

**Relatório da apresentação feita no
“SEMINÁRIO SOBRE PLANO DE AUTOGESTÃO”**

No dia 06 de março de 2018, a Assessoria Jurídica da FENASPS, representada no ato pela Dra. Paula Ávila Poli, integrante do escritório SLPG Advogados, participou do seminário organizado pelo FONASEFE e FONACATE, ficando responsável por abordar e iniciar o debate sobre “O cenário atual (legislação e administração) e a Saúde Complementar dos Servidores Públicos Federais garantida no RJU seus impactos e Perspectivas”.

O tema foi iniciado a partir do resgate das modificações ocorridas na forma de custeio dos planos de saúde geridos na modalidade de autogestão, dando ênfase inicialmente àquelas ocorridas na GEAP a partir de 2009, por meio da Resolução 418/2008 (valores fixos por beneficiário do plano), passando para a Resolução 616/2012 (alterou a forma de custeio para considerar as faixas etárias no critério de cálculo das mensalidades), para chegar nos últimos reajustes ocorridos em 2016 de 37,55% (Resolução 99/2015), 2017 de 23,44% (Resolução 168/2016) e, por fim, 2018 de 19,44.

Mesmo histórico foi feito em relação à CAPESAÚDE, cujas modificações mais significativas passaram a ocorrer no ano de 2014, quando também se modificou a forma de custeio para passar a considerar no critério de cálculo das mensalidades a faixa etária dos beneficiários.

A expositora relatou que contra todas estas medidas adotadas pelas operadoras dos planos de saúde de autogestão no sentido de modificar a forma de custeio, bem como aumentar o plano em percentuais desmedidos/abusivos, ou até mesmo aplicar mais de um reajuste anual, foram feitas ações judiciais, todas ainda em trâmite.

A dificuldade de obter decisões judiciais favoráveis às discussões promovidas em torno das questões que envolvem as resoluções das operadoras dos planos de saúde, geridas na modalidade de autogestão, foi exposta pela assessora jurídica da FENASPS, a partir do entendimento do Judiciário de que o Conselho de

Administração e Fiscalização paritário destas entidades - com representantes das patrocinadoras e dos servidores - legitimaria as decisões por elas adotadas, mesmo que elas importem em onerar sobremaneira os titulares, beneficiários e agregados do plano de saúde.

Neste cenário bastante desastroso posto pelas decisões judiciais, soma-se o recentemente julgamento do Recurso Especial nº 1285483, pela 2ª Sessão do Superior Tribunal de Justiça, onde houve decisão pela não aplicação do Código de Defesa do Consumidor às relações jurídicas estabelecidas por pessoas físicas com os planos de saúde geridos na modalidade de autogestão.

Explicou a advogada que, apesar de discordar da fundamentação jurídica contida na decisão, os Ministros do Superior Tribunal de Justiça entenderam que o Código de Proteção ao consumidor não se aplica às referidas relações, pois, os planos de saúde operacionalizados não estariam inseridos no mercado de consumo, uma vez que não podem captar todos os consumidores disponíveis neste mercado, somando-se a este fato a não obtenção de lucro da atividade desenvolvida.

Ainda a respeito, frisou-se na decisão que a forma de gestão do plano de saúde, possibilitando a participação de representantes dos usuários na administração do plano, legitima as decisões por eles adotadas e que em razão disto não se poderia classificar como abusiva as consequências advindas destas resoluções.

Salientou a assessora jurídica que a decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça estabeleceu uma regra sem analisar cada caso concreto, citando como exemplo a hipótese de empate das votações do conselho onde o que prevalece é o voto de minerva não raras vezes atribuído ao empregador/patrocinador, como nos casos da GEAP e da CAPESAÚDE.

Por fim, a advogada informa que nas ações judiciais existentes já se está tentando trabalhar a existência real de vulnerabilidade dos beneficiários deste tipo de plano de saúde gerido na modalidade de autogestão, bem como a necessária aplicação do Código de Defesa do Consumidor, do princípio da boa-fé objetiva inserido no Código Civil, entre outros aspectos jurídicos que podem levar, talvez, a

uma mudança de posicionamento, ainda que reconheça ser um momento ainda mais crítico para o destino deste tipo de ação.

Sob este aspecto de dificuldades enfrentadas neste tipo de demanda, que visa à declaração de abusividade de reajustes, ou, mesmo da modificação da forma de custeio, em ambos os casos onerando sobremaneira os beneficiários, inclusive inviabilizando para muitos a permanência, a assessora jurídica destaca a necessidade de se pensar em modificações legislativas que fortaleçam as operadoras de saúde dos planos geridos na modalidade de autogestão, hoje sujeitas às mesmas regras e exigências das outras operadoras do mercado comum e que tem como finalidade o lucro. Destacou também como possível alternativa questionar a real necessidade da reserva técnica exigida pela ANS nos patamares/percentuais exigidos, pois este tipo de exigência levou, por exemplo, a CAPESESP a ter que implantar o plano de saneamento financeiro sem que houvesse qualquer problema na manutenção e gestão dos planos por ela operados. Consequência desta exigência foi o aumento abrupto das mensalidades, bem como a necessidade de aporte, levando a milhares de desistências.

Apesar de entender necessária muitas vezes a discussão judicial das medidas adotadas por estas operadoras de planos de saúde, justamente pela dificuldade que os beneficiários têm de se fazer ouvir, mesmo com representantes dentro do conselho de administração, destacou a advogada que a judicialização não é a melhor via de resolver este contexto que vem se estabelecendo, pois o cerne do problema é custo da operacionalização do plano de saúde x arrecadação obtida.

Neste ponto, onde se passou a discutir custo x arrecadação obtida pelas operadoras do plano de saúde entrou em questão o aporte deficitário das patrocinadoras a título de *per capita*, absolutamente defasada, sem reajuste anual, sem considerar os custos de inflação médica divulgados. Foi digno de nota que atualmente existem beneficiários que custeiam mais de 80% do plano, enquanto as patrocinadoras, que assumem o dever de prestar a saúde, nos termos do art. 230 do RJU, aportam menos de 20%. Pontuou-se também como parte da solução dos problemas enfrentados a luta da classe pelo aumento da *per capita* para que no mínimo seja 1 para 1, ou seja, para cada real pago pelo servidor público federal e seus familiares a título de mensalidade deve entrar um do governo, pois esta seria

uma das formas de cumprir o compromisso de preservar a saúde do trabalhador do setor público.

Finalizado o debate foram abertas as inscrições para perguntas e debates.

Brasília, 06 de março de 2018.

Paula Ávila Poli
OAB/SC 25.685