

Por Mario Scheffer e Rafael Robba (*)

A 4^a turma do STJ, ao analisar recurso interposto por uma das cooperativas médicas Unimed, decidiu que todas as empresas operadoras desse grupo podem ser “acionadas para responder solidariamente pelas obrigações contratadas por qualquer delas”. Trata-se de decisão de grande repercussão, considerando a participação do mercado de planos e seguros de saúde no sistema de saúde brasileiro e, em particular, a posição de destaque ocupada pelo grupo Unimed entre as empresas que atuam na assistência médica suplementar.

O julgado do STJ torna-se ainda mais emblemático diante de fatos recentes. Em 24 de março de 2015, por deliberação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a Unimed Rio, localizada no Rio de Janeiro, foi colocada sob regime de direção fiscal por anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves, que colocam em risco a continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários.

Também por anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves, em 02 de setembro de 2015, a Diretoria Colegiada da ANS colocou a carteira de 744 mil clientes da Unimed Paulistana, localizada na capital paulista, em alienação.

As medidas extremas tomadas pela agência reguladora não só evidenciam os problemas econômico-financeiros e assistenciais dessas empresas, como levantam a pertinência da participação solidária e responsabilidade do grupo Unimed no processo de transferência dos beneficiários da Unimed Paulistana e de garantias de continuidade da assistência médica para os consumidores de ambas operadoras.

No Brasil, 929 empresas de planos médico-hospitalares estão em atividade. O mercado, que contava com 50.516.992 clientes em 2014, movimentou, no mesmo ano, R\$ 67,6 bilhões em receitas de contraprestação. Dentre os motivos de insatisfação de parcela dos brasileiros usuários planos de saúde, que tem levado ao aumento da judicialização do setor, estão: exclusões de cobertura; barreiras de acesso para idosos e doentes crônicos; reajustes abusivos e rescisões unilaterais de contratos; demora no atendimento; número de médicos, hospitais e laboratórios incompatíveis com a demanda e as necessidades de saúde; baixa qualidade assistencial; e problemas na relação entre planos e prestadores de serviços (médicos, hospitais e laboratórios). Os planos de saúde no Brasil são beneficiados pela renúncia fiscal no cálculo de Imposto de Renda de pessoa física e jurídica, além de outros subsídios públicos diretos e indiretos, incluindo isenções tributárias.

Embora sob uma mesma regulação, o mercado de planos de saúde reúne diferentes segmentos ou modalidades empresariais, classificação que considera a origem, a diversidade jurídico-institucional, as características da oferta e da organização da rede de serviços que viabiliza a cobertura assistencial dos produtos comercializados.

Leia [aqui](#) a íntegra do artigo.

(*) **Rafael Robba** é advogado do escritório [Vilhena Silva Sociedade de Advogados](#), mestrando do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

(*) **Mario Scheffer** é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

Fonte: [Migalhas](#), em 11.07.2016.