SEAE de Monografias em Defesa da Concorrência e Regulação Econômica – Aspectos jurídicos da regulação do setor de saúde suplementar: uma análise crítica do modelo brasileiro*. Brasília – DF. Editora do Ministério da Fazenda, 2008.
- CUNHA, Paulo César Melo da. *Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.
- DONALDSON, C. & GERARD, K. Market failure in health care. In *Economics of health care financing the visible hand*. London: MacMillan. 1993.
- FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. *Curso de direito de saúde suplementar – Manual jurídico de planos e seguros de saúde*. São Paulo: MP Ed, 2006.
- GREGORI, Maria Stella. *Planos de Saúde: a ótica da proteção do consumidor*. 3ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.
- MAJONE, G. *Regulating Europe*. Londres: Routledge. 1996
- MEDAUAR, Odete. *Direito administrativo moderno*. 8ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.
- MÉDICI. A.C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro nº 26. FGV. abr./jun de 1992.
- MONTONE, Januario. *Planos de saúde, passado e futuro*. Rio de Janeiro. MEDBOOK – Editora Científica, 2009.
- PINHEIRO, Armando Castelar. *Direito, economia e mercados*. Rio de Janeiro: Campos/Elsevier, 2005.
- REIS, C.O.O.. Planos privados de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública* – nº 51. Rio de Janeiro. Editora da FGV. Trimestre de jan a mar de 2000.
- STIGLITZ, J.E. *Market Failure. Economics of public sector*. 3.ed. New York/London: W.W. Norton & Company, 1999.
- TEIXEIRA, A. Mercado e imperfeições do mercado: o caso da assistência suplementar. *Cadernos de saúde suplementar: 2º ciclo de oficinas*. Rio de Janeiro. out./dez de 2001.