

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.673.366 - RS (2017/0059911-4)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADO : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES E OUTRO(S) - SP128341
RECORRIDO : EUNICE HELENA DO PRADO PINTO
ADVOGADOS : LEONARDO SERRAT DE OLIVEIRA RAMOS E OUTRO(S) - RS086423
MARILINDA DA CONCEIÇÃO MARQUES FERNANDES - RS016762

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. GEAP. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. REGIME DE CUSTEIO. REESTRUTURAÇÃO. PREÇO ÚNICO. SUBSTITUIÇÃO. PRECIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA. MAJORAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO. POSSIBILIDADE. ESTUDOS TÉCNICO-ATUARIAIS. SAÚDE FINANCEIRA DA OPERADORA. RESTABELECIMENTO. RESOLUÇÃO GEAP/CONDEL Nº 616/2012. LEGALIDADE. APROVAÇÃO PELOS ÓRGÃOS COMPETENTES. GESTÃO COMPARTILHADA. POLÍTICA ASSISTENCIAL E CUSTEIO DO PLANO. TOMADA DE DECISÃO. PARTICIPAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS. MODELO DE CONTRIBUIÇÕES. DIREITO ADQUIRIDO. INEXISTÊNCIA. EXCEÇÃO DA RUÍNA.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a reestruturação no regime de custeio do plano de saúde administrado pela GEAP, entidade de autogestão, por meio da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012, que implicou a majoração das mensalidades dos usuários, foi ilegal e abusiva.

2. As entidades de autogestão não visam o lucro e constituem sistemas fechados, já que os planos que administram não estão disponíveis no mercado consumidor em geral, mas, ao contrário, a apenas um grupo restrito de beneficiários.

3. A Segunda Seção desta Corte Superior consagrou o entendimento de não se aplicar o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, haja vista a inexistência de relação de consumo.

4. Nos planos coletivos, a ANS restringe-se a monitorar o mercado, de modo que os parâmetros para a majoração das contribuições são decorrentes da livre negociação entre a operadora e a pessoa jurídica estipulante, possuidora de maior poder de negociação.

5. Na hipótese, a GEAP fazia uso de metodologia defasada para o custeio dos planos de saúde colocados à disposição dos beneficiários, qual seja, havia tão somente a cobrança de preço único para todos os usuários. Isso causou, ao longo do tempo, grave crise financeira na entidade, visto que tal modelo tornava os planos de assistência à saúde atrativos para a população mais idosa e menos atrativos para a população jovem, o que acarretou o envelhecimento da base de beneficiários e a aceleração do crescimento das despesas assistenciais.

6. Após intervenção da PREVIC na instituição e parecer da ANS no sentido da impossibilidade da continuidade da anterior forma de custeio, amparada em estudos atuariais, e para evitar a sua ruína, a GEAP, através do seu Conselho Deliberativo paritário (CONDEL), aprovou diversas resoluções para atualizar o custeio dos respectivos planos de saúde, culminado com a aprovação da Resolução nº 616/2012, adotando nova metodologia, fundamentada no cruzamento de faixas etárias e de remuneração, a qual foi expressamente aprovada pela autarquia reguladora.

7. Não ocorreu reajuste discriminatório e abusivo da mensalidade pelo simples fato de a usuária ser idosa, mas a majoração do preço ocorreu para todos os usuários, em virtude da reestruturação do plano de saúde que passou a adotar novo modelo

Superior Tribunal de Justiça

de custeio. Necessidade de substituição do "preço único" pela precificação por faixa etária, com amparo em estudos técnicos, a fim de restabelecer a saúde financeira dos planos de saúde geridos pela entidade, evitando-se a descontinuidade dos serviços da saúde suplementar. Descaracterização de alteração unilateral de preços pela operadora, cuja gestão é compartilhada (composição paritária entre os conselheiros escolhidos pelos patrocinadores e os eleitos pelos beneficiários). Participação dos próprios usuários nas questões atinentes à política assistencial e à forma de custeio do plano.

8. Não se constata nenhuma irregularidade no procedimento de redesenho do sistema de custeio do plano de saúde administrado pela GEAP, devendo ser reconhecida a legalidade da Resolução nº 616/2012. Tampouco foi demonstrada qualquer abusividade no reajuste das mensalidades efetuados conforme a faixa etária do usuário.

9. Este Tribunal Superior já decidiu que, respeitadas, no mínimo, as mesmas condições de cobertura assistencial (manutenção da qualidade e do conteúdo médico-assistencial da avença), não há direito adquirido a modelo de plano de saúde ou regime de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao usuário ou a discriminação ao idoso.

10. Consoante ficou definido pela Segunda Seção no REsp nº 1.568.244/RJ, representativo de controvérsia, é válida a cláusula de reajuste de mensalidade de plano de saúde amparada na mudança de faixa etária do beneficiário, encontrando fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, sendo regra atuarial e asseguradora de riscos, o que concorre para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do próprio plano. Abusividade não demonstrada dos percentuais de majoração, que encontram justificação técnico-atuarial, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, garantindo a sobrevivência do fundo mútuo e da operadora.

11. Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Terceira Turma, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze (Presidente), Moura Ribeiro, Nancy Andrighi e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 08 de agosto de 2017(Data do Julgamento)

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator