RECURSO ESPECIAL Nº 1.785.187 - SP (2018/0325957-0)

RELATORA	**:**	**MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
RECORRENTE	:	SCANIA LATIN AMERICA LTDA
RECORRENTE	:	PREV SAUDE - ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA MEDICA PRIVADA
ADVOGADO	:	WAGNER GHERSEL - SP035848
RECORRIDO	:	GERALDO SILVA DE OLIVEIRA
ADVOGADO	:	JOSÉ REINALDO LEIRA - SP153649

DECISÃO

Trata-se de recurso especial interposto por PREV SAUDE - ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA MEDICA PRIVADA e SCANIA LATIN AMERICA LTDA, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do inciso III do artigo 105 da Constituição Federal, em face de acórdão da seguinte forma ementado:

> PLANO DE SAÚDE COLETIVO - Autor aposentado, que continua a trabalhar e depois foi demitido - Manutenção do plano de saúde coletivo da empregadora nas mesmas condições que gozava na ativa - Cabimento - Inteligência do artigo 31 da Lei no 9.656/98 - Manutenção do aposentado e seus dependentes no plano, mediante o custeio integral do valor - Prejudicial afastada - Sentença reformada - Recurso provido.

Os embargos declaratórios opostos foram rejeitados.

Nas razões do especial, apontam as partes recorrentes, além de dissídio jurisprudencial, violação dos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998. Argumentam que "Em caso análogo, esse C. STJ, por sua 3ª Turma, nos autos do Recurso Especial n° 1.594.346-SP (2016.0086407-7), cuja relatoria coube ao I. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, ao analisar a demanda ajuizada por antigo beneficiário de seguro de saúde coletivo, sob o regime de coparticipação, com o objetivo de se manter a ele vinculado nas mesmas condições de que desfrutava durante extinto vínculo empregatício, decidiu, por unanimidade, negar-lhe a pretensão, com fundamento no art. 30, §6° da Lei n° 9656/98, entendendo que o plano de saúde fornecido pela ex-empregadora não se constitui salário indireto ou salário-utilidade" (fl. 345).

Alegam que "Contribuir para o plano de saúde significa, nos termos da lei, pagar uma mensalidade, independentemente de se estar usufruindo dos serviços de

assistência médica. A coparticipação, por sua vez, é um fator de moderação, previsto em alguns contratos, que consiste no valor cobrado do consumidor apenas quando utilizar o plano de saúde, possuindo, por isso mesmo, valor variável, a depender do evento sucedido. Sua função, portanto, é a de desestimular o uso desenfreado dos serviços da saúde suplementar" (fl. 346).

O recurso foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 394-396, e-STJ.

Presentes os pressupostos de admissibilidade e ultrapassado o limite do conhecimento do presente recurso, verifico que esse merece provimento.

Na presente demanda, discute-se o direito de o ex-empregado ser mantido no mesmo plano de saúde dos funcionários inativos.

Para a devida compreensão da controvérsia, transcrevo abaixo trecho pertinente do acórdão recorrido (fls. 297-302, e-STJ):

> Na vigência do contrato de trabalho, a empregadora disponibilizava um plano de assistência à saúde da modalidade autogestão e, após a extinção do vínculo empregatício, o plano disponibilizado seria o coletivo empresarial.
> Segundo o entendimento esposado pelo sentenciante, tal conduta seria lícita, daí a diferença de valores. Para os inativos não desejando a ex-empregadora atuar como autogestora, facultado lhe seria a contratação de seguradora privada. Com valores sobremaneira mais altos, obviamente.
> A situação retratada é semelhante à da Ford e General Motors, onde o inativo igualmente acaba sendo vítima de planos sobremaneira mais elevados, uma vez desvinculado do plano dos ativos. A Elevadores Atlas Schindler, v.g., atuando na condição de autogestora para os ativos, mas aos inativos destinando seguro em separado, sob as bases praticamente iguais às de mercado.
> Só que o comando legal não permite tal conduta. O artigo 31, da lei 9656/98, é taxativo em dispor que o inativado terá direito a continuar "como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho", uma vez assumida a parte despendida pelo empregador. Via de regra já incorporada a seus proventos, a título de salário indireto (v.g., exames de laboratório por ela exclusivamente custeados ao longo de anos, coparticipação em consultas dispensada), daí não ter

> absolutamente mais nada a despender.
>
> (...).
>
> O artigo 31, já se viu, assegura ao inativo "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 seu pagamento integral". Isto é, desde que continue a pagar o quanto antes lhe era descontado a esse título. Aqui todavia, como se norma de tal ordem comportasse as sibilinas limitações apontadas, se afirma os funcionários da ativa não terem aceito a manutenção dos inativos na mesma apólice. Daí, para estes, haver sido criado um produto especial, com valores de custeio sensivelmente maiores; mas competitivos em relação aos de mercado, ao que se alega -isto é, praticamente os de mercado, muito maiores. A apólice dos ativos em parte subsidiada pela empregadora, a dos inativos não.
>
> A lei, ao que se viu, assegura a igualdade de valores. A manutenção "nas mesmas condições de cobertura assistencial" de que o empregado desfrutava antes de se inativar. "Desde que assuma o pagamento integral", isto é, pague o que antes vinha sendo pago.
>
> (...).
>
> Afinal, os artigos 30 e 31 da lei 9656/98 existem para ser cumpridos; afigurando-se impossível que o autor que ao se desligar da empresa despendia apenas R$ 81,82 mensais com a assistência médica, inativado passaria a arcar com R$ 834,24, mais de 900% de aumento. Insista-se nesse ponto. Quando na ativa (trata- se de ação relativa aos artigos 30 e 31 da lei 9656/98), por conta do plano de saúde sofria um desconto mensal da ordem de R$ 81,82, consoante assinalado na inicial. A empregadora arcando com outra parte, que não se sabe qual, mas que deverá ser aferida em sede de liquidação. O autor não se nega ao pagamento, em momento algum pretendeu permanecer no plano de saúde sem pagar a cota parte da ex-empregadora.
>
> (...).
>
> Assim, fica a apelada obrigada a manter as mesmas condições usufruídas pelo apelante e seus dependentes no plano de saúde enquanto perdurava a relação de emprego, mas desde que ele assuma integralmente o pagamento das mensalidades, ou seja, arque com as quotas devidas pelos empregados da ativa e ainda aquela que era suportada pela Scania Latin América.

De fato, o segurado aposentado que preencher os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/98 possui direito à manutenção no plano de saúde coletivo, com as mesmas

condições de cobertura assistencial.

Verifico, contudo, que o Tribunal de origem não fez a necessária distinção entre o direito à manutenção das condições de cobertura assistencial e a inexistência de direito ao regime de custeio vigente à época do contrato de trabalho.

Isso porque, a despeito de ser assegurada ao aposentado a manutenção no plano de saúde coletivo, com as mesmas condições de assistência médica, desde que assuma o pagamento integral das contribuições, o valor do prêmio poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver de custear.

Ademais, conforme já decidiu esta Corte:

> [...] 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).
> (REsp 1.656.827/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 2.5.2017, DJe 5.5.2017).

Faz-se necessária essa ressalva a fim de evitar, nos termos da jurisprudência desta Corte e da doutrina mais abalizada, a denominada "*exceção de ruína*", que é justamente o colapso do plano de saúde em razão da impossibilidade de se ajustar os prêmios de acordo com o aumento de custo, em vista da necessidade de realizarem-se constantes adaptações, mediante cálculos atuariais, dentre outros aspectos.

É importante ressaltar, ainda, que o posicionamento acima delineado não permite a adoção, por parte do plano de saúde, de reajustes abusivos e desprendidos da necessidade verificada no caso concreto, devendo ser evitada, sempre, a onerosidade excessiva ao consumidor e a discriminação ao idoso.

Confiram abaixo, a propósito, a jurisprudência pacífica deste Superior Tribunal de Justiça sobre o tema:

> RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL - EX-FUNCIONÁRIO - MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO, NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL

DE QUE GOZAVA QUANDO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO - POSSIBILIDADE, DESDE QUE ASSUMIDA A OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO INTEGRAL. INSURGÊNCIA DA DEMANDADA.

Hipótese: Controvérsia envolvendo a manutenção de beneficiário (ex-funcionário/aposentado) em plano de saúde da estipulante General Motors do Brasil, que tem como operadora a Sul América Companhia de Seguro Saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial e custeio de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho.

[...]

2. Ao aposentado deve ser assegurada a manutenção no plano de saúde coletivo empresarial, com as mesmas condições e qualidade de assistência médica. Entretanto, não há falar em direito adquirido do aposentado ao regime de custeio do plano vigente à época do contrato de trabalho.

2.1 Para a continuidade do plano de saúde o beneficiário não tem o direito de despender apenas os valores de contribuição vigentes ao tempo do ajuste, devendo assumir o pagamento integral da prestação, a qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear, evitando assim o colapso do sistema (exceção da ruína), porém, desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor e a discriminação ao idoso.

3. Recurso especial parcialmente provido para determinar a manutenção do autor/aposentado no plano de assistência médica-hospitalar, observada/preservada a mesma cobertura assistencial, porém submetida ao atual regramento no qual adotado o regime de custeio na modalidade do pré-pagamento.

(REsp 1.558.456/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 15.9.2016, DJe 22.9.2016.)

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. 1. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. EMPREGADO JÁ APOSENTADO E DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. MANUTENÇÃO DAS MESMAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA. POSSIBILIDADE, DESDE QUE ASSUMIDA A OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO INTEGRAL. 2. ART. 458, § 2º, IV, DA CLT. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULAS N. 282 E 356 DO STF. 3. AGRAVO REGIMENTAL IMPROVIDO.

1. É assegurada ao aposentado a manutenção no plano de saúde coletivo, com as mesmas condições de assistência médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral desta, a qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear.

[...]

3. Agravo regimental improvido.

(AgRg no REsp 1.535.352/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 18.2.2016, DJe 7.3.2016.)

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. TRABALHADOR APOSENTADO. MIGRAÇÃO PARA PLANO NOVO. EXTINÇÃO DO CONTRATO ANTERIOR. LEGALIDADE. REDESENHO DO MODELO DE CONTRIBUIÇÕES PÓS-PAGAMENTO E PRÉ-PAGAMENTO. AUMENTO DA BASE DE USUÁRIOS. UNIFICAÇÃO DE EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. DILUIÇÃO DOS CUSTOS E DOS RISCOS. COBERTURA ASSISTENCIAL PRESERVADA. RAZOABILIDADE DAS ADAPTAÇÕES. EXCEÇÃO DA RUÍNA.

1. Discute-se se o aposentado e o empregado demitido sem justa causa, migrados para novo plano de saúde coletivo empresarial na modalidade pré-pagamento por faixa etária, mas sendo-lhes asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial da época em que estava em vigor o contrato de trabalho, têm direito de serem mantidos em plano de saúde coletivo extinto, possuidor de sistema de contribuições pós-pagamento, desde que arquem tanto com os custos que suportavam na atividade quanto com os que eram suportados pela empresa.

2. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu 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 seu pagamento integral (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998). Os valores de contribuição, todavia, poderão variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com os que a ex-empregadora tiver que custear. Precedente.

[...]

> 4. Mantidos a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial do plano de saúde, não há direito adquirido a modelo 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 consumidor ou a discriminação ao idoso.
> 5. Nos contratos cativos de longa duração, também chamados de relacionais, baseados na confiança, o rigorismo e a perenidade do vínculo existente entre as partes pode sofrer, excepcionalmente, algumas flexibilizações, a fim de evitar a ruína do sistema e da empresa, devendo ser respeitados, em qualquer caso, a boa-fé, que é bilateral, e os deveres de lealdade, de solidariedade (interna e externa) e de cooperação recíprocos.
> 6. Não há ilegalidade na migração de inativo de plano de saúde se a recomposição da base de usuários (trabalhadores ativos, aposentados e demitidos sem justa causa) em um modelo único, na modalidade pré-pagamento por faixas etárias, foi medida necessária para se evitar a inexequibilidade do modelo antigo, ante os prejuízos crescentes, solucionando o problema do desequilíbrio contratual, observadas as mesmas condições de cobertura assistencial. Vedação da onerosidade excessiva tanto para o consumidor quanto para o fornecedor (art. 51, § 2º, do CDC). Função social do contrato e solidariedade intergeracional, trazendo o dever de todos para a viabilização do próprio contrato de assistência médica.
> 7. Não há como preservar indefinidamente a sistemática contratual original se verificada a exceção da ruína, sobretudo se comprovadas a ausência de má-fé, a razoabilidade das adaptações e a inexistência de vantagem exagerada de uma das partes em detrimento da outra, sendo premente a alteração do modelo de custeio do plano de saúde para manter o equilíbrio econômico-contratual e a sua continuidade, garantidas as mesmas condições de cobertura assistencial, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.
> 8. Recurso especial provido.
> (REsp 1.479.420/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 1º.9.2015, DJe 11.9.2015.)

Em face do exposto, dou provimento ao recurso especial para, nos termos da jurisprudência desta Corte, determinar que a parte recorrida deverá arcar com a integralidade do pagamento referente ao plano de saúde, observando-se os reajustes e

modificações do plano paradigma/reenquadrado.

Ficam invertidos os ônus sucumbenciais fixados pelo Tribunal de origem, considerando-se suspensas as exigibilidades em caso de concessão de assistência judiciária gratuita.

Intimem-se.

Brasília (DF), 09 de abril de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora