

**PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS EM PERSPECTIVA
COMPARADA: UMA ANÁLISE DAS SOLUÇÕES NORMATIVAS
ADOTADAS NO BRASIL, NOS ESTADOS UNIDOS, NA ALEMANHA
E NA FRANÇA**

**COLLECTIVE HEALTH INSURANCE PLANS IN COMPARATIVE PERSPECTIVE:
AN ANALYSIS OF THE REGULATORY SOLUTIONS ADOPTED IN BRAZIL, THE
UNITED STATES, GERMANY, AND FRANCE**

**LOS PLANES COLECTIVOS DE SALUD EN PERSPECTIVA COMPARADA: UN
ANÁLISIS DE LAS SOLUCIONES NORMATIVAS ADOPTADAS EN BRASIL,
ESTADOS UNIDOS, ALEMANIA Y FRANCIA**

Pedro Bacelar Araujo Lima¹

DOI: 10.54899/dcs.v23i92.6165

Recibido: 12/06/2026 | **Aceptado:** 07/07/2026 | **Publicación en línea:** 14/07/2026.

RESUMO

O presente estudo realiza um exame de direito comparado acerca das soluções normativas adotadas para a estruturação dos planos coletivos de assistência à saúde, tomando como objetos de análise os modelos brasileiro, norte-americano, alemão e francês. A pesquisa parte da constatação de que, embora todos esses ordenamentos enfrentem o problema comum da articulação entre tutela do direito fundamental à saúde, autonomia privada e contratação massificada, as respostas técnicas e institucionais são significativamente distintas. Sustenta-se, ao final, que a comparação revela um campo fértil para repensar a regulação brasileira sob o prisma da eficácia horizontal dos direitos fundamentais, especialmente no que toca à responsabilidade dos atores contratuais perante o beneficiário. Adotou-se o método hipotético-dedutivo, com pesquisa bibliográfica, normativa e jurisprudencial, tanto nacional quanto estrangeira.

Palavras-chave: Planos de Saúde Coletivos. Direito Comparado. Saúde Suplementar. Eficácia Horizontal dos Direitos Fundamentais. Regulação.

ABSTRACT

This study offers a comparative law examination of the regulatory solutions adopted for the structuring of collective health insurance plans, taking as objects of analysis the Brazilian, American, German, and French models. The research proceeds from the observation that, although all these legal orders face the common problem of articulating the protection of the fundamental right to health, private autonomy, and mass contracting, the technical and institutional responses adopted are significantly distinct. It is argued, in conclusion, that the comparison reveals fertile ground for rethinking Brazilian regulation from the perspective of the horizontal effect of fundamental rights, particularly regarding the responsibility of contractual

¹ Bacharel em Direito, Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: pedro@bacelar-adv.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-1036-3767>

actors vis-à-vis the beneficiary. The hypothetico-deductive method was adopted, based on bibliographical, normative, and jurisprudential research, both domestic and foreign.

Keywords: Collective Health Insurance Plans. Comparative Law. Supplementary Health Care. Horizontal Effect of Fundamental Rights. Regulation.

RESUMEN

El presente estudio realiza un examen de derecho comparado acerca de las soluciones normativas adoptadas para la estructuración de los planes colectivos de asistencia a la salud, tomando como objetos de análisis los modelos brasileño, estadounidense, alemán y francés. La investigación parte de la constatación de que, aunque todos esos ordenamientos enfrentan el problema común de la articulación entre la tutela del derecho fundamental a la salud, la autonomía privada y la contratación masificada, las respuestas técnicas e institucionales adoptadas son significativamente distintas. Se sostiene, al final, que la comparación revela un campo fértil para repensar la regulación brasileña bajo el prisma de la eficacia horizontal de los derechos fundamentales, especialmente en lo que respecta a la responsabilidad de los actores contractuales frente al beneficiario. Se adoptó el método hipotético-deductivo, con investigación bibliográfica, normativa y jurisprudencial, tanto nacional como extranjera.

Palabras clave: Planes Colectivos de Salud. Derecho Comparado. Salud Suplementaria. Eficacia Horizontal de los Derechos Fundamentales. Regulación.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A regulação dos planos coletivos de assistência à saúde figura, contemporaneamente, entre os temas em que se cruzam, com particular intensidade, três planos da experiência jurídica: o do direito constitucional, dada a posição da saúde como direito fundamental social previsto no art. 196 da Constituição; o do direito contratual, na medida em que se trata de relação obrigacional duradoura, de adesão e massificada; e o do direito regulatório, em razão da atuação permanente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de instâncias correlatas em outros ordenamentos.

No Brasil, a contratação coletiva tornou-se, na prática, a forma majoritária de acesso à saúde suplementar. Dados consolidados da própria ANS indicam que, em março de 2026, aproximadamente 84% dos beneficiários de planos de assistência médica encontravam-se vinculados a contratos coletivos, empresariais ou por adesão, respondendo os planos individuais

e familiares pela parcela residual da oferta (Brasil, 2026). Tal configuração, longe de ser fortuita, é o resultado de escolhas regulatórias específicas: ao submeter os planos individuais a tetos de reajuste fixados pela agência reguladora e deixar aos planos coletivos uma liberdade negocial regulada apenas em tese, o ordenamento brasileiro provocou expressivo deslocamento da oferta para o segmento coletivo.

Esse cenário, contudo, não é uma originalidade nacional. Em diferentes graus, ordenamentos como o norte-americano, o alemão e o francês também conferem ao contrato coletivo, mediado pela relação de emprego ou por entidades classistas, papel decisivo no acesso ao serviço de saúde assistencial. As trajetórias normativas, todavia, são distintas, e essa distinção interessa ao jurista brasileiro precisamente porque ilumina, por contraste, o desenho institucional vigente entre nós.

A hipótese que orienta este trabalho é a de que o exame comparado permite identificar uma topografia regulatória cujos pontos de inflexão, a saber, financiamento, vínculo de elegibilidade, mecanismos de portabilidade e papel do Estado regulador, podem ser lidos, em chave dogmática, à luz do problema da eficácia horizontal dos direitos fundamentais nas relações privadas, questão central no direito civil-constitucional contemporâneo.

O objetivo geral é analisar comparativamente as soluções normativas adotadas para a estruturação dos planos coletivos de assistência à saúde nos quatro ordenamentos referidos, identificando convergências e divergências relevantes. Como objetivos específicos, cumpre descrever o desenho institucional de cada modelo, identificar os mecanismos de proteção do beneficiário nas hipóteses de extinção do contrato e discutir os efeitos da comparação sobre a construção dogmática brasileira, em particular no que diz respeito à responsabilidade dos atores contratuais que se interpõem entre a operadora e o beneficiário.

METODOLOGIA

Adotou-se o método hipotético-dedutivo, no qual, a partir de uma hipótese formulada com base na literatura constitucional e civil-constitucional contemporânea, procede-se ao exame do material normativo, jurisprudencial e doutrinário disponível para submetê-la a corroboração ou refutação parcial. A pesquisa é, quanto à natureza, teórica; quanto aos fins, exploratória e descritiva; e, quanto aos meios, bibliográfica, normativa e jurisprudencial.

O recorte de direito comparado abrange quatro ordenamentos: o brasileiro, o norte-

americano, o alemão e o francês. A escolha desses ordenamentos, e não de outros, justifica-se por três razões cumulativas. Em primeiro lugar, todos eles reservam ao contrato coletivo, sob configurações institucionais distintas, papel destacado no acesso à saúde assistencial. Em segundo lugar, representam matrizes regulatórias suficientemente diversas para permitir contraste analítico produtivo: o desenho misto brasileiro, marcado por regulação setorial específica e superposição consumerista; o desenho norte-americano, ancorado em legislação federal fiduciária e amplamente preemptiva; o desenho alemão, estruturado sobre a dualidade entre seguro legal obrigatório e seguro privado; e o desenho francês, caracterizado pela generalização, mediante negociação coletiva, da cobertura complementar de empresa. Em terceiro lugar, o material normativo, doutrinário e jurisprudencial dos quatro ordenamentos é acessível em fontes primárias e secundárias confiáveis, o que assegura a viabilidade do exame comparado.

Os critérios de comparação empregados são quatro: a natureza jurídica da contratação coletiva em cada ordenamento; o papel do empregador e do Estado no financiamento e na configuração do plano; os mecanismos de proteção do beneficiário nas hipóteses de extinção do contrato; e a leitura dogmática dos arranjos sob o prisma da eficácia horizontal dos direitos fundamentais. Esses eixos permitem estruturar a exposição de cada modelo em bases homogêneas e, na seção final da discussão, a construção do quadro comparativo.

A pesquisa normativa abrangeu textos constitucionais, leis federais, atos infralegais e súmulas dos tribunais superiores nacionais e estrangeiros pertinentes. A pesquisa jurisprudencial focalizou decisões paradigmáticas dos tribunais brasileiros e da Suprema Corte dos Estados Unidos, além de referências à jurisprudência constitucional alemã. A pesquisa doutrinária cobriu obras clássicas e contemporâneas de direito civil, direito constitucional, direito sanitário e direito comparado, em português, inglês, alemão e francês.

O MODELO BRASILEIRO: A CONTRATAÇÃO COLETIVA NA LEI Nº 9.656/1998 E SUA REGULAÇÃO PELA ANS

Marco Legal e Tipologia dos Planos Coletivos

A disciplina contemporânea dos planos privados de assistência à saúde, no Brasil, foi estabelecida pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Brasil, 1998). Editada após longo período de informalidade do mercado e na esteira da promulgação do Código de Defesa do Consumidor

(Lei nº 8.078/1990), a Lei dos Planos de Saúde fixou o conjunto de obrigações mínimas das operadoras e os direitos básicos dos beneficiários, instituindo o plano-referência (art. 10), as segmentações assistenciais (art. 12), as hipóteses de manutenção do vínculo após a extinção do contrato de trabalho (arts. 30 e 31) e o regime de fiscalização que, dois anos depois, viria a ser delegado à Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada pela Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000).

Já em sua redação originária, e mais ainda após as alterações promovidas pela Medida Provisória nº 2.177-44/2001, a Lei nº 9.656/1998 reconheceu a existência de três modalidades contratuais quanto ao tipo de contratação: individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão. Essa tripartição, embora prevista em sede legal, recebeu seu desenho operacional preciso por meio de ato infralegal, primeiro com a Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, e, atualmente, com a Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022 (Brasil, 2022b), que revogou aquela e republicou, em quadro consolidado, as regras de classificação e contratação.

A distinção, à primeira vista meramente classificatória, encerra consequências jurídicas relevantes, e ambivalentes.

De um lado, no coletivo empresarial com trinta ou mais beneficiários, a regulamentação afasta a exigência de carências e a cláusula de cobertura parcial temporária (CPT), desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, em condições mais favoráveis do que as oferecidas aos consumidores no segmento individual. De outro lado, justamente em razão da classificação coletiva, o regime regulatório aplicável é mais permissivo no que toca a reajustes, vigência e rescisão, dimensões em que a ANS, em regra, não fixa parâmetros equivalentes aos do segmento individual, remetendo-os ao instrumento contratual celebrado entre operadora e pessoa jurídica contratante.

Quanto ao financiamento, no coletivo empresarial a obrigação pela contraprestação recai, tipicamente, sobre a pessoa jurídica contratante, podendo o trabalhador participar do custeio mediante contribuição parcial ou integral, conforme estipulado contratualmente, ressalvadas as hipóteses dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998. Já no coletivo por adesão, a contraprestação é, em regra, paga diretamente pelo beneficiário, dada a natureza não empregatícia do vínculo que o liga à entidade classista ou profissional contratante.

Esse desenho, aparentemente equilibrado, repousa sobre o pressuposto de que a contratação coletiva expressaria uma relação de barganha entre pessoas jurídicas dotadas de poder

contratual equivalente, e que essa paridade autorizaria a redução do controle regulatório sobre a moldura do contrato.

A premissa, contudo, foi sendo desmentida ao longo dos anos pela proliferação de pequenos contratos coletivos, em particular os de microempreendedores individuais e de pequenas associações classistas. Gregori (2019) diagnostica esses contratos como aparentemente coletivos, embora, na realidade, apresentem características de individual, pelo número reduzido de consumidores, identificando três consequências práticas dessa falsa coletivização: reajustes financeiros não submetidos à autorização da ANS, reajuste por sinistralidade e ausência de regras para a rescisão.

Arquitetura Tripartite: Operadora, Estipulante e Administradora de Benefícios

Um dos traços mais distintivos do modelo brasileiro de saúde suplementar é a presença, no contrato coletivo, de uma terceira figura institucional que se interpõe entre o consumidor-beneficiário e a operadora: a administradora de benefícios. A categoria, regulada pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, atualmente substituída pela RN nº 515/2022 (Brasil, 2022a), foi institucionalizada para compensar a fragilidade organizacional das pessoas jurídicas contratantes, especialmente das entidades classistas e profissionais que celebravam contratos coletivos por adesão e que, na prática, não dispunham de estrutura técnica para gerir o vínculo.

A administradora de benefícios pode atuar de dois modos: como gestora de contrato firmado por terceiro, prestando serviços de gestão à pessoa jurídica contratante, ou como estipulante, hipótese em que ela própria figura como contratante da operadora em nome do grupo de beneficiários. Esta segunda modalidade, em que a administradora assume o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante mediante vinculação de ativos garantidores suficientes, é a que tem provocado, no debate atual, os mais intensos questionamentos doutrinários e jurisprudenciais. Trata-se, em última análise, de figura híbrida: simultaneamente parte contratual, intermediária técnica e, do ponto de vista funcional, ator privado encarregado de operacionalizar o acesso a um direito fundamental social.

Não há, neste arranjo, mero contrato bilateral. Existe, antes, uma estrutura plurilateral em que a relação jurídica básica, entre operadora e beneficiário, encontra-se mediada por dois centros de imputação distintos: o estipulante e a administradora de benefícios. Essa pluralidade subjetiva, que do ponto de vista econômico facilita a contratação massificada, do ponto de vista dogmático

provoca dúvidas relevantes sobre a divisão de responsabilidades, especialmente nas hipóteses patológicas de extinção contratual.

Natureza Híbrida do Regime: Regulação Setorial e Tutela Consumerista

A repercussão prática da configuração adotada para o segmento coletivo no Brasil foi empiricamente investigada por Trettel, Kozan e Scheffer (2018), em análise de 4.059 acórdãos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo proferidos, em 2013 e 2014, em ações entre consumidores e operadoras de planos coletivos no município de São Paulo.

A análise concluiu que 92,4% das decisões foram favoráveis aos consumidores e identificaram, como temas mais recorrentes, a exclusão de coberturas, a manutenção do aposentado no plano coletivo e os reajustes por mudança de faixa etária e por sinistralidade. O quadro revela, segundo Trettel, Kozan e Scheffer (2018), descompasso entre a interpretação conferida à legislação setorial pela ANS e pelas operadoras e aquela adotada pelos tribunais.

Esse descompasso, por sua vez, encontra explicação no plano normativo, em aspecto distintivo do regime brasileiro frente às demais ordens jurídicas examinadas adiante: a coexistência, no plano legislativo, da regulação específica, composta pela Lei nº 9.656/1998 e pelos atos normativos da ANS, com o microssistema do Código de Defesa do Consumidor.

A solução do conflito aparente entre essas fontes foi construída, em larga medida, pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que, na Súmula 608 (Brasil, 2018), fixou orientação no sentido de que o Código de Defesa do Consumidor incide sobre os contratos de plano de saúde, ressalvados os administrados por entidades de autogestão.

O entendimento do STJ recepciona a teoria do diálogo das fontes, formulada por Erik Jayme e desenvolvida no Brasil por Marques (2019), segundo a qual a pluralidade de leis aplicáveis a uma mesma relação jurídica deve ser composta mediante aplicação simultânea, coerente e coordenada das fontes, à luz dos valores constitucionais, e não por exclusão de uma delas. Reconhece-se, assim, a especialidade da Lei dos Planos de Saúde, sem se afastar a incidência da disciplina consumerista, que se aplica complementarmente.

A construção doutrinária subjacente é fundamental para a compreensão dos contratos coletivos.

Marques (2019) cunhou, como categoria autônoma, a dos *contratos cativos de longa duração*, caracterizados pela posição de dependência estrutural do consumidor em relação ao

fornecedor e pela projeção, sobre a relação, de expectativas legítimas que se sedimentam ao longo do tempo, agravadas, sobretudo, na hipótese de aquisição de serviços essenciais, como é o caso da assistência à saúde. A categoria foi recepcionada por Gregori (2019), que a aplica especificamente aos contratos de planos de saúde, sustentando que a confiança gerada pela longa duração da relação constitui, ela própria, fundamento autônomo de proteção do beneficiário.

Tal qualificação dogmática é o que sustenta, em sede consumerista, a impossibilidade de leitura puramente liberal da relação operadora-beneficiário, mesmo nos coletivos.

O regime brasileiro dos planos coletivos não se reduz à lógica setorial, voltada ao equilíbrio econômico do mercado regulado, nem à lógica consumerista, voltada à proteção da parte vulnerável; resulta da convivência entre ambas, composta caso a caso pela interpretação com apoio no diálogo das fontes. Consequentemente, a tutela do beneficiário apoia-se, entre nós, menos no desenho institucional do próprio contrato coletivo e mais em uma correção externa, de matriz consumerista e constitucional, sobreposta a um arranjo que, formalmente, é negocial e privado.

É justamente esse traço que torna fecundo o cotejo com outras experiências normativas. A descrição do modelo brasileiro encerra-se, assim, com a indagação que orienta as seções seguintes: como ordenamentos que partem de pressupostos institucionais distintos, o norte-americano, o alemão e o francês, estruturam a contratação coletiva de saúde e nela acomodam a tensão entre autonomia privada, regulação estatal e direito fundamental à saúde.

O MODELO NORTE-AMERICANO: ERISA E A CENTRALIDADE DO EMPLOYER-SPONSORED PLAN

Origem e Arquitetura do Employee Retirement Income Security Act

Nos Estados Unidos, o eixo da contratação coletiva de saúde encontra-se no *Employee Retirement Income Security Act of 1974* (ERISA), lei federal originalmente concebida para disciplinar planos de previdência privada, mas que, no decorrer das décadas, consolidou-se como o principal estatuto regulatório dos planos de benefícios oferecidos por empregadores, incluindo os planos de saúde, cuidados odontológicos e visuais (Estados Unidos, 1974).

Segundo estimativas oficiais do *Department of Labor*, em 2023 cerca de 2,8 milhões de planos coletivos de saúde regidos pelo ERISA cobriam aproximadamente 135 milhões de

participantes e beneficiários, número que consolida o arranjo como o maior segmento do mercado de seguros de saúde do país (Estados Unidos, 2026).

O ERISA estabelece deveres fiduciários para os administradores dos planos (*plan fiduciaries*), exigências de reporte e divulgação (*reporting and disclosure*), prazos para a tramitação de pedidos de cobertura (*claims process*) e canais administrativos de impugnação (*appeal procedures*). Sob esses aspectos, a lei opera como um piso mínimo de proteção procedimental, garantindo aos participantes acesso à informação e mecanismos de revisão das decisões da administração do plano. O foco do estatuto, contudo, não recai sobre o conteúdo substancial das coberturas, isto é, sobre quais doenças cobrir, em que extensão e com que limites, mas, sim, sobre a forma como o plano é administrado e como os fundos respectivos são gerenciados (Furrow *et al.*, 2018).

A Preempção Federal e a Hands-Off Approach

Talvez a característica mais singular do regime do ERISA, e que o distingue radicalmente do desenho brasileiro, seja a chamada cláusula de preempção (*preemption clause*). Por força dela, as leis estaduais, que historicamente regulavam o mercado de seguros nos Estados Unidos, encontram-se amplamente preemptadas no que diz respeito aos planos de saúde oferecidos por empregadores.

Convém precisar o que significa preempção (*preemption*) no direito norte-americano. O instituto decorre da Cláusula da Supremacia (*Supremacy Clause*), pela qual a lei federal válida prevalece sobre o direito estadual incompatível. No caso do ERISA, a doutrina identifica três formas distintas de preempção, cuja confusão recíproca responde, como anotam Furrow *et al.* (2018), por boa parte das dificuldades da matéria. A primeira é a preempção expressa, fundada na Seção 514(a) (29 U.S.C. § 1144(a)), que determina que o ERISA substitui qualquer lei estadual que se refira a um plano de benefícios de empregados. A segunda é a chamada *complete preemption*, ancorada na Seção 502(a) (29 U.S.C. § 1132(a)), que, na leitura de Furrow *et al.* (2018, p. 707, tradução própria), não é, em rigor, uma doutrina de preempção, mas uma regra de competência federal, pois apenas autoriza a remoção, para a Justiça federal, de demandas que poderiam ter sido ajuizadas sob o § 502(a). A terceira é a preempção de campo (*field preemption*), igualmente extraída do § 502(a), que afasta pretensões e remédios estaduais que tomariam o lugar das ações federais de cobertura ou de violação de dever fiduciário.

A largueza da preempção expressa decorre da leitura que a Suprema Corte deu à expressão “*relate to*”. Desde *Shaw v. Delta Air Lines* (1983), entendeu-se que uma lei estadual se refere a um plano sempre que tenha conexão com ele ou a ele faça referência, fórmula deliberadamente ampla. Por mais de uma década, a Corte qualificou o alcance do § 514(a) como de amplitude expansiva, reconhecendo a preempção quase sempre que identificava a existência de um plano regido pelo ERISA. Esse expansionismo só foi contido em *New York State Conference of Blue Cross & Blue Shield Plans v. Travelers Insurance Co.* (1995), quando a Corte admitiu limites à preempção, afastando-a de normas estaduais de efeito meramente indireto sobre os planos (Furrow *et al.*, 2018).

Keith e Corlette (2023) observam, em estudo do Center on Health Insurance Reforms da Universidade de Georgetown, que o ERISA produz efeito materialmente desregulatório: ainda que os estados possam, em certos domínios, editar normas com efeitos indiretos sobre os planos empregatícios, por exemplo, fixando tetos de reembolso para prestadores, a regulação direta lhes está vedada. A distinção fundamental, no plano técnico, opera-se entre planos *fully insured*, em que o empregador contrata o serviço diretamente de uma seguradora, que assume o risco financeiro, e planos *self-funded*, em que o próprio empregador assume integralmente o risco e custeia diretamente os tratamentos médicos dos empregados. A diferença decorre da própria Seção 514 do ERISA (29 U.S.C. § 1144): a cláusula de ressalva (*savings clause*) preserva a competência dos estados para regular o contrato de seguro, alcançando os planos segurados; já a cláusula de equiparação (*deemer clause*) proíbe tratar o plano autofinanciado como seguradora, subtraindo-o à regulação estadual de seguros (Furrow *et al.*, 2018). Sobre os primeiros, portanto, persistem prerrogativas estaduais; sobre os segundos, vigora preempção mais ampla, e a única instância normativa relevante é a federal.

O alcance dessas duas cláusulas foi sendo delimitado pela Suprema Corte. Quanto à *savings clause*, o caso *Kentucky Association of Health Plans v. Miller* (2003) abandonou o antigo teste de inspiração antitruste e fixou dois requisitos para que a norma estadual se repute reguladora de seguro: dirigir-se especificamente a entidades que exercem atividade securitária e afetar substancialmente o arranjo de mutualização de risco entre segurador e segurado. Quanto à *deemer clause*, *FMC Corporation v. Holliday* (1990) conferiu-lhe leitura ampla, isentando os planos autofinanciados de toda regulação estadual. Dessa construção resulta consequência de grande relevância prática: a *deemer clause* funciona como incentivo para que os empregadores se tornem autosseguradores, pois o plano *self-funded* escapa por inteiro à regulação estadual e,

em especial, aos mandados estaduais de cobertura (Furrow *et al.*, 2018).

Esse desenho, somado ao fato de o ERISA não obrigar os empregadores a oferecer qualquer plano e tampouco fixar, em sede federal, conteúdo mínimo de cobertura, faz com que a abrangência, qualidade e acessibilidade dos planos empregatícios sejam ditadas menos pela lei e mais pela vontade individual de cada empregador, condicionadas, em última análise, à sua capacidade financeira de subsidiar os custos crescentes da assistência médica.

A face mais sensível do regime, do ponto de vista da proteção do beneficiário, está na preempção de remédios. Sob o § 502(a), a Suprema Corte interpretou o ERISA como instituidor de um regime federal exclusivo e uniforme de direitos e obrigações. Em *Pilot Life Insurance Co. v. Dedeaux* (1987), recusou ao participante a quem se negara cobertura os danos extrapatrimoniais e punitivos que o direito estadual admitiria, restringindo-lhe a pretensão ao próprio benefício devido nos termos do plano. Em *Aetna Health Inc. v. Davila* (2004), estendeu essa lógica para reputar preempta lei estadual que autorizava ações de responsabilidade contra operadoras por decisões de cobertura tomadas sem a diligência ordinária (Furrow *et al.*, 2018). Para o beneficiário, isso significa que, ainda diante de recusa de cobertura lesiva, sua tutela tende a limitar-se à recomposição do benefício, sem a reparação ampla que o sistema brasileiro, de matriz consumerista, lhe asseguraria.

Interação com o Affordable Care Act

Esse cenário foi parcialmente alterado pela Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), de 2010 (Estados Unidos, 2010). Embora o ACA tenha incidido primordialmente sobre os mercados individual e de pequenas empresas (*small group market*), introduziu obrigações específicas que se projetam sobre os planos empregatícios: o *employer mandate*, segundo o qual empregadores com cinquenta ou mais empregados em tempo integral devem oferecer cobertura que atenda a requisitos mínimos de acessibilidade (*affordability*) e valor mínimo (*minimum value*) sob pena de penalidades fiscais; a cobertura obrigatória de serviços preventivos sem coparticipação; e a vedação à exclusão de doenças preexistentes.

Ainda assim, o desenho mantém, no núcleo, a lógica voluntarista que caracteriza o sistema norte-americano: o acesso à saúde através do plano coletivo permanece, em grande parte, atrelado à manutenção do vínculo empregatício. A perda do emprego, mesmo após o ACA, expõe o trabalhador às consequências de um mercado individual cuja proteção contra cláusulas abusivas

é, por contraste com o regime brasileiro, comparativamente mais frágil. Mecanismos como o COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), que permitem a continuidade temporária da cobertura mediante pagamento integral do prêmio, somente atenuam parcialmente essa exposição (Estados Unidos, 1985).

O MODELO ALEMÃO: DUALIDADE GKV/PKV E A SOLIDARIEDADE INSTITUCIONAL

Estrutura Geral: o Seguro Legal Obrigatório (GKV) e o Seguro Privado (PKV)

O sistema alemão de saúde, frequentemente apresentado como paradigma do modelo bismarckiano, está estruturado sobre uma dualidade fundamental: o seguro legal obrigatório de saúde (*Gesetzliche Krankenversicherung*, GKV), que cobre cerca de 87% da população, com cobertura primária, e o seguro privado de saúde (*Private Krankenversicherung*, PKV), reservado a determinados grupos e que responde por cerca de onze por cento da população (Busse *et al.*, 2017; Alemanha, 1988). A vinculação a um dos dois sistemas não é, em regra, objeto de livre escolha: depende da situação ocupacional e do nível de renda do segurado.

Em síntese, empregados cuja remuneração anual situe-se abaixo do limite legal de filiação obrigatória (*Jahresarbeitsentgeltgrenze*), fixado em setenta e sete mil e quatrocentos euros para o ano de 2026, são compulsoriamente filiados ao GKV. Funcionários públicos, profissionais autônomos e empregados com remuneração superior ao referido teto podem optar pelo seguro privado. Estudantes, aposentados e desempregados, em regra, permanecem no GKV. O sistema repousa, assim, em uma alocação heterônoma da população entre os dois subsistemas.

Solidariedade, Contribuição Partilhada e Cobertura Familiar

Do ponto de vista que mais interessa a este estudo, qual seja, a estruturação coletiva da cobertura, o ponto crítico do regime alemão está no princípio da solidariedade (*Solidaritätsprinzip*) que rege o GKV. Becker e Kingreen (2022), em quem repousa a referência dogmática contemporânea para a matéria, observam que esse princípio é o que justifica, no plano teórico, tanto a desvinculação entre contribuição e prestação quanto a coletivização do risco-doença entre todos os segurados.

Esse princípio manifesta-se em duas dimensões, a do custeio e a da prestação: todos os segurados contribuem com um percentual de sua renda, independentemente do risco individual, e fazem jus às prestações segundo a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento. Em termos concretos, os segurados de renda mais alta sustentam os de renda mais baixa, os mais jovens sustentam os mais idosos, os saudáveis sustentam os enfermos e os sem filhos sustentam os que têm filhos. Convém registrar, ademais, que a lei fundadora de 1883 já fixava três princípios que persistem até hoje: a solidariedade, o caráter obrigatório do seguro com participação do empregador no custeio e a autogestão (Busse *et al.*, 2017).

Os fundos legais de saúde (*Krankenkassen*), constituídos como corporações de direito público financeira e organizacionalmente autônomas, recebem contribuições calculadas como percentual da renda bruta do segurado, alíquota geral de 14,6%, acrescida de contribuição adicional definida por cada fundo, e o financiamento é partilhado, em iguais proporções, entre empregado e empregador. O sistema opera, portanto, com uma característica que o aproxima notavelmente da estrutura coletiva brasileira: a participação ativa do empregador no custeio (Alemanha, 1988).

Diferentemente, contudo, do que se vê no Brasil, em que o financiamento empresarial é, em regra, uma faculdade contratual, no modelo alemão essa partilha é compulsória, integrante da própria configuração do seguro legal. Acresce-se, ainda, a hipótese da *Familienversicherung* (seguro familiar), pela qual cônjuge sem renda própria, ou com renda muito reduzida, e filhos podem ser cobertos gratuitamente, sem contribuição adicional, sob o vínculo do segurado titular. Trata-se de mecanismo que, embora opere dentro de um seguro legal obrigatório, e não no âmbito de um contrato privado coletivo em sentido estrito, cumpre função funcionalmente análoga à do plano coletivo empresarial brasileiro, qual seja, a de estender a cobertura ao núcleo familiar a partir do vínculo do trabalhador.

As Krankenkassen como Corporações de Direito Público Autônomas

Outro elemento singular do desenho alemão é a natureza jurídica dos fundos legais de saúde. Segundo o GKV-Spitzenverband (2024), Associação Nacional dos Fundos Legais de Saúde, as *Krankenkassen* são corporações de direito público dotadas de autonomia financeira e organizacional, que exercem por delegação estatal as tarefas que lhes são atribuídas. Sua governança opera-se mediante autoadministração (*Selbstverwaltung*), exercida por

representantes eleitos dos segurados e dos empregadores.

Trata-se, em síntese, de uma estrutura corporativa-pública que combina elementos da gestão estatal e da participação de atores privados, solução que, do ponto de vista comparativo, demonstra como a coletivização da cobertura de saúde pode prescindir, em alguma medida, da figura de uma operadora privada com finalidade lucrativa, característica do sistema brasileiro.

Cumpre, ainda, registrar que, no PKV, embora a contratação seja individualizada e baseada em risco, com diferenciação de prêmios por idade e estado de saúde, há, na prática, um mecanismo de subsídio empresarial: o empregador participa, em até cinquenta por cento, do custeio do prêmio dos empregados privadamente segurados, observado o teto correspondente à contribuição máxima ao GKV. Mesmo no segmento privado, portanto, o financiamento conserva traço coletivo.

Do ponto de vista comparativo, cabe registrar que um mesmo modelo institucional, o do seguro social bismarckiano, opera de modo substancialmente distinto na França e na Alemanha, o que confere lastro à própria opção deste estudo por confrontar os dois sistemas (Steffen, 2010).

O MODELO FRANCÊS: A GENERALIZAÇÃO DA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE EMPRESA

O ANI de 11 de Janeiro de 2013 e a Lei nº 2013-504

Diferentemente do que ocorre nos sistemas norte-americano e brasileiro, em que o plano coletivo opera primariamente como instrumento principal de acesso à saúde, no modelo francês ele assume função complementar.

O nível primário do sistema é assegurado pela *Sécurité sociale*, que oferece cobertura básica universal financiada por contribuições sociais. O contrato coletivo de saúde de empresa (*complémentaire santé d'entreprise*) tem, portanto, a finalidade típica de complementar os reembolsos da segurança social, suprimindo o chamado *ticket modérateur*, isto é, a parcela do custo não reembolsada pelo regime básico.

A grande inflexão regulatória do modelo francês deu-se com a celebração, em 11 de janeiro de 2013, do Acordo Nacional Interprofissional (ANI) entre o Medef, a CGPME e a UPA, do lado dos empregadores, e a CFE-CGC, a CFDT e a CFTC, do lado dos sindicatos de trabalhadores (França, 2013a). O ANI foi posteriormente transposto, em sede legislativa, pela Lei

nº 2013-504, de 14 de junho de 2013, relativa à segurança do emprego (França, 2013b). Por força desse arranjo normativo, a partir de 1º de janeiro de 2016 toda empresa do setor privado, independentemente de forma jurídica, capital, faturamento ou número de empregados, passou a ter o dever legal de oferecer aos seus trabalhadores uma cobertura complementar de saúde coletiva obrigatória.

Borgetto e Lafore (2023), no manual de referência sobre o tema, registram que essa generalização inscreve a *complémentaire santé* em uma lógica de socialização parcial do risco-doença, intermediada pela negociação coletiva, e cuja matriz é, antes, sindical e laboral do que regulatória em sentido estrito.

Panier de Soins, Financiamento e Portabilité des Droits

A *complémentaire santé* de empresa francesa apresenta três traços estruturais relevantes para o presente estudo. O primeiro é o conteúdo mínimo da cobertura, definido pela própria lei e batizado, no jargão prático, de *panier de soins* (cesta de cuidados). O *panier de soins* ANI compreende: integralidade do *ticket modérateur* sobre consultas, atos e prestações reembolsáveis pela *Assurance Maladie*; integralidade do *forfait journalier* hospitalar, sem limitação de duração; cobertura dos cuidados dentários no patamar de cento e vinte e cinco por cento da tarifa da segurança social; e cobertura mínima óptica, com *forfaits* revistos a cada dois anos.

O segundo traço é o regime de financiamento. A Lei impõe que o empregador participe com, pelo menos, cinquenta por cento da contribuição, e a Lei de Financiamento da Segurança Social para 2016 estendeu essa exigência ao conjunto da cobertura, mesmo quando esta vá além do *panier de soins* mínimo (França, 2013b).

O terceiro elemento é a *portabilité des droits*, segundo a qual o trabalhador que vê seu contrato extinto por motivo distinto de falta dolosa (*faute lourde*), e que tenha direito à indenização do seguro-desemprego, conserva, gratuitamente, o benefício da cobertura complementar por período equivalente ao da sua última vinculação contratual, limitado a doze meses. Trata-se de mecanismo cuja finalidade é, exatamente, evitar o desamparo do trabalhador no momento de maior vulnerabilidade.

Convencionalidade, Branche e Dispense D'adhésion

Outro aspecto que merece atenção, especialmente em comparação com o modelo brasileiro, é a vinculação do regime francês à lógica da negociação coletiva.

A cobertura complementar pode ser instituída por acordo de *branche* (acordo setorial), por acordo de empresa, ou, à míngua de acordo, por decisão unilateral do empregador. Existem, ademais, hipóteses legais de *dispense d'adhésion*, isto é, situações em que o trabalhador pode recusar a adesão ao contrato coletivo, especialmente quando já se encontra coberto como *ayant droit* (dependente) em outro contrato coletivo obrigatório, quando é beneficiário da *Complémentaire santé solidaire*, regime estatal para baixa renda, ou quando se trata de contrato de duração ínfima.

O resultado é um modelo em que a contratação coletiva de saúde, embora estruturalmente complementar, opera como instrumento de generalização da proteção, financiado de modo partilhado entre empregador e empregado, articulado à negociação coletiva trabalhista e dotado de mecanismos institucionais de continuidade da cobertura (*portabilité*) em hipóteses de extinção do contrato de trabalho.

ANÁLISE COMPARADA: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E O PROBLEMA DA EFICÁCIA HORIZONTAL

Natureza Jurídica da Contratação Coletiva

Posto o quadro descritivo, é possível identificar quatro pontos centrais sobre os quais os modelos analisados convergem ou divergem.

O primeiro deles diz respeito à natureza jurídica da contratação coletiva. No Brasil, ela é, formalmente, um negócio privado de natureza contratual, regido conjuntamente pela Lei nº 9.656/1998, pelas resoluções normativas da ANS e pelo Código de Defesa do Consumidor. Nos Estados Unidos, o plano empregatício é um benefício outorgado pelo empregador, regido por uma legislação federal que opera essencialmente sob lógica fiduciária e procedimental. Na Alemanha, embora exista cobertura privada, o eixo da proteção coletiva é o seguro legal obrigatório, de natureza pública. Na França, finalmente, a cobertura coletiva complementar é, simultaneamente, um direito do trabalhador, um dever do empregador e um instrumento da

negociação coletiva profissional.

Essa heterogeneidade ontológica tem consequências relevantes. Onde o contrato coletivo é primariamente privado, casos do Brasil e dos Estados Unidos, o regime de proteção do beneficiário tende a operar mediante imposição de *standards* externos, a partir da ótica da defesa do consumidor, dos deveres fiduciários ou dos mandatos federais. Onde a estrutura é pública ou semi-pública, caso alemão, ou foi internalizada na negociação coletiva, caso francês, a proteção decorre da própria configuração institucional do regime, sem necessidade de afirmá-la em registro contramajoritário.

O Papel do Empregador e do Estado Regulador

O segundo ponto crítico é o papel do empregador no financiamento e na configuração do plano. Nos quatro modelos, há, em algum grau, participação empresarial no custeio. As diferenças, contudo, são marcantes: no Brasil, tal participação é facultativa, dependente do acordo entre operadora e contratante; nos Estados Unidos, a oferta do plano e, mesmo após a ACA, o nível de subsídio empresarial são, em larga medida, discricionários; na Alemanha, a contribuição patronal é compulsória e equivalente à do empregado; na França, é compulsória e fixada, no mínimo, em cinquenta por cento da contraprestação.

Aqui se desenha um eixo regulatório significativo. Há ordens jurídicas em que o financiamento empresarial é elemento estrutural do sistema, casos da Alemanha e da França, e ordens em que ele permanece como subsídio acessório, embora muito difundido, casos do Brasil e dos Estados Unidos.

Essa diferença reflete-se diretamente no grau de protetividade do regime. Quando o financiamento é elemento institucional, a perda do emprego não suprime totalmente a proteção, conforme se observa na *Familienversicherung* alemã e na *portabilité* francesa; quando o financiamento é acessório, a extinção do vínculo trabalhista pode, na prática, significar o término efetivo da cobertura, situação que, no Brasil, os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 tentam mitigar por meio do direito de permanência.

Mecanismos de Proteção do Beneficiário e a Extinção do Contrato

O terceiro ponto de análise, e talvez o mais sensível para o jurista brasileiro, refere-se aos

mecanismos de proteção do beneficiário nas hipóteses de extinção do contrato.

Nos Estados Unidos, sob o ERISA, a tutela é majoritariamente procedimental: cumpridas as formalidades de notificação e de revisão administrativa, o empregador pode, em regra, deixar de oferecer o plano sem maiores constrangimentos. O paliativo é o COBRA, que permite ao trabalhador continuar coberto, pelo prazo de até dezoito meses, e até trinta e seis em circunstâncias específicas, mediante pagamento integral do prêmio (Estados Unidos, 1985). Na Alemanha, a questão praticamente não se coloca, dada a obrigatoriedade da filiação ao seguro legal. Na França, a *portabilité des droits*, mantém a cobertura por período equivalente ao do vínculo, gratuitamente (França, 2013b).

No Brasil, finalmente, a disciplina é dotada de relevante particularidade. Os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, incidindo sobre o consumidor que contribuiu para o plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, asseguram o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições contratuais, mediante a assunção integral do pagamento. O prazo é de um terço do tempo de permanência, mínimo seis meses e máximo vinte e quatro meses, no caso de demissão sem justa causa, e estende-se a dez anos ou mais, até por toda a vida, no caso do aposentado. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, em diversos julgados, qualificou tais normas como de incidência imediata e direta, projeção, nas relações privadas, do direito fundamental à saúde.

Ainda assim, esse regime de proteção encontra-se sob persistente pressão prática. A rescisão unilateral imotivada de contratos coletivos pela operadora permanece em zona de indefinição regulatória, após a anulação judicial do parágrafo único do art. 17 da revogada RN nº 195/2009 e a opção da RN nº 557/2022 por não a disciplinar expressamente, limitando-se, em seu art. 23, a remetê-la ao instrumento contratual (Brasil, 2022b).

Na prática, a possibilidade vem veiculada por cláusulas inseridas em contratos de adesão. Essa indefinição, somada à dinâmica de classificação do tipo contratual, em que cabe à pessoa jurídica contratante, ao estipulante e à administradora de benefícios o protagonismo na celebração e na manutenção do vínculo, produz cenário em que o beneficiário individual fica vulnerável a decisões das quais não participa, mas cujas consequências suporta. Daí a relevância contemporânea do debate sobre o que se convencionou chamar de falsos coletivos, contratos formalmente classificados como empresariais ou por adesão, mas que, materialmente, agregam beneficiários sem vínculo associativo ou empregatício consistente, utilizados para esquivar-se da regulação mais rigorosa do segmento individual (Magalhães, 2020).

Eficácia Horizontal dos Direitos Fundamentais no Espaço Contratual

O quarto ponto, e que articula os anteriores, é o da eficácia horizontal dos direitos fundamentais.

A literatura jurídica de matriz alemã, a partir da contribuição clássica de Nipperdey (1962), defendeu a tese da eficácia direta (*unmittelbare Drittwirkung*) dos direitos fundamentais nas relações entre particulares. A esta posição contrapôs-se, em chave de eficácia mediada, a sistematização de Dürig (1956), segundo a qual os direitos fundamentais vinculam os particulares apenas indiretamente, por meio da concretização que dos mesmos faz o legislador civil mediante cláusulas gerais e conceitos jurídicos indeterminados.

Mais recentemente, Canaris (2003) propôs leitura intermediária, ancorada no dever estatal de proteção (*Schutzpflicht*): os direitos fundamentais não vinculam diretamente os particulares, mas vinculam o Estado, em sua função legislativa e judicial, ao dever de protegê-los nas relações privadas. Alexy (2008), por sua vez, formula o problema em termos de colisão entre princípios, solucionável caso a caso por ponderação.

No Brasil, a doutrina consolidou-se em torno da tese da eficácia direta, embora com modulações importantes. Sarlet (2018) sustenta que a vinculação dos particulares aos direitos fundamentais não é uma questão de tudo ou nada, devendo ser modulada conforme o grau de assimetria de poder presente na relação concreta. Sarmento (2006), em obra hoje clássica, desenvolve a mesma intuição, conferindo particular destaque aos cenários de poder privado, dos quais a relação operadora-beneficiário, em saúde suplementar, é exemplo paradigmático.

A proteção do direito fundamental à saúde no espaço da contratação privada não pode prescindir, portanto, de uma reflexão sobre como tais direitos vinculam, e em que extensão, os atores privados que se ocupam da prestação do serviço.

A comparação realizada permite, neste ponto, observação que merece destaque. Onde o modelo regulatório institucionaliza a participação do empregador, da segurança social ou da negociação coletiva no desenho da cobertura, como ocorre, em diferentes graus, na Alemanha e na França, a eficácia horizontal do direito fundamental à saúde é, em alguma medida, internalizada pelo próprio desenho institucional do sistema. Onde, contrariamente, o ordenamento confia a estrutura contratual primária ao mercado, deixando para o juiz e para a regulação setorial a tarefa de corrigir suas distorções, caso brasileiro e, em maior medida, caso norte-americano, a tutela do direito fundamental opera-se episodicamente, na medida em que a

jurisprudência reconstrói, caso a caso, a vinculação dos atores privados.

Isso permite identificar, no debate brasileiro, lugar particularmente fecundo para repensar a responsabilidade dos atores que se interpõem entre o beneficiário e a operadora, notadamente da administradora de benefícios quando atua como estipulante. Se se admite, como sustentam Marques, Benjamin e Miragem (2019), que o contrato de plano de saúde é contrato cativo de longa duração e que, em virtude dessa configuração, projeta sobre o consumidor expectativa legítima de continuidade da relação e do acesso à prestação, a posição contratual desses intermediários não é juridicamente neutra. Eles atuam, em última análise, como operadores funcionais de um direito fundamental social, e essa qualificação não pode ser indiferente à dogmática da responsabilidade civil (Tepedino, 2008).

CONCLUSÃO

O exame comparado dos modelos brasileiro, norte-americano, alemão e francês de planos coletivos de assistência à saúde revela, antes de qualquer outra coisa, a impossibilidade de leituras simplistas. A contratação coletiva, em todos os ordenamentos analisados, configura espaço de cruzamento entre autonomia privada, regulação estatal, direito do trabalho e direito fundamental à saúde, e as soluções encontradas para articular tais dimensões são tributárias das histórias institucionais e das opções políticas de cada sociedade.

Algumas conclusões parciais, contudo, podem ser sustentadas. Em primeiro lugar, há uma convergência fundamental: em todos os quatro sistemas, o contrato coletivo opera como instrumento de massificação da proteção à saúde, e nenhum deles abdica completamente da intervenção pública sobre o seu desenho. Em segundo lugar, há divergências significativas quanto ao grau e ao modo dessa intervenção, desde o intervencionismo brasileiro, com regulação setorial robusta sobre a forma e moderada sobre o conteúdo, até o desenho norte-americano, com regulação federal sobre o procedimento e larga liberdade do empregador na configuração do plano.

Em terceiro lugar, o desenho institucional dos modelos alemão e, especialmente, francês, em que o financiamento empresarial é elemento estrutural e a *portabilité* opera como direito do trabalhador, oferece pontos de reflexão relevantes para o caso brasileiro, especialmente no que diz respeito à proteção do beneficiário na extinção do contrato e à definição da responsabilidade dos atores intermediários.

A questão, hoje formulada no Brasil sobretudo em chave consumerista, talvez ganhe se for retomada também em chave constitucional, à luz da eficácia horizontal dos direitos fundamentais, sem reduzir-se, contudo, ao formalismo dogmático. A virada civil-constitucional proposta por Perlingieri (2002), há cerca de meio século, exige precisamente que as categorias do direito privado sejam relidas à luz dos valores constitucionais, o que, no caso dos contratos coletivos de saúde, significa assegurar que a relação contratual privada não funcione como espaço de neutralização de um direito fundamental social.

É, em todo caso, espaço em que o jurista brasileiro tem ainda muito a investigar, e a comparação, longe de mero recurso ilustrativo, pode oferecer instrumentos efetivos para repensar o desenho do nosso sistema. Resta o convite, em pesquisa futura, ao aprofundamento dessas questões.

REFERÊNCIAS

- ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.
- BECKER, Ulrich; KINGREEN, Thorsten (Hrsg.). **SGB V: gesetzliche Krankenversicherung: Kommentar**. 8. Aufl. München: C.H. Beck, 2022.
- BORGETTO, Michel; LAFORE, Robert. **Droit de la sécurité sociale**. 21. éd. Paris: Lefebvre Dalloz, 2023.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados consolidados da saúde suplementar**. Brasília: ANS, 2026.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022**: dispõe sobre a definição e o registro das Administradoras de Benefícios. Brasília: ANS, 2022a.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022**: dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde. Brasília: ANS, 2022b.
- BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**: dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**: dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998.
- BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**: cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 608**: aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Brasília: STJ, 2018.
- BUSSE, Reinhard; BLÜMEL, Miriam; KNIEPS, Franz; BÄRNIGHAUSEN, Till. Statutory

- health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. **The Lancet**, Londres, v. 390, p. 882-897, 2017.
- CANARIS, Claus-Wilhelm. **Direitos fundamentais e direito privado**. Tradução de Ingo Wolfgang Sarlet e Paulo Mota Pinto. Coimbra: Almedina, 2003.
- DÜRIG, Günter. Grundrechte und Zivilrechtsprechung. In: MAUNZ, Theodor (Hrsg.). **Vom Bonner Grundgesetz zur gesamtdeutschen Verfassung**: Festschrift zum 75. Geburtstag von Hans Nawiasky. München: Isar, 1956.
- ESTADOS UNIDOS. **Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA)**. Washington: U.S. Congress, 1985.
- ESTADOS UNIDOS. Department of Labor. **2026 Report to Congress: Annual Report on Self-Insured Group Health Plans**. Washington: U.S. Department of Labor, 2026.
- ESTADOS UNIDOS. **Employee Retirement Income Security Act of 1974**. Washington: U.S. Congress, 1974.
- ESTADOS UNIDOS. **Patient Protection and Affordable Care Act**. Washington: U.S. Congress, 2010.
- FRANÇA. **Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013**. Paris, 2013a.
- FRANÇA. **Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013**: relative à la sécurisation de l'emploi. Journal Officiel de la République Française, n. 0138, 16 juin 2013b.
- FURROW, Barry R. *et al.* **Health Law**: cases, materials and problems. 8. ed. St. Paul: West Academic Publishing, 2018.
- GKV-SPITZENVERBAND. **Statutory health insurance**. Berlin: National Association of Statutory Health Insurance Funds, 2024.
- GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde**: a ótica da proteção do consumidor. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.
- KEITH, Katie; CORLETTE, Sabrina. **ERISA 101**: the United States' hands-off approach to regulating employer health plans. Washington: Center on Health Insurance Reforms, Georgetown University, 2023.
- MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**: o novo regime das relações contratuais. 9. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019.
- MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIN, Antônio Herman V.; MIRAGEM, Bruno. **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.
- NIPPERDEY, Hans Carl. Grundrechte und Privatrecht. In: **Festschrift für Erich Molitor**. München: Beck, 1962.
- PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil**: introdução ao direito civil constitucional. Tradução de Maria Cristina De Cicco. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
- SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.
- SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

STEFFEN, Monika. Social Health Insurance Systems: What Makes the Difference? The Bismarckian Case in France and Germany. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 12, n. 1-2, p. 141-161, 2010.

TEPEDINO, Gustavo. **Temas de direito civil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. t. I.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018.