

DANIEL DE MACEDO ALVES PEREIRA

PLANOS de SAÚDE e a TUTELA JUDICIAL DE DIREITOS

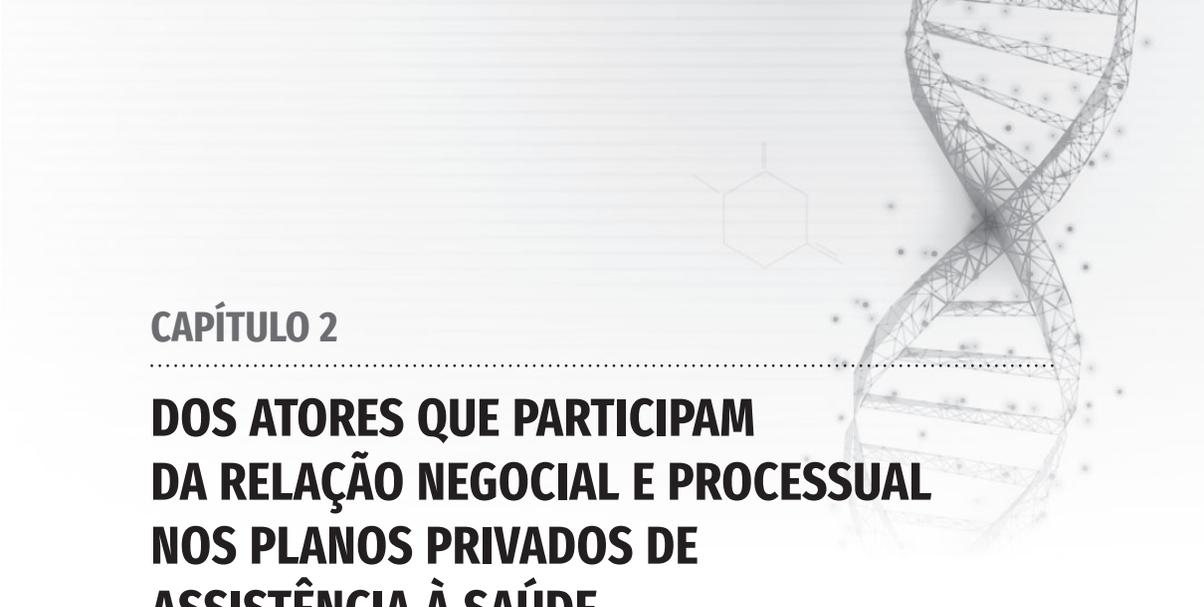
Teoria e Prática

4^a
edição

revista, atualizada
e ampliada

2024

 EDITORA
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br



CAPÍTULO 2

DOS ATORES QUE PARTICIPAM DA RELAÇÃO NEGOCIAL E PROCESSUAL NOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

2.1. OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

2.1.1. Definição

Da análise do art. 1º, inciso II, da Lei n. 9.656/98, é possível identificar o conceito e extrair as características das operadoras de planos de saúde autorizadas a ofertar plano privado de assistência à saúde. Assim, é conceituada como a “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo”.

A definição de Plano Privado de Assistência à Saúde, aqui no sentido de negócio jurídico, também contribui para a identificação da operadora de saúde (sujeito de deveres e direitos), pois é indicativo do seu ramo de atuação. Neste sentido, é definido pelo legislador como:

[...] prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

De outro lado, com a finalidade deixar claro que a atividade e os serviços desempenhados pela pessoa jurídica são levados em consideração para definição da operadora de plano de saúde para alcançar qualquer agente do mercado que nesse setor, complementa o § 1º do art. 1º da Lei n. 9.656/98:

Art. 1º [...]

§ 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:

- a. custeio de despesas;
- b. oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c. reembolso de despesas;
- d. mecanismos de regulação;
- e. qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f. vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

Neste sentido, independente do modelo organizacional, o legislador definiu requisitos mínimos relacionados à cobertura assistencial, a forma de remuneração e a rede de assistência, com expressa vedação imposta às pessoas físicas de operar produtos e serviços no âmbito da saúde suplementar na condição de operadora de plano de saúde, consoante o § 4º do art. 1º da Lei n. 9.656/98.

O fundamento do dispositivo foi impedir qualquer escape para a atividade desenvolvida pelas operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde da incidência da Lei n. 9.656/98 e da fiscalização da Agência Nacional de Saúde, cuja atuação está reformatada para incluir também a fiscalização das seguradoras, na parte delas que operem os seguros-saúde, com substanciais alterações nos dispositivos específicos do Dec.-lei n. 73/66²².

Com o mesmo fundamento de submeter todos os atores que operam planos de assistência à saúde à incidência da Lei n. 9.656/98, o legislador utilizou no § 2º as expressões “entidade” e “empresas” que, embora não

22. BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde: comentada artigo por artigo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015, p. 19.

propriamente técnicas, acabam por alcançar todas as pessoas jurídicas independente de sua natureza pública ou privada:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

[...]

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001)

Assim, considerando que o *caput* do art. 1º da Lei n. 9.656/98 faz menção expressa às pessoas jurídicas de direito privado, pode-se interpretar que a escolha do termo “entidade” prevista no § 2º teve por objetivo ampliar a aplicação da lei para todas as pessoas jurídicas que prestam os serviços de assistência à saúde complementar. Assim, as entidades de direito público que optem por prestar serviços de assistência à saúde complementar não podem ser excluídas da incidência da Lei n. 9.656/98, sob pena de alijar o consumidor de suas normas protetivas apenas em razão da natureza pública das entidades que se vinculam²³.

2.1.2. Modalidades de operadoras de planos de saúde

As operadoras de planos de saúde operam no mercado de saúde complementar com modelos de organização que levam em consideração para a sua classificação os seguintes parâmetros, não exaurientes:

1. a forma de acesso à rede de serviços de saúde e sua estrutura (rede própria, contratada, credenciada, referenciada e/ou por livre escolha do beneficiário);
2. o destinatário do produto ou serviço (plano aberto ou fechado);
3. a presença ou ausência de finalidade lucrativa;
4. a participação ou não do profissional nos resultados da sociedade.

23. STJ. 3ª T. REsp 1.766.181-PR, rel. Min. Nancy Andrighi, rel. acd. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 3-12-2019 (Info 662).

À luz dessas referências, as operadoras de planos de saúde são classificadas nas seguintes modalidades: cooperativa médica; cooperativa odontológica; medicina de grupo; odontologia de grupo e filantropia²⁴.

Destaque-se que a Resolução Normativa – RN n. 543, de 2 de setembro de 2022, dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde às pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar. Dispõe o art. 2º da mencionada normativa que para obterem a Autorização de Funcionamento, as operadoras deverão realizar o registro da operadora e o registro de produto.

A Resolução Normativa n. 531, de 02 de maio de 2022, classifica as operadoras de planos de assistência à saúde, nos seguintes termos:

Art. 6º As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 5º desta Resolução Normativa deverão classificar-se nas seguintes modalidades: I - cooperativa médica; II - cooperativa odontológica; III - medicina de grupo; IV - odontologia de grupo; ou V - filantropia.

2.1.2.1. Medicina de grupo

Nesta modalidade se enquadram as operadoras de planos de saúde autorizadas a ofertar planos privados de assistência à saúde por intermédio de uma estrutura de atendimento composta de serviços próprios e conveniados, com ou sem a combinação das formas de acesso. A medicina ou odontologia em grupo possuem finalidades lucrativas para atendimento em larga escala com padrão profissional e custos controlados.

Os planos odontológicos comercializados na modalidade medicina de grupo, também se alinham às características acima.

2.1.2.2. Cooperativas médica e odontológica

2.1.2.2.1. Definição e características

São operadoras de planos privados de assistência à saúde e odontológica que se organizam como sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a disciplina da Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Nesta modalidade, os médicos ou dentistas são simultaneamente sócios

24. Art. 10 da Resolução de Diretoria Colegiada n. 39/2000.

e prestadores de serviços²⁵. Assim, a remuneração pelo trabalho exercido tem fatos geradores distintos, pois o cooperado recebe a remuneração de forma proporcional à produção de cada um segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), além de participarem do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais (chamadas singulares).

As cooperativas médicas podem disponibilizar a oferta de serviços pelos próprios cooperados ou não, podendo operar os chamados convênios médico-hospitalares com rede própria.

2.1.2.2. Vedação ao regime de exclusividade do profissional cooperado

Os profissionais cooperados não podem ser impedidos de se credenciarem ou referenciarem a outras operadoras de planos de saúde ou seguradoras especializadas em saúde, que atuam regularmente no mercado de saúde suplementar. Assim, o médico ou odontólogo que integre a cooperativa não pode ser submetido a regime de exclusividade ou de restrição à sua atividade profissional²⁶.

2.1.2.3. Autogestão (planos fechados)

2.1.2.3.1. Definição e características

São operadoras de planos de assistência à saúde que mantêm sistemas próprios de assistência à saúde a grupos fechados de usuários que obrigatoriamente devem possuir vínculo com a entidade promotora. Nos órgãos da Administração Pública e nas empresas estatais, é a modalidade prevalente. Os custos, normalmente, são compartilhados com os beneficiários, geralmente, de forma proporcional ao salário, e descontados diretamente em folha de pagamento²⁷.

Nesta modalidade, as empresas administram programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão) ou contratam terceiros para administrá-los (cogestão ou planos de administração). Na grande maioria dos casos, os programas são geridos pelas próprias empresas ou institui-

25. As entidades que representam esse setor são: a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge) e o Conselho Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Conamge).

26. Anexo I, item 2, da RN n. 543/2022.

27. O surgimento da previdência complementar nos anos 1970 incentivou o desenvolvimento desses planos, sendo que Fundação de Seguridade Social da Petrobrás (Petros) serviu de modelo para outras empresas.

ções ou por instituições privadas sem fins lucrativos (caixas e fundações) promovidas e mantidas pelas empresas/instituições (patrocinadoras) conjuntamente com seus funcionários²⁸.

Como não objetivam o lucro, os gestores buscam baratear os custos, pois evitam o custo da intermediação²⁹. Os exemplos mais comuns são as associações de classe, sindicatos, organizações empresariais que montam e gerenciam o próprio fundo que financia o acesso à saúde dos sujeitos participantes. Em geral, os planos são administrados paritariamente e, no seu conselho deliberativo ou de administração, há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários que montam e gerenciam o próprio fundo que financia o acesso a saúde dos sujeitos participantes.

2.1.2.3.2. Grupo de beneficiários

A Resolução Normativa n. 137, de 14 de novembro de 2006, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar traz disciplina normativa específica sobre essa modalidade de operadora de plano de saúde com a previsão de três grupos de pessoas jurídicas autorizadas a operar os produtos e serviços segundo a modalidade de autogestão, além de indicar os respectivos beneficiários:

1. a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: a) sócios da pessoa jurídica; b) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão; c) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão; d) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão; e) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e f) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;
2. a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, institui-

28. ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília. IPEA, 1998 (Texto para discussão n. 599).

29. STJ. REsp 1.121.067/PR, rel. Min. Massami Uyeda, 3ª T., j. 21-6-2011.

- dora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora; b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora; c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora; d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; j) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;
3. a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários: a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão; c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e d) grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores.

2.1.2.3.3. *A inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos planos de autogestão*

Os planos de saúde, na modalidade de autogestão, possibilitam maior facilidade de comunicação entre beneficiários e gestores do plano. Dessa forma, as entidades de autogestão podem moldar planos “para atender

às necessidades da população assistida, oferecem uma cobertura adequada ao perfil de seus beneficiários a um custo de acordo com suas possibilidades, além de garantir a participação dos beneficiários na gestão de seu próprio plano de saúde³⁰.

A participação dos empregados na gestão do plano de forma paritária com os indicados pela direção da empresa tem por finalidade precípua a manutenção da qualidade da prestação dos serviços. Assim, os beneficiários são corresponsáveis pela própria gestão da operadora e, assim, buscam alcançar um custo menor na comparação com as empresas que operam planos de saúde para os consumidores em geral. Neste sentido, as entidades de autogestão empregam recursos amealhados dos participantes e das empresas na medida justa para o sustento do plano, sem encargos de remuneração de negócio³¹.

Teresa Cristina Rosa apresenta cinco características presentes na autogestão que calibram as relações de força e o equilíbrio das partes contratantes, diminuindo a posição de inferioridade do usuário³². São elas:

1. **gestão participativa:** as autogestões se diferenciam pela participação dos beneficiários nas decisões, sejam operacionais, sejam estratégicas;
2. **custo:** como as autogestões não visam ao lucro, o controle dos custos torna-se fator importante para a gestão do plano. Com o contato direto com os prestadores é mais fácil administrar os custos, negociar preços e serviços;
3. **flexibilidade:** como é administrado em conjunto com seus beneficiários, o plano de autogestão apresenta maior flexibilidade que as operadoras de mercado seja na contratação da rede credenciada, seja na relação com o beneficiário;
4. **rede credenciada:** as autogestões devem operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas; e

30. ROSA, Teresa Cristina; FARIAS FILHO, José Rodrigues de. *Gestão dos planos de saúde na modalidade de autogestão: estudo de caso em uma autarquia federal*. XII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Rezende: 2015. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/12622121.pdf>>, p. 2. Acesso em: 18 set. 2019, às 18h15.

31. Idem.

32. Idem.

5. **promoção à saúde:** nas autogestões são mais fáceis o mapeamento de riscos e o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas às características e necessidades da população assistida.

O Superior Tribunal de Justiça no REsp 1.121.067/PR acabou se posicionando contrariamente a incidência do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde em vigor ou ofertados pelas entidades de autogestão, diante das peculiaridades relacionadas à sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associação, que são totalmente diferentes das Operadoras que visam ao lucro, conforme a ementa do julgado:

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. NORMA OU RESOLUÇÃO RESTRITIVA DE COBERTURA OU RESSARCIMENTO DE EVENTOS. POSSIBILIDADE E NÃO ABUSIVIDADE. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

I – Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e no seu conselho deliberativo ou de administração há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam despesas da intermediação.

II – Nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes, pois, quem tem maior salário, contribui com mais para o todo, e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente.

III – A questão ultrapassa a aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor. Nos planos de autogestão, os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas. A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro. A Lei dos planos de saúde dá tratamento diferenciado a essa modalidade (Lei 9.656/98 – art. 10, § 3º).

IV – O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano desse certo. Os associados que seguem e res-

peitam as normas do plano arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora.

V – Portanto, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor.

VI – Recurso especial provido³³.

No mês de junho do ano de 2016 a Segunda Seção do STJ no Recurso Especial n. 1.285.483 consolidou o seu entendimento sobre a inaplicabilidade da legislação consumerista³⁴.

O Superior Tribunal de Justiça ainda mantinha a redação da Súmula 409 segundo a qual “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”, portanto sem ressalva quanto às entidades de autogestão, quando em 11 de abril de 2018 o Tribunal fixou novo entendimento por meio da edição da Súmula 608 com o seguinte teor: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Sobreleva destacar que as normas (princípios e regras) com previsão no Código Civil, na Lei n. 9.656/98 e nas resoluções normativas com especial destaque para a RN n. 137, de 14 de novembro de 2006, da Diretoria Colegiada da ANS continuam com plena incidência sobre os contratos conduzidos pelas entidades de autogestão.

33. REsp 1.121.067/PR, rel. Min. Massami Uyeda, 3ª T., j. 21-6-2011.

34. RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. 1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários. 2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro. 3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo. 4. Recurso especial não provido (REsp 1.285.483/PB, rel. Min. Luis Felipe Salomão, 2ª S., j. 22-6-2016).

2.1.2.4. Seguradoras especializadas em saúde

Na literatura internacional, a denominação *seguro-saúde* está relacionada com pelo menos duas abordagens, em geral referidas à realidade estadunidense. A primeira, o seguro tradicional, seria a proteção financeira contra riscos de custos ou perdas grandes e incomuns (ou catastróficamente caros). A segunda, e mais recente, diz respeito especificamente à prestação efetiva de assistência médica, isto é, ainda que traga embutida a proteção financeira, é um meio coletivo de financiamento da atenção, garantindo acesso a grupos específicos, a menor custo. Assim, a típica política das companhias de seguro seria o reembolso ao segurado dos gastos efetuados com assistência médica, em todo ou em parte, segundo determinados valores estipulados em contratos³⁵.

No Brasil, a disciplina legal do seguro saúde antecede a Lei n. 9.656/98. À luz do Dec.-lei n. 73, de 21 de novembro de 1966 (arts. 129 a 135), as seguradoras de plano de saúde inicialmente operavam apenas com a intermediação financeira, mediante reembolso dos gastos com assistência com os custos por ocasião de eventos (sinistros) relativos à saúde. O seguro-saúde apresentava apenas uma rede referenciada para os usuários, tendo estes a possibilidade de a utilizar ou optar por outros serviços e profissionais, para, após, pedir o reembolso dos valores gastos. A fiscalização competia a Susep, sob a regulamentação do CNPS.

A edição da Lei n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, promoveu verdadeira equiparação do seguro-saúde ao plano privado de assistência à saúde. De acordo com o art. 2º da lei reportada, “enquadra-se o seguro-saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde”³⁶.

Atualmente as seguradoras que atuam no âmbito da saúde complementar estão autorizadas a disponibilizar uma relação de profissionais e estabelecimentos contratados, credenciados e/ ou referenciados e as atividades empreendidas são acompanhadas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem compartilhamento de carteiras com outros

35. ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília. IPEA, 1998 (Texto para discussão n. 599).

36. A ANS promoveu a edição da Súmula Normativa 3, de 21-9-2001, fixando as diretrizes para os reajustes dos prêmios, ou mensalidades, dos seguros-saúde contratados antes da Medida Provisória n. 1.908/99, em razão das disposições do inciso IV do § 1º do art. 35-E da Lei n. 9.656.



CAPÍTULO 5

CRITÉRIOS DE REAJUSTE

5.1. PLANO INDIVIDUAL E FAMILIAR

5.1.1. Reajuste das contraprestações pecuniárias nos planos contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998

5.1.1.1. Introdução

Inicialmente, impende destacar que a implementação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, depende de prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em cumprimento ao disposto no art. 4º, XVII, da Lei n. 9.961/2000 e ao art. 3º da Resolução Normativa n. 565/2022.

Neste caso, deverá constar de forma clara e precisa, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome, código e número de registro do plano e o mês previsto para o próximo reajuste (art. 10 da RN n. 565/2022)³²⁶.

326.A Instrução Normativa – IN n. 30, de 16 de dezembro de 2022, dispõe sobre as rotinas e o procedimento de solicitação e autorização para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares de assistência suplementar à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conforme previsto na Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008, ou em norma que vier a sucedê-la..

Na exigência de autorização prévia da ANS para implementação do aumento reside uma das destacadas razões para que as operadoras de planos de saúde ofereçam cada vez menos produtos relacionados aos planos de saúde individual. O gráfico a seguir é bastante representativo³²⁷:

O reajuste dos planos individuais pode ter mais de um fundamento para sua implementação, inclusive aplicado conjuntamente no mesmo período de 12 (doze) meses. Neste aspecto, cabe destacar dois critérios de aumento das contraprestações pecuniárias do plano individual:

- a) aumento por variação de faixa etária do beneficiário, que ocorre cada vez que o beneficiário atinge uma idade que represente o início de uma nova faixa etária conforme estipulado em seu contrato; e
- b) reajuste em razão dos custos financeiros anuais, com fundamento nas variações dos custos e limitados à periodicidade mínima de 12 meses.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar regulamentou de forma específica por intermédio da RN n. 565/2022, os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas e dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Neste passo vale destacar as seguintes regras gerais à luz da Resolução Normativa n. 565/2022:

- a) as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, não são consideradas reajuste (art. 45);
- b) a ausência de pagamento de contraprestação pecuniária que sofra alteração pela aplicação de reajuste ou revisão sem observância do disposto na resolução indicada, não será considerada como inadimplência para fins do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998 (art. 47);

327. Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS/MS – 12/2018 e Cadastro de Operadoras – CADOP/ANS/MS – 12/2018 Caderno de Informação da Saúde Suplementar (edição jan. 2019).

- c) a existência de cláusula contratual em contrato de plano de saúde contratado após 1º de janeiro de 1999 e dos planos adaptados à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, prevendo reajuste ou revisão das contraprestações pecuniárias e especificando fórmulas e parâmetros para o seu cálculo, não exime as operadoras do cumprimento do disposto na RN n. 565/2022 (art. 46);
- d) a operadora que obtiver a autorização da ANS poderá aplicar o reajuste a partir do mês de aniversário do contrato (art. 9º). Caso haja defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato de até dois meses, este será mantido e será permitida cobrança retroativa, a ser diluída pelo mesmo número de meses de defasagem (§ 1º).

5.1.1.2. Reajuste em razão do aumento dos custos operacionais

Por custos operacionais entende-se:

Todas as despesas realizadas pelas operadoras de planos e seguros de saúde para a consecução do quanto previsto em sede contratual, contabilizadas num período, dando origem ao cálculo atuarial que integrará a planilha a ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme preconizado nas resoluções administrativas já mencionadas. A variação dos custos operacionais dependerá da segmentação de assistência (ambulatorial, hospitalar, etc.), do tipo de contratação (individual, familiar etc.), do âmbito geográfico de cobertura e alguns de outros dados atuariais, a exemplo do tipo de rede de prestadores de serviços, se própria ou terceirizada. Cada operadora apresenta uma realidade diferenciada e, portanto, os custos ou as despesas relativas às atividades contratadas pelo público irão variar de acordo com a estrutura existente³²⁸.

A Resolução Normativa n. 441, de 19 de dezembro de 2018, estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que sejam regulados pela Lei n. 9.656/98. Antes do advento da normativa, o índice de reajuste dos planos individuais e familiares era baseado nos reajustes de contratos de planos coletivos com mais de 30 beneficiários. Com a nova resolução, há a combinação do Índice de Valor das Despesas Assistenciais

328.SILVA, Joseane Suzart Lopes de. *Planos de saúde e boa-fé objetiva: uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos*. 2. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Juspodivm, 2010, p. 408.

(IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde.

O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre os custos de outra natureza como despesas administrativas, sendo que, na fórmula, a IVDA terá peso de 80% e o IPCA de 20%. De acordo com o art. 3º da RN n. 441/2018:

O IVDA é composto pelos seguintes fatores:

I – Variação das Despesas Assistenciais (VDA) dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar celebrados após a vigência da Lei n. 9.656, de 1998;

II – Fator de Ganhos e Eficiência (FGE); e

III – Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar celebrados após a vigência da Lei n. 9.656, de 1988.

Não se nega as barreiras ao conhecimento das fórmulas acima, o que torna imprescindível a realização de prova técnica pericial atuarial a ser requerida e produzida nos autos do processo em que se discute a invalidade e abusividade do reajuste da mensalidade do Plano de Saúde individual. Uma base segura para a quesitação é encontrada na Nota Técnica n. 2/2021/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO³²⁹ da ANS, que traz a descrição com riqueza e detalhamento dos fatores mencionados para o cálculo do reajuste dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei n. 9.656/98.

5.1.1.3. Critério de reajuste por mudança de faixa etária

5.1.1.3.1. Fundamento

O custo assistencial do grupo de pessoas mais idosas tende a ser mais elevado na comparação com o grupo de pessoas mais jovens. A finalida-

329. O índice máximo de reajuste anual por variação de custos a incidir sobre as mensalidades dos planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares de contratação individual ou familiar, na vigência da Lei nº 9.656/98 ou a ela adaptados, no período de 1º de maio de 2021 a 30 de abril de 2022 é de -8,19% (menos oito inteiros e dezenove centésimos por cento), conforme a nota técnica acima. O resultado negativo do IRPI é reflexo da redução na utilização de serviços na saúde suplementar ocorrida em 2020, sendo este fenômeno, por sua vez, um dos efeitos da pandemia de covid-19 no Brasil. Sob o ponto de vista econômico, a aplicação dos índices efetivamente apurados (sejam negativos ou positivos) é necessária para assegurar que a equação econômica do contrato siga a regra previamente estabelecida, sob o risco do seu descumprimento causar um desequilíbrio entre as partes.

de se instituir valores distintos em cada faixa etária é trazer equilíbrio financeiro ao fundo administrado pela operadora de plano de saúde, considerando que tanto os jovens quanto as pessoas idosas têm que pagar um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de saúde. Neste sentido, quando um beneficiário muda de faixa, o valor de sua contraprestação pecuniária é ajustado à sua nova faixa de risco.

Segundo os defensores deste critério, a inexistência de reajustes por mudança de faixa etária, apenas com a adoção do princípio do mutualismo, sem considerar a ponderação com base nos diferentes perfis de utilização prejudicaria, em tese, a viabilidade da comercialização de um plano de saúde individual ou familiar. Com isso, os planos não seriam financeiramente atraentes aos mais jovens e, com efeito, haveria a diminuição da participação desse público no Plano privado de assistência à saúde.

Assim, a adoção de preços únicos, sem diferenciação de idade faria com que o beneficiário de menor risco (os mais jovens) se desinteressasse em permanecer no sistema, pois o preço de seu plano seria desproporcional à sua expectativa de utilização. Isso ensejaria a revisão do preço médio calculado inicialmente, uma vez que o risco médio aumentaria. Consequentemente, os novos preços seriam elevados demais para um novo grupo de menor risco, que, por sua vez, também acabaria optando por sair do sistema.

Essa dinâmica é representada na Nota Técnica n. 94 COGSA/SEAE/MF, e é conhecida como *Adverse Selection Death Spiral* (Espiral de Seleção Adversa), “que levaria ao colapso desse mercado e à queda na cobertura do seguro saúde, restando apenas consumidores de risco alto no mercado”.

A atual metodologia de precificação dos planos de saúde segue o sistema de repartição simples ou regime de repartição de despesas, conhecido na literatura internacional como *pay as you go*, considerando que as contribuições vertidas por todos os participantes do plano, em um determinado momento, e dentro da mesma faixa etária, deverão ser suficientes para pagar as despesas decorrentes dos eventos ocorridos no período³³⁰.

Os Planos Privados de Assistência à Saúde adotam, como regra, o conceito de solidariedade intergeracional, segundo o qual os beneficiários mais jovens, em suas faixas respectivas, subsidiam os integrantes de faixa etária mais avançada. Contudo, as mensalidades dos mais jovens, apesar de

330. Pareceres sobre Temas Econômico-Financeiros. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans>>. Acesso em: 18 jan. 2020, às 11h46.

proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente, sob pena de o negócio perder a atratividade para eles, o que colocaria em colapso todo o sistema de saúde suplementar em virtude do fenômeno da seleção adversa.

Diante disso, percebe-se que no plano de saúde, os custos de consultas, de cirurgias, de internações e de demais coberturas são repartidos entre os seus beneficiários. Assim, diluem-se as despesas entre os participantes desse plano, tornando-o acessível aos novos usuários ao tempo que fideliza cada contratante ao Plano de Saúde.

5.1.1.3.2. Disciplina legal sobre os critérios para o aumento por mudança de faixa etária

A Lei n. 9.656/98 prevê que o contrato de plano de saúde deve indicar com clareza as faixas etárias e os percentuais de reajuste que serão aplicados a cada mudança de faixa (art. 16, IV). Essas informações devem obrigatoriamente constar do respectivo instrumento contratual, sob pena de não incidência dos reajustes (art. 15). Não se nega a dificuldade de compreensão de todos os aspectos da questão das faixas etárias, por isso é imperiosa a obrigação legal de informar com absoluta clareza e transparência ao consumidor, em linguagem simples e capaz de autorizar a identificação imediata do valor devido sem o recurso de cálculos intrincados ou a aplicação de fórmulas matemáticas que dificultam naturalmente a sua compreensão.

Para os planos comercializados entre 1-1-1999 e 31-12-2003, a Resolução Consu n. 06/98 prevê 7 (sete) faixas etárias que deverão ser observadas pelas partes, caso prevista essa forma de reajuste no contrato, a saber:

- I – 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade;
- II – 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;
- III – 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
- IV – 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
- V – 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;
- VI – 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
- VII – 70 (setenta) anos de idade ou mais.

Com o objetivo de proteger os mais idosos e em linha com o conceito de solidariedade intergeracional e com princípio do mutualismo por faixa etária, a legislação prevê limitações à fixação da contraprestação pecuniária. Assim, o valor fixado para a última faixa etária 70 (setenta) anos

de idade ou mais, não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade, consoante o art. 2º da Resolução Consu n. 06.

Outro limitador está previsto no § 1º do artigo reportado, segundo o qual a variação de valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade, que participa de um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, conforme estabelecido na Lei n. 9.656/98.

O advento do Estatuto da Pessoa Idosa – Lei 10.741/ 2003 – trouxe mudanças significativas visando à proteção à pessoa idosa com reflexos imediatos na Lei de Planos de Saúde. Aqui vale a transcrição das normas pela sua importância:

Estatuto da Pessoa Idosa – Lei n. 10.741/2003

Art. 15. [...]

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

LPS – Lei n. 9.656/98

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001.) (Vide Lei n. 12.764, de 2012.)

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. (Redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001.)

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. (Redação dada pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 2001.)

A Resolução Normativa n. 563, de 15 de dezembro de 2022 prevê uma tabela com 10 (dez) faixas etárias, para os contratos firmados a partir de 1º-1-2004. Consoante o art. 2º, deverão ser observadas as seguintes faixas:

- I – 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II – 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III – 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV – 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

- V – 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI – 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII – 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII – 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX – 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X – 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

O art. 3º, I e II, da normativa determina que os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão observar as seguintes condições:

- a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Nessa perspectiva, Bottesini e Machado citam Parecer do Professor Doutor José Aristodemo Pinotti, datado de março de 2004, quando então Deputado Federal e Relator do Projeto de Conversão da MP n. 148/2003:

[...] abusiva a RN 63/2003³³¹, quando ela define que os valores pagos pela última faixa etária sejam seis vezes maiores que os da primeira, concedendo um aumento de 500% sobre o qual ainda haverá correção monetária anual. O que ocorreu foi, além de tudo, um uso inadequado do Estatuto do Idoso. Antes dele, esses aumentos eram praticados de forma mais suave até idades superiores. Depois dele, esses aumentos, ao invés de serem eliminados a partir dos 60 anos, foram prensados e concentrados para até 59 anos, com o agravante de serem praticados em dobro nas três últimas faixas etárias. Isso agrava, concretamente, o que já está ocorrendo, ou seja, a inadimplência dos idosos e sua fuga dos planos de saúde. [...] Se não é a fórmula ideal essa encontrada pelo legislador, e que vem se aperfeiçoando com a experiência adquirida com a aplicação dela, certamente é uma solução para o impasse criado pelos reajustes unilaterais impostos pelas operadoras e seguradoras, por meio dos quais elas se livravam dos clientes mais onerosos, como os mais idosos, ao fim de um pequeno período de controle individual em que observavam se o custo dos serviços utilizados por ele eram iguais ou maiores que o valor da mensalidade, estabelecendo o chamados ‘índice de sinistralidade’ individual³³².

331.Revogada pela RN n. 563, de 15 de dezembro de 2022.

332.BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde comentada: artigo por artigo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015, p. 148-151.

Sob o rito dos recursos repetitivos, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) fixou três teses cadastradas como Tema 952, sobre a validade do reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário:

(i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso³³³.

Sob o aspecto processual, é preciso fazer algumas considerações. Segundo o STJ, a abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde por inserção do usuário em nova faixa de risco, sobretudo de participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto. A razoabilidade ou abusividade do percentual de reajuste passa, necessariamente pela demonstração por intermédio de prova pericial atuarial com laudo subscrito por perito com formação em ciência atuarial. Com efeito, a matéria discutida é de natureza eminentemente técnica, exigindo conhecimento particular sobre o assunto, não sendo plausível ao magistrado verificar de outro modo a correção dos valores cobrados pelo plano de saúde.

Não é incomum o equívoco na estratégia processual de se requerer o julgamento antecipado do mérito com fincas no art. 355, I, do CPC. Sublinho que incumbe à operadora de plano de saúde demandada demonstrar, mediante prova pericial, que os índices aplicados não são desarrazoados ou aleatórios, ou seja, sem o necessário respaldo atuarial subjacente que fundamente a necessidade de manutenção do equilíbrio contratual.

Reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde, em virtude da alteração de faixa etária do usuário, faz-se necessária, nos termos do art. 51, IV, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de execução.

Por fim, impende sublinhar que o aumento da contraprestação pecuniária pode ser motivado tanto pelo reajuste em razão do aumento dos custos operacionais quanto pela mudança de faixa etária.

333. REsp n. 1.568.244/RJ, rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, 2ª S., j. 14-12-2016.

5.2. REGRAS GERAIS PARA O REAJUSTE EM PLANOS COLETIVOS

Os planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de contratação: (i) individual ou familiar; (ii) coletivo empresarial; e (iii) coletivo por adesão (arts. 16, VII, da Lei n. 9.656/98, havendo diferenças, entre eles, na atuação e na formação de preços dos serviços da saúde suplementar.

Nos planos coletivos os parâmetros para o reajuste decorrem da livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A justificativa do percentual de reajuste proposto deve ser fundamentada pela operadora e seus cálculos disponibilizados para conferência pela pessoa jurídica contratante. Neste sentido, a participação da pessoa jurídica é cardeal no ato da negociação do reajuste, uma vez que esta pode apurar as informações sobre receitas e despesas dos beneficiários, viabilizando melhores condições de negociar o valor da contraprestação.

As pessoas jurídicas poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se diretamente com a operadora ou com a participação da administradora de benefícios, inclusive na condição de coestipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, consoante o art. 29, I, II e III da RN n. 557/2022.

Nos planos coletivos os índices de reajuste por variação de custos são definidos com observância de cálculos atuariais, não estando sujeitos à aprovação nem vinculados aos parâmetros firmados pelo órgão regulador – Agência Nacional de Saúde –, diversamente do que ocorre em relação aos individuais. Contudo, compete à Agência monitorar a evolução dos preços, de forma a velar pela higidez e conformação do mercado, consoante o inciso XXI do art. 4º da Lei n. 9.961/2000. Neste contexto, as operadoras devem comunicar-lhe os reajustes aplicados, tanto os positivos como os negativos, quanto a ausência de reajuste, consoante os artigos 28 e 29 da RN n. 565/2022.

É importante reforçar que, embora os índices previstos pela ANS para os planos de saúde individuais não se apliquem aos planos de saúde coletivos, esse fato não impede o questionamento judicial em caso de abuso no percentual aplicado.

Na prática, o aumento do valor das contraprestações nos contratos coletivos é composto por reajuste financeiro, reajuste por sinistralidade, além do reajuste por mudança de faixa etária de seus beneficiários.

Os planos coletivos subdividem-se em planos sem patrocinador e planos com patrocinador. Nos planos coletivos sem patrocinador, a integridade das contraprestações é paga pelos beneficiários diretamente à operadora. Assim, a pessoa jurídica que mantém o vínculo com os beneficiários do plano não tem a responsabilidade pelo pagamento do plano, que é realizado diretamente pelo beneficiário. Nos planos coletivos com patrocinador as contraprestações pecuniárias ficam a cargo da pessoa jurídica que conserva a responsabilidade pelo pagamento. Neste caso, o patrocínio pode ser total ou parcial. Assim, o valor do pré-pagamento é único para toda a população de empregados e dependentes, sendo que o cálculo atuarial da cota pré-paga representa um proxy do risco coletivo médio daquela população³³⁴.

A RN nº 565/2022 estabeleceu as seguintes regras sobre os parâmetros para o reajuste das contraprestações dos planos coletivos³³⁵:

“Art. 23. A operadora poderá aplicar o reajuste contratual no período que compreende a data de aniversário do contrato e os doze meses posteriores.

§ 1º Será permitida cobrança retroativa, a ser diluída proporcionalmente pelo mesmo número de meses após a data de aniversário do contrato.

§ 2º No boleto de cobrança referente ao mês da aplicação do reajuste se observará o disposto no art. 22 desta Resolução, devendo ser informado, em caso de cobrança retroativa, a manutenção da data de aniversário do contrato, bem como a forma de cobrança.

§ 3º Enquanto durar a cobrança retroativa deverá constar do boleto de cobrança a indicação do valor referente à parcela diluída.

Art. 24. Nenhum contrato coletivo poderá sofrer qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária em periodicidade inferior a doze meses, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998, bem como a regra prevista no art. 11-A da Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, ou outra norma que vier a sucedê-la.

334. ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília. IPEA. 1998 (Texto para discussão n. 599).

335. Para os planos coletivos, a ANS definiu as regras de reajuste para as operadoras nos seguintes normativos com a indicação dos períodos correlatos: RDC n. 29/2000; RDC n. 66/2001; RN n. 08/2002; RN n. 36/2003; RN n. 74/2004; RN n. 99/2005; RN n. 118/2005; RN n. 128/2006; RN n. 129/2006; RN n. 156/2007; RN n. 157/2007; RN n. 171/2008; e RN n. 172/2008.