

LUCIANA MAYUMI SAKAMOTO

**O MODELO DE PÓS-PAGAMENTO NOS CONTRATOS DE PLANO
DE SAÚDE E A VIABILIZAÇÃO DO DIREITO DE EXTENSÃO DO
BENEFÍCIO PÓS-EMPREGO**

Dissertação de Mestrado

Orientador: Professor Titular Dr. Fernando Campos Scaff

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO
SÃO PAULO - SP
2016**

RESUMO

A presente dissertação analisa a origem e a aplicação do direito de manutenção de ex-empregado no plano de saúde coletivo empresarial depois do seu desligamento da empresa. Nela, abordaremos a natureza do contrato de plano de saúde no ordenamento jurídico brasileiro e os seus efeitos mutantes no decorrer do negócio jurídico celebrado entre a estipulante, que é a empresa, a operadora de plano de saúde, que é a contratada, e o terceiro, que, na qualidade de empregado da empresa, é o beneficiário do contrato. Também analisaremos as características do sistema de saúde misto adotado no Brasil. Verificaremos que o direito de extensão do plano de saúde pós-emprego foi espelhado na legislação americana. Na legislação brasileira, contudo, esse direito teve suas características alargadas, de modo a ampliar o acesso à assistência privada e assegurar ao ex-empregado a sua permanência no plano de saúde. Por fim, abordaremos as bases principiológicas do direito à saúde, bem como os entendimentos doutrinários e jurisprudenciais que amparam a aplicação desse benefício pós-emprego, buscando soluções para a viabilização do direito considerando as suas peculiaridades no tocante aos aspectos econômicos desse contrato. Por ser uma fonte de direito relevante na atualidade, analisaremos por fim o papel da atividade jurisdicional e o método hermenêutico utilizado pelos magistrados para solucionar os litígios. Nosso argumento consiste em que o equilíbrio do contrato é essencial para a sustentabilidade da relação jurídica ora analisada.

Palavras-chave: Assistência à saúde – Seguro saúde – Plano de saúde coletivo empresarial – Benefício pós-emprego – Manutenção no plano de saúde – Contribuição – Ex-empregado – Extensão do plano de saúde – Princípios contratuais.

ABSTRACT

The following essay examines the origin and the enforcement of the former employee maintenance right in the corporate healthcare plan after his dismissal or retirement. We will examine the nature of the healthcare contract in view of Brazilian legal system and its variable features during the transaction between the policyholder, which is the company that offers the healthcare plan to its employees, the contractor, which is the insurance company, and the third-party, which corresponds to the former employee, that is the beneficiary of the healthcare plan. Also we will analyze the characteristics of the Brazilian health system, which involves the public and private sectors. We will verify that the right that allows the extension of the healthcare plan post-employment was based on the American system. Under Brazilian law, however, this right was slightly changed in order to expand its applicability to allow the access to the private healthcare and to ensure the maintenance of the former employee in the corporate healthcare plan. Finally, we will discuss the principles applied to the right to health as well as the doctrinal and jurisprudential understandings that support the application of post-employment benefit, seeking solutions for the viability of this law, considering their peculiarities with regard to economic aspects of the agreement. It is also important to bear in mind that to solve the disputes filed prior to the Court, we have to analyze the role of the judiciary and the hermeneutical method used by judges to be applied on this matter. Our argument is that the contract balance is essential for the sustainability of the legal relationship.

Keywords: Healthcare – Health Insurance - Corporate Healthcare Plan - Post-Employment Benefit - Maintenance in the healthcare plan – Contribution – Former Employee – Extension of the healthcare plan - Contractual principles.

INTRODUÇÃO

A elaboração desta dissertação teve por base em duas premissas. A primeira é que o plano de saúde é considerado, na atualidade, o benefício mais desejado pelos indivíduos no Brasil, de modo que o acesso à assistência à saúde suplementar tem sido garantida aos cidadãos por meio dos planos de saúde coletivos empresariais, que são oferecidos pelo setor produtivo privado por meio de políticas de benefícios aos seus empregados. A segunda premissa se refere ao cumprimento pelas empresas privadas de sua função social, à medida que, embora inexistente obrigação legal, elas auxiliam o Estado no seu dever constitucional de prover saúde aos cidadãos mediante o oferecimento de plano de saúde privado.

Nesse cenário político, social e econômico, a Lei de Planos de Saúde, editada em 1998, estabeleceu que ao ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado, que contribuiu para o plano de saúde proveniente de vínculo empregatício, é assegurado o direito de permanecer no plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que desfrutava enquanto vigente o contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

Vale mencionar, desde já, que, paralelamente aos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, esse direito também é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (“ANS”), na qualidade de agência reguladora do setor de saúde suplementar, responsável pela fiscalização, regulação e monitoramento do mercado.

Em razão de diversos questionamentos levados ao Poder Judiciário quanto à aplicação do direito, especialmente quanto aos requisitos de elegibilidade e à apuração do pagamento integral a ser assumido pelo ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado, mostrou-se relevante o aprofundamento do estudo do direito do benefício pós-emprego, que tem repercussão tanto no setor privado quanto no setor público, em termos jurídicos, sociais ou econômicos.

Primeiramente, os planos de saúde privados conquistaram o seu espaço no mercado ante a insuficiência de recursos e falha na gestão do sistema público de saúde brasileiro, que não consegue cumprir a sua função de prestar à assistência à saúde a todos os cidadãos, com qualidade e presteza. Dessa forma, conforme será analisado nesta dissertação, verificaremos a relevância da coexistência de ambos os sistemas de saúde: público e privado.

Em segundo lugar, também é notável o interesse social embutido no direito de extensão do plano de saúde pós-emprego, criando o chamado “*apartheid* social”. Isso porque se dá uma segregação entre os cidadãos que têm condições financeiras de adquirir diretamente um plano de saúde e aqueles que não têm recursos financeiros suficientes para pagar a mensalidade do plano, sendo obrigados a depender do sistema público de saúde.

Outro fator que evidencia o papel fundamental desempenhado pelo setor produtivo, no auxílio ao Estado do seu dever de prover a saúde, é que, dos 50,5 milhões de vínculos com planos privados de assistência à saúde, 33,6 milhões se referem a beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais, ou seja, decorrentes de vínculo empregatício ou estatutário entre o estipulante e o beneficiário do plano.

Todavia, sob o aspecto jurídico e econômico, verificamos que o direito em questão também tem sido objeto constante de ações judiciais levadas ao Poder Judiciário. Essas ações tratam, especialmente, da elegibilidade ao direito e do dever de assunção do pagamento integral pelo beneficiário.

Para a análise dessas questões, faz-se necessário analisar a natureza do contrato de plano de saúde e suas peculiaridades, bem como os seus efeitos mutantes do ponto de vista do tipo legal no decorrer da relação jurídica mantida entre a estipulante, que é a empregadora, a operadora de plano de saúde e o ex-empregado. Isso porque, de acordo com a natureza do contrato, podemos avaliar as obrigações e direitos assumidos pelas partes contratantes, bem como ponderar o papel do terceiro, que é o beneficiário do contrato, no estabelecimento dos termos do instrumento contratual.

Ademais, com base nas características do contrato, é possível compreender a dinâmica dos contratos de plano de saúde sob os aspectos econômicos, amparo aos

princípios contratuais aplicáveis a essa atividade, como, por exemplo, a aleatoriedade do contrato, uma vez que, embora seja previsível que o beneficiário utilizará os serviços de assistência à saúde, não sabemos quando essa despesa ocorrerá, nem qual será a sua extensão, o que impossibilita prever de antemão se a operadora de plano de saúde terá lucro ou prejuízo com esse contrato. Esse caráter de imprevisibilidade é que contribui para assegurarmos a aleatoriedade do tipo contratual.

Após apreendermos as características do tipo legal, objeto desta dissertação, sustentaremos a necessidade de um marco regulatório da saúde, que regule as peculiaridades dos contratos de plano de saúde em maior profundidade, a fim de evitar definições defeituosas ou conflitantes. Afinal, se não são claros os parâmetros que os informam, são maiores as incertezas quanto aos seus limites e resultados.

Dessa forma, após termos, portanto, analisado (i) a terminologia adequada ao plano de assistência à saúde, (ii) a natureza do contrato de plano de saúde em relação à mescla de características do contrato de estipulação em favor de terceiros, de prestação de serviços e de seguros, (iii) a relevância do setor de saúde suplementar e sua regulamentação pela ANS, e (iv) a origem do direito de manutenção no plano de saúde pós-emprego e a influência do sistema americano, esta dissertação passará a tratar da crise da saúde suplementar diante dos novos princípios contratuais, tomados como limitadores da autonomia privada, da força obrigatória dos contratos e da própria legalidade.

Nesse contexto, verificaremos a atuação do Poder Judiciário em relação à necessidade de interpretar e viabilizar o cumprimento do direito de extensão do plano de saúde pós-emprego, sanando as lacunas legislativas existentes na Lei nº 9.656/98. Com base na análise jurisprudencial dos Tribunais Estaduais e do Superior Tribunal de Justiça, avaliaremos a dificuldade do Poder Judiciário de desenvolver técnicas de hermenêutica para solucionar os litígios que são levados ao judiciário.

Embora as ações judiciais tutem, a princípio, um direito individual, é importante partirmos do pressuposto de que se trata de um contrato coletivo, de modo que a determinação judicial a um beneficiário por meio do provimento jurisdicional, impactará todo o grupo segurado, com amparo no princípio do mutualismo contratual. O impacto da

flexibilização das normas relativas ao benefício pós-emprego é constatado tanto no mercado de saúde suplementar, sob a perspectiva das pessoas jurídicas responsáveis pela administração e garantia da prestação do serviço, quanto no próprio setor produtivo, responsável pela contratação dos planos coletivos empresariais aos seus empregados, gerando o risco do colapso do mercado, em razão da sua insustentabilidade financeira a médio e longo prazo.

Nesse cenário, a presente dissertação tem por objetivo refletir sobre a intenção do legislador na criação do direito do ex-empregado de manutenção no plano de saúde do qual desfrutava na vigência do contrato de trabalho, bem como sobre sua operacionalização, a fim de assegurar, do ponto de vista jurídico, a sua viabilidade administrativa e financeira, conciliando as preocupações suscitadas pelas empresas, pelas operadoras, pelos beneficiários, pelo Poder Judiciário e pela ANS.

7. CONCLUSÃO

Nesta dissertação, pretendemos demonstrar a relevância, na atualidade, dos planos de saúde coletivos empresariais oferecidos pelas empresas aos seus empregados como parte da política de benefícios. Em razão da insuficiência de recursos financeiros pelo sistema público de saúde e da sua incapacidade de prestar atendimento, de forma adequada e com qualidade, à população brasileira, o acesso à assistência à saúde privada tornou-se a maior preocupação dos cidadãos brasileiros, criando uma espécie de *apartheid social*, consistente na segregação entre os indivíduos que têm condições financeiras para adquirir um plano de saúde privado e aqueles que as não têm.

De acordo com informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (“ANS”), foram constatados, em junho de 2015, 50,5 milhões de vínculos com planos privados de assistência à saúde, dos quais 33,6 milhões estavam alocados em planos coletivos empresariais. O que se observa é um aumento ou uma redução proporcional desse dado em relação ao crescimento ou retração do emprego formal. Se comparado ao mês de dezembro de 2014, a ANS apurou uma redução de 200.000 vínculos.

Assim, a expansão dos planos de saúde coletivos empresariais permitiu o aumento do acesso à assistência à saúde privada por meio do emprego formal. Embora não haja nenhuma obrigação legal das empresas de oferecer plano de saúde aos seus empregados, o setor produtivo tem auxiliado o Estado no cumprimento do seu dever constitucional de prover a assistência à saúde aos cidadãos.

A importância desse canal, pelo qual os indivíduos passaram a ter acesso à saúde privada, foi acentuada à medida que a Lei de Planos de Saúde criou o direito de permanência do ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado como beneficiário do plano de saúde coletivo empresarial após o seu desligamento da empresa, mantendo as mesmas condições de cobertura assistencial desfrutadas na vigência do contrato de trabalho. Para o exercício desse direito, o legislador estabeleceu alguns requisitos de elegibilidade: **(i)** o plano de saúde deve ser proveniente de uma relação de vínculo empregatício, **(ii)** o ex-empregado deve ter contribuído para o plano de saúde, **(iii)** o ex-empregado deverá assumir o pagamento integral do plano.

Em razão da competência atribuída pela Lei nº 9.961/2000, na qualidade de agência reguladora, responsável pelo monitoramento, pela fiscalização e regulação do setor de saúde suplementar, a ANS editou a Resolução Normativa nº 279/2011 (“RN nº 279/2011”), que revogou as Resoluções CONSU nºs 20/99 e 21/99, a fim de regulamentar o direito de extensão do benefício pós-emprego previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

A ANS, por sua vez, buscou esclarecer a definição de “contribuição”; “mesmas condições de cobertura assistencial” e “novo emprego”, bem como estabeleceu diretrizes a serem observadas tanto pelas estipulantes, que eram as empresas, quanto pelas operadoras de plano de saúde e pelos beneficiários para o exercício desse direito.

A título exemplificativo, a ANS dispôs que é dever da empresa comunicar ao seu empregado o seu direito de permanecer no plano de saúde após o seu desligamento. Além disso, refletindo a disposição das revogadas Resoluções CONSU nºs 20/99 e 21/99, a ANS manteve a determinação de que o ex-empregado deverá manifestar o seu interesse no exercício desse direito no prazo máximo de 30 dias, a serem contados da comunicação da ex-empregadora.

Também foi determinado que, no ato da contratação do plano de saúde, a operadora deverá apresentar aos beneficiários o valor corresponde ao seu custo por faixa etária, ainda que o empregador adote como critério de pagamento o preço único ou opte pelo financiamento. Assim, no momento da contratação do empregado e da sua inclusão no plano de saúde, a empresa deverá apresentar ao empregado a tabela de preços por faixa etária, para que ele possa ter conhecimento dos termos do contrato de plano de saúde desde logo.

A RN nº 279/2011 também tratou das opções da ex-empregadora quanto à operacionalização do direito, isto é, se manterá os empregados e ex-empregados no mesmo plano de saúde, com as mesmas características de cobertura assistencial e preço, ou se segregará os ex-empregados em um plano exclusivo, podendo estabelecer condições diferenciadas de rede assistencial, padrão de acomodação e área geográfica como opção mais acessível, sendo que também poderá haver condições de reajuste, preço e faixa etária diferenciados do plano de saúde dos ativos.

Contudo, muitas demandas foram levadas ao Poder Judiciário com o intuito de questionar o alcance dos requisitos de elegibilidade à manutenção no plano de saúde e as diretrizes para o seu cumprimento.

O primeiro ponto questionado pelos ex-empregados é a determinação da ANS do prazo máximo de 30 dias para que o ex-empregado manifeste, de forma inequívoca, seu interesse em permanecer no plano de saúde após o seu desligamento, sob o argumento de que, ao restringir o texto legal, a ANS teria extrapolado a sua competência regulatória.

O segundo requisito levado à apreciação pelo Poder Judiciário se refere ao conceito de "contribuição" do empregado para o plano de saúde. Discute-se, especificamente, se o empregado deveria contribuir para o custeio do plano mediante o desconto mensal de um valor em seu holerite ou se bastaria a contribuição com sua força de trabalho, uma vez que o benefício do plano de saúde configuraria salário indireto (não obstante, como já demonstrado nesta dissertação, esta linha de raciocínio viole a CLT, na qual está disposto, expressamente, que a assistência médica não é salário).

O terceiro aspecto abordado pelas ações judiciais é a obrigação do ex-empregado de assumir o pagamento integral. Para tanto, primeiramente, o que se discute é o alcance da expressão “mesmas condições de cobertura assistencial”, uma vez que os ex-empregados alegam que elas deveriam ter sido não só a mesma rede credenciada, padrão de acomodação, abrangência geográfica, segmentação do plano, mas também o preço. Em outras palavras, se o empregado optar por exercer o seu direito mediante o ajuizamento de ação 10 anos após o seu desligamento – nesse caso estamos nos baseando na corrente jurisprudencial que adota o prazo decenal como o prazo prescricional para essas ações de manutenção no plano de saúde –, o Judiciário deveria determinar que fosse aplicado ao ex-empregado o mesmo valor do plano de saúde vigente na época do seu contrato de trabalho, mesmo que a empresa já tenha, juntamente com a operadora de plano de saúde, alterado, por exemplo, a modalidade de custeio do plano.

Ainda em relação à questão do pagamento integral, o Judiciário passou a ter que analisar as diferentes modalidades de plano de saúde no tocante à formação de preço. Isso

porque, se o seguro saúde do qual o empregado era beneficiário adotava a modalidade de pré-pagamento – ou seja, a operadora apurava o valor de prêmio correspondente a cada beneficiário com base em cálculo atuarial, o qual é pago pela empresa, independentemente da utilização dos serviços médicos –, era possível apurar a parcela da contribuição do empregado e a parcela subsidiada pela ex-empregadora, as quais compõem o “pagamento integral” a ser assumido pelo ex-empregado.

No entanto, quando a modalidade adotada para o plano de saúde é o pós-pagamento – ou seja, a empresa paga à operadora apenas uma taxa de administração e, paralelamente, o valor das despesas médico-hospitalares incorridas pelos seus empregados e dependentes com base na tabela de honorários médicos –, não é possível, a princípio, apurar o valor da parcela subsidiada pela empresa, pois o valor da mensalidade varia mensalmente conforme a utilização dos serviços médico-hospitalares pelos empregados e/ou seus dependentes.

Diante desse impasse quanto à apuração da parcela patronal nos planos de pós-pagamento para compor o pagamento integral a ser assumido pelo ex-empregado para o exercício do direito, foi possível identificar a significativa divergência jurisprudencial relativa à definição de critérios para a fixação do valor a ser arcado pelo beneficiário, o que gerou insegurança jurídica e tratamento diferenciado entre os próprios beneficiários, em razão da multiplicidade de soluções encontradas pelo Judiciário.

Nesse contexto, passamos a analisar, nesta dissertação, o papel do Poder Judiciário no preenchimento das lacunas legislativas e na interpretação do ordenamento jurídico aplicável ao direito de extensão do plano de saúde pós-emprego. Foi possível observar o impacto da interpretação realizada pelo Poder Judiciário consistente na flexibilização dos requisitos de elegibilidade do direito, como, por exemplo, a irrelevância da contribuição do empregado sob o argumento de que, a despeito do disposto na CLT, o benefício do plano de saúde configuraria salário indireto.

A questão mais sensível levada ao Judiciário se refere, no entanto, à apuração do pagamento integral a ser assumido pelo ex-empregado nas hipóteses em que o plano de saúde adota a modalidade de custeio pós-pagamento. E é evidente que o Poder Judiciário não pode negar a prestação jurisdicional quando provocado, de modo que é necessário que

sejam identificadas formas de solução para esse conflito, a fim de garantir o direito do ex-empregado assegurado pela Lei de Planos de Saúde.

Por outro lado, esta dissertação se propõe refletir sobre as decisões proferidas nas ações individuais, questionando, especificamente, se elas produzirão reflexo em toda a coletividade de beneficiários, bem como na viabilidade financeira do oferecimento do benefício. Isso porque a fixação pelo Judiciário de valores de mensalidade, mediante a aplicação de critérios sem amparo técnico, impacta não apenas o indivíduo que busca a tutela jurisdicional, mas todo o grupo segurado, ante possibilidade de desequilíbrio econômico, uma vez que as mensalidades não representam o pagamento integral.

Os referidos precedentes jurisprudenciais suscitam, ainda, a aplicação de princípios de direito, como, por exemplo, a função social, a boa-fé, o mutualismo e a cooperação, a fim de justificar a fixação de valores de mensalidade inferiores ao pagamento integral, à medida que o ex-empregado não possui condições financeiras de arcar com o valor do plano de saúde privado no qual tem direito de permanecer após o seu desligamento da empresa.

Nesse contexto, a presente dissertação ponderou a relevância da conciliação das normas aplicáveis com os princípios de direito, no intuito de buscar o equilíbrio da relação contratual. Entendemos que o provimento jurisdicional protetivo ao extremo inviabilizará o oferecimento do plano de saúde coletivo empresarial, uma vez que os custos com o plano de saúde passam a impactar diretamente as despesas assumidas pela empresa, bem como a sua atividade econômica principal e a competição com empresas que, eventualmente, não ofereçam o benefício ou cuja população segurada tenha uma sinistralidade reduzida ou um desequilíbrio econômico em menor extensão.

É inegável que o juiz é criador do direito e, para tanto, deve desenvolver meios próprios e adequados para interpretar a norma. O poder de criação é, em suma, inerente a essa atividade. Todavia, é fundamental que a discricionariedade do magistrado esteja pautada em limites objetivos, como, por exemplo, o ordenamento jurídico existente, de acordo com a hierarquia das normas, bem como em limites subjetivos, como, por exemplo,

os princípios de direito e valores, dentre os quais também é definida uma hierarquia própria.

Embora não seja possível estabelecer um modelo assistencial de plano de saúde perfeito para a viabilização do direito de extensão do plano de saúde pós-emprego nas hipóteses em que a ex-empregadora adotava o modelo de custeio pós-pagamento, é necessário que tanto o Judiciário quanto a ANS estejam abertos a discutir possíveis soluções encontradas pelas empresas e operadoras para fixar a contraprestação com a qual arcará o ex-empregado, com critérios técnicos e fundamentados, a fim de garantir a razoabilidade e coibir abusividades nas práticas comerciais.

Do mesmo modo, também é necessário que o beneficiário compreenda que a saúde privada não compartilha dos mesmos princípios da saúde pública, como, por exemplo, a universalidade e gratuidade. Logo, não é razoável que o Judiciário estabeleça que a contraprestação dos planos privados de saúde seja, por exemplo, pautada no valor pago pela seguridade social aos indivíduos ou, ainda, que seja fixada de acordo com os recursos financeiros de cada beneficiário. Pela essência do contrato de seguro, prevalece o princípio do mutualismo, mantendo a solidariedade entre o grupo segurado. Ademais, diante das disposições do Estatuto do Idoso e das regras da ANS e Código de Defesa do Consumidor, é vedada a seleção de risco e/ou a cobrança diferenciada entre os beneficiários em razão de suas condições particulares.

Portanto, nota-se que a judicialização do direito de manutenção no plano de saúde gera consequências do ponto de vista econômico, social, político e cultural. Além disso, como foi mencionado nesta dissertação, os questionamentos suscitados em torno desse direito estão pautado em bases sólidas, seja por parte do beneficiário, da empresa, da operadora, da ANS ou do Judiciário. Para solucioná-lo, é de suma importância que todos os agentes desse setor estejam alinhados na busca de um objetivo comum.

A redução dos custos na saúde é essencial para a sustentabilidade do setor. Assim, cada um tem o seu papel na viabilidade desse direito. A mudança cultural quanto à conscientização da necessidade de medidas preventivas de saúde, a incorporação de hábitos mais saudáveis, o incentivo à prestação de um serviço de saúde de alta qualidade, a

busca pelo cuidado com a saúde coletiva e individual, são todas medidas necessárias e cumulativas para reduzir os custos da saúde. Essa mudança refletirá, por consequência, na sinistralidade do grupo segurado, no controle de custos de manutenção desse benefício, seja pela ex-empregadora, seja pelo beneficiário, agora na qualidade de ex-empregado, que passa a ter relação direta com a operadora, exceto pelo fato de que permanecerá atrelado ao plano de saúde contratado e negociado pela sua ex-empregadora.

Diante disso, conforme recentemente apreciado pelo Superior Tribunal de Justiça, a melhor interpretação atribuída ao direito previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 é a de que devem ser asseguradas ao ex-empregado as mesmas condições de cobertura assistencial, entendido o termo "mesmas condições de cobertura assistencial" apenas como rede assistencial, padrão de acomodação, abrangência geográfica, não incluindo o preço, o qual poderá variar de acordo com o plano de saúde paradigma, ou seja, aquele oferecido pela empresa aos seus empregados, mantendo o tratamento equiparado para ativos e inativos.

Essas reflexões nos permitem concluir que estamos diante de um contrato cativo de longa duração, também chamado de contrato relacional, o qual gera a expectativa pelo contratante de que o vínculo se estenderá por um longo período, sendo essencial que o comportamento das partes seja baseado na boa-fé, confiança e cooperação. Dessa forma, diante da natureza dos contratos de plano de saúde, mostra-se importante a flexibilização pelo Judiciário do rigor empregado na interpretação do direito e dos contratos, bem como na aplicação dos princípios contratuais a fim de evitar a ruína e o colapso do sistema de saúde, que prejudicariam não só o beneficiário, mas também a empresa. Essa conciliação e o equilíbrio entre os interesses das partes é o exercício prático dos deveres de solidariedade, cooperação e lealdade entre as partes contratantes.

BIBLIOGRAFIA

ALVIM, Pedro. *O contrato de seguro*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

ARAÚJO JUNIOR, José Tavares. Poder de mercado no setor de saúde suplementar. In: FARINA, Laércio; GUIMARÃES, Denis Alves (Orgs.). *Concorrência e regulação no setor de saúde suplementar*. São Paulo: Singular, 2010.

BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no sistema único de saúde no Brasil. In: *Direito sanitário e saúde pública – Coletânea de Textos*. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BANDEIRA, Paula Greco. *Contratos aleatórios no direito brasileiro*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. *Planos de saúde: Doutrina, jurisprudência e legislação*. São Paulo: Saraiva, 2015.

BOBBIO, Norberto. *Teoria do ordenamento jurídico*. 2ª ed. Trad. Ari Marcelo Solon. São Paulo: EDIPRO, 2014.

_____. *O positivismo jurídico*. Lições de filosofia do direito. São Paulo: Ícone, 1995.

BOTTESINI, Maury Ângelo. Contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde – princípios básicos da atividade – suporte jurídico-legal e constitucional. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Org.). *Planos de saúde*. Aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos Planos e Seguros de Saúde*. Comentada artigo por artigo. 3ª ed. Forense: Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Financiamento Público de Saúde. Série ECOS. Economia da Saúde para a Gestão do SUS. Eixo 1. Volume 1. Brasília, 2013.

BOQUINHAS, José Miguel. *Políticas e sistemas de saúde*. Coimbra: Almedina, 2012.

CAPPELLETTI, Mauro. *Juízes legisladores?* Trad. Carlos Alberto Álvaro de Oliveira. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1999.

CARLINI, Angélica Lúcia. Judicialização da saúde pública no Brasil. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Org.). *Planos de saúde*. Aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira. Princípios básicos de seguros e planos de saúde. *Planos de saúde*. Aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

CECHIN, José. *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva, 2008.

CLARK, Robert; MORRILL, Melinda Sandler. *Retiree health plans in the public sector: Is there a funding crisis?* United States: Edward Elgar Pub, 2010.

CORDEIRO, António Menezes. *Direito dos seguros*. Coimbra. Almedina, 2013.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: *Direito sanitário e saúde pública – Coletânea de Textos*. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: *Direito sanitário e saúde pública – Coletânea de Textos*. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DEODADO, Sérgio. *Direito da saúde*. Portugal: Almedina, 2012.

FEITOSA, Maria Luiza Pereira de Alencar Mayer. *Paradigmas inconclusos: Os contratos entre a autonomia privada, a regulação estatal e a globalização dos mercados*. Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

FERRAZ JUNIOR, Tercio Sampaio. *Introdução ao estudo do direito: Técnica, decisão, dominação*. 8ª ed. São Paulo: ATLAS, 2015.

FIELD, Robert I. *Health care regulation in America: Complexity, confrontation, and compromise*. New York: Oxford, 2007.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. *Curso de direito de saúde suplementar*. Manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP Editora, 2006.

FORGIONI, Paula A. *Teoria geral dos contratos empresariais*. 2ª ed. São Paulo: RT, 2010.

FRANÇA, R. Limongi. *Hermenêutica jurídica*. 8ª ed. São Paulo: RT, 2010.

FRIED, Charles. *Contract as promise. A theory of contractual obligation*. 2nd ed. New York: Oxford, 2015.

GODOY, Claudio Luiz Bueno de. *Função social do contrato*. São Paulo: Saraiva, 2004.

GOMES, Orlando. *Contratos*. 26ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GRAU, Eros Roberto. *O direito posto e o direito pressuposto*. 8ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

GREGORI, Maria Stella. *Planos de saúde: A ótica da proteção do consumidor*. 3ª ed. São Paulo: RT. 2011.

GUIMARÃES, Ulysses. Discurso do Deputado Ulysses Guimarães, presidente da Assembléia Nacional Constituinte, em 5.10.1988: por ocasião da promulgação da Constituição Federal. v. 102, n. 938, p. 19 a 26, São Paulo: RT, dez/2013.

HAVIGHURST, Clark; BLUMSTEIN, James F.; BRENNAN, Troyen A. *Health care law and policy*. Reading, notes and questions. 2nd ed. United States: University Casebook Series, 1998.

HENDERSON, James W. *Health economics and policy*. 5th ed. South-Western Cengage Learning, 2011.

JUSTEN FILHO, Marçal. *O direito das agências reguladoras independentes*. São Paulo: Dialética, 2002.

KAZMIER, Janice L. *Health care law*. 1st ed. United States: Cengage Learning, 2007.

KONGSTVEDT, Peter R. *Essentials of managed health care*. 6th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013.

KOZAK, Barry. *Employee benefit plans*. United States: Carolina Academic Press, 2010.

LANDO, Ole; BEALE, Hugh. *Principles of european contract law*. Parte I e II. The Commission on European Contract Law (Prepared by). United States: Kluwer Law International, 2000.

LOPES, Luiz Celso Dias. A garantia de manutenção em planos coletivos empresariais para demitidos e aposentados – artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Org.). *Planos de saúde*. Aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

LOPEZ, Teresa Ancona. *Princípio da precaução e evolução da responsabilidade civil*. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

LORENZETTI, Ricardo Luis. *Teoria da decisão judicial: Fundamentos de direito*. 2^a ed. São Paulo: RT, 2010.

MACEDO JUNIOR, Ronaldo Porto. *Contratos relacionais e defesa do consumidor*. 2^a ed. São Paulo: RT, 2007.

MACNEIL, Ian R. *O novo contrato social*. Trad. Alvamar de Campos Andrade Lamparelli. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MARQUES, Claudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: O novo regime das relações contratuais*. 6^a ed. São Paulo: RT, 2011.

_____. *Diálogo das fontes*. Do conflito à coordenação de normas do direito brasileiro. São Paulo: RT, 2012.

MARTINS-COSTA, Judith. *A boa-fé no direito privado*: Critérios para a sua aplicação. São Paulo: Marcial Pons, 2015.

MATHIAS, Guilherme Valdetaro. O código civil e o código do consumidor na saúde suplementar. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Org.). *Planos de saúde*. Aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do direito*. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

MELLO, Marco Aurélio. Saúde suplementar, segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Org.). *Planos de saúde*. Aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo*. 23ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

MEULEN, Ruud Ter et al. *Solidarity in Health and Social Care in Europe*. Philosophy and Medicine (Book 69). Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2001.

MIRAGEM, Bruno. *Eppur si muove*: Diálogo das fontes como método de interpretação sistemática no direito brasileiro. In: MARQUES, Cláudia Lima. *Diálogo das fontes*. Do conflito à coordenação de normas do direito brasileiro. São Paulo: RT, 2012

MIRAGEM, Bruno; CARLINI, Angélica. *Direito dos seguros*. Fundamentos de Direito Civil, Direito Empresarial e Direito do Consumidor. São Paulo: RT, 2014.

MORRISEY, Michael A. *Health insurance*. 2nd ed. Chicago: HAP, 2014.

MOURAD, Nabil Ahmad et al. *IRFS*: Normas Internacionais de contabilidade para operadoras de saúde: Precificação, solvência e contabilização. São Paulo: Atlas, 2010.

NEGREIROS, Teresa. *Teoria do contrato: Novos paradigmas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

NORONHA, Fernando. *Direito das obrigações*. São Paulo: Saraiva, 2010.

NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. *Comentários à lei de plano privado de assistência à saúde*. São Paulo: Saraiva, 2000.

PENTEADO, Luciano de Camargo. *Efeitos contratuais perante terceiros*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de Direito Civil: Contratos*. Volume III. 17ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

PRATT, David A.; REECE, Sharon. *ERISA and employee benefit law: The essentials*. United States: American Bar Association, 2012.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. *Direito administrativo*. 20ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.

POSNER, Eric; SALAMA, Bruno Meyerhof (Org.) *Análise econômica do direito contratual*. Sucesso ou fracasso? São Paulo: Saraiva, 2010.

POSNER, Richard A. *How judges think*. London: Harvad University Press, 2010.

POZGAR, George D. *Legal aspects of health care administration*. 11st ed. United States: Jones & Bartlett Learning, 2012.

RIZZARDO, Arnaldo. *Contratos*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

ROCHA, António Manuel da.; CORDEIRO, Menezes. *Da boa-fé no direito civil*. Coimbra: Almedina, 1953.

ROPPO, Enzo. *O contrato*. Portugal: Almedina, 2009.

- ROPPO, Vincenzo. *Il contratto*. Milano: Giuffrè, 2001.
- ROSENVOLD, Nelson. *Dignidade humana e boa-Fé no Código Civil*. São Paulo: Saraiva, 2005.
- SANDEL, Michael. J. *Justiça. O que é fazer a coisa certa*. 13ª ed. Trad. Heloísa Matias e Maria Alice Máximo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- SANTOS, Ricardo Bechara dos. *Direito de seguro no novo Código Civil e legislação própria*. Rio de Janeiro: Forense, 2006.
- SCAFF, Fernando Campos. *Direito à saúde no âmbito privado: Contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde*. São Paulo: Saraiva, 2010.
- SAMPAIO, Aurisvaldo. *Contratos de plano de saúde*. São Paulo: RT, 2010.
- SILVA, Clóvis V. do Couto. *A obrigação como processo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 35ª ed. São Paulo: Malheiros, 2012.
- SLOAN, Frank A.; HSIEH, Chee-Ruey. *Health economics*. United States: The MIT Press, 2012.
- SULTZ, Harry A.; YOUNG, Kristina M. *Health care USA: Understanding its organization and delivery*. 8th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013.
- TELLES, Inocêncio Galvão. *Direito das obrigações*. 7ª ed. Lisboa: Coimbra Editora, 2014
- _____. *Manual dos contratos em geral*. 4ª ed. Lisboa: Coimbra Editora, 2010.
- TIMM, Luciano Benetti. *Direito contratual brasileiro. Críticas e alternativas ao solidarismo jurídico*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A constituição dirigente e o direito regulatório do estado social: O Direito Sanitário. In: *Direito sanitário e saúde pública – Coletânea de Textos*. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

TUCCI, José Rogério Cruz e. *Precedente judicial como fonte de direito*. São Paulo: RT, 2004

USTÁRROZ, Daniel. O solidarismo no direito contratual brasileiro. In: MARQUES, Cláudia Lima. *Diálogo das fontes*. Do conflito à coordenação de normas do direito brasileiro. São Paulo: RT, 2012.

VARELLA, Drauzio; CESCHIN, Mauricio. *A saúde dos planos de saúde*. Os desafios da assistência privada no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Paralela, 2014.

VARELA, João de Matos Antunes. *Das obrigações em geral*. Volume 1. 10ª ed. Coimbra: Almedina, 2009.

VASCONCELOS, Pedro Pais de. *Contratos atípicos*. Dissertação de Doutorado. 2ª ed. Lisboa: Almedina, 2009.

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil*. Teoria geral das obrigações e teoria geral dos contratos. Volume 2. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ZWEIFEL, Peter. *et al. Health economics*. 2nd ed. New York: Springer, 2009.