

Planos de Saúde

- Quais as Questões Atuais que impactam os planos das empresas?
- Quais os limites para alterações nos planos no âmbito regulatório e cível-trabalhista?

Mattos Filho Advogados

Ana Cândida Sammarco

Thais Arza Monteiro

Vilma Toshie Kutomi

Março/2019

Perspectiva regulatória



Cenário Regulatório – Planos de saúde empresariais



Modalidades de contratação

Pré

PRÉ-PAGAMENTO

- Valor fixo mensal, independente da utilização
- Sinistralidade do contrato
- Índice de reajuste

Pós

PÓS -PAGAMENTO

- Valor mensal variável, à razão da utilização (despesas médicas efetivas)
- Taxa mensal fixa

Reajuste do plano de saúde



- Nos planos individuais contratados após a Lei nº 9656/1998, a ANS define anualmente o índice autorizado para reajuste.
- Nos planos coletivos, os reajustes são estipulados contratualmente entre as partes.
- A ANS acompanha os aumentos de preços.
- Reajuste não abusivo.
- Planos com menos de 30 beneficiários: mesmo reajuste dos demais contratos com menos de 30 vidas - Agrupamento de Contratos (ou Pool de Risco). A operadora deve divulgar o índice de reajuste no seu site.

Reajuste do plano - tipos

Variação de custo

- Reajuste anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias.

Faixa etária

- Reajuste anual decorrente da alteração de idade do consumidor, justificado em razão do perfil de utilização dos serviços de saúde e estimado com base em experiências estatísticas.

Sinistralidade

- Revisão por meio de indicador que reflete a relação entre os custos da assistência médica hospitalar e a receita que a operadora tem para um determinado contrato. Pode ser medida mensalmente ou por um período.

Reajuste do plano – faixa etária

- ✓ O reajuste leva em consideração a data em que o contrato foi firmado com a operadora, sendo indiferente a modalidade de contratação (individual ou coletiva).
- ✓ Aplica-se na idade inicial de cada faixa e pode ocorrer tanto pela mudança da idade do titular como dos dependentes do plano.
- ✓ As faixas etárias, assim como os percentuais de variação devem estar previstos no contrato.
- ✓ A última faixa etária deve ser 59 anos.
 - “Estatuto do Idoso” (janeiro/2004): proibiu a aplicação de reajuste em razão da idade para consumidores com 60 anos ou mais - a última faixa etária nos contratos assinados a partir desta data passou a ser 59 anos.

Reajuste do plano – sinistralidade

- ✓ É um indicador dos contratos de assistência médica, que reflete: custos da assistência (utilização do beneficiário – sinistro) x a receita do contrato.
- ✓ É expresso em percentual (%).
- ✓ Caso este percentual seja ultrapassado em determinado período, há um reajuste por sinistralidade apontado pela operadora, nos termos do contrato.
- ✓ A maioria dos contratos empresariais pactua o valor de 70% como meta de equilíbrio do contrato.

Mecanismos de Moderação - overview

Coparticipação

- Valor devido, pelo beneficiário à operadora, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.
- A coparticipação varia de uma operadora para outra: valor fixo ou um percentual.
- Necessidade de previsão clara no contrato (ex.: tabela utilizada como base para o cálculo do valor das consultas, exames etc.) Alterações devem ser previamente informadas ao beneficiário.

Franquia

- Valor estabelecido no contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada/referenciada.
- A franquia varia de uma operadora para outra.



+ 52% dos beneficiários possuem contrato com um desses mecanismos (24,7 milhões)

Contribuição

- O direito ao uso do plano é extensivo obrigatoriamente ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se assim desejar o aposentado ou o ex-empregado demitido ou aposentado.
- No caso de morte do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado, seus dependentes continuam no plano pelo restante do tempo a que o beneficiário titular tinha direito.
- O ex-empregado pode optar por permanecer no plano de saúde oferecido pelo empregador.

Atenção: os ex-empregados podem permanecer no plano dos empregados ativos ou em um plano exclusivo para demitidos sem justa causa e aposentados (esta escolha é do empregador), garantidas as mesmas características assistenciais do plano de saúde em que estava vinculado antes da demissão ou aposentadoria (rede assistencial; padrão de acomodação em internação (individual ou enfermaria); e coberturas, que deverão ser oferecidas).

Judicialização: Limites para alteração dos planos de saúde



Perspectiva Cível



Dados gerais sobre a judicialização da saúde

Em 10 anos, o número de ações distribuídas envolvendo saúde cresceu 130%

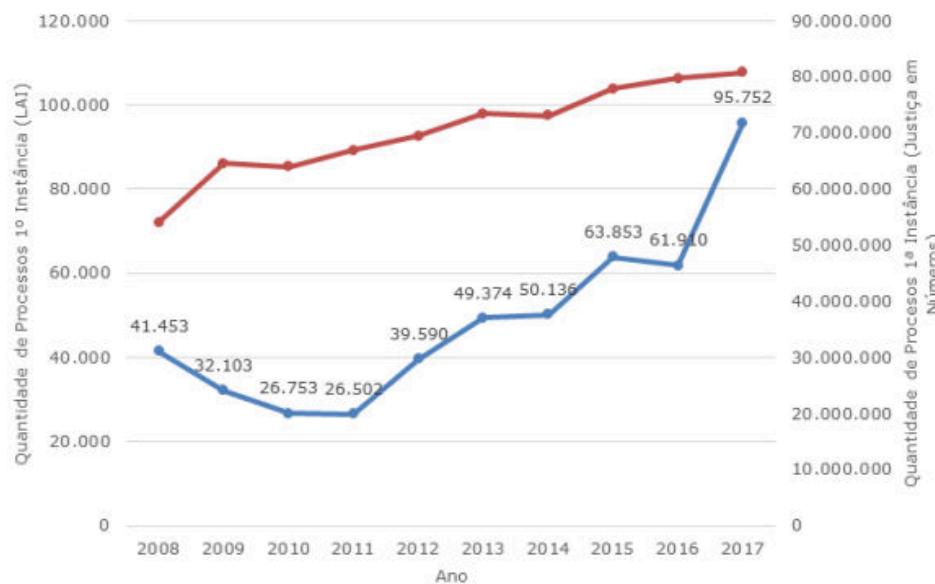


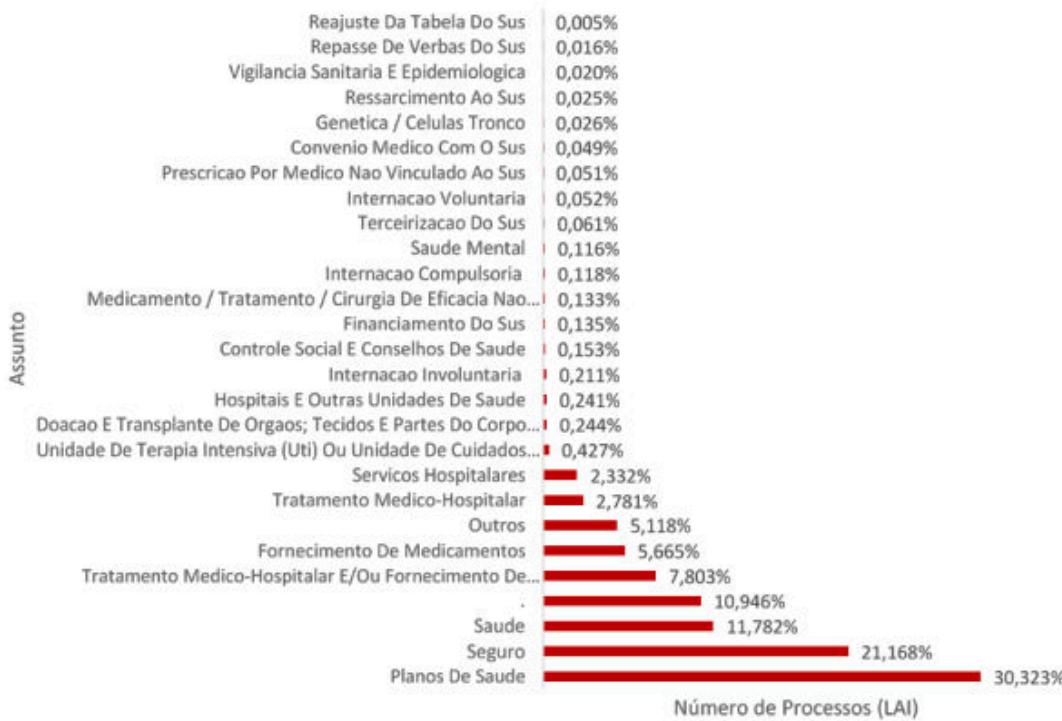
Figura 7: Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (1ª Instância)⁸

Fonte: Elaboração Própria. Números totais relativos aos tribunais listados na seção 2.1.1.

Fonte: CNJ: Justiça em números

Dados gerais sobre a judicialização da saúde

Principais assuntos discutidos no Tribunais



Dados gerais sobre a judicialização da saúde

TJSP concentra maior números de casos de planos de saúde

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJCE
Seguro	67%
Planos de Saúde	11%
Saúde	10%
Tratamento medico-hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	4%
Fornecimento de medicamentos	3%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJMG
Tratamento medico-hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	21%
Planos de Saúde	16%
Fornecimento de medicamentos	15%
Seguro	14%
Saúde	8%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJPE
Planos de Saúde	45%
Seguro	35%
Tratamento médico-hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	14%
Saúde	3%
Serviços hospitalares	1%

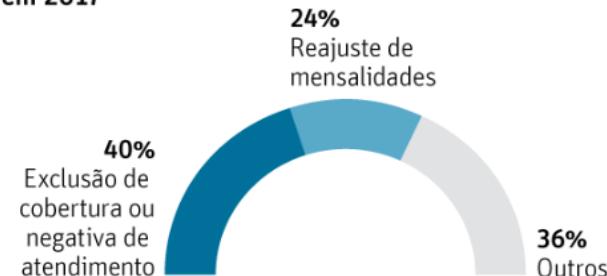
PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJRJ
Saúde	35%
Planos de Saúde	33%
Outros	20%
Seguro	10%
Serviços hospitalares	2%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJSC
Fornecimento de medicamentos	28%
Não informado	28%
Seguro	26%
Tratamento médico-hospitalar e/ou Fornecimento de medicamentos	8%
Planos de Saúde	5%
Tratamento médico-hospitalar	3%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJSP
Planos de Saúde	82%
Serviços hospitalares	7%
Saúde	7%
Seguro	4%

Dados gerais sobre a judicialização da saúde

Principais motivos, entre os julgados em 2^a instância em 2017

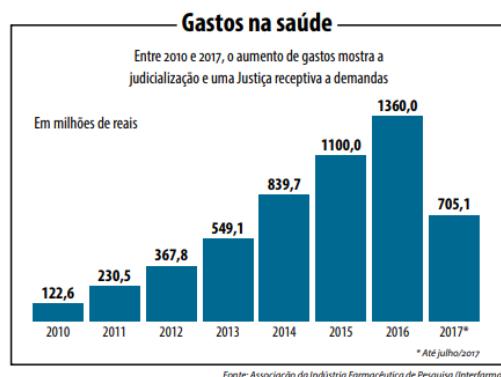


Resultado de 4.000 decisões judiciais de 2^a instância na capital entre 2013 e 2014

88% - Favorável ao usuário



*Não inclui decisões liminares e/ou de tutela antecipada; uma mesma ação pode ter sido julgada em 1^a e 2^a instâncias no mesmo ano, mas a chance é pequena
Fonte: Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar da USP



✓ Estima-se que o setor gaste mais de R\$1 bilhão em decorrência da judicialização da saúde

Dados gerais sobre a judicialização da saúde

Recursos Tribunais

Ações ajuizadas em
1^a instância: TJSP

Nº CASOS NO TJ	Nº CASOS AÇÕES COLETIVAS	% AÇÕES COLETIVAS
TJSP 107.497	3.341	3,11%



TRIBUNAL	Nº CASOS NO TJ	Nº CASOS AÇÕES COLETIVAS	% AÇÕES COLETIVAS
TJAC	384	4	1,04%
TJAL	1.519	4	0,26%
TJAM	261	4	1,53%
TJBA	356	18	5,06%
TJCE	1.273	1	0,08%
TJDF	3.193	14	0,44%
TJES	1.008	0	0,00%
TJMG	583	53	9,09%
TJMS	4.630	6	0,13%
TJMT	399	63	15,79%
TJPA	1.656	425	25,66%
TJPB	1.837	160	8,71%
TJPI	33	0	0,00%
TJPR	9.193	33	0,36%
TJRJ	5.502	7	0,13%
TJRN	2.364	144	6,09%
TJRO	44	8	18,18%
TJRR	21	0	0,00%
TJRS	33.131	146	0,44%
TJSC	1.102	72	6,53%
TJSP	80.355	2.298	2,86%
TRF1	9	0	0,00%
TRF4	15.731	404	2,57%
TRF5	3	0	0,00%
Total	164.587	3.868	2,35%

Maiores preocupações decorrentes da judicialização dos planos de saúde

➤ **Motivos para aumento exponencial do número de ações:**

- ✓ Ampliação do acesso à informação;
- ✓ Ineficiência dos serviços públicos;
- ✓ Atuação da indústria farmacêutica, prescrevendo novas drogas ainda não fornecidas pelo SUS; entre outros.

➤ **Maior número de demandas individuais:**

- ✓ Desafios no controle de precedentes
- ✓ Aumento expressivo do custo
- ✓ Tendência de decisões desfavoráveis por se tratar de hipossuficiente vs. empregador/operador do plano de saúde
- ✓ Na maioria das vezes, as ações são ajuizadas apenas contra a operadora do plano de saúde

Principais decisões do STJ envolvendo planos de saúde

Tema/Repetitivo	989	Situação do Tema	Acórdão Publicado	Órgão Julgador	SEGUNDA SEÇÃO			Assuntos	
Questão submetida a julgamento		Definir se o ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa faz jus à manutenção no plano de saúde coletivo empresarial quando, na atividade, a contribuição foi suportada apenas pela empresa empregadora.							
Tese Firmada		Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto.							
Anotações Nugep		Afetação na sessão eletrônica iniciada em 21/02/2018 e finalizada em 27/02/2018 (Segunda Seção).							
Informações Complementares		Há determinação de suspensão nacional do processamento de todos os processos pendentes, individuais ou coletivos, que versem sobre a questão e tramitem no território nacional (art. 1.037, II, do CPC/2015), excetuada a concessão de tutelas provisórias de urgência, quando presentes seus requisitos. (acórdão publicado no DJe de 02/03/2018)							
Ramo do Direito		DIREITO DO CONSUMIDOR							
Processo		Tribunal de Origem	RRC	Relator	Data de Afetação	Julgado em	Acórdão Publicado em	Embargos de Declaração	Trânsito em Julgado
REsp 1680318/SP	Push	TJSPCF	Não	RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA	02/03/2018	22/08/2018	24/08/2018 ROA	1) 29/10/2018 2) 29/10/2018	-
REsp 1708104/SP	Push	TJSPCF	Não	RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA	02/03/2018	22/08/2018	24/08/2018 ROA	29/10/2018	-
<i>Última atualização: 14/11/2018</i>					<i>Processos Suspensos: 766</i>				

Principais decisões do STJ envolvendo planos de saúde

Tema/Repetitivo	952	Situação do Tema	Trânsito em Julgado	Órgão Julgador	SEGUNDA SEÇÃO	Assuntos		
Questão submetida a julgamento	Discute-se a validade da cláusula contratual de plano de saúde que prevê o aumento da mensalidade conforme a mudança de faixa etária do usuário.							
Tese Firmada	O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.							
Informações Complementares	<p>O Ministro Relator determinou a suspensão da "tramitação dos processos (...) que versem a mesma matéria" (Decisão de afetação publicada no DJe de 18/5/2016).</p> <p>A Segunda Seção, no julgamento do tema, definiu (acórdão publicado no DJe de 19/12/2016):</p> <p>a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no 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 nº 3/2001 da ANS.</p> <p>b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 6/1998, a qual determina a observância de 7 (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 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos), não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos.</p> <p>c) Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância:</p> <p>(i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos;</p> <p>(ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e</p> <p>(iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.</p>							
Repercussão Geral	Tema 381/STF - Aplicação do Estatuto do Idoso a contrato de plano de saúde firmado anteriormente a sua vigência.							
Ramo do Direito	DIREITO DO CONSUMIDOR							
Processo	Tribunal de Origem	RRC	Relator	Data de Afetação	Julgado em	Acórdão Publicado em	Embargos de Declaração	Trânsito em Julgado
REsp 1568244/RJ Push	TJRJ	Sim	RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA	18/05/2016 22/08/2016	14/12/2016	19/12/2016 ROA	1) 28/08/2017 2) 28/08/2017 3) 28/08/2017 4) 27/02/2018	05/09/2018

Última atualização: 26/09/2018

Processos Suspensos: 3461

Principais decisões do STJ envolvendo planos de saúde

- **Impossibilidade de diferenciação da mensalidade entre ativos e inativos**

"DIREITO PRIVADO. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE EMPREGADO APOSENTADO. MESMAS CONDIÇÕES DE **COBERTURA ASSISTENCIAL**. ART. 31 DA LEI 9656/98. RESOLUÇÃO NORMATIVA 279/2011 DA **ANS**. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. IMPOSSIBILIDADE.

1. Ação ajuizada em 15/01/16. Recurso especial interposto em 02/05/2017 e autos conclusos ao gabinete em 15/12/17. Julgamento: CPC/15.
2. O propósito recursal é definir o alcance da determinação legal "mesmas condições de **cobertura assistencial** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral", expressa no art. 31 da Lei 9.656/98, para o aposentado ou o demitido sem justa causa mantido no plano de saúde fornecido por seu ex-empregador.
3. Da análise da redação dos arts. 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, infere-se o interesse do legislador em proteger a saúde do ex-empregado, demitido sem justa causa ou aposentado, com sua manutenção como beneficiário do plano privado de assistência à saúde usufruído em decorrência da relação de emprego nas "mesmas condições de **cobertura assistencial** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho".
4. O art. 31 da Lei 9.656/98, regulamentado pela Resolução Normativa 279/2011 da **ANS**, não alude a possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado aos empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos. E, quanto ao ponto da insurgência recursal, não faz distinção entre "preço" para empregados ativos e empregados inativos.
5. O "pagamento integral" da redação do art. 31 da Lei 9.656/98 deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, e da parte antes subsidiada por sua ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais. Precedentes.
6. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração de honorários recursais."

(STJ. REsp 1713619/ SP. Terceira Turma. Rel. Ministra Nancy Andrighi. J. em 16.10.2018)

Perspectiva Trabalhista



Modificação das condições de custeio e/ou cobertura

Legalidade da alteração	Nulidade da alteração
Poder diretivo do empregador Art. 2º da CLT	Direito adquirido do empregado Art. 5º, XXXVI da Constituição Federal
Princípio da livre iniciativa Art. 1º, IV, da Constituição Federal	Aderência contratual Art. 444 e 468 da CLT
Natureza assistencial (não salarial) Art. 458, § 2º, IV, da CLT	Inalterabilidade prejudicial do contrato de trabalho Art. 444 e 468 da CLT c/c Súmula 51 do TST
"Jus variandi" e "Res sic stantibus" Teoria da imprevisão: crise financeira e/ou econômica	"Pacta sunt servanda" Segurança jurídica

Riscos trabalhistas:

- Restabelecimento do plano de saúde anterior.
- Indenização por danos materiais: reembolso de despesas médicas que eram reembolsadas pelo plano de saúde anterior e deixaram de ser.
- Indenização por danos morais.

Recomendações para evitar condenações judiciais:

- Aplicação das novas condições a novos empregados – Súmula 51 do TST;
- Transparência e comunicação prévia: dar aos empregados o direito de aderir ou não ao novo plano;
- Equivalência de cobertura – art. 468 da CLT;
- Princípio da isonomia: não adoção de critérios discriminatórios;
- Modulação e implementação com prazo diferido;
- Comprovação do fato desencadeador da necessidade de mudança;
- Princípios do equilíbrio das relações contratuais, equidade e razoabilidade: perpetuação do benefício de forma sustentável, sem onerosidade excessiva a nenhuma das partes.

Possíveis limitações:

- Existência de normas coletivas (CCT's e/ou ACT's) firmadas com Sindicatos
 - Existência de ações judiciais transitadas em julgado em ações coletivas e/ou individuais
 - Existência de Termos de Ajustamento de Conduta (TAC) firmados com o MPT
- Cabimento de Ação Revisional

Art. 505, I - CPC	Art. 873 - CLT	Art. 220, IV - Regimento do TST
<p>Art. 505. Nenhum juiz decidirá novamente as questões já decididas relativas à mesma lide, salvo:</p> <p>I - se, tratando-se de relação jurídica de trato continuado, sobreveio modificação no estado de fato ou de direito, caso em que poderá a parte pedir a <u>revisão</u> do que foi estatuído na sentença;</p>	<p>Art. 873. Decorrido mais de 1 (um) ano de sua vigência, caberá <u>revisão</u> das decisões que fixarem condições de trabalho, quando se tiverem modificado as circunstâncias que as ditaram, de modo que tais condições se hajam tornado injustas ou inaplicáveis.</p>	<p>Art. 220. Os dissídios coletivos podem ser: (...)</p> <p>IV - de <u>revisão</u>, quando destinados a reavaliar normas e condições coletivas de trabalho preexistentes, que se hajam tornado injustas ou ineficazes pela modificação das circunstâncias que as ditaram.</p>

Discussão sobre (in)competência material da Justiça do Trabalho

- Relação comercial, e não trabalhista – qualquer discussão deveria ser submetida à Justiça Cível. Partes do contrato: empregador e operadora do plano de saúde.
O empregado é um terceiro na relação entre a operadora de saúde e o empregador, não podendo se opor a uma obrigação da qual não faz parte.
- STJ: ainda que o plano de saúde seja contratado por intermédio do estipulante, o beneficiário (empregado) é o destinatário final do serviço, sendo parte legítima para figurar no polo ativo de ação que busque discutir a validade das cláusulas do contrato.
- No TST e Tribunais Regionais, predomina o entendimento de que a JT é competente, pelos seguintes motivos: **(i)** previsão do plano de saúde em norma coletiva firmada com Sindicato; e/ou **(ii)** direito ao plano de saúde decorre da relação de trabalho – art. 114, I e IX, da Constituição Federal. – Ex.: caso Correios e caso Embraer.
- No STJ, predomina o entendimento de que a competência para apreciação de pedido de manutenção do ex-empregado no plano de saúde é da Justiça Comum: Conflito de competência nº CC 157664 / SP; Relator Ministra Nancy Andrihi. Segunda Seção. J. em 25.05.2018.

Jurisprudência trabalhista – *leading cases*

Caso “CORREIOS” – Decisão do TST

- Dissídio Coletivo ajuizado pelos Correios para Revisão de Cláusula de ACT, visando a **alteração do regime de custeio do plano de saúde**.
- **Competência material:** competência da JT para analisar cláusula de ACT.
- SDC do TST aprovou a alteração do regime de custeio, fixando as seguintes condições:
 - ✓ Cobrança de mensalidade de empregados e dependentes, conforme faixas etária e remuneratória;
 - ✓ Manutenção do plano de saúde para pais e mães até 31/7/2019; após esse período, ficam assegurados os que estiverem em tratamento médico hospitalar, até a alta médica, conforme as regras da ANS;
 - ✓ A partir de agosto/2019, pais e mães poderão ser incluídos em novo plano família a ser criado;
 - ✓ Proporcionalidade de pagamento das despesas totais: 30% para os empregados e 70% para os Correios;
 - ✓ Havendo lucro líquido no exercício anterior, a empresa reverterá 15% para o custeio das mensalidades dos beneficiários.
- **Fundamento adotado pelo TST:** necessidade de equilibrar a relação para viabilizar a continuidade do benefício aos empregados: “ganha-ganha” x “perde-perde”.

Jurisprudência trabalhista – *leading cases*

Caso “EMBRAER” – Decisão do TRT 15^a Região

(pendente recurso no TST)

- Ação Civil Pública ajuizada pelo Sindicato, requerendo que a Embraer se abstenha de **alterar o regime de custeio do plano de saúde**. Alegações de violação ao art. 5º, XXXVI, da CF, Súmula 51 do TST e art. 444 e 468 da CLT.
- Matérias de discussão: **(i)** aumento do percentual fixo da mensalidade paga pelos empregados, de 10% para 20% nos planos Unimed Apartamento e Sulamérica Especial ou para 30% no Sulamérica Executivo e **(ii)** implantação de coparticipação nos planos especiais de 20% para custeio de exames simples e consultas médicas.
- Concedida liminar para manter inalterado o regime de custeio do plano de saúde (risco de dano irreparável aos empregados). No mérito, a ACP foi julgada procedente em primeira instância, para impedir a Embraer de alterar a forma de custeio.
- **Com base nas provas**, o TRT da 15^a Região **deu provimento** ao recurso da Embraer e considerou lícita a alteração do regime de custeio do plano de saúde.

Jurisprudência trabalhista – *leading cases*

- **Fundamentos adotados pelo TRT no caso EMBRAER**

- (i) Não houve promessa de manutenção de percentual fixo da mensalidade, não havendo violação de direito adquirido;
- (ii) Não há previsão legal ou convencional que faça obrigatório o fornecimento de plano de saúde;
- (iii) Natureza assistencial do plano, não constituindo parcela salarial “in natura”;
- (iv) O plano de saúde fornecido pelo empregador deriva de ajuste contratual com terceiro (operadora do plano), estando sujeito a ocorrências externas;
- (v) Comprovação de que as modificações propostas visam recompor o desequilíbrio financeiro (inflação média e aumento da sinistralidade);
- (vi) Comprovação de que, dentre as possibilidades existentes, a Embraer escolheu a que melhor se ajustava aos custos anteriores, evitando onerar os empregados;
- (vii) Comprovação de que foi conferido aos trabalhadores o direito de migrarem dos “planos especiais” para o “plano enfermaria”, que se manteve sem custeio e coparticipação por parte do empregado.

Jurisprudência trabalhista

Caso “BANCO DO BRASIL - Economus”

- Discussão relativa à competência material da Justiça do Trabalho.
- **TRT 2^a Região:** a Justiça do Trabalho não detém competência para apreciação da lide, por se tratar de controvérsia relativa a plano de saúde administrado por entidade de previdência privada – Fundamento: STF (RE-586453).
- **TST:** reconhece a competência da Justiça do Trabalho e determina análise do mérito.

COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA DO TRABALHO. PLANO DE SAÚDE – FEAS. MANUTENÇÃO PELA ENTIDADE DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR. ALTERAÇÃO CONTRATUAL. O entendimento desta c. Corte tem sido pela manutenção da competência desta Especializada para controvérsias acerca de plano de saúde, desde que originárias do contrato de trabalho, por força do art. 114, IX, da CLT, ainda que o plano seja administrado por entidade de previdência complementar. Precedentes. Recurso de revista conhecido por violação do art. 114, IX, da CF e provido. (Processo Nº TST-RR-714-67.2014.5.02.0331 – 3^a Turma – Min. Alexandre Agra Belmonte – Publicação: 05/10/2018)

- Recurso extraordinário pendente de julgamento no STF.

Como gerenciar impactos nos custos dos planos



Gerenciamento de impactos nos custos dos planos

✓ **Cada empresa deve analisar as características dos planos oferecidos aos seus empregados e beneficiários vis-a-vis a utilização e repensar a modelagem e seus custos**

- Principais fatores que devem ser levados em consideração:
 - perfil dos concorrentes;
 - perfil dos empregados (diferença entre capital/interior, fabrica/escritório);
 - contribuições dos empregados (curto prazo atrativo, mas problemático a longo prazo por conta do aumento da sinistralidade);
 - sinistralidade (engajamento do funcionários, ações de prevenção, redução da utilização de pronto-socorro; médico da empresa; incentivo ao médico de família/generalista, redução na realização de exames) ;
 - inserção de Fatores moderadores; e
 - alteração na forma de reajustes

Gerenciamento de impactos nos custos dos planos

Negociação contratual



- ❖ Regulamentação da ANS dá muita liberdade à negociação contratual em planos coletivos.
- ❖ Busca por produtos customizados.
- ❖ Atenção ao contrato. Alteração de condições gerais.
- ❖ Estabelecer claramente fluxo de informações.
- ❖ Soluções a curto prazo tendem a ser mais onerosas a médio/longo prazo.
- ❖ Judicialização – **IMPORTANTE** - quem conduz os processos? Quem paga a conta? Perigo de tese que aumenta o custo da empresa.

Obrigada

www.mattosfilho.com.br

SÃO PAULO – PAULISTA
Al. Joaquim Eugênio de Lima 447
01403 001 São Paulo SP Brasil
T 55 11 3147 7600

SÃO PAULO – FARIA LIMA
Rua Campo Verde 61 3º andar
01456 000 São Paulo SP Brasil
T 55 11 3035 4050

BRASÍLIA
SHS Q6 Bloco C Cj. A sala 1901
70322 915 Brasília DF Brasil
T 55 61 3218 6000

RIO DE JANEIRO
Praia do Flamengo 200 11º andar
22210 901 Rio de Janeiro RJ Brasil
T 55 21 3231 8200

NEW YORK
34 East 51st Street, 12th floor
New York, NY 10022 U.S.A.

LONDON
5th floor, 32 Cornhill
London UK EC3V 3SG
T 44 (0)20 7280 0160