

Superior Tribunal de Justiça

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

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE, com fundamento no art. 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.

Noticiam os autos que EUNICE HELENA DO PRADO PINTO, pensionista do Ministério da Saúde, ajuizou ação contra a recorrente alegando que é beneficiária do plano de assistência médica por ela administrado e que, no mês de setembro de 2012, ocorreu a majoração das mensalidades em percentual superior a 100%, o que seria ilegal e abusivo. Requereu, por isso, a declaração de ilegalidade da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012, que dispôs sobre o reajuste das contribuições bem como, em substituição, a revisão dos preços, que deveriam seguir os índices autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os contratos individuais.

Em contestação, a demandada assinalou que a alteração na forma de contribuição foi feita para preservar a sobrevivência da própria Fundação, visto que a aplicação de preço único para jovens e idosos causou alta concentração desses últimos, que são mais dispendiosos, o que acabou por comprometer o equilíbrio econômico-atuarial do plano. Defendeu, desse modo, a cobrança diferenciada das mensalidades conforme a faixa etária do usuário.

O magistrado de primeiro grau, concluindo ser possível a invalidação da "(...) cláusula que permite o reajuste da mensalidade do plano de saúde na razão direta da simples elevação da faixa etária, praticamente dobrando o valor da mensalidade" (fl. 529), julgou procedentes os pedidos formulados na inicial para

"(...) a) ratificar a tutela antecipadamente concedida; b) determinar que a requerida se abstenha de proceder a aumentos em razão da mudança da faixa etária da parte autora, (b.1) mantendo assim o mesmo valor da data em que completado 60 anos de idade; c) declarar inválido o reajuste no plano de saúde contratado" (fls. 532/533).

Inconformada, a operadora de plano de saúde interpôs apelação, a qual foi, por maioria, provida para julgar improcedente a demanda.

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. GEAP-FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO MULTIPATROCINADA. REAJUSTE NA MENSALIDADE. ABUSIVIDADE NÃO VERIFICADA. PLANOS DE AUTOGESTÃO MULTIPATROCINADA.

Superior Tribunal de Justiça

Inexiste abusividade em reajuste de contribuição aprovado pelo Conselho Deliberativo do Plano de Autogestão Multipatrocinada, tendo em vista a paridade na representação no órgão entre Participantes, Assistidos e Patrocinadores. DERAM PROVIMENTO AO APELO DA RE" (fl. 576).

A autora interpôs, então, embargos infringentes, os quais foram providos para manter a sentença de procedência.

O julgado foi assim ementado:

"EMBARGOS INFRINGENTES. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTES. ALTERAÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO. ABUSIVIDADE. RESOLUÇÃO/GEAPI/CONDEL Nº 616/2012. RECURSO PROVIDO. MAIORIA" (fl. 656).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fl. 725).

No especial, a recorrente aponta violação dos arts. 10, § 3º, 15 e 35-E da Lei nº 9.656/1998, 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003 e 41 do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Alega, em síntese, que *"(...) não houve qualquer aumento abusivo na mensalidade, mas tão somente uma readequação na forma de contribuição de cada participante no plano, através da RESOLUÇÃO/GEAPI/CONDEL nº 616/2012"* (fl. 734).

Acrescenta que *"(...) essa nova forma de custeio foi abalizada por parecer da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e, ainda, em razão de intervenção sofrida pela PREVIC, já que, era inviável que o plano continuasse a se manter com a forma de custeio anteriormente adotada"* (fl. 734).

Argui *"(...) ser uma operadora de planos de saúde classificada como Autogestão Multipatrocinada de acordo com as normas da ANS, sem fins lucrativos"*, e que *"(...) a reformulação no modelo contributivo realizado leva em consideração a remuneração e a faixa etária de seus assistidos"* (fls. 734/735).

Aduz que cobrava preço único a título de mensalidade, ou seja, todo beneficiário, de qualquer idade e faixa de risco, pagava o mesmo valor contributivo, o que, com o passar do tempo, inviabilizou a saúde financeira da entidade. Assim, pontifica que, para reverter o quadro de quase insolvência, reestruturou a forma de contribuição de todos os usuários, a qual passou a ser por faixa etária.

Por fim, sustenta ser legítima a cláusula de reajuste por alteração de categoria etária, sobretudo se não houver discriminação ao idoso.

Superior Tribunal de Justiça

Após a apresentação de contrarrazões (fls. 753/763), o recurso especial foi inadmitido na origem (fls. 776/784), o que ensejou a interposição de agravo a esta Corte Superior, o qual foi provido para determinar a reatuação do feito (fls. 815/816).

É o relatório.



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

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

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.

Na petição inicial, a autora buscou (i) a declaração de ilegalidade da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012, pois o percentual de aumento foi exorbitante, e (ii) a revisão dos preços das contribuições, que deveriam seguir, em substituição, os índices autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os contratos individuais.

1. Do plano de saúde da GEAP e da reestruturação do regime de custeio

A recorrente, GEAP Autogestão em Saúde, é a operadora multipatrocinada de planos solidários de assistência médica dos servidores públicos federais ativos, aposentados e familiares, e é gerida de forma participativa, ou seja, a composição de seus conselhos é paritária: 50% dos conselheiros é indicação dos patrocinadores e a outra metade é escolhida mediante eleição direta e secreta entre todos os beneficiários titulares inscritos e adimplentes.

Como cediço, 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.

Nesse sentido, confira-se a seguinte lição de Josiane Gomes:

"(..)

2.4.3 Autogestão

Quanto às entidades de autogestão, disciplinadas pela Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, verifica-se que a característica principal dos planos de saúde por ela geridos diz respeito a não serem disponíveis aos consumidores em geral, mas sim apenas a um grupo restrito, constituindo, pois, um sistema fechado. De acordo com o art. 2º da Resolução supra, as operadores de autogestão podem ser constituídas em três modalidades diversas:

1 - a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: a) sócios da pessoa jurídica; b) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão; c) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão; d) aposentados que

Superior Tribunal de Justiça

tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão; e) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; f) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim;

II - a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada a entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora; b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora; c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora; d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e) sócios da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão; g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; j) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim; k) as pessoas previstas nas alíneas 'e', 'f', 'h', 'i' e 'j' vinculadas ao instituidor desde que este também seja patrocinador ou mantenedor da entidade de autogestão; ou

III - a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional e aos seguintes beneficiários: a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão; c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e d) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim.

Além disso, destaca-se que o ato constitutivo da entidade de autogestão deverá conter o critério e a forma de participação dos beneficiários titulares que contribuam para o custeio do plano, bem como do mantenedor ou patrocinador, na composição dos seus órgãos colegiados de administração superior (art 4º da Resolução Normativa nº 137/06). Logo, verifica-se que os planos mantidos pelas operadoras de autogestão podem ser patrocinados ou não patrocinados: no primeiro caso, a garantia dos riscos decorrentes da operação de planos de saúde se dá por meio da apresentação do termo de garantia firmado com o mantenedor (art. 5º, II) - sendo termo de garantia o instrumento por meio do qual o mantenedor obriga-se a garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde, comprovando a constituição do respectivo lastro financeiro (§1º, art. 5º) -; no segundo caso, a garantia se dá por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor (art. 5º, I).

Nesse passo, três entes são essenciais para a constituição de

Superior Tribunal de Justiça

operadora de autogestão, quais sejam, instituidor, mantenedor e patrocinador, definidos no art. 12 da Resolução Normativa nº 137/06:

I - instituidor: a pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins econômicos, que cria a entidade de autogestão;

II - mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos referidos no caput do art. 5º mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão; e

III - patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração."

(GOMES, Josiane Araújo. Contratos de Planos de Saúde, Leme (SP): JH Mizuno, 2016, págs. 115/117 - grifou-se)

Nesse contexto, cumpre asseverar que 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 (vide REsp nº 1.285.483/PB, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, DJe 16/8/2016).

Ademais, quanto aos reajustes dos planos de saúde, a ANS, nos planos coletivos, restringe-se a monitorar o mercado, de modo que os parâmetros para a majoração são decorrentes da livre negociação entre a operadora e a pessoa jurídica estipulante, possuidora de maior poder de negociação.

Feitas essas considerações, resta apreciar a legalidade da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012.

Antigamente, 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.

Como consta no voto vencido, *"(...) tal metodologia rompeu com o equilíbrio financeiro da entidade, a qual vinha acumulando déficits sucessivos, uma vez que a maior parte dos beneficiários se tratava de pessoas com idade avançada. Consequentemente, a fundação passou a ter dificuldades de obtenção de recursos para pagar fornecedores e garantir a assistência médica aos beneficiários"* (fl. 667).

Assim, após intervenção da PREVIC na instituição (de março de 2013 a outubro de 2013) e parecer da ANS no sentido da impossibilidade da continuidade da anterior forma de custeio, amparada em estudos atuariais (Nota nº 1.788/209/GGEFP/DIPRO/ANS), e para evitar a

Superior Tribunal de Justiça

sua ruína, a GEAP, por meio 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.

A propósito, as seguintes ponderações feitas no voto vencido:

"(...) como é de conhecimento público, em 26.03.2013, a Superintendência Nacional de Previdência Complementar do Ministério da Previdência Social decretou a intervenção da GEAP para acompanhar a situação econômica da operadora, pois a sinistralidade - despesas com assistência à saúde sobre receitas - estava acima da média para instituições similares, apresentando resultados financeiros negativos.

Tal intervenção foi levantada em outubro de 2013, com parcial revitalização da situação financeira da GEAP, conforme divulgado na imprensa.

E, como visto, considerando a precária situação em que se encontrava a GEAP, ou se aplicava o remédio amargo de uma vez, ou a operadora deixaria de existir.

Acontece que, em virtude de todo o histórico acima relatado, e diante da situação financeira da GEAP à época, a subtração do reajuste proposto implicaria na continuidade de uma situação que poderia levar ao fim da entidade, com a transferência obrigatória da carteira para outras operadoras.

Ademais, não se trata de um reajuste exclusivamente por conta da faixa etária, mas de uma adequação geral das contribuições para todos os planos mantidos pela requerida, com o objetivo de manter a sua viabilidade financeira.

Portanto, a modificação no modelo de custeio prevista na Resolução em debate fundamentou-se na necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da entidade, contando com a anuência da própria ANS.

Então, na hipótese dos autos, o aumento das mensalidades não resultou de reajustes ilegais e abusivos ocorridos de forma unilateral" (fls. 667/668 - grifou-se).

Logo, conclui-se que a substituição do "preço único" pela precificação por faixa etária foi medida necessária, amparada em estudos técnicos, para restabelecer a saúde financeira dos planos de saúde geridos pela entidade, evitando-se a descontinuidade dos serviços da saúde suplementar.

Em outras palavras, não ocorreu reajuste discriminatório e abusivo da mensalidade pelo simples fato de a autora 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 de custeio.

Assim, o incremento no valor da contribuição adveio da nova fórmula de cálculo,

Superior Tribunal de Justiça

imposta a cada usuário, após a devida aprovação pelos órgãos governamentais reguladores e pelo Conselho Deliberativo da entidade, cuja gestão é compartilhada, sendo de afastar qualquer alegação de alteração unilateral de preços pela entidade de autogestão.

Nesse passo, cumpre frisar que os próprios beneficiários também participam das questões atinentes à política assistencial e à forma de contribuição para o custeio do plano, possuindo interesse na recomposição do fundo, estruturado de modo solidário, e no restabelecimento de seu equilíbrio econômico-financeiro.

Com efeito, consoante se extrai do acórdão da apelação,

"(..) depreende-se que efetivamente, conforme informado pela ré, os aumentos implementados na contribuição do seguro-saúde da autora não decorreram de reenquadramento de faixa etária, mas sim de readequação do quadro geral de contribuição para todos os participantes do plano.

A alteração das formas de custeio do plano e consequente reajustes das mensalidades foi deliberada e aprovada pelo Conselho Deliberativo da GEAP - CONDEL, observando as diretrizes orçamentárias decorrentes de órgãos públicos patrocinadores da ré, os quais possuem limitações orçamentárias, bem como as faixas salariais dos assistidos/beneficiários do plano de saúde.

Como se vê, as alterações foram aprovadas pelos interessados e, por isso, não se trata de algo que foi imposto a parte autora. Trata-se, isso sim, de acordo de vontades, por meio de gestão compartilhada, de pessoas interessadas na gestão à assistência à saúde suplementar dos servidores públicos.

Destarte, não é cabível a interferência na gestão do benefício para determinar que a parte do custeio do servidor seja mantida nos moldes anteriores porque poderia acarretar a inadimplência da assistência à saúde e ocasionar prejuízos maiores aos servidores.

Ademais, são os próprios beneficiários que deliberam todas as questões da entidade, definindo, enfim, toda a política assistencial, bem como a contribuição para o custeio do plano, tudo visando alcançar seu equilíbrio econômico-financeiro, já que o plano é estruturado de forma solidária e mutualista "(fls. 581/582 - grifou-se).

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

De fato, segundo o voto vencido dos embargos infringentes:

*"(..)
Os beneficiários dos planos de saúde mantidos pela GEAP são os servidores, ex-servidores, empregados e ex-empregados públicos federais, pensionistas e pessoas dos respectivos grupos familiares.*

Portanto, em se tratando de plano de saúde de autogestão, sem

Superior Tribunal de Justiça

fins lucrativos, administrado por representantes dos patrocinadores e dos próprios beneficiários, cabe ao respectivo Conselho de Administração ou ao Conselho Deliberativo, conforme o estatuto, deliberar e aprovar eventuais mudanças no plano de custeio para o fim de manter o equilíbrio econômico - atuarial da entidade.

Outrossim, na forma do art. 13 da Resolução nº 171/2008 da ANS, tais modificações independem da prévia autorização da agência, devendo apenas haver a comunicação ao órgão, in verbis:

Art. 13. Para os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos pelo item 11.1 do anexo II da Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005, independente da data da celebração do contrato, deverão ser informados à ANS:

- I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e*
- II - as alterações de co-participação e franquia.*

Logo, até por não se tratar de um plano de saúde individual, não há falar em abusividade do reajuste por superar os índices permitidos pela ANS, nem em afronta ao Código de Defesa do Consumidor, uma vez que a majoração das contribuições objetiva a manutenção da saúde financeira da entidade" (fl. 664 - grifou-se).

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 (vide REsp nº 1.558.456/SP, Rel. Ministro Marco Buzzi, DJe 22/9/2016, e REsp nº 1.479.420/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 11/9/2015).

Além disso, consoante ficou definido pela Segunda Seção no REsp nº 1.568.244/RJ (Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 19/12/2016), 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.

Por outro lado, os percentuais de majoração podem ser revistos acaso abusivos. Serão, todavia, adequados e razoáveis sempre que houver justificação técnico-atuarial, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, garantindo a sobrevivência do fundo mútuo e da operadora.

Na hipótese, não foi comprovada a aplicação de percentuais desarrazoados ou aleatórios, isto é, sem base atuarial idônea, que onerasse excessivamente a autora, tampouco foi demonstrada qualquer discriminação ao idoso, a exemplo da implementação de política de preços

desmedidos ou a tentativa de formação, pela operadora, de "cláusula de barreira" com o intuito de afastar a usuária de idade avançada da relação contratual ou do plano de saúde por impossibilidade financeira.

2. Do dispositivo

Ante o exposto, dou provimento ao recurso especial para julgar improcedentes os pedidos formulados na inicial, devendo a recorrida arcar com as custas processuais e os honorários advocatícios, estes fixados em 15% sobre o valor da causa, devidamente atualizado, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC/2015, observada a gratuidade de justiça.

É o voto.

