

# Reflexões sobre Saúde Suplementar

**Alessandra Ferreira Mattos Aleixo**<sup>1</sup>

Neste estudo, tem-se o objetivo de analisar temas debatidos no decorrer do curso sobre direitos relacionados à Saúde Suplementar. No primeiro encontro, tratou-se dos fundamentos econômicos e atuariais de seguros e planos de saúde. A primeira palestra foi ministrada pelo Prof. Luiz Augusto Carneiro, que dissertou sobre como se financia um contrato de seguro, a existência do mutualismo, com o compartilhamento de riscos, o conceito de risco e a necessidade de aplicar-se o mutualismo dentro de grupos homogêneos. O palestrante demonstrou igualmente que o risco deve ser “segurável”; ou seja, economicamente viável, o que interfere diretamente na composição do prêmio.

A segunda palestra do primeiro encontro foi ministrada por Maury Ângelo Bottesine, que tratou dos contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde, dos princípios da atividade, do regime associativo na prestação de serviços médicos e hospitalares, do cooperativismo empresarial e do SUS como modelo de assistência oficial.

Uma importante diferenciação feita diz respeito aos planos de saúde e seguros, pois as seguradoras ficam sujeitas à regulamentação tanto da ANS quanto da SUSEP.

A terceira palestra do primeiro encontro foi ministrada por Denys Zimmermann e versou sobre a evolução do seguro saúde, os avanços tecnológicos, o aumento da expectativa de vida, as decisões médicas e sua supremacia, a obrigação de garantia, a forma do questionário da seguradora, que não pode conter investigação sobre sintomas, o problema das lesões preexistentes e a solução para a sua cobertura, bem como o problema do

---

<sup>1</sup> Juíza de Direito da 5ª Vara Cível - Capital.

risco moral; ou seja, a tendência de o segurado ter menos cuidado com sua saúde ao contratar um seguro.

O segundo encontro ocorreu no dia 22 de julho, tendo por tema a Federação Nacional de Saúde Suplementar, o envelhecimento e reajuste por faixa etária, que desperta significativo interesse por parte dos magistrados, já que grande parte das ações ajuizadas referem-se basicamente aos reajustes por faixa etária, que tanto oneram o idoso.

O grande impasse consiste na diminuição da renda com a idade e o consequente aumento da necessidade de utilização do plano de saúde pelos idosos, uma equação difícil de ser resolvida.

Outro problema refere-se à mudança da pirâmide etária com o decorrer dos anos, com a diminuição de jovens e aumento dos idosos, sendo inevitável o aumento de doenças crônicas, mas há também aumento gradual da qualidade de vida, decorrente do incremento tecnológico.

O avanço da tecnologia trouxe mais despesas, com exames e técnicas menos invasivas, aumento da renda da população que gera maior utilização de serviços médicos, transição epidemiológica entre as doenças contagiosas, menos presentes, e as doenças crônicas.

No Brasil, para resolver-se o problema do idoso, todos custeiam os riscos, não podendo o preço cobrado do idoso ser maior que seis vezes o custo da menor faixa etária. Daqui a alguns anos, esse sistema começará a evidenciar problemas, uma vez que haverá poucos jovens para subsidiar futuros idosos.

Outro problema discutido foi a controvérsia entre a vigência do CDC até a Lei 9.656, período em que não havia diploma legal que regulamentasse a faixa etária. No entanto, entre a Lei 9.656 e a entrada em vigor do Estatuto do Idoso, poderia haver modificação da faixa etária até os 70 anos. A partir do Estatuto do Idoso, a última faixa para a qual se admite majoração é aos 59 anos.

O terceiro encontro teve como tema o que a sociedade espera da ANS, interfaces com a gestão do SUS e do MS, a inclusão de novas coberturas e equilíbrio financeiro do sistema. Foi salientada a mudança de relacionamento entre médico e paciente, com intensa procura por prontos-

socorros, medida mais resolutiva para o paciente, que se submete eventuais exames necessários.

A diferenciação entre beneficiário, prestador de serviço e operadora foi explicitada e, na segunda palestra, tratou-se da regulação: o que é, para que serve, o rol de procedimentos, o seu aumento gradual, o problema da portabilidade da carência, dentre outros.

Os temas abordados em todas as palestras e explicações são atuais e enfrentados todos os dias pelos juízes, sendo a maior parte da demanda consumerista, especialmente em casos de antecipação de tutela, referentes à planos de saúde, com ênfase na negativa de realização de procedimentos, sob a alegação de carência, no reajuste desarrazoado e em desacordo com o determinado pela ANS, bem como a negativa de exames pela não previsão contratual.

Sobre o tema abordado no curso, em especial a norma que regulamenta os planos de saúde coletivos e a continuidade de prestação do serviço e manutenção da condição de segurado após sua aposentadoria, transcreve-se a sentença a seguir proferida pela signatária junto ao Juízo da 5ª Cível de Jacarepaguá no ano de 2011:

RRM, devidamente qualificado na inicial, propõe ação de conhecimento pelo rito sumário em face de GCAIS, igualmente qualificado, alegando, em síntese, ser empregado da EBTS, aposentado por invalidez desde junho de 2009. Aduz ser oferecido pela empresa plano coletivo de saúde, desfrutado pelo autor até 04/02/2011, quando foi surpreendido com a informação de não manutenção do plano por não mais pertencer aos quadros da empresa.

Foi oferecido pela ré plano individual de valor muito elevado, entendendo o autor que, com a aposentadoria, não teve o contrato extinto, mas suspenso, devendo ser mantido o pla-

no de saúde. Pelo que a concessão de antecipação de tutela para restabelecimento do serviço e, ao final, a confirmação da tutela concedida e a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais.

A inicial veio acompanhada de documentos de fls. 11/79.

Deferimento da antecipação de tutela às fls. 81.

Devidamente citada, a ré apresentou contestação, conforme fls. 87/101.

Arguiu a ilegitimidade ativa do autor, por ser o contrato coletivo e ele apenas o beneficiário.

No mérito, afirma que aplica-se ao caso do autor o disposto no artigo 31 da lei que rege os planos de saúde, uma vez que o autor ostenta a condição de aposentado, mantido o contrato após a aposentadoria à razão de um ano para cada ano de contribuição, o que foi respeitado pela ré, inexistindo danos a serem indenizados.

É o relatório.

O presente feito deve ser julgado antecipadamente, na forma do artigo 330, inciso I, do CPC, tendo em vista que a questão de mérito é unicamente de direito.

Trata-se de relação de consumo, devendo aplicar-se os princípios e regras consumeristas no presente caso.

Quanto à preliminar de ilegitimidade ativa, deve ser rejeitada, por ser o autor beneficiário e usuário do plano coletivo e, portanto, consumidor dos serviços da ré.

No mérito, a controvérsia incide na existência dos danos alegados e na efetiva condição do autor, se aplicável a seu caso o dispositivo relativo à aposentadoria prevista no artigo 31 da Lei 9656 ou não.

Para análise da questão, inicialmente deve-se analisar se a aposentadoria por invalidez extingue ou não o contrato de trabalho, sendo que, segundo o disposto no artigo 475 da CLT,

bem como em enunciado do TST de número 160, a aposentadoria por invalidez não tem o condão de extinguir o contrato de trabalho, mas apenas de suspendê-lo, não importando o prazo que perdure, mantida a condição de empregado do autor, haja vista que, na hipótese de restabelecimento das suas funções físicas, poderá retornar ao trabalho, o que foi reconhecido pela empregadora do autor ao retificar sua carteira de trabalho, não procedendo a anotação de baixa na mesma.

A ré argumenta que há dispositivo legal atinente ao caso, o artigo 31 da Lei 9656, que prevê caso de aposentadoria do empregado, mas este dispositivo não prevê o caso específico da aposentadoria por invalidez, mas aposentadoria por tempo de serviço ou contribuição, caso em que não subsiste o contrato de trabalho, não aplicável, portanto, o dispositivo citado ao caso dos autos.

Neste sentido a seguinte decisão:

0006036-79.2005.8.19.0066 (2007.001.03091) – APELAÇÃO DES. PEDRO FREIRE RAGUENET - Julgamento: 20/03/2007 - DÉCIMA OITAVA CÂMARA CÍVEL

Cível. Empregado aposentado por invalidez. Cessaçã do plano de saúde. Demanda proposta em face da empregadora e da seguradora. Sentença que julga improcedente a demanda em face daquela e a extingue, sem apreciação do mérito, em face desta. Apelo. Reflexo do art. 475 da CLT. A aposentadoria por invalidez não quebra o contrato de trabalho, senão o suspende. Precedentes do STJ e deste Tribunal, reconhecendo correção da pretensão autoral ao fornecimento do seguro, em face à onerosidade da relação trabalhista e à vinculação às suas cláusulas negociais. Obrigação decorrente do Edital de privatização da CSN. Configuração de lesão moral, em virtude da rescisão unilateral da obrigação contratual e suas conseqüências em relação ao autor. Provimento parcial do apelo para

reconhecer a obrigação da primeira recorrida e manutenção da sentença em relação à segunda recorrida.

Considerando a subsistência do contrato de trabalho e não aplicação do artigo 31, mantida a condição de empregado do autor, deve ser mantida a sua condição de beneficiário do plano de saúde, não obstante a cláusula do contrato coletivo que prevê a não cobertura quando afastado o empregado por doença, uma vez que totalmente abusiva e em desacordo com o Princípio Constitucional da isonomia, já que o empregado, quando doente, precisará do plano de saúde.

Resta analisar-se o pedido de condenação ao pagamento de indenização por danos morais. Entendo que os danos não ficaram caracterizados no presente caso, uma vez que, embora tenha havido inadimplemento contratual pela ré, pode a mesma inicialmente ter sido levada a erro, já que o empregador deu baixa da Carteira de Trabalho do autor, o que daria ensejo a perda da condição de beneficiário, sendo informado pela Defensoria Pública que a própria alertou o empregador para o erro, não comprovada nenhuma ofensa a honra ou dor intensa sofrida em virtude da negativa de forma a dar ensejo ao dever de indenizar.

Pelo exposto, JULGO PROCEDENTE EM PARTE o pedido formulado na inicial, para tornar definitiva a tutela deferida e JULGO IMPROCEDENTE O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS.

Considerando a sucumbência recíproca, cada parte arcará com o pagamento de honorários advocatícios dos seus patronos, fixados em 10% sobre o valor da causa e com o pagamento de metade das custas processuais, observada a gratuidade justiça deferida ao autor.

Certificado o trânsito em julgado, dê-se baixa e arquivem-se os autos.

P.R.I.”

Para o julgamento do caso, foi necessária a análise do disposto na Lei 9.656, bem como da interpretação de conceitos de direito do trabalho, relativos à extinção do contrato de trabalho e sua aplicabilidade à aposentadoria por invalidez.

Concluí que, na aposentadoria por invalidez, diferentemente da aposentadoria por tempo de serviço, não há extinção do contrato de trabalho, mas apenas suspensão, não perdendo o empregado sua condição, possuindo, portanto direito a permanecer como beneficiário do plano de saúde da empresa.

Uma questão que não foi objeto de discussão pela parte, mas que pode trazer discussões futuras, diz respeito ao pagamento dos custos mensais com o plano de saúde pelo aposentado por invalidez. No caso por mim julgado, o próprio beneficiário requereu o pagamento por ele dos valores mensais, mas existe a possibilidade de, interpretando as normas vigentes, bem como considerando a suspensão do contrato de trabalho e a manutenção da condição de empregado, entender-se pela obrigatoriedade de a empresa continuar arcando com os custos mensais.

Destarte, após todas as explicações, conclui-se pela importância da legislação, da regulamentação, da fiscalização da agência reguladora, de forma a tentar equilibrar os interesses sempre conflitantes e diminuir o litígio, desafogando a Justiça e evitando o ajuizamento de milhares de ações judiciais. ♦