

Azevedo Sette

ADVOGADOS



Paulo Sogayar Jr.

Sócio do Azevedo Sette Advogados

O direito de manutenção de ex-empregados e aposentados (inativos) em planos de saúde oferecidos por empregadores (modalidade coletivo empresarial), quando da rescisão do contrato de trabalho, ainda suscita dúvidas e questões.

Autorizado pela Lei 9.656/98, em seus artigos 30 e 31 e regulamentado pela Resolução Normativa 279/11 (RN 279), a manutenção tem como um dos principais requisitos a contribuição para o plano, enquanto o funcionário estava ativo. Ponto que parecia simples e claro na Lei: não tendo havido contribuição, não haveria direito à manutenção.

Ocorre que atualmente parte da jurisprudência passou a conceder a manutenção no plano, mesmo em situações em que o empregado ativo não tenha contribuído (pago valores) ao plano, sob o entendimento de tal direito ser assegurado “independentemente de sua contribuição ser direta ou indireta”^[1] ou porque o plano de saúde seria “salário indireto”^[2].

Esse entendimento, além de violar os artigos 30 e 31 da Lei 9.656, também afronta o artigo 458, parágrafo 2º, inciso IV da CLT (redação conforme Lei 10.243/01), que expressamente não considera como salário a “assistência médica, hospitalar e odontológica, prestada diretamente ou mediante seguro-saúde.” Mesmo antes da Lei 10.243/01, já havia jurisprudência trabalhista que não considerava o oferecimento de plano de saúde como salário^[3].

Ato subsequente à discussão sobre a manutenção no plano está a discussão do valor que o inativo deve pagar, uma vez que os artigos 30 e 31 expressamente mencionam que a manutenção seria “nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral”.

Com base em tal disposição, alguns inativos buscam manter o pagamento dos valores que pagavam enquanto na ativa ou que tais valores sofram apenas pequeno aumento.

O Superior Tribunal de Justiça já decidiu que “mesmas condições de cobertura assistencial” não inclui “mesmas condições de preço”^[4]:

Em relação ao valor a ser pago pelos inativos, a RN 279 determina que esse valor seja baseado em faixas etárias. Ele é calculado atuarialmente e considera que indivíduos com mais idade representam uma maior frequência de utilização do plano e uma maior parte das despesas.

Embora a RN 279 tenha esclarecido que o “pagamento integral” seja o valor atribuído nas faixas etárias, também há julgados questionando não apenas a sua aplicação, mas também a sua legalidade^[5].

Esses fatores já possibilitariam um aumento na sinistralidade do plano e, consequentemente, aumento no valor que a empregadora terá em relação ao plano.

Entretanto, há outro fator que aterroriza as empresas e é pouco conhecido: a obrigatoriedade de algumas empresas, como as companhias brasileiras de capital aberto e as de grande porte (com ativo superior a R\$ 240 milhões ou com receita bruta anual superior a R\$ 300 milhões) terem que publicar seus balanços, os quais, de acordo com normas contábeis, deverão dispor sobre eventuais passivos relacionadas a benefícios pós-emprego (como plano de saúde). A manutenção de inativos no plano de saúde atribuindo-lhes pagamentos em valores diversos dos das faixas etárias contribui para tais passivos.

Esses fatores causam insegurança jurídica e servem como desestímulo à continuidade e/ou ao oferecimento de planos de saúde por parte das empresas. Se a RN 279 não for considerada norma interpretativa ou se vier a ser considerada ilegal, uma mudança da Lei 9.656 em seus artigos 30 e 31, melhor endereçando os pontos acima, será bem-vinda.

Obs.: Este artigo não representa a opinião do Azevedo Sette Advocacia.

[1] AgRG nos EDcl no AREsp 219.206-SP.

[2] TJSP, Apelação 1073265-58.2013.8.26.0100.

[3] TST, ED-RR – 190700-37.1990.5.01.003, em que se extraí da ementa o seguinte trecho: “(...) DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. A participação do empregador em planos de saúde de seus empregados não tem natureza salarial, mas assistencial.(...)”.

[4] REsp 1479420-SP:“(…) 3. Por “mesmas condições de cobertura assistencial” entende-se mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos (...)”

[5] TJSP, Apelação 1011965-27.2014.8.26.0564.

Fonte: Artigo publicado originalmente na revista [Opinião.Seg nº 12](#) - Edição Agosto de 2016.