

Por Leonardo Peres Leite (*)



Os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 (Lei do Plano de Saúde) conferem direitos aos ex-empregados e aposentados, demitidos, relativos à continuidade dos benefícios de plano de saúde coletivo empresarial. Tais direitos constam regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em suas resoluções, especialmente a Resolução Normativa nº 279/2011. Segundo tais regras, o ex-colaborador tem direito de permanecer no plano de saúde coletivo empresarial, desde que não ingresse em um novo emprego.

Depois de desligado, o ex-colaborador não aposentado pode permanecer por período equivalente a 1/3 calculado sobre o período total do vínculo (mínimo de permanência será de 6 meses, e o máximo de 24 meses). Para o ex-colaborador aposentado que contribuir por menos de 10 anos, o período de permanência será equivalente a 1 ano para cada ano contribuído. E o ex-colaborador aposentado que contribuir no plano de saúde por período superior a 10 anos poderá permanecer por período indeterminado.

Para que possam usufruir desse direito de permanência pós desligamento, os beneficiários têm que assumir o pagamento integral da mensalidade. E é justamente em relação à valoração da mensalidade desses ex-colaboradores que nos últimos anos emergiram entendimentos jurídicos diferentes.

Em observação à Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, muitos dos planos coletivos empresariais atuais são constituídos por duas categorias: “ativos” (no qual estavam agrupados os empregados) e “inativos” (ex-colaboradores e aposentados). Cada categoria conta com gestão específica de cada grupo de beneficiários, e as gestões diferentes implicam em custos diferentes, resultando em mensalidades distintas.

Na categoria de “ativos”, os custos geralmente são diluídos e equalizados entre o universo de

beneficiários, que, naturalmente, é maior e com faixa etária inferior se comparado em relação aos inativos. Já na categoria de “inativos”, a equalização dos custos observa plataforma reduzida de beneficiários, com idades superiores e maiores demandas por serviços/coberturas de saúde. Como resultado, os valores das mensalidades se mostravam diferentes (elevados) dos valores que eram praticados quando o beneficiário estava na empresa, e também diferentes dos funcionários ativos.

Diante dessas peculiaridades, o Poder Judiciário recebeu nos últimos anos muitas ações discutindo a legalidade deste tipo de plano de saúde. E, por incrível que pareça, dois entendimentos divergentes surgiram nos tribunais estaduais e dentro do próprio STJ: (a) legalidade da distinção de categorias e de custos (cada categoria com valor específico, mas obedecendo razoabilidade); e (b) paridade de custos (inativos = ativos).

No final de 2019, ao processar o Recurso Especial 1818487/SP, a 2ª Seção do STJ constatou a existência dos entendimentos divergentes dentro da Corte, e identificou a necessidade de um posicionamento único e definitivo sobre o tema. Declarou o recurso como representativo de controvérsia. O recurso foi julgado no final de 2020, e o acórdão foi publicado em fevereiro de 2021. E dentre as teses fixadas no julgamento, está a seguinte:

"O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador."

No julgamento, além de decidirem a respeito da unificação de beneficiários e de valores de mensalidades, os Ministros definiram entendimento no sentido de que as disposições da Resolução 279/2011 da ANS são contrárias aos princípios normativos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, e que não podem ser observadas/aplicadas. Isso significa que o Judiciário passou a não aceitar os modelos de plano de saúde coletivo empresariais concebidos com base na Resolução.

De acordo com regras processuais vigentes, a decisão do STJ se tornou paradigma para todas as demandas envolvendo os assuntos nela decididos. Portanto, é oportuno e importante que estipulantes e operadoras de planos de saúde busquem entendimentos para a implementação de planos que observem as recentes diretrizes jurídicas sobre o tema.

(*) **Leonardo Peres Leite** é associado ao escritório [Costa Marfori Advogados](#). Bacharel em Direito pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas e Pós-graduado em Direito das Relações de Consumo pela PUC-SP.

19.05.2021