A precária situação da saúde pública leva muitos brasileiros a contratarem planos privados de assistência médica. Entretanto, nem sempre as operadoras e os beneficiários desses planos conseguem ter uma relação pacífica, sobretudo quando se trata de reajuste no valor das mensalidades.

Para aprofundar a discussão do tema, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) realizará audiência pública nesta segunda-feira (10), às 14h, no plenário da Segunda Seção. A finalidade é subsidiar os ministros da seção para o julgamento do **Recurso Especial 1.715.798** e de outros com a mesma controvérsia, relativa à validade da cláusula contratual de plano de saúde **coletivo** que prevê reajuste por faixa etária, além do ônus da prova da base atuarial do reajuste.

O relator dos processos, que tramitam sob o rito dos recursos repetitivos, é o ministro Paulo de Tarso Sanseverino. A relação dos participantes e a programação da audiência pública podem ser vistas **aqui**.

A questão submetida a julgamento está cadastrada como **Tema 1.016** na base de dados dos repetitivos do tribunal. Até a decisão final dos recursos, está suspensa a tramitação dos processos individuais ou coletivos que versem acerca da questão delimitada. Há 766 processos nessa situação em todo o Brasil.

Panorama

Segundo dados do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em novembro de 2019 o percentual de beneficiários cobertos por planos privados de saúde era de 24,3% da população brasileira. São Paulo, Espírito Santo e Rio de Janeiro figuram como as unidades da federação com a maior taxa de cobertura – mais de 30% possuem assistência médica privada nesses estados.

Existem duas modalidades de planos de saúde: a individual ou familiar, em que a contratação é livre e se dá diretamente entre o beneficiário e a operadora; e a coletiva, em que a adesão exige vínculo com associação profissional ou sindicato (coletivo por adesão), ou relação de emprego com empresa ou órgão público (coletivo empresarial).

No STJ, a quantidade de processos envolvendo planos de saúde e seus usuários é bastante extensa, e os temas discutidos nos recursos vão muito além do reajuste.

Planos individuais

No **REsp 1.568.244**, julgado sob o rito dos repetitivos em dezembro de 1916, a Segunda Seção decidiu que é válida a cláusula que prevê o reajuste de mensalidade de plano individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário.

"A cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária encontra fundamento no mutualismo e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos, o que concorre para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do próprio plano", afirmou o relator do processo, ministro Villas Bôas Cueva.

A questão submetida a julgamento foi cadastrada como **Tema 952** no sistema do tribunal, sendo fixada a seguinte tese: "O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que haja previsão contratual; sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores, e não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso".

Regras diferentes

No julgamento, a Segunda Seção também definiu regras de reajuste diferentes para contratos novos e antigos. Nos contratos antigos e não adaptados, referentes aos seguros firmados antes da entrada em vigor da Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), deve ser observado o que consta do contrato – respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da **Súmula Normativa 3/2001** da ANS.

Nos contratos novos, firmados ou adaptados entre 2 de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003, deverão ser cumpridas as regras da **Resolução Consu 6/1998**, a qual determina a observância de sete faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a seis vezes o previsto para os segurados entre 0 e 17 anos). Ficou estabelecido, ainda, que a variação de valor na contraprestação não poderia atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro-saúde há mais de dez anos.

Para os contratos novos, firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, incidem as regras da **Resolução Normativa 63/2003** da ANS, que prescrevem a observância de dez faixas etárias – a última aos 59 anos –, sendo que o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o previsto para a primeira. A resolução também determinou que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima.

Prazo prescricional

Ao analisar o **REsp 1.361.182**, também sob o sistema dos repetitivos (Tema 610), a Segunda Seção discutiu o prazo prescricional para o exercício da pretensão de revisão de cláusula contratual que prevê reajuste de plano de saúde e devolução dos valores supostamente pagos a mais. O relator para acórdão foi o ministro Marco Aurélio Bellizze.

A tese firmada no julgamento é a seguinte: "Na vigência dos contratos de plano ou de seguro de assistência à saúde, a pretensão condenatória decorrente da declaração de nulidade de cláusula de reajuste neles prevista prescreve em 20 anos (artigo 177 do Código Civil de 1916), ou em três anos (artigo 206, parágrafo 3º, IV, do CC/2002), observada a regra de transição do artigo 2.028 do CC/2002".

Segurança jurídica

Em seu voto, o relator original do recurso destacou que no CC/1916 não havia fixação de prazo prescricional específico para as ações sobre enriquecimento sem causa, nem para as pretensões decorrentes de reparação civil, incidindo, assim, a regra geral de prescrição para as ações pessoais – ou seja, o prazo de 20 anos previsto no artigo 177 daquele código.

Bellizze, cujo voto prevaleceu no julgamento, concordou quanto ao prazo de 20 anos sob o CC/1916, mas acrescentou que o CC/2002 trouxe uma nova perspectiva, em que há equivalência do prazo prescricional da pretensão relativa ao ressarcimento por enriquecimento sem causa com aquele referente à reparação civil, seja ela contratual ou extracontratual, o que conduz à uniformidade de aplicação do prazo trienal.

"É importante perceber que a sistemática adotada pelo Código Civil de 2002 foi a de redução dos prazos prescricionais, visando sobretudo garantir a segurança jurídica e a estabilização das relações jurídicas em lapso temporal mais condizente com a dinâmica natural das situações contemporâneas", salientou o ministro.

Estatuto do Idoso

No julgamento do **REsp 1.280.211**, a Segunda Seção, após questão de ordem suscitada pelo ministro Marco Buzzi – relator do processo – apontando divergência de entendimento entre as turmas de direito privado, decidiu que a previsão de reajuste de mensalidade de plano de saúde

em decorrência da mudança de faixa etária de segurado idoso não configura, por si só, cláusula abusiva, devendo sua compatibilidade com a boa-fé objetiva e a equidade ser aferida em cada caso concreto. O recurso tratava de um contrato de plano individual.

"A variação das mensalidades ou prêmios dos planos ou seguros de assistência à saúde, em razão da mudança de faixa etária, não configurará ofensa ao princípio constitucional da isonomia quando baseada em legítimo fator distintivo, a exemplo do incremento do elemento risco nas relações jurídicas de natureza securitária, desde que não evidenciada a aplicação de percentuais desarrazoados", afirmou o relator.

O colegiado lembrou ainda que o reajuste por idade precisa atender aos critérios objetivamente delimitados, de modo a não ferir o disposto no **artigo 15**, parágrafo 3º, da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), o qual veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

"Resta vedada a cobrança de valores diferenciados com base em critério etário, pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, quando caracterizar discriminação ao idoso, ou seja, a prática de ato tendente a impedir ou dificultar o seu acesso ao direito de contratar por motivo de idade", disse o ministro.

Caso concreto

O caso analisado envolveu uma segurada que firmou, em 2001, contrato individual de seguro-saúde de assistência médica e hospitalar na categoria básica. Segundo os autos, em setembro de 2007, o valor da mensalidade era de R$ 636,19, passando, no mês seguinte (após o aniversário de 60 anos da beneficiária), para R$ 1.226,63, em razão da mudança de faixa etária.

"Na hipótese em foco, o plano de saúde foi reajustado no percentual de 93% de variação da contraprestação mensal, quando do implemento da idade de 60 anos, majoração que, nas circunstâncias do presente caso, destoa significativamente dos aumentos previstos contratualmente para as faixas etárias precedentes, a possibilitar o reconhecimento, de plano, da abusividade da respectiva cláusula", concluiu o relator.

Migração

No **REsp 1.471.569**, de relatoria do ministro Villas Bôas Cueva, a Terceira Turma entendeu que nos casos de migração de beneficiário de plano coletivo empresarial extinto para plano individual ou familiar, a operadora responsável não está obrigada a manter os mesmos valores das mensalidades praticadas no plano coletivo.

"Não há falar em manutenção do mesmo valor das mensalidades aos beneficiários que migram do plano coletivo empresarial para o plano individual, haja vista as peculiaridades de cada regime e tipo contratual (atuária e massa de beneficiários), que geram preços diferenciados", afirmou o relator.

Equilíbrio econômico-financeiro

O ministro lembrou que, nos planos coletivos, o reajuste anual é apenas acompanhado pela ANS, para fins de monitoramento da evolução dos preços e de prevenção de práticas comerciais abusivas, não havendo necessidade de prévia autorização da agência reguladora.

Já nos planos individuais ou familiares, o magistrado destacou que não existe livre negociação, pois o preço e os reajustes anuais são vinculados à prévia autorização da ANS, não guardando o índice de reajuste correlação com a sinistralidade do plano de saúde em si, mas com outros parâmetros adotados em metodologia particular.

"O que deve ser evitado é a onerosidade excessiva. Por isso é que o valor de mercado é empregado

como referência, de forma a prevenir eventual abusividade", assinalou.

O ministro também salientou a importância de se manter o equilíbrio econômico-financeiro dos planos de saúde, para que eles continuem em atividade. "As mensalidades cobradas devem guardar relação com os respectivos riscos gerados ao grupo segurado, sob pena de prejuízos a toda a sociedade por inviabilização do mercado de saúde suplementar, porquanto, a médio e longo prazo, as operadoras entrariam em estado de insolvência", disse.

Mínimo obrigatório

Em dezembro de 2019, no julgamento do REsp 1.733.013 (acórdão ainda não publicado), a Quarta Turma entendeu que o rol de procedimentos e eventos em saúde previsto na **Resolução Normativa 428/2017** da ANS não é meramente exemplificativo, constituindo um mínimo obrigatório para as operadoras.

"O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, em preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população", ressaltou o ministro Luis Felipe Salomão, relator do processo.

Com esse entendimento, o colegiado negou provimento ao recurso de uma segurada que pretendia que o plano cobrisse tratamento não incluído na lista da ANS, sob a alegação de que o rol da agência reguladora seria apenas exemplificativo, uma referência básica, e que o contrato não mencionava a exclusão do procedimento desejado.

Segundo os autos, o médico da segurada indicou a realização do procedimento de cifoplastia, porém o plano só autorizou a verteroplastia – prevista na resolução da ANS.

O juízo de primeiro grau determinou a cobertura do procedimento prescrito pelo médico, entretanto, a decisão foi reformada pelo Tribunal de Justiça do Paraná (TJPR), que entendeu que o plano não está obrigado a realizar procedimento não previsto na lista da ANS. Fundamentou ainda que a verteroplastia, autorizada pela operadora, tem eficácia comprovada.

Cobertura indiscriminada

Em seu voto, Salomão afirmou que o plano básico de referência, instituído pelo artigo 10 da Lei dos Planos de Saúde e regulamentado pela ANS, foi criado como um mínimo para ser acessível à grande parcela da população não atendida pelas políticas públicas de saúde.

Para o relator, a ideia de lista exemplificativa – embora haja precedentes nesse sentido na Terceira Turma do STJ – contraria os dispositivos legais que preveem o plano básico de referência e a possibilidade de contratação de outras coberturas, e acaba por restringir a livre concorrência, estabelecendo "a mais ampla, indiscriminada e completa cobertura a todos os planos e seguros de saúde".

"Considerar esse rol meramente exemplificativo representaria, na verdade, negar a própria existência do 'rol mínimo' e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais ampla faixa da população", afirmou o ministro.

Esta notícia refere-se ao(s) processo(s):

REsp 1280211

REsp 1568244

REsp 1361182

REsp 1471569

REsp 1733013

Fonte: STJ, em 09.02.2020