

Lucas Salvador Andrietta¹

FALSA COLETIVIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE: EXPANSÃO, REAJUSTES E JUDICIALIZAÇÃO (2014-2019)*,**

False collectivization of private health insurance: expansion, premium increases and judicialization (2014-2019)

¹Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência: *E-mail*: lucasandrietta@gmail.com

Recebido: 05/11/2020. Revisado: 05/11/2021. Nova revisão: 07/12/2021.
Aprovado: 07/02/2022.

*Ministério da Saúde. Projeto de Pesquisa "Judicialização da Assistência

**Uma versão preliminar deste trabalho foi apresentada no 41º Congresso de Política, Planejamento e Gestão da Saúde (Abrasco), São Paulo/SP (virtual), realizado de 23/03/2021 a 26/03/2021.

RESUMO:

A falsa coletivização é um fenômeno crescente no mercado brasileiro de planos e seguros de saúde. Ela decorre diretamente de decisões regulatórias que afetam o setor, especialmente as diferenças entre regras aplicáveis a contratos individuais e coletivos. O objetivo deste trabalho foi analisar a evolução recente do fenômeno sob três aspectos: (i) a expansão desse tipo de contrato, simultânea à redução de planos individuais; (ii) o diferencial acumulado de reajustes para os falsos coletivos; (iii) a sua judicialização e o tratamento dado ao tema pelo Poder Judiciário. Foram utilizados dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, desagregados por empresa, entre 2014 e 2019; do banco de dados de Notas Técnicas de Registro de Produto da agência, entre 2015 e 2019; e dados primários produzidos pela análise de acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferidos em 2018 e 2019. Os resultados evidenciaram o crescimento do fenômeno dos “falsos coletivos”, associado à gradual redução dos planos individuais. Demonstraram, também, o sistemático reajuste das mensalidades acima do teto definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para planos individuais. A análise de acórdãos mostrou que o entendimento da questão pelo Poder Judiciário não é uniforme, nem em termos do resultado do julgamento, nem de sua fundamentação jurídica. Os resultados apoiam a interpretação de que esses contratos permitem às operadoras burlar aspectos relevantes da regulação do setor, impor reajustes superiores e, quando reclamadas judicialmente, escamotear a legislação consumerista.

Palavras-Chave: Falsa Coletivização; Judicialização; Plano de Saúde; Reajuste de Mensalidade; Saúde Suplementar.

ABSTRACT

False collectivization is a growing phenomenon in the Brazilian health insurance market, stemming directly from regulatory decisions that affect the sector, especially the differences between the rules applicable to individual and collective contracts. Hence, this paper sought to analyze the recent evolution of this phenomenon under three aspects: (i) expansion of this type of contract, simultaneous to the disappearance of individual private health plans; (ii) premium increases for “false collectives”; (iii) its judicialization and treatment in the jurisprudence. Data was collected from the Brazilian Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans, detailed by company, between 2014 and 2019; the agency’s Product Registration Technical Notes database, between 2015 and 2019; and primary data produced by analyzing rulings by the São Paulo Court of Justice, issued in 2018 and 2019. Results show the growth of “false collectives,” associated with the gradual disappearance of individual private health plans. They also demonstrate the gap between premium increases and the ceiling set by the Brazilian Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans for individual private health plans. Analysis of the rulings reveal that the Judiciary’s understanding on the matter is not uniform, neither in terms of the outcome, nor of its legal reasoning. These findings support the interpretation that such contracts allow insurers to circumvent relevant aspects of the sector’s regulation, to impose higher premiums and, when contested in court, to evade consumer legislation.

Keywords: False Collectivization; Judicialization; Private Health Insurance; Health Premium Increases; Supplementary Private Health Insurance.

Introdução

O termo “falso coletivo” ou “pejotinha” designa planos de saúde que têm características semelhantes aos individuais ou familiares, com número reduzido de beneficiários por contrato, mas que são contratados por meio de uma pessoa jurídica. O fenômeno é referido no sentido pejorativo, uma vez que esses arranjos são elaborados de forma que o contrato **seja caracterizado como coletivo**, a despeito de suas similaridades práticas com os planos individuais, usufruindo de maior flexibilidade regulatória aplicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a esses tipos de contratação¹. A menor interferência regulatória nos contratos empresariais se justifica pelo suposto equilíbrio contratual existente nesse tipo de contratação, estabelecida entre duas pessoas jurídicas em relação simétrica.

Pode-se interpretar a existência desse tipo de plano como um fenômeno que ultrapassa os limites da licitude. Nesse sentido, a própria ANS, como órgão regulador do setor, caracteriza a falsa coletivização como fenômeno que ocorre no nível da fraude, quando um plano que tem “natureza de contrato individual” se utiliza de pessoas jurídicas para “dar-lhes roupagem de plano coletivo”².

No entanto, do ponto de vista conceitual, convém utilizar a expressão em sentido ainda mais abrangente, para enfatizar o caráter assimétrico da relação contratual que se estabelece entre operadoras de planos de saúde e grupos pequenos de beneficiários. Assim, os “falsos coletivos” serão definidos, para fins desta análise, como todos os contratos com poucos beneficiários, inclusive os que respeitam os critérios legais, que estão “à margem da rigidez regulatória aplicada aos planos individuais”³. Mesmo reconhecendo que há uma zona cinzenta na definição precisa desse recorte, utilizaremos o critério adotado pela própria ANS, quando define regras diferenciadas para o cálculo de reajuste para contratos empresariais com até 29 vidas (Resolução Normativa n. 309/2012⁴). Por aproximação, esses contratos serão considerados “falsos coletivos”, para os objetivos deste estudo.

A expansão desses planos é um fenômeno crescente no mercado brasileiro, ocorrendo simultaneamente à redução dos planos individuais. Desde o início, esse fato despertou a atenção de especialistas, órgãos reguladores e entidades de defesa do consumidor, pois provoca prejuízos diretos a seus beneficiários. As perdas estão

¹BAHIA, Lígia; SCHEFFER, Mário. *Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2010.

²AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Entendimento da diretoria de fiscalização (Difis) n. 2. ANS, Brasília, 07 abr. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzlzNA==>. Acesso em: 01 out. 2020.

³AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, *cit.*

⁴AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Resolução normativa n. 309, de 24 de outubro de 2012*. Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjl4Mg==>. Acesso em: 15 fev. 2022.

relacionadas, principalmente, a três dimensões do contrato: a cobertura assistencial, os reajustes de mensalidades e as regras rescisórias^{5,6}. Isso causa uma série de consequências, dentre as quais destacamos para este estudo: (i) esses contratos tendem a ter reajustes anuais de mensalidades acima do teto estabelecido pela ANS para os individuais, sendo justificados – nem sempre de forma transparente – pelo aumento da sinistralidade, e; (ii) as operadoras têm maior liberdade para rescindir unilateralmente os contratos, sempre que eles não forem vantajosos do ponto de vista econômico-financeiro. Em ambos os casos, o principal argumento mobilizado para justificar tais prejuízos ao consumidor é o de que as regras setoriais permitem que operadoras atuem dessa forma, dada a natureza coletiva dos planos.

O tema dos reajustes evidencia as consequências dessas lacunas regulatórias. Estudo divulgado pela própria ANS reconhece que há inconsistência e aleatoriedade nas cláusulas contratuais e nos percentuais aplicados pelas operadoras aos contratos:

[...] cláusulas contratuais de contratos de planos coletivos revelavam que determinadas operadoras se utilizam de fatores estatísticos como índice de confiança ou margem de segurança para alavancar seus reajustes, mesmo que a sinistralidade do período seja inferior à meta de sinistralidade estipulada pela operadora⁷.

E ainda:

[...] não parece razoável que variações aleatórias de despesas por beneficiários ou contratos, no caso do agrupamento, possam justificar reajustes além da sinistralidade corrigida por um índice financeiro. No limite, estaríamos admitindo que o contrato não é sustentável e anualmente será necessário um reajuste superior ao índice de sinistralidade apurado. Nesse sendo, sugere-se a produção de estudos mais robustos com o objetivo de limitar ou coibir a aplicação de reajustes baseados em dados superestimados e que, portanto, não possuem justificativa técnica para sua aplicação⁸.

O aumento do número de contratos de planos “falsos coletivos” causou impactos também no âmbito das ações judiciais de beneficiários contra planos de

⁵DANTAS, Nízia Olga Andrade de Souza. A comercialização de planos de saúde “falsos coletivos”: conversão substancial e nova qualificação categorial do contrato. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo, v. 108, p. 211-240, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/view/809/721>. Acesso em: 26 abr. 2022.

⁶CRUZ, Joana. A falsa coletivização de contratos nos planos de saúde. *Idec*, São Paulo, 09 fev. 2012. Disponível em: <https://idec.org.br/em-acao/artigo/a-falsa-coletivizacao-de-contratos-nos-planos-de-saude>. Acesso em: 01 out. 2020.

⁷AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, 2017 apud SCHEFFER, Mário et al. Planos de saúde “falsos coletivos”: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2019). *USP – Grupo de estudos sobre planos de saúde*, São Paulo, p. 1-13, ago. 2019. p. 7. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>. Acesso em: 27 abr. 2022.

⁸AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS apud SCHEFFER, Mário et al., *loc. cit.*

saúde, tornando-se relevante no debate sobre a judicialização da saúde⁹. Apesar disso, o tratamento dado pelo Judiciário ao tema não é uniforme. As lacunas na regulação criam margem para uma grande insegurança jurídica: não há critérios claros para a apuração de infrações ou contratações ilegítimas¹⁰ e não há, tampouco, parâmetros para a resolução de demandas em que se constatem tais irregularidades – notadamente, aquelas que tratam de reajustes abusivos.

A divulgação recente de dados em maior nível de desagregação, bem como a pesquisa qualitativa com ações judiciais, permite qualificar o entendimento do fenômeno da falsa coletivização de planos de saúde nos últimos anos. Essas informações contribuem tanto para o monitoramento dos efeitos deletérios da expansão desse tipo de contrato quanto para a compreensão de como o tema tem aparecido na jurisprudência.

A partir desses dados, então, o objetivo deste artigo é analisar a evolução recente do fenômeno da falsa coletivização e seus efeitos sobre o mercado de planos de saúde. O estudo se detém sobre três aspectos da questão: (i) avaliar a evolução do número de contratos nessa modalidade paralelamente à redução gradual de contratos individuais; (ii) medir o diferencial dos reajustes de mensalidade aplicados a eles em comparação a outras modalidades contratuais, e; (iii) verificar como o tema tem sido tratado recentemente pelo Poder Judiciário¹¹.

Metodologia

Este estudo integra uma pesquisa de escopo mais abrangente, cujo objeto é a judicialização da assistência médica na saúde suplementar brasileira. A pesquisa se baseia na análise qualitativa de acórdãos emitidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), entre 2018 e 2019, em ações de beneficiários contra operadoras e administradoras de planos de saúde. Foram analisados 11.795 acórdãos, disponíveis digitalmente por meio da consulta de jurisprudência desse tribunal.

Foi produzido um banco de dados primário a partir da leitura e análise dos acórdãos contendo informações relativas às empresas envolvidas, o contrato em questão, os temas materiais demandados, os argumentos apresentados pelas empresas, o resultado da decisão e sua fundamentação jurídica. Temas de particular interesse da pesquisa, como negativas de cobertura e reajustes de mensalidades, motivaram a coleta de detalhes adicionais. Foram utilizados neste artigo, em caráter

⁹TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166-187, mar./jun. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133>. Acesso em: 26 abr. 2022. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p166-187>.

¹⁰AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, 2016.

¹¹AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, 2017 apud SCHEFFER, Mário César *et al.*, 2019.

exploratório, alguns indicadores agregados para esse universo de decisões, bem como trechos selecionados que evidenciam o tratamento da falsa coletivização pelo Judiciário.

O artigo utiliza também duas fontes de dados secundários, obtidos pela ANS por meio da Lei de Acesso à Informação. A primeira se refere ao universo dos planos de saúde coletivos com menos de 30 vidas, fornecendo informações sobre os contratos ativos em nível desagregado por operadora e por agrupamento, como a quantidade de contratos e de beneficiários e o índice de reajuste aplicado entre os anos de 2014 e 2019. A segunda é o banco de Notas Técnicas de Registro de Produto (NTRP) no período de 2015 a 2019, contendo detalhes acerca dos novos contratos comercializados, como sua modalidade e preço por faixa etária.

Os reajustes foram expressos em termos nominais e comparados ao Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA-IBGE) e seus subcomponentes.

Resultados

1. Mercado de planos de saúde: fluxo e estoque de vínculos por tipo de contratação

Os dados apresentados na Tabela 1 combinam duas fontes distintas. A primeira é o registro da ANS para contratos ativos, que permite aferir o estoque de beneficiários que poderiam usufruir de planos de saúde no período de referência. A segunda é o banco de dados de Notas Técnicas de Registro de Produtos, que representa o fluxo de novos produtos submetidos pelas operadoras para aprovação da ANS antes da disponibilização no mercado.

No período analisado, o número total de contratos ativos retraiu em mais de 3 milhões. Houve perda de mais de 3 milhões de beneficiários em planos empresariais com mais de 30 vidas e 800 mil em planos individuais. Os falsos coletivos – planos com até 29 vidas – foram a única modalidade que cresceu, registrando um aumento de quase 2 milhões de beneficiários de 2014 até 2019. Como consequência, a participação de planos “falsos coletivos” no mercado subiu de 6,6% para 11% do total de beneficiários de planos de saúde no Brasil.

Os dados de registros de novos produtos não trazem o detalhamento dos subtipos de contratos coletivos, mas fornecem indícios da redução dos planos individuais. O número total de produtos caiu expressivamente – de 31.850 em 2015 para 24.860 em 2019 –, o que levou à diminuição da participação dos planos individuais no mercado, passando de 25,8% para 19,5% do total de produtos oferecidos nesse período.

Tabela 1. Planos de saúde: beneficiários ativos e novos registros de produto por tipo de contratação – 2014-2019

Beneficiários por tipo de contratação* (milhares)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Individual ou familiar	9.888	9.869	9.548	9.300	9.142	9.049
Coletivos (Empresarial + adesão)	39.747	39.980	38.508	37.849	37.925	38.165
Mais de 30 vidas	36.447	36.018	34.322	33.308	32.634	32.953
Até 29 vidas	3.300	3.962	4.186	4.541	5.291	5.212
Outros	378	268	218	181	158	119
Total	50.013	50.117	48.274	47.330	47.225	47.333
Beneficiários por tipo de contratação* (% do total)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Individual ou familiar	19,8%	19,7%	19,8%	19,6%	19,4%	19,1%
Coletivos (Empresarial + adesão)	79,5%	79,8%	79,8%	80,0%	80,3%	80,6%
Mais de 30 vidas	72,9%	71,9%	71,1%	70,4%	69,1%	69,6%
Até 29 vidas	6,6%	7,9%	8,7%	9,6%	11,2%	11,0%
Outros	0,8%	0,5%	0,5%	0,4%	0,3%	0,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Registros de novos produtos**	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Individual-familiar (a)	-	31.850	27.760	28.610	27.560	24.860
Total de registros (b)	-	123.390	124.660	120.670	119.810	127.760
% de planos individuais/familiares (a/b)	-	25,8%	22,3%	23,7%	23,0%	19,5%
Operadoras de planos de saúde	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Não registraram planos individuais (c)	-	114	120	135	144	151
Registraram produtos novos (d)	-	469	439	466	445	457
% do Total (c/d)	-	24,3%	27,3%	29,0%	32,4%	33,0%

Elaboração própria. Fonte: SCHEFFER et al. (2019) com dados da ANS; Banco de Notas Técnicas de Registro de Produto (ANS).

Notas: *Dados de dezembro do ano de referência. **Número de registros no ano de referência, desagregados por segmentação e faixa etária.

Além disso, é possível verificar o progressivo desinteresse das operadoras na comercialização desse tipo de contrato. Em 2014, 114 das empresas que solicitaram registro de novos planos não registraram qualquer produto de tipo individual ou familiar. Em 2019, esse número subiu para 151 empresas. Embora o número absoluto varie significativamente de um ano para outro, a proporção de empresas sem registros de contratos individuais aumentou expressivamente no período analisado, de 24,3% para 33,0%.

2. Contratos falsos coletivos: clientes e reajustes de mensalidade

A Tabela 2 apresenta a situação dos contratos coletivos ativos em termos de seu número de clientes e da média de reajustes aplicados entre 2014 e 2019.

Tabela 2. Índices de reajustes anuais de mensalidade aplicados a planos de saúde “falsos coletivos”, por índices de preço e por incidência sobre beneficiários – 2014 a 2019

Contratos e clientes de falsos coletivos (milhares)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Quantidade de contratos	532	806	801	905	1.015	1.161	
Quantidade de clientes	3.300	3.962	4.186	4.541	5.291	5.212	
Média (clientes por contrato)	6,20	4,91	5,23	5,02	5,21	4,49	
Índices de preço (variação %)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Acumulada
Reajuste médio dos falsos coletivos	14,5	15,9	14,6	17,7	17,9	14,7	142,1
Teto da ANS para planos individuais	9,0	9,7	13,6	13,6	13,6	10,0	92,6
IPCA*	6,4	8,5	9,3	3,6	2,9	4,7	40,7
Clientes atingidos por reajustes (milhares)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Acima do Teto da ANS	2.642	3.327	2.977	3.585	3.406	4.496	
Acima do IPCA	565	347	829	951	1.691	526	
Abaixo do IPCA	93	288	380	5	193	191	
Clientes atingidos por reajustes (% do total)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Acima do Teto da ANS	80,1	84,0	71,1	79,0	64,4	86,3	
Acima do IPCA	17,1	8,8	19,8	20,9	32,0	10,1	
Abaixo do IPCA	2,8	7,3	9,1	0,1	3,7	3,7	

Elaboração própria. Fontes: ANS e IBGE.

Notas: *Média de reajuste dos agrupamentos ponderada pelo número de clientes. **Acumulado entre maio do ano anterior e abril do ano de referência.

Conforme demonstrado, o número de beneficiários vinculados a contratos “falsos coletivos” aumentou em quase 2 milhões entre 2014 e 2019. No mesmo período, a quantidade de contratos dessa modalidade mais do que dobrou, passando de 532 mil em 2014 para 1,161 milhão em 2019. Consequentemente, observa-se uma redução sensível na média de clientes (“vidas”) por contrato, de 6,2 para 4,5, o que evidencia a proliferação de contratos com poucos beneficiários.

Os reajustes médios aplicados a falsos coletivos ultrapassaram o teto da ANS para contratos individuais ao longo de toda a série, e ambos os tipos de reajuste superaram largamente o IPCA. O reajuste acumulado para falsos coletivos entre 2014 e 2019 foi de 142,1%, acima do teto da ANS (92,6%) e muito acima do IPCA (40,7%).

A discrepância entre os reajustes aplicados e o índice de inflação é evidenciada pelo número de clientes atingidos por faixas de reajuste. Em 2019, 86,3% dos clientes de planos falsos coletivos sofreram reajustes acima do teto da ANS, e apenas 3,7% tiveram aumentos abaixo do IPCA.

3. Falsos coletivos na jurisprudência do TJSP

A Tabela 3 apresenta uma síntese preliminar dos dados primários coletados a partir de acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entre os anos de 2018 e 2019 em ações contra planos de saúde.

De um universo de 11.795 recursos do TJSP, apenas 1,2% tratavam **explicitamente** de planos coletivos com menos de 30 vidas. Esse dado é certamente subestimado, uma vez que há uma proporção significativa de acórdãos em que não foi especificado textualmente o tipo de contrato demandado (49,6%), além do alto número de contratos coletivos não especificados (9,1%) e de coletivos empresariais com número de vidas não especificado (14,1%). Uma vez que uma pesquisa qualitativa dessa natureza teve de se restringir à leitura de um número expressivo de acórdãos, o cálculo preciso da incidência dos falsos coletivos na judicialização da assistência médica suplementar deveria contar com o aprofundamento das fontes ou com uma metodologia amostral.

Opta-se aqui por apresentar análise preliminar baseada no conjunto de 146 acórdãos que identificaram explicitamente que a demanda tratava de planos empresariais com menos de 30 vidas.

Nesse subconjunto, é nítida a predominância dos dois temas vinculados pela literatura à lacuna regulatória para contratos dessa natureza. Os reajustes anuais aparecem como tema material de 46,3% das demandas, enquanto as rescisões unilaterais por parte da operadora, em 40,1% delas. Cabe frisar que mais de um tema pode ser veiculado na mesma demanda.

Tabela 3. Tipos de contratos envolvidos e assuntos demandados em ações judiciais contra planos de saúde julgadas em segunda instância no TJSP (2018-2019)

Demandas envolvendo operadoras de planos de saúde		
Por tipo de contratação	N	%
Individual/familiar	1.363	11,6%
Coletivo não especificado	1.079	9,1%
Coletivo por adesão	959	8,1%
Coletivo empresarial (nº de vidas não especificado)	1.666	14,1%
Coletivo empresarial, a partir de 30 vidas	120	1,0%
Coletivo empresarial, até 29 vidas	146	1,2%
Autogestão	563	4,8%
Não especificado	5.838	49,6%
Outros	61	0,5%
Total	11.795	100,0%

Demandas envolvendo contratos falsos coletivos		
Por tema material da demanda*	N	%
Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)	68	46,3%
Rescisão unilateral	59	40,1%
Reajuste por faixa etária	13	8,8%
Exclusão/negativa de cobertura	5	3,4%
Cobrança de mensalidade após rescisão	4	2,7%

Resultado para o beneficiário, por tema	Favorável	Parcialmente favorável	Desfavorável
Reajuste anual de plano coletivo (sinistralidade)	79%	12%	9%
Rescisão unilateral	86%	10%	3%
Reajuste por faixa etária	23%	23%	54%
Exclusão/negativa de cobertura	80%	20%	0%
Cobrança de mensalidade após rescisão	25%	25%	50%
Total dos falsos coletivos	69%	18%	12%
Total dos acórdãos analisados	69%	11%	19%

Elaboração própria. Fonte: Dados primários a partir da jurisprudência do TJSP (ver Metodologia).

Nota: *Percentuais não exclusivos, uma vez que cada recurso pode tratar de mais de um tema.

Quando analisados em termos de seu resultado, os acórdãos que tratavam de planos “falsos coletivos” não apresentam tendência discrepante dos demais acórdãos analisados. Em ambos os casos, predominam resultados favoráveis aos beneficiários para todos os assuntos demandados, à exceção dos casos de cobrança de mensalidade após a rescisão contratual, em que 50% das demandas foram julgadas desfavoravelmente, e dos casos de reajustes por faixa etária, em que 54% das demandas foram também desfavoráveis ao beneficiário.

4. Reconhecimento da temática dos falsos coletivos na jurisprudência

Mesmo sendo baixa a identificação explícita do fenômeno dos falsos coletivos nos recursos em segunda instância, convém complementar a análise com alguns trechos selecionados nas decisões analisadas. Alguns desses trechos permitem que se destaque o tratamento dado por alguns magistrados à problemática da definição dos planos “falsos coletivos”, bem como suas implicações para a forma como esse tipo de demanda é subsequentemente julgado. Ressalte-se que a seleção dos trechos foi feita em caráter exploratório e, por isso, os relatos não autorizam generalizações ou considerações de caráter quantitativo sobre o tema estudado.

A característica determinante dos planos “falsos coletivos” varia de acordo com o julgado analisado. Um primeiro fator relevante identificado é o reduzido número de vidas cobertas pelo contrato:

É o caso da apelante, microempresa, constituída por marido e mulher, [...] que fez a contratação [...] em benefício de quatro vidas, que vulgarmente tem-se chamado de ‘falso coletivo’, devendo a autora ser considerada consumidor intermediário, aplicando-se as normas protetivas do CDC¹².

São mencionados, também, os vínculos artificiais ou inadequados de um ou mais beneficiários à pessoa jurídica contratante:

Relatou que o referido contrato previa cobertura para três vidas e que atualmente há cobertura para duas vidas. Informou que tem oitenta e sete anos de idade e está acamado desde 2014 em tratamento pelo sistema home care. Afirmou que se mantém nos quadros da empresa [...] tão somente em razão do aludido plano de saúde, pois não mais exerce qualquer atividade, sendo, inclusive, aposentado¹³.

Há menção, ainda, à inadequação ou desvirtuação da natureza coletiva do contrato, em virtude da inexistência de empregados na pessoa jurídica: “Aparentemente, inexistem empregados ou terceiros beneficiários que não os familiares, o que desvirtua a natureza coletiva do contrato”¹⁴.

Identifica-se, também, a aplicação do conceito de plano “falso coletivo” mesmo para contratos com número de vidas mais elevado, mas que atenda apenas a **sócios e familiares**:

O plano de saúde em questão, embora contratado por uma empresa, destina-se a segurar 15 vidas, sendo a quase totalidade

¹²TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1043771-51.2013.8.26.0100.

¹³TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1015905-29.2017.8.26.0003.

¹⁴TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1065409-67.2018.8.26.0100.

de familiares dos três sócios, não podendo, assim, ser considerado coletivo para permitir a possibilidade de rescisão imotivada ao término do prazo contratual¹⁵.

Ou ainda:

[...] no caso concreto, há de ser considerado que atualmente são apenas 12 beneficiários do plano coletivo, limitação que fragiliza o grupo e desequilibra a relação jurídica [...] dificultando a livre negociação, [...] é nesse contexto que ganha realce a obrigação de a operadora que rescinde o contrato coletivo imotivadamente oferecer planos individuais para os beneficiários do plano coletivo, a qual não foi cumprida pela operadora, como se viu¹⁶.

Conforme discutido no início deste artigo, a definição formal do fenômeno da falsa coletivização é problemática, sobretudo quando se busca trabalhar com dados quantitativos. A análise textual dos acórdãos evidencia essa dificuldade. Cabe ilustrar aqui como outros tipos de contrato também podem ser caracterizados como “falsos coletivos”, mesmo que não se tratem de contratos empresariais com menos de 30 vidas:

É dizer, nada obstante a avença ter sido firmada por típico contrato coletivo de adesão, na verdade, possui natureza individual/familiar, já que desde o início da avença beneficiava apenas quatro pessoas (número mínimo exigido contratualmente), sendo três de uma mesma família, duas delas idosas, razão suficiente para a mitigação das regras aplicáveis tão somente aos contratos coletivos¹⁷.

Os acórdãos analisados evidenciam também que o desinteresse comercial por planos individuais é reconhecido pelas decisões e é, por vezes, um fator sopeado no resultado das demandas. Veja-se, por exemplo:

É fato público e notório que as operadoras de plano de saúde têm deixado de comercializar planos de saúde individuais e familiares, restando como alternativa, a quem busca contratar assistência à saúde, a adesão a planos coletivos, como o objeto desta ação¹⁸.

Com relação aos temas materiais, a fundamentação das decisões também pode variar muito. No caso acima, por exemplo, a rescisão unilateral imotivada, permitida para contratos coletivos, é contrabalanceada pela obrigação da operadora em oferecer migração para contrato individual. Porém, nesses casos, embora haja

¹⁵TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1006446-76.2017.8.26.0011.

¹⁶TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1028913-73.2017.8.26.0100.

¹⁷TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1131455-77.2014.8.26.0100.

¹⁸TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1008825-53.2018.8.26.0011.

portabilidade de carências, não necessariamente o valor da mensalidade anterior será mantido, admitindo-se a aplicação de valores de mercado aos planos individuais:

[...] a apelante não tem obrigação de manter o plano de saúde coletivo apenas para duas vidas, sendo certo que caso não sejam substituídas as duas vidas que pretendem ser excluídas, a fim de manter o plano coletivo, a única obrigação da ré apelante será oferecer aos apelados plano de saúde na modalidade individual, sem cumprimento de novas carências¹⁹.

Da mesma forma, para o tema dos reajustes anuais, a identificação de plano “falso coletivo” frequentemente fundamenta decisões que determinam a sua equiparação a contratos individuais. Nesses casos, determina-se a aplicação do teto de reajuste estipulado pela ANS, o que faz do índice uma referência crucial para o julgamento desse tipo de demanda. Veja-se em:

Do mesmo modo, inaplicável o reajuste único previsto na Resolução Normativa 309/2012 da ANS. Isto porque o referido reajuste é previsto para os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários regularmente instituídos, o que não é o caso em análise, uma vez que o contrato firmado entre as partes beneficia um pequeno grupo familiar, hoje de apenas duas vidas, em nítida “falsa coletivização”²⁰.

Além disso:

Aliás, insta consignar que o fato de a ANS não haver fixado índice de reajuste para contratos coletivos não significa que para os mesmos devam ocorrer reajustes desproporcionais quando comparados aos contratos firmados diretamente com pessoas físicas²¹.

Nos casos acima, os reajustes anuais questionados foram considerados abusivos e a decisão foi pela aplicação, **apenas**, do teto autorizado pela ANS para os individuais. Ressalte-se, ainda, que essa prática ocorre com frequência também em casos de outros tipos de contrato coletivo, uma vez que, embora seja permitido às operadoras aplicarem reajustes acima do teto da ANS, sob a justificativa de manter o equilíbrio contratual, a legislação restringe essa prática à demonstração do aumento dos custos ou da sinistralidade. Além disso, é frequente a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078/1990²²) para limitar reajustes por

¹⁹TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1006539-73.2016.8.26.0011.

²⁰TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1058359-24.2017.8.26.0100.

²¹TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1007543-48.2016.8.26.0011.

²²BRASIL. *Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 15 fev. 2022.

falta de clareza ou inteligibilidade das cláusulas contratuais. Portanto, as práticas abusivas por parte das operadoras não são exclusividade dos planos “falsos coletivos”, ocorrendo frequentemente também em outras modalidades de contrato. Por outro lado, é importante ressaltar que o Poder Judiciário tem inibido tais ações, partindo da legislação existente para preencher as lacunas e corrigir as falhas regulatórias que permitem essas irregularidades.

Discussão

1. Falsa coletivização e outras tendências no mercado de planos de saúde

O mercado de planos de saúde brasileiro possui características peculiares e bem documentadas²³. A principal delas é a predominância de contratos coletivos sobre os individuais, especialmente os coletivos **empresariais**, que decorrem de vínculos com a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Dessa forma, é esperado que sua dinâmica tenha relação íntima com a dinâmica do mercado de trabalho. O período analisado coincide com uma profunda crise econômica, que atingiu o Brasil mais intensamente a partir do final de 2014, impactando diretamente os indicadores de desemprego, pobreza, assim como a cobertura assistencial suplementar²⁴.

Observou-se uma retração no número de contratos de planos de saúde, que, como mostra a Tabela 1, afetou de forma mais elástica os contratos empresariais do que os contratos individuais. Nesse cenário, é notável que os contratos falsos coletivos tenham sido o único tipo de contrato que apresentou crescimento no número de beneficiários e, inclusive, no número de contratos. Isso indica que a falsa coletivização é uma tendência que se intensificou no período de crise econômica.

Cabe enfatizar que as transformações do mercado de trabalho nos últimos anos tendem a acentuar essa tendência, uma vez que as reformas na legislação trabalhista favorecem a disseminação de vínculos trabalhistas mais precários, relações de trabalho mediadas por pessoas jurídicas e regimes como o microempreendedor individual (MEI)²⁵. Estudos mais aprofundados podem investigar hipóteses associadas a transformações tecnológicas recentes – notadamente tecnologias da informação e comunicação – que podem ter alterado a composição do mercado de trabalho, favorecendo a expansão de empresas de menor porte em determinados setores.

²³BAHIA; SCHEFFER, *op. cit.*

²⁴ANDRIETTA, Lucas Salvador *et al.* The differential impact of economic recessions on health systems in middle-income settings: a comparative case study of unequal states in Brazil. *BMJ Global Health*, Rockville Pake, v. 5. n. 2, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/2/e002122>. Acesso em: 27 abr. 2022. <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002122>.

²⁵KREIN, José Dari. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Social*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 77-104, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/138082>. Acesso em: 02 nov. 2020. <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.138082>.

Embora a queda no número de contratos individuais não seja tão expressiva, a perda de participação dessa modalidade é nítida no fluxo de registros de novos produtos. Os dados apontam para uma tendência que, embora possa ser considerada lenta, é sustentada e prosseguirá nos próximos anos. Destaca-se, ainda, o desinteresse na comercialização desse tipo de contrato por um número cada vez maior de operadoras.

2. Reajustes de mensalidades

Apesar da atual queda do número de beneficiários de planos de saúde, não se pode dizer que há uma redução desse mercado. Pelo contrário, quando analisado do ponto de vista de seu faturamento e de sua lucratividade, o setor permanece aquecido. Estudos recentes demonstram que a situação confortável das empresas está ligada ao crescimento acelerado de grandes grupos econômicos que controlam o setor e estratégias agressivas de fusões e aquisições^{26,27}.

No plano microeconômico, essa tendência se verifica, entre outras práticas, pelo reajuste de mensalidades largamente superior à variação dos índices de preços e do teto da ANS para planos individuais. Os dados aprofundam resultados de pesquisas anteriores que enfatizam a capacidade das operadoras de planos de saúde de manter suas receitas em franco crescimento, mesmo num contexto de crise econômica²⁸.

3. Judicialização dos falsos coletivos

Os resultados demonstram a dificuldade em explorar hipóteses relativas a planos de saúde de um tipo específico, uma vez que os acórdãos omitem com frequência essa informação. Mesmo nos casos em que é possível inferir tratar-se de planos coletivos ou coletivos empresariais, é reduzido o número de acórdãos que explicitam a temática da falsa coletivização. Cálculos mais precisos da incidência dos falsos coletivos na judicialização da assistência médica suplementar demandariam o aprofundamento da pesquisa – expandindo a coleta informações da decisão judicial para outras fontes – ou algum tipo de metodologia amostral.

Ainda assim, a baixa identificação dos falsos coletivos não implica necessariamente uma baixa incidência desses tipos de contrato no fenômeno da judicialização da saúde suplementar. O presente estudo não autoriza conclusões nesse sentido, mas seria oportuno em análises futuras avaliar a hipótese de que o tratamento dado pelo Judiciário para esse tipo de plano converge para aquele dispensado aos coletivos

²⁶MATTOS, Leonardo Vidal *et al.* Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro [2020]. No prelo.

²⁷BAHIA, Lígia *et al.* Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vTTZd9zPqrdJHwDZM ZKTnMf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154015>

²⁸ANDRIETTA *et al.*, *op. cit.*

empresariais como um todo, caso em que os magistrados não veem a necessidade de fundamentar a decisão baseados nessa diferença.

A hipótese de tratamento uniforme entre planos coletivos “falsos” e “verdadeiros” poderia indicar, por princípio, entendimentos jurisprudenciais potencialmente prejudiciais aos consumidores, nos termos descritos anteriormente. De qualquer maneira, é fundamental ressaltar que isso não implica necessariamente que os resultados das demandas terão sido desfavoráveis aos beneficiários. Isso tem duas razões principais.

Por um lado, é esperado que os resultados para o subconjunto dos “falsos coletivos” apresentem uma tendência similar ao da totalidade de ações contra planos de saúde, reproduzindo, portanto, uma incidência maior de resultados favoráveis aos beneficiários, já demonstrada na literatura²⁹. Por outro lado, os reajustes anuais por sinistralidade e as rescisões unilaterais – os dois assuntos predominantes nas demandas relativas aos “falsos coletivos” – possuem suficiente respaldo legal para que o julgamento das demandas seja majoritariamente favorável, mesmo considerando uma menor rigidez regulatória.

No caso dos reajustes anuais por sinistralidade, destacam-se argumentos, frequentemente utilizados, de que as cláusulas contratuais não são claras ou compreensíveis para o consumidor, ou que mesmo na existência de regras, a operadora não foi capaz de demonstrar no decorrer do processo a necessidade de reajustes para manutenção do equilíbrio financeiro do contrato. Em ambos os casos, admite-se que os percentuais de reajuste aplicados sejam considerados abusivos ou desarrazoados.

Buscou-se complementar a análise com alguns trechos selecionados das decisões analisadas. Mesmo sem a possibilidade de generalizar conclusões, pode-se fazer algumas observações à luz da jurisprudência, no sentido de apoiar futuras pesquisas sobre a temática.

Em primeiro lugar, demonstra-se que convivem no TJSP diferentes entendimentos sobre o que define os planos “falsos coletivos” ou, em outras palavras, quais são os aspectos determinantes para que um contrato formalmente coletivo seja interpretado como individual/familiar. A identificação de planos “falsos coletivos” nas demandas, por sua vez, está relacionada a resultados favoráveis aos beneficiários, uma vez que fundamenta a equiparação dos contratos coletivos à regulação dos individuais, mais rígida.

Vale ressaltar que a legislação consumerista e outros fundamentos legais são também frequentemente utilizados em decisões favoráveis em demandas que versam sobre outros tipos de contrato coletivo que não se enquadram na definição de “falso coletivo” utilizada neste estudo.

²⁹ROBBA, Rafael. *Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo*. 2017. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

De todo modo, a análise qualitativa dos acórdãos evidenciou a notoriedade de fenômenos como a falsa coletivização e a redução dos planos individuais no mercado de planos de saúde. Também é nítido como a existência da regulação dos planos individuais pela ANS é relevante, ainda que indiretamente, para coibir práticas abusivas e subsidiar os julgados que tratam de contratos coletivos.

Conclusões

O panorama recente da falsa coletivização reforça a interpretação de que ela está associada à redução de planos individuais/familiares, associados a uma maior rigidez regulatória. A participação de cada modalidade de planos no mercado deve ser interpretada com cautela, devido ao seu comportamento no contexto da crise econômica de 2015 em diante. No entanto, dados complementares demonstram que o aumento dos “falsos coletivos” é uma tendência sólida, inclusive se retroalimentando de um contexto de crise econômica.

O resultado é prejudicial para os beneficiários em termos de reajustes de mensalidade, devido à ausência ou complexidade das regras setoriais estabelecidas para o seu cálculo. O diferencial anual de aumento excede largamente o teto da ANS e o resultado acumulado evidencia o prejuízo aos contratantes.

O tratamento do tema no âmbito do Poder Judiciário expressa as contradições nas definições de critérios e regras da ANS para cada tipo de plano, além de evidenciar o reconhecimento – ainda que pouco expressivo quantitativamente – do conceito de “falso coletivo” em decisões que se fundamentam na aplicação da legislação consumerista.

Este estudo explicitou, ainda, algumas limitações na definição do objeto e na utilização de metodologias qualitativas para dimensionar a importância do fenômeno da judicialização dos falsos coletivos. Apesar disso, a análise detida das evidências ajuda a compor um panorama da evolução do fenômeno no período recente.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Entendimento da diretoria de fiscalização (Difis) n. 2. ANS, Brasília, 07 abr. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzIzNA==>. Acesso em: 01 out. 2020.

ANDRIETTA, Lucas Salvador *et al.* The differential impact of economic recessions on health systems in middle-income settings: a comparative case study of unequal states in Brazil. *BMJ Global Health*, Rockville Pake, v. 5. n. 2, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/2/e002122>. Acesso em: 27 abr. 2022. <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002122>.

BAHIA, Ligia *et al.* Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vT TZd9zPqrDjHwDZMZKTnMf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154015>

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Unesp, 2010.

CRUZ, Joana. A falsa coletivização de contratos nos planos de saúde. *Idec*, São Paulo, 09 fev. 2012. Disponível em: <https://idec.org.br/em-acao/artigo/a-falsa-coletivizacao-de-contratos-nos-planos-de-saude>. Acesso em: 01 out. 2020.

DANTAS, Nícia Olga Andrade de Souza. A comercialização de planos de saúde “falsos coletivos”: conversão substancial e nova qualificação categorial do contrato. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo, v. 108, p. 211-240, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/view/809/721>. Acesso em: 26 abr. 2022.

KREIN, José Dari. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Social*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 77-104, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/138082>. Acesso em: 02 nov. 2020. <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.138082>.

MATTOS, Leonardo Vidal *et al.* Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro [2020]. No prelo.

ROBBA, Rafael. *Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo*. 2017. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SCHEFFER, Mário *et al.* Planos de saúde “falsos coletivos”: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2019). *USP – Grupo de estudos sobre planos de saúde*, São Paulo, p. 1-13, ago. 2019. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>. Acesso em: 27 abr. 2022.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166-187, mar./jun. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133>. Acesso em: 26 abr. 2022. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p166-187>.

Lucas Salvador Andrietta – Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM-USP). São Paulo/SP, Brasil. E-mail: lucasandrietta@gmail.com