

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.786.552 - SP (2018/0331202-7)**

**RELATOR** : **MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**  
**RECORRENTE** : **SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A**  
**ADVOGADO** : **JOSE CARLOS VAN CLEEF DE ALMEIDA SANTOS E OUTRO(S) - SP273843**  
**RECORRENTE** : **MERCEDES-BENS DO BRASIL LTDA**  
**ADVOGADOS** : **LUCIANA GOULART PENTEADO E OUTRO(S) - SP167884**  
 : **DESIRREE DE SOUZA FRANCO E OUTRO(S) - SP353833**  
**RECORRIDO** : **CARLOS FRANCISCO DE SOUSA**  
**ADVOGADO** : **MELISSA DE CÁSSIA LEHMAN - SP196516**

**DECISÃO**

Trata-se de recurso especial interposto por SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S.A. fundamentado no artigo 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado:

*"APELAÇÃO. SEGURO SAÚDE COLETIVO. EMPREGADO APOSENTADO DEMITIDO. ART. 31 DA LEI 9.656/98. CUSTEIO INTEGRAL. Seguro saúde estipulado pelo ex- empregador do autor. Segurado com tempo de contribuição suficiente para se manter no contrato de saúde por tempo indeterminado desde que arque com o pagamento integral do valor do prêmio. Sul America que deverá manter o titular do plano de saúde nas mesmas condições usufruídas na época em que era empregado da empresa estipulante. Valores que deverão ser apurados mensalmente de acordo os critérios realizados para os funcionários que estão na ativa, com a ressalva de que os apelados são responsáveis também pelo pagamento da quota que era custeada pela empresa Mercedes-Benz, ex-empregadora. Necessidade de readequação do valor. Condenação da ré à restituição, na forma simples, das quantias pagas indevidamente a partir da citação, quando a operadora do plano de saúde foi constituída em mora (CPC, art. 219). VERBAS DE SUCUMBÊNCIA. Distribuição de acordo com o resultado do julgamento. Sentença reformada. Recurso provido em parte" (e-STJ fl. 476).*

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados.

Nas razões do recurso especial a parte recorrente alega as seguintes violações, com suas respectivas teses:

(i) artigos 15 e 31 da Lei nº 9.656/1998 - a condição para a manutenção do ex-empregado aposentado no plano de saúde que lhe era oferecido é o pagamento integral do valor do plano, ou seja, a sua parcela mais a parcela que era paga pelo ex-empregador. Esse valor poderá ser fixado, desde que previsto no contrato inicial, com base nas faixas etárias e os percentuais de reajuste ocorrerão de acordo com as normas expedidas pela ANS; e

(ii) artigo 4º da Lei nº 9.961/2000 c/c artigos 5º, 10, 13, 14, 15, 16 e 17 a 21 da Resolução Normativa 279/2011 da ANS - a prestação pecuniária deverá ser diferenciada por

faixa etária. Além disso, quando do seu desligamento, foi oferecido ao recorrido o plano de saúde destinado aos empregados inativos, com iguais condições do plano do pessoal em atividade.

É o relatório.

**DECIDO.**

O acórdão impugnado pelo presente recurso especial foi publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

O recurso merece prosperar.

Com efeito, a jurisprudência deste Tribunal Superior é no sentido de ser possível ao ex-empregador (i) manter os seus ex-empregados - demitidos sem justa causa ou aposentados - no mesmo plano de saúde em que se encontravam antes do encerramento do contrato de trabalho ou (ii) contratar um plano de saúde exclusivo para eles (art. 13 da RN nº 279/2011 da ANS).

Isso porque a opção da operadora de separar as categorias entre ativos e inativos também se mostra adequada para dar cumprimento às disposições legais, visto que há garantia ao empregado aposentado ou demitido de manutenção das mesmas condições de assistência à saúde, e, por princípio, em valores de mensalidade abaixo dos praticados no mercado, não havendo obrigatoriedade de que o plano de saúde coletivo seja uno, sobretudo com relação ao regime de custeio.

Confira-se:

*"RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. TRABALHADORES ATIVOS. MODALIDADE AUTOGESTÃO. EX-EMPREGADOS. PLANO COLETIVO EMPRESARIAL. REGIME DE CUSTEIO DIVERSO. POSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL. VALORES INFERIORES AOS DE MERCADO. DIVISÃO DE CATEGORIAS. ATIVOS E INATIVOS. OPÇÃO DA OPERADORA. REQUISITOS LEGAIS. OBSERVÂNCIA.*

*1. Discute-se se é possível à empresa que oferece plano de saúde coletivo a seus empregados, na modalidade de autogestão pós-pagamento, contratar, com outra operadora, plano coletivo empresarial exclusivo para os trabalhadores inativos (demitidos e aposentados), a causar modificação no regime de custeio (pré-pagamento por faixas etárias), diante das determinações contidas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.*

*2. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu financeiramente para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998).*

*3. A legislação visa proteger a possibilidade de permanência do ex-empregado*

*como beneficiário de plano de saúde em iguais condições assistenciais de que gozava quando estava em atividade, haja vista as dificuldades que encontraria na contratação de plano individual com idade avançada ou sem emprego fixo, somado ao fato de cumprimento de nova carência, entre outros empecilhos, mas isso não significa que a proteção seja necessariamente no mesmo plano de saúde de origem. Legalidade da RN nº 279/2011 da ANS.*

*4. Mantidos a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial do plano de saúde, não há direito adquirido a modelo de custeio, devendo-se evitar a onerosidade excessiva ao usuário e a discriminação ao idoso. Precedentes.*

*5. É possível ao ex-empregador (i) manter os seus ex-empregados - demitidos sem justa causa ou aposentados - no mesmo plano de saúde em que se encontravam antes do encerramento do contrato de trabalho ou (ii) contratar um plano de saúde exclusivo para eles (art. 13 da RN nº 279/2011 da ANS).*

*6. A opção da operadora por separar as categorias entre ativos e inativos também se mostra adequada para dar cumprimento às disposições legais, visto que há garantia ao empregado aposentado ou demitido de manutenção das mesmas condições de assistência à saúde, e, por princípio, em valores de mensalidade abaixo dos praticados no mercado, não havendo obrigatoriedade de que o plano de saúde coletivo seja uno, sobretudo com relação ao regime de custeio.*

*7. Recurso especial provido." (REsp nº 1.656.827/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, DJe 5/5/2017)*

De fato, a legislação (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998) visa proteger a possibilidade de permanência do ex-empregado como beneficiário de plano de saúde em iguais condições assistenciais de que gozava quando estava em atividade, haja vista as dificuldades que encontraria na contratação de plano individual com idade avançada ou sem emprego fixo, somado ao fato de cumprimento de nova carência, entre outros empecilhos, mas isso não significa que a proteção seja necessariamente no mesmo plano de saúde de origem.

Quanto à questão referente à faixa etária, a controvérsia dos autos foi enfrentada pela Terceira Turma deste Tribunal, no julgamento do Recurso Especial nº 1.673.366/RS, desta relatoria, tendo sido firmado posicionamento diametralmente oposto ao adotado na origem, conforme se observa da ementa do acórdão:

*"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 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."*

Como visto, prevaleceu neste Tribunal Superior a tese de 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).

Dessa forma, estando manifesta a incompatibilidade do acórdão recorrido com a orientação do Superior Tribunal de Justiça, incide a Súmula nº 568/STJ.

Ante o exposto, dou provimento ao recurso especial para julgar improcedentes os pedidos formulados na inicial, devendo o recorrido arcar com as custas processuais e os honorários advocatícios, estes fixados em 2.000,00 (dois mil reais), respeitado o benefício da justiça gratuita, se houver.

Publique-se.

Intimem-se.

Brasília (DF), 28 de março de 2019.

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA  
Relator