

**XXX CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI FORTALEZA - CE**

DIREITO E SAÚDE

JANAÍNA MACHADO STURZA

LITON LANES PILAU SOBRINHO

JURACI MOURÃO LOPES FILHO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

D597

Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] Organização CONPEDI

Coordenadores: Janaina Machado Sturza; Juraci Mourão Lopes Filho; Liton Lanes Pilau Sobrinho. – Florianópolis: CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-851-6

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: Acesso à justiça, Solução de litígios e Desenvolvimento

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. XXX Congresso Nacional do CONPEDI Fortaleza - Ceará (3; 2023; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



XXX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI FORTALEZA - CE

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

Nos dias 15, 16 e 17 de novembro, aconteceu o XXX Congresso Nacional do CONPEDI, na cidade de Fortaleza, no Ceará, mais especificamente no Centro Universitário Christus – Unichristus.

No dia 17 aconteceu o GT Direito e Saúde, no qual foram apresentados trabalhos que versaram sobre diferentes perspectivas e possibilidades de diálogos com a saúde enquanto direito social, fundamental e humano, salientando-se pautas como estudos conceituais e/ou relatos de experiências no contexto brasileiro e/ ou internacional, focalizando a concretização da saúde e suas demandas, com alicerces na Constituição Federal. Foram abordados temas como a judicialização da saúde, especialmente no que refere-se a medicamentos, internações hospitalares e tratamentos de alto custo; a saúde digital e suas interlocuções com as tecnologias; questões de gênero vinculadas ao direito à saúde; medicamentos e experimentos em saúde; autonomia da vontade e prospecções da saúde com a bioética; entre outros.

Sem dúvida alguma foram belos e interessantes trabalhos que contribuíram não somente para amplas reflexões, mas também, e certamente, são grandes contribuições para a pesquisa jurídica e social na academia brasileira e internacional, notadamente com destaque ao direito à saúde.

Janaína Machado Sturza – UNIJUI

Liton Lanes Pilau Sobrinho – Universidade do Vale do Itajaí / UPF

Juraci Mourão Lopes Filho – Centro Universitário Christus

CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE “FALSO COLETIVO”: UMA ILEGALIDADE RECONHECIDA PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ)

“FALSE COLLECTIVE” HEALTH PLAN CONTRACTS: AN ILLEGALITY RECOGNIZED BY THE HIGHEST COURT OF JUSTICE (STJ)

Vinicius de Negreiros Calado ¹
Matheus Quadros Lacerda Troccoli ²

Resumo

O presente estudo parte de uma situação reconhecida como problemática na Saúde Suplementar brasileira que é a baixa oferta do plano-referência pelas operadoras de planos de saúde que teve como consequência o aumento da comercialização de planos coletivos, inclusive para pequenos grupos familiares. No estudo analisam-se as decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que versam sobre os assim chamados planos de saúde “falsos coletivos”. Objetiva-se com o estudo sistematizar o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) quanto aos requisitos para a caracterização de um plano de saúde como “falso coletivo”. A execução da pesquisa foi desenvolvida por meio de documentação direta e indireta, uma vez que se direciona sobre as decisões judiciais autênticas e ainda sobre textos científicos publicados e disponíveis para consulta. Quanto a sua natureza, a pesquisa empreendida busca gerar novos conhecimentos para aplicação prática, caracterizando-se como uma pesquisa aplicada, abordando seu objeto de modo qualitativo. A construção do corpus foi desenvolvida por meio de consulta ao sistema informatizado do Superior Tribunal de Justiça (STJ), utilizando-se as palavras-chave: “plano de saúde” e “falso coletivo”. Foram obtidos 8 (oito) acórdãos e 75 (setenta e cinco) decisões monocráticas no recorte temporal delineado, conforme metodologia utilizada. Após a análise dos fundamentos das decisões judiciais, apresentam-se os requisitos para a caracterização de um plano de saúde como “falso coletivo” segundo o STJ.

Palavras-chave: Plano de saúde, Plano coletivo, Stj, Decisões judiciais, Falso coletivo

Abstract/Resumen/Résumé

The present study starts from a situation recognized as problematic in Brazilian Supplementary Health, which is the low supply of reference plans by health plan operators, which has resulted in an increase in the commercialization of collective plans, including for small family groups. The study analyzes the decisions of the Superior Court of Justice (STJ) that deal with so-called “false collective” health plans. The aim of the study is to systematize the understanding of the Superior Court of Justice (STJ) regarding the requirements for characterizing a health plan as “false collective”. The research was carried out through direct and indirect documentation, as it focuses on authentic judicial decisions and also on scientific

¹ Professor da UNICAP. Doutor em Direito.

² Advogado. Pós Graduado em Direito Médico e da Saúde.

texts published and available for consultation. Regarding its nature, the research undertaken seeks to generate new knowledge for practical application, characterizing itself as applied research, approaching its object in a qualitative way. The construction of the corpus was developed by consulting the computerized system of the Superior Court of Justice (STJ), using the keywords: “health plan” and “false collective”. 8 (eight) judgments and 75 (seventy-five) monocratic decisions were obtained in the outlined time frame, according to the methodology used. After analyzing the basis of the court decisions, the requirements for characterizing a health plan as “false collective” according to the STJ are presented.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health plan, Collective plan, Stj, Court decisions, False collective

1 DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

No Brasil, o direito de assistência à saúde tem previsão constitucional (art. 196 da CF/1988) e pode ser prestado de 3 (três) maneiras (art. 197 da CF/1988), quais sejam, de forma direta, por meio da prestação de serviço de saúde pública garantido pelo Estado mediante o uso do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma complementar, em que as entidades privadas prestam auxílio ao funcionamento do SUS; e de forma suplementar, em que as operadoras prestam assistência à saúde privada, mediante contraprestação financeira, a partir do fornecimento de planos de saúde no mercado de consumo, não havendo, entretanto, vínculo direto com o sistema público de saúde.

Em se tratando de saúde suplementar, observa-se que, por muito tempo este setor esteve sem a devida regulamentação de suas atividades, até que em 21 de novembro de 1966, foi sancionado o Decreto-Lei nº 73/1966, que previu a possibilidade de se “operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares”. Isto é, estabeleceu a previsão de uma medicina pré-paga, operada por entidades definidas na legislação (CALADO, 2021, p. 20).

Contudo, apesar da previsão normativa, a regulamentação do setor não foi editada, pelo que os planos de saúde continuaram atuando sem grande fiscalização ou regras específicas (GOMES, 2020a, p. 77), no que concorda Pasqualotto, ao asseverar que:

Ao instituir o seguro-saúde, o Dec. – lei 73 prescreveu o prazo de 120 dias para a sua regulamentação (art. 149), fato que nunca se concretizou, propiciando que entidades passassem a funcionar sem qualquer controle, muitas vezes prejudicando os segurados (...). A ausência de regulamentação pública franqueou o espaço à autonomia privada. Num setor de atividades dominado pelos contratos de adesão, os abusos seriam inevitáveis. Percebendo a necessidade de uma legislação específica para o setor e levando em consideração a possibilidade de minimizar os problemas reclamados, entidades médicas atuaram ativamente e decisivamente no processo de regulamentação, participando de reuniões e audiências públicas. (PASQUALOTTO, 1999, p. 40)

Apenas com o advento do Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei nº 8.078/1990, os beneficiários de plano de saúde se viram respaldados ante as abusividades do setor, com forte atuação do Poder Judiciário na construção de uma jurisprudência pátria protetiva dos consumidores, a partir dos casos concretos julgados com base nas regras e princípios do CDC, ante a reconhecida necessidade de proteção da parte mais vulnerável da relação contratual (SCHAEFER, 2010; GOMES, 2020a).

Frise-se que surgimento do Código de Defesa do Consumidor (CDC), tem base e fundamento na Constituição Federal de 1988 (art. 48 da ADCT, Art. 5º, XXXII e Art. 170, V) e se mostrou como um diploma normativo com força normativa suficiente para conter os abusos cometidos.

Sobre o tema, Fernanda Schaefer destaca:

A falta de regulamentação cedeu espaço ao desenvolvimento do mais liberal dos institutos, a autonomia privada, e os excessos cometidos pelas operadoras, em face dessa amplitude de liberdade de mercado, tornaram-se cada vez mais frequentes. A jurisprudência, consciente do problema, esforçava-se para garantir a proteção da parte hipossuficiente e mais vulnerável nesses contratos (o consumidor), limitando as ações das empresas operadoras do sistema privado de assistência à saúde, com fundamento no Código de Defesa do Consumidor. (SCHAEFER, 2010, p. 26)

Mesmo após o CDC, a relação entre as operadoras de planos de saúde e seus usuários ainda precisava de uma regulação específica, o que fora objeto do Projeto de Lei n.º 4.425/1994, que buscava, inicialmente, coibir a exclusão contratual de coberturas de tratamentos, com fito de assegurar aos usuários de plano de saúde um atendimento médico-hospitalar digno, a ser ofertado pelas empresas privadas de seguro-saúde e que acabou sem aprovado e sancionado em 3 de junho de 1998, e deu origem a Lei Federal n.º 9.656/98, mais conhecida como a Lei dos Planos de Saúde (LPS), que dispõe sobre os “Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde”.

Para Maria Stella Gregori, “[...] pode-se dizer, resumidamente, que o processo de normatização do setor saúde suplementar no Brasil se deu, inicialmente, em três fases, com foco na sustentabilidade do setor. Em seguida, esse processo se desenha com foco na qualidade agregada ao valor da sustentabilidade, construindo uma nova perspectiva do modelo de regulação” (GREGORI, 2011, p. 32).

Sendo assim, demonstra-se que, em que pese o lapso temporal razoável para a apresentação de um marco regulatório para a saúde suplementar, a chegada da Lei Federal n.º 9.656/1998 reformulou a prestação de assistência à saúde em sua forma suplementar, tendo oferecido ao mercado de consumo de assistência à saúde privada, um novo modo de regular as atividades deste setor (GREGORI, 2011, p. 32).

2 DA APLICAÇÃO DA LEI N.º 9.656/1998

Conforme já tratado anteriormente, a Lei n.º 9.656/1998, ao ser inserida ao ordenamento jurídico brasileiro, tornou-se o marco regulatório da saúde suplementar, tendo trazido ao ordenamento jurídico pátrio várias regras e garantias espelhadas na principiologia e nas normativas já trazidas pelo CDC, mas com um condão de legislação especial (CALADO; TROCCOLI, 2023).

Ainda sobre a promulgação da Lei dos Planos de Saúde, Pasqualotto afirma que:

Essa lei trouxe importantes modificações ao sistema legal normativo e fiscalizador, da assistência privada à saúde. Em primeiro lugar, deu-lhe organicidade, definindo a natureza dos operadores e as modalidades de sua atuação. Em segundo lugar, reconheceu a especificidade do setor. (PASQUALOTTO, 1999, p. 41-42).

No que corrobora Gregori (2019), ao afirmar que “a Lei 9.656/1998 trata não só das características gerais dos instrumentos contratuais utilizados nas atividades das operadoras, mas também de questões operacionais de seu funcionamento, condições técnicas, normas sobre capital mínimo, provisões técnicas, ativos garantidores, direção fiscal e técnica, liquidação extrajudicial e recuperação financeira!”.

A exemplo, destaca-se a redação trazida pelo art. 1.º da LPS, em que o legislador já demonstra a força normativa e regulatória desta lei, uma vez que abarcou os elementos basilares para a melhor compreensão do mercado da saúde suplementar, como: a quem é dirigida a aplicabilidade da Lei n.º 9.656/98 (“caput” do art. 1.º); os conceitos dos principais objetos que integram o mercado da saúde suplementar, quais sejam plano de saúde, operadora e carteira (Incisos I a III do Art. 1.º); e as diretrizes a serem seguidas pelas operadoras e seguradoras de saúde, e pelos usuários deste tipo de assistência, de modo a garantir um funcionamento equilibrado, sem haver qualquer prejuízo para qualquer dos polos integrantes da mesma relação contratual (art. 2.º e seguintes).

Além disso, um dos destaques da LPS foi trazer à tona as competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída formalmente a partir da Lei n.º 9.961/2000, em que fora definido que cabe a ANS, dentre tantas atribuições previstas no art. 4.º da Lei n.º 9.961/00, atuar como órgão fiscalizador das relações contratuais regidas pela LPS (Art. 1.º, §1º), redação esta que trazida pela Medida Provisória n.º 2.177-44 de 2001.

Art. 1.º [...]

§ 1º. Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: [...] (BRASIL, 1998)

Na visão de Gregori, dentre os elementos essenciais trazidos em meio a literalidade da Lei dos Planos de Saúde, em que pese o legislador não trazer, expressamente, a figura do consumidor, para Gregori, é possível extrair a figura do consumidor ao interpretar as entrelinhas dos artigos do referido normativo. Sendo assim, torna-se factível constituir a ideia de consumidor à luz da LPS, uma vez que, aos olhos da LPS o consumidor é “[...] a pessoa que adquire um plano privado de assistência à saúde, ou a ele faz jus por força de vínculo de trabalho ou por uma agremiação (sindicatos, associações etc.)”. (GREGORI, 2019)

Em relação a assistência à saúde privada, objeto da Lei dos Planos de Saúde, o legislador fez questão de evidenciar, através da redação do art. 35-F, que assistência à saúde privada “compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde” (BRASIL, 1998).

Ademais, o legislador foi além, ao ponto que, conforme previsto nos arts. 10 e 12 da LPS, fora garantido ao usuário, que a operadora ou seguradora de saúde preste a cobertura assistencial de todos os diagnósticos de patologias previstos na Classificação Internacional de Doenças (CID), de acordo com a relação de procedimentos fixada pela ANS, que varia de acordo com o tipo de especificação (plano segmentado) contratado, seja ele ambulatorial, hospitalar ou odontológico.

Já em relação à proteção contratual, a LPS trouxe um parâmetro mínimo de direitos e garantias que devem integrar as cláusulas dos contratos de plano de saúde.

Entretanto, no entendimento de Gregori, em que pese a Lei n.º 9.656/1998 trazer o parâmetro básico a ser instituído dentre a elaboração dos contratos de assistência à saúde privada, “[...] no que se refere à amplitude das coberturas, não pode o contrato se distanciar das exigências legais mínimas para cada tipo de plano”. (GREGORI, 2019)

Assim, conforme já disposto neste trabalho, em que pese a ausência de regulamentação do setor de saúde suplementar tenha perdurado por muitos anos, após a promulgação da LPS, e, posteriormente, após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foram identificados inúmeros avanços consideráveis no campo regulatório do setor da saúde suplementar.

2.1 Dos regimes e dos tipos de contratos de plano de saúde

Desde a promulgação da Lei Federal n.º 9.656/98, notou-se que, um dos marcos trazidos pela LPS foi a criação do plano-referência, prevista em seu art. 10.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: [...] (BRASIL, 1998)

Sobre o tema, Joseane Gomes aduz que a “[...] Lei dos Planos de Saúde, quanto ao seguimento de cobertura, divide os contratos de plano de saúde em duas espécies: plano de referência e planos segmentados” (GOMES, 2020b, p. 11).

Ainda, no tocante aos planos segmentados, define que “os planos segmentados nada mais são do que ramificações do plano de referência. Subdividem-se em: plano ambulatorial, plano hospitalar, plano hospitalar com atendimento obstétrico e plano odontológico” (GOMES, 2020b, p. 11).

Contudo, além da comercialização de planos de saúde de referência pela Lei dos Planos de Saúde, considerados individual ou familiar, o legislador trouxe, através do art. 16,

VII, “a”, “b” e “c” da LPS, a existência de outros 2 (dois) tipos de contratação referentes a planos coletivos, quais sejam o coletivo empresarial e o coletivo por adesão.

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; (BRASIL, 1998)

Com objetivo de regulamentar as características dessas espécies de contratos privados de assistência à saúde, a ANS elaborou a Resolução Normativa (RN) nº 195/2009, que, posteriormente, fora revogada pela Resolução Normativa (RN) nº 557/2022, em que trouxe expressamente a definição dos tipos de contratos de plano de saúde:

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.

[...]

Art. 15. 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: [...]

Segundo Gomes (2020a, p. 108), “o plano individual ou familiar é aquele em que a contratação é firmada diretamente entre a operadora e o usuário pessoa física, ao qual pode ser facultada a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar”.

No que se refere ao plano coletivo empresarial, para Gomes, este tipo de plano “se caracteriza pela formação do vínculo contratual entre operadora e outra pessoa jurídica, para o atendimento das pessoas que tenham com está vínculo empregatício ou estatutário”. (GOMES, 2020a, p. 109).

Em relação ao plano coletivo por adesão, Gomes afirma que:

Caracteriza-se pelo oferecimento de cobertura para população que mantenha vínculo com uma das seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissionais regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução. (GOMES, 2020a, p. 110 e 111)

Em se tratando de plano coletivo por adesão, faz-se necessário destacar que, em que pese o §1º do art. 15 da RN ANS nº 557/2022 flexibilizar o ingresso do grupo familiar neste tipo de contrato de plano de saúde em que o beneficiário é titular, o contrato, contudo, não

deixará, em regra, de ser considerado como plano coletivo por adesão, em que pese o rol de beneficiários fazerem parte da mesma família.

Para Gomes, o fato de as operadoras de planos de saúde terem deixado de ofertar planos-referência e passarem a ofertar planos coletivos para grupos familiares, trata-se de “verdadeiro ‘boicote’ à referida modalidade de contratação, na medida em que é visível, no mercado de saúde suplementar, a preferência das operadoras em ofertar contratos de plano de saúde coletivo” (GOMES, 2020a, p. 109).

Sobre o tema, Daniel Macedo afirma que, “[...] o ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade [...] constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar, consoante o art. 32 da Resolução Normativa n. 195”. (MACEDO, 2022, p. 100)

Corroborando com o tema, destaca-se o teor do Enunciado CNJ n.º 35:

Nos planos coletivos, contratados a partir da vigência da Resolução Normativa n. 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em que não for comprovado o vínculo entre o consumidor e a pessoa jurídica contratante na forma da regulamentação da ANS, o tipo de contratação do consumidor cujo vínculo não for comprovado, deve ser considerado individual para efeitos de rescisão e reajuste, não se aplicando aos planos das empresas e entidades de autogestão.

Ademais, não se pode olvidar que, em que pese a RN n.º 557/2022 ter revogado integralmente a RN n.º 195/2009, o disposto no art. 32 da antiga RN e no Enunciado n.º 35, aprovado na I Jornada de Direito da Saúde do CNJ, fora preservado, passando a integrar a redação do art. 39 da nova RN.

Art. 39. O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 15 desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.

Outrossim, destaca-se que, a RN n.º 557/2022 foi desenvolvida como forma de, preencher as lacunas deixadas pela Lei dos Planos de saúde em relação à proteção contratual, regulamentando a contratação dos planos privados de assistência à saúde.

2.2 Dos contratos de planos “falso coletivos”

Com o advento da LPS, foi instituído no ordenamento jurídico brasileiro, dentre direitos e garantias, um parâmetro mínimo referente a interpretação das relações contratuais firmadas entre as operadoras e seguradoras de saúde e seus usuários.

Destaca-se que, a partir da Lei n.º 9.656/1998, iniciou-se uma divisão interpretativa entre os contratos de plano de saúde constituídos em momento anterior a promulgação da lei, denominados de contratos “antigos”, e os contratos de plano de saúde constituídos após a vigência da lei, denominados como contratos “novos”, divisão esta que perdura até a atualidade.

A expressão contratos “novos”, se refere aos contratos firmados antes Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98). Já em relação aos contratos denominados como “antigos”, entende-se por contratos que foram firmados em momento anterior a vigência da LPS, conforme aponta Josiane Gomes:

[...] no mercado de saúde suplementar, a presença de duas espécies de contratos de planos de saúde: os planos antigos – firmados antes da vigência da Lei nº 9.656/98 – e os planos novos – firmados na vigência da Lei nº 9.656/98. (GOMES, 2020a, p. 107)

Além da mera divisão entre os contratos considerados “antigos” e “novos”, foi-se instituída uma diferença de aplicabilidade e de regulação para estes tipos de contratos.

Ocorre que no ano de 2020 o Supremo Tribunal Federal (STF), a partir do julgamento do Recurso Extraordinário (RE) com Repercussão Geral (RG) nº 948634, fixou a seguinte tese:

As disposições da Lei 9.656/1998, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, **somente incidem sobre os contratos celebrados a partir de sua vigência**, bem como nos contratos que, firmados anteriormente, foram adaptados ao seu regime, sendo as respectivas disposições inaplicáveis aos beneficiários que, exercendo sua autonomia de vontade, optaram por manter os planos antigos inalterados. (BRASIL, 2020)

Isto é, ao apreciar o referido RE, o STF instituiu um divisor de águas entre os planos de saúde considerados “antigos” e “novos”, uma vez que definiu que as regras e garantias previstas no corpo da Lei dos Planos de Saúde somente incidirão em contratos celebrados posteriormente à sua vigência, ou em contratos “antigos” desde que sejam “adaptados” após a vigência da LPS.

Ainda, no mesmo *decisium*, ficou definido que, os beneficiários que constituíram planos antes da vigência da LPS podem manter seus planos de saúde considerados como “antigos” inalterados, não sofrendo, entretanto, a incidência da LPS.

Ressalta-se que, esta não foi a primeira vez em que o STF discutiu sobre a Lei dos Planos de Saúde. Em 2018, o Supremo já havia sido provocado pela Confederação Nacional de Saúde - Hospitais Estabelecimentos e Serviços (CNS), através da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931, para analisar a constitucionalidade de alguns dispositivos da LPS, dentre eles os arts. 10, § 2º, e 35-E da Lei 9.656/1998, que tratavam sobre da obrigatoriedade de oferta de um plano de saúde denominado de plano-referência (art. 10, § 2º), e sobre a adaptação obrigatória dos planos de saúde constituídos em momento anterior a vigência da Lei nº 9.656/98.

Ao julgar a ADI 1931, o STF considerou válida a maioria dos dispositivos, mas entendeu que as operadoras e seguradoras de saúde não devem ser compelidas a ofertar planos individuais e familiares (planos referência), bem como decidiu que os contratos celebrados antes da vigência da LPS não devem ser obrigatoriamente adaptados a LPS, motivo pelo qual

entendeu por “[...] declarar a inconstitucionalidade dos arts. 10, § 2º, e 35-E da Lei 9.656/1998, bem como do art. 2º da Medida Provisória n. 2.177-44/2001”.

Assim, observa-se que, ao afastar-se a aplicação da Lei dos Planos de Saúde aos planos “antigos”, será necessário observá-los à luz do CDC e de toda a principiologia nele contida, conforme afirma Cláudia Lima Marques:

[...] há, em verdade, aplicação cumulativa de ambas as leis aos contratos novos e aplicação isolada do CDC aos contratos anteriores. Há aplicação cumulativa aos contratos novos do CDC, pelo menos de forma unânime "no que couber", uma vez que a Lei 9.656/98 trata com mais detalhes os contratos de planos privados de assistência à saúde do que o CDC, que é norma principiológica e anterior à lei especial. A aplicação cumulativa e complementar destas duas leis pode ser verificada também no plano processual, pois há legitimidade de ações ocasionada pelo CDC e legitimidade administrativa criada pela lei especial, tudo ao mesmo tempo, sem exclusão de um pela criação do outro (cumulatividade e complementaridade) (MARQUES, 2008, p. 139).

No mesmo sentido, afirma Josiane Gomes:

Os planos antigos – anteriores à Lei nº 9.656/98 –, são regidos pelo CDC, e, assim, suas cláusulas devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47), sendo consideradas abusivas as que coloquem o usuário em desvantagem exagerada, ou que sejam incompatíveis com a boa-fé e com a equidade, ou que sejam em desacordo com o sistema de proteção do consumidor (art. 51, IV e XV). (GOMES, 2020b, p. 32)

Após a apresentação da divisão de interpretações relacionadas aos planos “antigos” ou “não adaptados” e “novos”, faz-se necessário tecer, breve comentário sobre os planos considerados “adaptados”.

Os planos de saúde considerados como “adaptados” são planos “antigos” que foram objeto de aditivos contratuais, em que foram planos “adaptados” as regras e garantias previstas na Lei dos Planos de Saúde, sendo tratados, portanto, como se planos “novos” fossem.

Ademais, ressalta-se que, conforme definido pelo Supremo, no julgamento da ADI 1931, fica a cargo, exclusivamente, do beneficiário de plano de saúde optar ou não pela adaptação de seu plano.

Na prática, a decisão do STF gerou impacto imensurável na comercialização dos planos de saúde no Brasil, haja vista que, com a quebra da obrigatoriedade de fornecimento do denominado plano-referência, as seguradoras e operadoras de saúde começaram a ofertar, de modo quase exclusivo, planos de saúde coletivos, direcionados a grupos familiares, desde que os grupos constituíssem empresas.

Assim, como as operadoras de saúde não estão mais obrigadas a ofertar planos de saúde individuais ou familiares (planos de saúde denominados como planos-referência), as operadoras se dedicaram a ofertar de planos de saúde coletivos, em que, para que um grupo familiar venha a constituir um plano de saúde coletivo, seja ele coletivo empresarial ou coletivo

por adesão, faz-se necessário que os membros daquela determinada família criem e/ou integrem o quadro de pessoal ou o quadro societário de uma pessoa jurídica, para, assim, conseguir contratar um plano de saúde.

Desde o julgamento da ADIn 1931, as operadoras têm agido de tal modo que resta evidenciado seu desinteresse em ofertar o melhor tipo de assistência à saúde do consumidor, e, também, o seu interesse em não se submeter ao sistema de proteção dos consumidores de planos de saúde instituído pela Lei dos Planos de Saúde (LPS).

Ocorre que, ante a necessidade de contratar planos de saúde, em virtude da precariedade do sistema público de saúde, os consumidores acabam se vendo compelidos aderir as ofertas das operadoras, e acabam contratando uma modalidade de plano de saúde e, inconscientemente, abdicam da gama de direitos e garantias alcançados após anos de conquistas na saúde suplementar, coroados com a criação do sistema de proteção dos consumidores de planos de saúde instituído pela LPS.

Todavia, o Poder Judiciário, ao ser provocado, tem buscado coibir estas práticas ao reconhecê-las como abusivas, e, ainda, ao revisar as formas de contratação e as cláusulas contratuais impostas pelas operadoras.

Como o presente estudo se dedica a analisar o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ), destaca-se o que tem decidido o STJ ao apreciar demandas referentes ao tema em questão.

Ao julgar o Recurso Especial n.º 1889693, o STJ manteve a decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP), em que fora declarada a existência de um plano “falso coletivo”, uma vez que, no caso concreto, a operadora de plano de saúde realizou a denúncia unilateral de contrato coletivo, entretanto, o TJ-SP decidiu pela aplicação das garantias e da principiologia do CDC e, também, do art. 13, §§, II da LPS, por considerar que, como os beneficiários integravam o mesmo grupo familiar, entende-se que o contrato objeto da lide deve ser caracterizado como "falso coletivo".

APELAÇÃO CÍVEL. Plano de Saúde. Denúncia unilateral de contrato coletivo. **Aplicação dos ditames do CDC.** A aparente proteção exclusiva do art. 13, parágrafo único, inciso II da lei 9656/98, aos contratos individuais, estende-se também ao presente contrato coletivo por adesão, eis que se trata de contrato "falso coletivo", que tem como usuários membros da mesma família. R. sentença mantida. RECURSO IMPROVIDO.

(Decisão do TJSP mantida no RECURSO ESPECIAL Nº 1889693 – SP monocraticamente pelo Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, **18/05/2021**)

Extrai-se do voto do relator que, “[...] além do mais, cuida-se do chamado plano ‘falso coletivo’, que beneficia apenas 06 (seis) pessoas, membros da mesma família, de sorte que deve ser dado tratamento análogo aos dos contratos individuais/familiares” (Excerto de passagem do

RECURSO ESPECIAL Nº 1932552 – SP, decidido monocraticamente pelo Ministro MOURA RIBEIRO, 13/05/2021).

Ademais, já havia entendimento do STJ em reconhecer a aplicação do CDC em contratos de plano de saúde coletivos, desde que, no caso em concreto, trate-se de plano que conta com menos de 30 (trinta) beneficiários, bem como que seja reconhecida a vulnerabilidade do contratante:

Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ)
REsp nº 1.830.065 - SP publicado no DJe de 19/11/2020
Caso de plano coletivo onde discutia-se a relação entre uma pessoa jurídica na condição de empregadora, de um lado, e de outro lado, a operadora do plano de saúde, concluindo que dita relação “[...] não se rege pelo CDC, ressalvada a hipótese em que o contrato conta com menos de 30 (trinta) beneficiários, situação que revela a condição de vulnerabilidade do estipulante”.

Ora, as operadoras de planos de saúde, enquanto entidades privadas criadas com objetivo de prestar assistência à saúde dos usuários de forma suplementar, se enquadram na condição de fornecedoras, conforme previsto no art. 3º do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90) de modo que, seus usuários, enquanto contratantes da referida prestação de serviços são considerados como consumidores, conforme preceitua o art. 2º do mesmo ditame normativo.

Em relação a aplicação do CDC na saúde suplementar, o STJ demonstrou possuir uma interpretação flexível em determinadas circunstâncias, posto que em 2010, com o advento da súmula 469, havia definido o entendimento de que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde” (Súmula 469, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/11/2010, DJe 06/12/2010), tendo, entretanto, cancelado a súmula em 11/04/2018, vindo em seu lugar a súmula nº 608, que afasta as entidades de autogestão da incidência do CDC, com a seguinte tese assentada: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão” (Súmula 608, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018).

Ademais, destaca-se que, em que pese haver o afastamento da incidência do CDC em relação aos planos administrados pelas entidades de autogestão, esta medida não interfere no estudo em questão, uma vez que as entidades de autogestão não comercializam planos coletivos.

Contudo, decisões mais recentes continuam reafirmando a necessidade de diálogo entre a LPS e o CDC. Nesse sentido o seguinte precedente da 3ª Turma:

Conquanto o art. 35-G da Lei 9.656/1998 imponha a aplicação subsidiária da lei consumerista aos contratos celebrados entre usuários e operadoras de planos de saúde, a doutrina especializada defende a sua aplicação complementar àquela lei especial, em diálogo das fontes, considerando que o CDC é norma principiológica e com raiz constitucional, orientação essa que se justifica ainda mais diante da natureza de adesão

do contrato de plano de saúde e que se confirma, no âmbito jurisdicional, com a edição da súmula 608 pelo STJ. (Excerto do REsp 1846108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 02/02/2021, DJe 05/02/2021)

A par disso, depreende-se que os contratos de planos de assistência à saúde devem ser analisados de acordo princípios e normas também positivadas à luz do CDC, no tocante, por exemplo, a vulnerabilidade do consumidor; a inversão do ônus da prova; o princípio da vinculação da oferta; e o combate a abusividade de cláusulas em contratos de adesão.

Assim sendo, uma vez que as atividades executadas por operadoras de planos de saúde são caracterizadas como prestação de serviço de natureza pública, em que pese esta atividade ser desenvolvida com fins lucrativos, não há como negar a plena incidência do Código de Defesa do Consumidor à relação contratual firmada entre o consumidor e a empresa que presta serviços de assistência à saúde de forma suplementar.

3 DA CONSTRUÇÃO DO *CORPUS*

A construção do *corpus* (BAUER; GASKELL 2003) do presente trabalho foi desenvolvida por meio consulta ao sistema informatizado do Superior Tribunal de Justiça, utilizando-se as seguintes “palavras-chave”: “plano de saúde” e “falso coletivo”.

O mecanismo de busca utilizado foi o do próprio *site* do STJ que contém o repositório nacional de seus julgados (Jurisprudência do STJ).

Em pesquisa ampla, sem a utilização de lapso temporal determinado, obteve-se o quantitativo de 12 (doze) acórdãos e 154 (cento e cinquenta e quatro) decisões monocráticas.

Entretanto, para o presente estudo, foram abarcados os julgados publicados no período de 1º de janeiro de 2021 até 31 de dezembro de 2022, resultando em 8 (oito) acórdãos e 75 (setenta e cinco) decisões monocráticas, onde, a partir da realização de uma revisão manual em face do tema abordado neste estudo, restaram o total de 8 (oito) acórdãos e de 65 (sessenta e cinco) decisões monocráticas que possuem elementos diretamente ligados a temática alvo deste trabalho, qual seja a discussão acerca da caracterização de planos “falso coletivos”.

Na totalidade, 10 (dez) julgados foram excluídos do presente estudo por não versarem diretamente a temática alvo do presente trabalho, haja vista não abordam diretamente sobre a caracterização do plano “falso coletivo” e as consequências jurídicas que esta caracterização pode proporcionar aos usuários e as operadoras ou seguradoras de saúde.

Dentre os 10 (dez) julgados desconsiderados para o presente estudo, foram encontrados 3 (três) Recursos Especiais, onde 1 (um) fora julgado em 2020, período fora do definido para este estudo, e 2 (dois) não tratavam de plano “falso coletivo”; 3 (três) Embargos de Declaração em Recurso Especial (EDcl no REsp); 1 (um) referente a Agravo Interno em

Pedido de Tutela Provisória; 1 (um) Pedido de Tutela Provisória; e 2 (dois) Embargos de Declaração em Agravo em Recurso Especial (EDcl no AREsp).

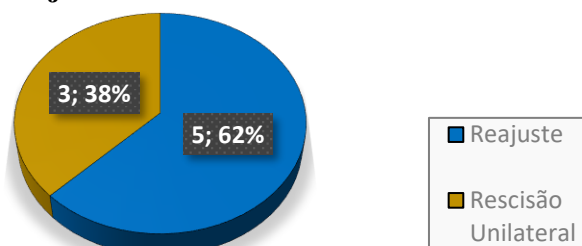
Contudo, não é possível definir que foi extraída a totalidade de julgados pertinentes a temática ora analisada, tendo em vista que os mecanismos de buscas utilizados podem ter deixado de selecionar algum julgado pertinente ao tema em tela.

Da simples leitura dos dados coletados, depreende-se que todos os 8 (oito) acórdãos selecionados foram proferidos em sede de julgamento de recurso de Agravo Interno em Recurso Especial.

Em relação aos 8 (oito) acórdãos encontrados, em análise sumária, percebe-se que 6 (seis) foram julgados no ano de 2021, e 2 (dois) foram julgados no ano de 2022.

Ainda, no que se refere aos 8 (oito) acórdãos selecionados, observou-se que, ao analisar os temas em discussão, identificou-se que em 5 (cinco) julgados a discussão principal versa sobre reajuste; e em 3 (três) julgados a discussão envolve rescisão unilateral dos contratos.

Gráfico 1 - Objeto dos Acórdãos de 2021 e 2022



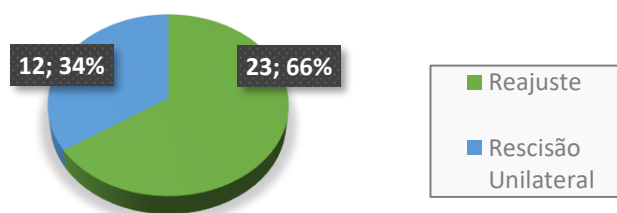
Fonte: Elaborado pelos Autores

Ademais, destaca-se que, das 65 (sessenta e cinco) decisões monocráticas analisadas, 35 (trinta e cinco) foram do ano de 2021, e 30 (trinta) foram do ano de 2022.

Dentre as 35 (trinta e cinco) decisões proferidas em 2021, 27 (vinte e sete) foram em sede de julgamento de REsp e 8 (oito) em sede de julgamento de Agravo em REsp.

Outrossim, observa-se que, ainda no tocante as 35 (trinta e cinco) decisões, dentre o quantitativo alcançado, 23 (vinte e três) tratam sobre reajustes; e 12 (doze) tratam sobre a rescisão contratual unilateral.

Gráfico 2 - Objeto das Decisões Monocráticas de 2021

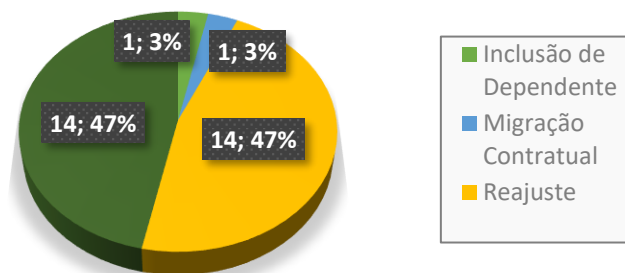


Fonte: Elaborado pelos Autores

Já em relação as 30 (trinta) decisões monocráticas lavradas no ano de 2022, 21 (vinte e um) apreciaram REsp e 9 (nove) Agravo em REsp.

Ademais, no que tange ao objeto discutido nos referidos recursos, nota-se que, dentre as 30 (trinta) decisões proferidas em 2022, 14 (catorze) tratam sobre reajustes; 14 (catorze) sobre resilição contratual unilateral; em 1 (um) sobre a inclusão de dependente; e em 1 (um) sobre migração contratual.

Gráfico 3 - Objeto das Decisões Monocráticas de 2022



Fonte: Elaborado pelos Autores

Partindo de um panorama geral, a partir de análise um pouco mais detalhada sobre o teor das decisões judiciais colacionadas a esta pesquisa, os autores desenvolveram a tabela a seguir, em que consta, resumidamente, os principais elementos extraídos do corpo dos julgados selecionados para a presente pesquisa:

Quadro 1 – Resumo dos Julgados

Ano	Tipos de Recurso	Total	Interpostos pelo Autor	Conhecidos	Providos	Interpostos pelo Réu	Conhecidos	Providos
2022	REsp	21	3	2	1	18	9	1
	AREsp	9	1	1	-	8	8	2
2021	REsp	27	-	-	-	27	17	4
	AREsp	8	-	-	-	8	7	2

Fonte: Elaborado pelos Autores

Na sequência, realiza-se a análise das decisões coletadas e selecionadas em espécie.

4 DA ANÁLISE DAS DECISÕES JUDICIAIS SELECIONADAS

Da análise dos julgados selecionados através da presente pesquisa, buscou-se que sistematizar o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) quanto aos requisitos para a caracterização de um plano de saúde como “falso coletivo”, seja para plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

Conforme depreende-se do teor dos julgados selecionados, observou-se que, o STJ tem entendido que, para que seja caracterizado um plano “falso coletivo”, um dos principais elementos analisado versa sobre o quantitativo de beneficiários vinculados ao contrato de plano de saúde coletivo. No entendimento do STJ, faz-se necessário que o número de “vidas” de beneficiários a ele integradas seja considerado diminuto, conforme depreende-se do voto do Ministro Relator Marco Buzzi, da 4ª Turma do STJ, ao julgar o recurso de AgInt no REsp n. 1.880.442/SP:

[...]é possível, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo ou empresarial, que possua número diminuto de participantes, como no caso, por apresentar natureza de contrato coletivo atípico, seja tratado como plano individual ou familiar (Excerto do AgInt no REsp n. 1.880.442/SP, Relator Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 2/5/2022, DJe de 6/5/2022).

Destarte, para que o número de “vidas” integrantes do mesmo plano de saúde coletivo seja considerado como diminuto, é necessário que existam menos de 30 (trinta) usuários vinculados àquele determinado contrato.

Além disso, observa-se que, o STJ valora como outro elemento essencial, o fato em que os usuários/beneficiários do plano de saúde coletivo, componentes da mesma pessoa jurídica, sejam parte do mesmo grupo familiar.

Após a constatação destes 2 (dois) elementos, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem entendido pela configuração de plano “falso coletivo”, determinado, assim, o afastamento das regras aplicadas ao plano coletivo (exemplo: reajuste específicos e resilição contratual unilateral), e invocando os direitos e garantias reservados aos planos de saúde da modalidade individual e/ou familiar.

Como exemplo, destaca-se o voto do Ministro Relator Ricardo Villas Bôas Cueva, no julgamento do AgInt no REsp n.º 1.880.247SP, em que a seguradora de plano de saúde, na condição de agravante, invocou o mecanismo da rescisão contratual unilateral, mecanismo este que permite a operadora ou seguradora de saúde a rescindir unilateralmente, sem apresentação de motivo justificado, o contrato de plano de saúde coletivo.

Contudo, no entendimento do Relator, tendo em vista que, no caso em concreto, o plano de saúde tem menos de 30 (trinta) usuários, e que estes fazem parte do mesmo grupo familiar, não há de se falar em plano coletivo, mas, sim, em plano “falso coletivo”.

Sendo assim, uma vez que o plano de saúde é reconhecido como “falso coletivo”, não há, portanto, de se falar em rescisão unilateral do contrato, devendo, entretanto, ser aplicado o disposto no art. 13 da Lei n.º 9.656/1998, em que o legislador determinou que, para que haja a rescisão contratual unilateral, faz-se necessário que a operadora ou seguradora de saúde apresente motivo justificado, desde que este motivo esteja relacionado as exceções previstas expressamente no Inciso II do referido artigo.

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

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

[...]

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

Além disso, compulsando o teor dos julgados selecionados, depreende-se que, quando o objeto levado a discussão ao STJ versa sobre a incidência de reajustes em planos de saúde coletivos, outro assunto bastante presente dentre as discussões dos julgados colacionados, o Superior Tribunal de Justiça tem entendido que, em que pese, em tese, ser lícita a incidência de reajustes contratuais em planos coletivos inferior a 30 (trinta) “vidas” (de aniversário do contrato; por sinistralidade e por mudança de faixa etária), conforme disposto na RN ANS n.º 565/2022, ao ser caracterizado o plano “falso coletivo”, os percentuais de reajuste aplicados devem ser afastados, passando a incidir, entretanto, os reajustes contratuais limitados aos índices anuais definidos pela ANS a ser aplicado em planos de saúde individual e/ou familiar, uma vez que fica configurada a natureza individual do convênio, conforme depreende-se da ementa do AgInt no REsp n. 1.989.638/SP.

Desta feita, após análise das decisões colegiadas e monocráticas do STJ, proferidas no período de 01 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2022, foi possível extrair os elementos essenciais valorados pelo STJ para determinar o afastamento do regime de plano coletivo e a substituição pelas regras aplicadas aos planos individual ou familiar, quando entende-se pela configuração de plano “falso coletivo”, bem como as demais consequências jurídicas incidentes sobre a relação contratual vigente.

Além do mais, foi possível, em apreciação sumária, extrair os assuntos que são levados a discussão no STJ com maior frequência, envolvendo a aplicação de índices de reajuste e a utilização do direito à rescisão contratual unilateral em planos de saúde coletivos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades desenvolvidas na Saúde Suplementar brasileira passaram por um longo período sem possuir normativo regulatório para nortear esta prestação de assistência à saúde privada dos usuários e beneficiários de plano de saúde, ainda que tenha havido esforços e as movimentações legislativas e sociais.

Com a promulgação da Lei Federal n.º 8.078/1990 (CDC), os usuários de plano de saúde se viram resguardados a partir da invocação dos direitos e princípios trazidos pelo CDC, mas que à época ainda não eram suficientes, uma vez que as abusividades praticadas pelas operadoras e seguradoras de saúde só foram combatidas efetivamente com advento da Lei Federal n.º 9.656/98, denominada pela doutrina como o marco regulatório do setor no Brasil.

Dentre os avanços trazidos pela Lei dos Planos de Saúde ao ordenamento jurídico brasileiro destaca-se a criação do plano referência (art. 10 da LPS)

Além disso, através da LPS, foram instituídos tipos e regimes diferentes de plano de saúde, sendo estes planos individuais ou familiares (plano-referência), planos coletivos empresariais e planos coletivos por adesão.

Ocorre que, em que pese os avanços conquistados pela LPS, em certo momento, o STF foi provocado a analisar a constitucionalidade de alguns dispositivos da Lei n.º 9.656/98, dentre eles o art. 10, §2º, que obrigava as operadoras de planos de saúde a ofertar aos consumidores planos denominados de plano-referência (individual ou familiar).

Contudo, ao julgar a ADI 1931, proposta pelo CNS, o STF entendeu que a referida obrigatoriedade de oferta seria inconstitucional, motivo pelo qual as operadoras começaram a burlar todo o sistema de proteção e de assistência ao consumidor, uma vez que deixaram de comercializar planos individuais ou familiares, e começaram a vender planos coletivos para determinados grupos familiares, com a promessa de que estes teriam ofertas mais baratas e maiores benefícios.

Entretanto, o Poder Judiciário, uma vez provocado vem combatendo as práticas abusivas, lesivas ao consumidor, uma vez que as operadoras e seguradoras de saúde vem ofertando, quase que exclusivamente, planos coletivos aos usuários, onde grupos familiares, com menos de 30 (trinta) beneficiários, constituem pessoa jurídica, para, somente assim, terem

acesso a um plano de saúde coletivo. Nestes casos, presentes tais elementos, o STJ têm jurisprudência firmada para configurar plano “falso coletivo”, e, a par disso, determinar o afastamento do regime de plano coletivo e a substituição pelas regras aplicadas aos planos individual ou familiar.

Os autores, então, a partir do presente estudo, propõem uma definição de planos “falso coletivos”, como sendo, planos de saúde empresariais cujos beneficiários são membros de um mesmo grupo familiar, com número reduzido de participantes, normalmente entre 3 (três) a 10 (dez) pessoas, que foram contratados em virtude da precariedade de ofertas de planos individuais ou familiares pelas operadoras.

Desta feita, a partir da caracterização dos planos “falso coletivos”, as consequências jurídicas principais, extraídas dos julgados selecionados nesta pesquisa, são: a impossibilidade de invocar o direito a rescisão contratual unilateral desmotivada, prática esta que é entendida como ilícita à luz da jurisprudência pátria; e a determinação de afastamento dos índices de reajustes contratuais dos planos coletivos, que são substituídos pelas formas de reajustes limitadas de acordo com os índices fixados pela ANS para os planos individuais e familiares.

REFERÊNCIAS

BAUER, Martins W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS. **Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Diário Oficial de 12 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 05 de julho de 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial 04 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm Acesso em: 20 de junho de 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário com repercussão geral nº 948634/RS – Rio Grande do Sul. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos, 20 out 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur436456/false>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CALADO, Vinicius. **Planos de Saúde: domine o essencial**. 1. ed. Recife: FASA, 2021.

CALADO, Vinicius. TROCCOLI, Matheus. Negativa de internamento em casos de urgência/emergência de pessoas com esquizofrenia pelos planos de saúde: uma análise da jurisprudência do TJPE nos anos de 2020 e 2021. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, v. 50, n. 2, p. 519-549, jul./dez. 2022.

GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de planos de saúde**. Leme, SP: Editora Mizuno, 2020a.

GOMES, Josiane Araújo. **Lei dos planos de saúde / Josiane Araújo Gomes**. – 3. ed. Ver., ampl. e atual. São Paulo: JusPodivm, 2020b.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde: A ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2011.

GREGORI, Maria. **Planos de Saúde: A Ótica da Proteção do Consumidor**. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais. 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/planos-de-saude-a-otica-da-protecao-do-consumidor/1250396887>. Acesso em: 15 jul. 2023.

MACEDO, Daniel. **Planos de Saúde e a Tutela Judicial de Direitos - Teoria e Prática**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020. E-book. ISBN 9786555590968. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555590968/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

MARQUES, Cláudia Lima; SCHMITT, Cristiano Heineck; Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. *In*: MARQUES, Cláudia Lima (*et al*). **Saúde e Responsabilidade 2**: a nova assistência privada à saúde. (Biblioteca do direito do consumidor v. 36). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

PASQUALOTTO, Adalberto. **A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde: uma interpretação construtiva**. *In*: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

SCHAEFER, Fernanda. **Responsabilidade civil dos planos & seguros saúde**. Curitiba: Juruá, 2010.