

Rio de Janeiro, 26 de novembro de 2020.

Ao

Excelentíssimo Senhor Ministro do Superior Tribunal de Justiça
Dr. Ministro Luis Felipe Salomão

Ofício nº 015652/2020-CPPR
RECURSO ESPECIAL n. 1848372/SP (2019/0091392-9)
RELATOR: MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO
PROC.ORIGEM: 10042345320178260344
RECORRENTE: UNIMED DE MARÍLIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
RECORRIDO: ROSEMARY DE ARAUJO RUAS

O **IBA – Instituto Brasileiro de Atuária**, em consonância com seus objetivos estatutários de promover o desenvolvimento da cultura dos fundamentos e princípios da Ciência Atuarial, figuras básicas que lastreiam a atividade dos atuários, regulamentada pelo **Decreto-Lei nº 806/1969** e **Decreto nº 66.408/ 1970** e em consonância com a determinação de **permanente contribuição** com o aprimoramento das relações atuariais com o **bem-estar da sociedade** e **contribuição técnica com os órgãos reguladores**, apresenta sua contribuição ao processo em tela, em que o IBA foi convidado a manifestar-se como *Amicus Curiae*, no qual figura como autora/recorrente ROSEMARY DE ARAUJO RUAS e como ré UNIMED DE MARÍLIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, instituição representadora dos profissionais atuário que atuam junto a este segmento, respeitosamente cabe, sobre a demanda recepcionada pelo instituto breve esclarecimento sobre a distinção do papel do IBA, acima especificada, e do papel do atuário, como profissional habilitado e vinculado a esse instituto profissional. Compete portanto ao profissional habilitado e formado em atuária “mensurar o valor do prêmio/mensalidade de um plano de saúde (...)”. Tais serviços poderão ser contratados pelas partes interessadas mediante realização de perícia atuarial ou sob a forma de consultoria. A lista completa de profissionais habilitados está disponível no site do IBA: <https://www.atuarios.org.br/consulta---perito-atuarial>.

Prestados os esclarecimentos iniciais, o IBA vem a presença de V. Ex^a apresentar alguns esclarecimentos de cunho técnico atuarial relativos aos fundamentos da matéria atuarial e sua relação com o caso em tela, assim como sua relação com a operação de

planos de saúde, **de forma independente** e exclusivamente dentro do propósito de apresentar os **fundamentos técnicos**. Neste sentido coube ao IBA manifestar-se com exclusividade sob o aspecto técnico científico, atendendo aos quesitos apresentados na Decisão do dia 01/07/2020, a saber:

“a) a imposição de coparticipação a contar de determinado número anual de consultas ou sessões de fisioterapia fere o próprio objeto do contrato de assistência à saúde;

b) a coparticipação efetivamente propicia mensalidades mais módicas, ou se resulta em desvantagem desproporcional ao consumidor;

c) se é possível o afastamento da coparticipação sem afetar o equilíbrio econômico-financeiro da avença, ou se o reconhecimento de eventual nulidade da cláusula contratual importaria também a revisão da contraprestação pecuniária, de modo a manter o equilíbrio econômico-financeiro da avença;

d) os contratos de planos e seguros de saúde são tipicamente de adesão, ou se, antes da oferta ao mercado, se submetem a controle por parte da ANS, inclusive no sentido de efetivamente velar pela higidez de suas disposições e pelos legítimos interesses dos consumidores;

e) há vedação legal ou infralegal à previsão de coparticipação;

f) interpretação contratual mais favorável ao consumidor significa simplesmente afastar disposição contratual clara que, conforme incontroverso nos autos e se extrai da própria causa de pedir da ação, não tinha possibilidade de ocasionar dúvida ao intérprete acerca da previsão de coparticipação;

g) soluções do direito comparado.”

Dessa maneira, vamos aos aspectos técnico atuarial até onde essa ciência nos permitir elucidar tais quesitos.

A – Dos Princípios:

O IBA, na qualidade de entidade agregadora e promotora do aperfeiçoamento da Ciência Atuarial e dos profissionais ligados a esta atividade, editou em 14/05/2014, pelo seu Comitê de Pronunciamentos Atuariais, por meio da RESOLUÇÃO IBA Nº 02/2014, o “Pronunciamento Atuarial CPA 001 – Princípios Atuariais”, cujo objetivo é estabelecer os princípios que regem a atividade atuarial e que fundamentam as operações de seguros, previdência, saúde, capitalização, resseguros e demais áreas de trabalho do atuário, tendo por fundamento prático consolidar, junto a todos os seus *players*, os requisitos atuariais básicos que sustentam e permitem estabelecer as premissas, os parâmetros e metodologias de custeio, sempre focados na segurança da operação junto ao segurado/beneficiário. Esta delimitação contida no CPA-001, segue o alinhamento e conceitos internacionais. Posteriormente, editou em 29/05/2019, por meio da RESOLUÇÃO IBA Nº 02/2019, o “Pronunciamento Atuarial CPA 010 – PRINCÍPIOS ATUARIAIS PARA FORMAÇÃO E REVISÃO DE PREÇOS NO ÂMBITO

DA SAÚDE SUPLEMENTAR”, cujo objetivo é estabelecer os princípios que regem a atividade atuarial específica de precificação para o segmento de saúde suplementar e que fundamentam as operações de planos de saúde.

Dentre estes Princípios, cabe especial destaque ao denominado **Mutualismo**, pois todas as definições e construções matemáticas de variáveis, parâmetros e cálculos atuariais derivam e convergem para este Princípio Milenar. Seu enunciado pode ser descrito de diversas formas, sendo uma das mais consagradas a seguinte:

“Tornar as incertezas individuais em certezas coletivas.”

É importante destacar que nesta delimitação estão contidos alguns fundamentos atinentes ao caso em apreço e que, de forma estruturada, permitem decifrar o seu devido equacionamento. As figuras básicas são as seguintes:

- a) No termo **“incerteza”** está contida toda a fundamentação da aleatoriedade do Risco, ou seja, há um rigoroso modelo matemático, relativo ao cálculo atuarial, que conjuga as Leis de Probabilidade, com os requisitos atinentes as perdas financeiras decorrentes e necessariamente atreladas, já que todas as operações de seguros têm por premissa básica repor uma perda de cunho econômico-financeira; e,
- b) A figura da **“certeza coletiva”** nos indica que o equilíbrio e a manutenção do Fundo de Mútuo, são relativos aos segurados ou beneficiários, pois à rigor a eles pertencem, sendo o segurador ou operadora de plano de saúde um mero gestor e depositário fiel deste recurso popular, mediante adoção de metodologia que assegure o valor de contraprestação suficiente para sustentar os riscos e consequentes benefícios contratados.

Em essência, a conversão das incertezas em certeza depende da definição do risco a ser garantido.

Já no CPA-001, sobre este princípio, consta: “Do Mutualismo: Princípio fundamental que constitui a base de toda operação de seguro. O mutualismo na atividade atuarial nasce da convergência de duas virtudes cardeais da humanidade: boa fé e solidariedade. A credibilidade da palavra do segurado, ao declarar suas condições pessoais na contratação e/ou adesão, e do segurador, ao prometer proteção, é pilar essencial para a atividade de seguro, haja vista que as partes repartem entre si o preço da proteção ao patrimônio, às rendas, à vida ou à saúde, em face da imprevisibilidade do risco. O mutualismo, por definição, é a associação entre membros de um grupo no qual suas contribuições são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus participantes, portanto está relacionado à união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo.”

A história dos seguros relativos à vida remonta ao período romano, havendo relatos de situações críticas (degradantes) em que os familiares de importantes personalidades foram conduzidas, quando da perda (morte) do provedor dos recursos financeiros atinentes. **Ex^a, a figura de prover recursos financeiros é básica para o entendimento de um (1) dos dois tópicos atinentes ao caso em apreço.** *Permita o destaque, DMV.*

Veja que o risco relacionado aos planos de saúde possui o seu custeio alicerçado às mudanças naturais que ocorrem ao longo da vida das pessoas, enquadrando-se em riscos agrupados em faixas etárias, estando permanentemente alinhado aos respectivos riscos de demandas de atenção à saúde previamente estimados no momento em que o atuário se dedica à tarefa de realizar o cálculo atuarial de precificação do plano de saúde, com características previamente definidas. Neste cálculo é considerada a aleatoriedade da demanda de atenção à saúde, parâmetros estes milenares amparados no princípio do mutualismo e no regime de repartição de risco, mas sempre baseados nos riscos previstos para cobertura, de modo a tratar-se de algo passível de estimativa por meios atuariais.

As premissas de custeio, que determinam o valor das contraprestações/prêmios são baseadas em dois aspectos fundamentais: (1) a frequência de utilização estimada com base na observação passada de quantidade de eventos de atenção a saúde demandados para cada faixa de risco e o (2) custo médio relativo a essas demandas de atenção à saúde. Assim, a determinação de quais serão as coberturas a serem contempladas no plano de saúde é condição *si ne qua non* para que seja possível a aplicação de métodos de estimativa atuarial sobre a quantidade de eventos cobertos pelo plano. Também torna-se basilar o conhecimento prévio do custo relativo ao tratamento das demandas de atenção à saúde, sendo esse calculado de forma a contemplar o risco a ser assumido pela operadora de planos de saúde, portanto **líquido das coparticipações previstas para o plano** no ato de sua precificação. Tais condições são previstas em documento denominado Nota Técnica que registra de forma precisa e minuciosa, todos os critérios e parâmetros de cálculo.

Conforme preconiza a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 28, de 26 de junho de 2000 e suas alterações posteriores, para os planos regulamentados, deve ser apresentada a esta Autarquia a Nota Técnica de Registro de Produto atestada por um atuário inscrito no IBA, sendo assim um documento sujeito a fiscalização por parte do órgão regulador. Já com relação aos planos não regulamentados, pode-se afirmar que métodos de cálculo atuarial foram necessários e o atuário responsável por sua precificação tomou por base o conjunto de coberturas previsto para o plano no momento da sua precificação, de acordo com as coberturas previstas no contrato do plano de saúde.

Em tempo, os **Planos de Saúde Regulamentados**, são os decorrentes dos contratos assinados a partir de 02/01/1999 e, para esses casos, aplicar-se-ão a Lei dos Planos

de Saúde e conseqüentemente as normas advindas da ANS, dentre elas, aquelas que estabelecem os limites e critérios para adoção de fator moderador, a coparticipação do beneficiário, sendo essa devida sempre que ocorrer um atendimento coberto pelo plano nas regras previamente estabelecidas em contrato.

B – Riscos dos Planos de Saúde

A prática atuarial deve pautar-se em princípios técnico atuariais, mas também na legislação vigente à época de sua aplicação. Seguindo os princípios atuariais preconizados por este Instituto, conforme estabelecido em seu parágrafo trigésimo quinto, compete ao atuário considerar no ato da precificação dos planos de saúde:

“35. Aos itens acima será possível agregar a utilização de Fator Moderador - FM, onde o beneficiário ou segurado é corresponsável pelo custo assistencial, conforme regras vigentes.”

Atualmente está vigente ato normativo Resolução do CONSU nº 08/98, que autoriza as operadoras a utilizarem a coparticipação como mecanismo de regulação financeira. As operadoras, portanto, poderão cobrar coparticipação de qualquer procedimento, observando-se, contudo, que, com relação à internação, o valor da coparticipação será único e fixo (R\$), independente de tempo, patologia e demais variáveis. Além disso, é importante pontuar que a coparticipação não poderá caracterizar o financiamento integral do procedimento ou fator restritivo severo do acesso aos serviços.

Assim, fará considerar o atuário responsável todos esses aspectos endógenos ao produto e exógenos com relação a regulamentação vigente para atingir o objetivo de tornar em certeza coletiva por meio de um valor estabelecido de mensalidade a incerteza individual que corresponde as necessidades individuais de atenção à saúde. Esse processo de precificação ocorre de forma ampla, para o produto de plano de saúde a ser comercializado, não sendo observadas as características personalíssimas do indivíduo no ato da venda, até mesmo por vedação legal de prática que vise discriminar qualquer pessoa. Sendo essa a base utilizada pelos atuários para proceder com o cálculo atuarial de precificação de planos de saúde, que representa o risco assumido contratualmente pelas operadoras de planos de saúde.

Dessa forma, o atuário ao desenvolver os cálculos atinentes ao preço de um plano de saúde para ser comercializado pela operadora, **levará em consideração as características registradas na ANS e sua previsão contratual para estimar o custo das coberturas acordadas no produto, bem como os mecanismos financeiros de regulação (coparticipação).**

A cobertura de eventos assistenciais por valor divergente daquele estimado atuarialmente no processo de precificação do produto ofende seu equilíbrio atuarial, colocando em risco a sustentabilidade do plano e eventualmente se extrapolado a toda carteira de planos tornando insolvente a operadora de planos, **pois seu custo não terá sido contemplado no preço da contraprestação/prêmio quando da precificação atuarial.**

A isenção e/ou redução de coparticipação em planos cuja contraprestação/prêmio foi calculada atualmente com essa previsão gera um valor de eventos assistenciais divergentes daquele estimado quando da precificação do plano.

C – Princípio do Mutualismo, do Risco assumido e a Precificação

A caracterização do **Mutualismo**, anteriormente analisado, evidencia que o valor de contraprestação correspondente aos riscos assumidos segue um **cálculo matemático e determinístico**, segundo as **Leis de Probabilidade e os fundamentos técnico-atuariais adotados**, o qual busca sempre a manutenção do equilíbrio entre receitas e despesas, ou seja:

*O denominado **Regime de Repartição Simples**, considerado por alguns como tecnicamente o mais justo, pois estabelece o preço (contraprestação) conforme o **nível médio de risco atinente ao nível de cobertura previsto.***

Assim, os produtos regulamentados e adaptados, registrados e precificados pelos atuários, consideram o Rol de Procedimentos definido pela ANS, como cobertura obrigatória que devem ser abrangidas nos contratos de planos de saúde, de forma expressa e taxativa, e atribui-se a esses eventos o valor de custo conforme os acordos de contratação com a rede de atendimento prevista para o plano, descontados os valores relativos ao fator moderador, a coparticipação.

Sendo assim, é razoável afirmar que a demanda por custos que extrapolam aquele previstos no produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar não são considerados pelo atuário no momento de realizar o cálculo de precificação do plano de saúde. Visto que seria impossível prever neste cálculo algo que não foi previamente determinado como coberto pelo contrato de plano de saúde e definido no registro do produto na ANS.

Desta maneira, é razoável afirmar que a cobertura em valor de custo de procedimento integral para um plano que prevê coparticipação, poderá implicar em dano ao equilíbrio financeiro e atuarial da operadora.

D – Plano de saúde sem limite de cobertura e o Princípio do Mutualismo

A regulamentação vigente não permite aos contratos de planos de saúde o estabelecimento de limite financeiro sobre a cobertura convencionada, por esse motivo a determinação das coberturas previstas no plano é a essência vital para que um plano de saúde possa ser devidamente precificado pela aplicação da matemática atuarial e por meio das regras de mutualismo.

Embora não haja limite financeiro estabelecido, o atuário poderá estimar o montante esperado de sinistros com base no histórico de custos de tratamentos cobertos pelo plano, **líquidos da coparticipação ou outros fatores moderadores**, determinando a partir da frequência estimada e do custo médio o valor de prêmio/mensalidade devido por cada participante do mútuo. Neste cenário, toda vez que um participante se torna beneficiário de algo não previsto no contrato do plano o correto seria o recálculo atuarial do valor de prêmio/mensalidade, impactando assim o bolso de todos os demais participantes. Obviamente a regulamentação brasileira que visa a proteção do cidadão não permite tal operação, sendo, portanto, vital para a continuidade da operação de planos de saúde sua solvência e continuidade que sejam respeitadas as regras e condições previstas no contrato e consideradas na nota técnica atuarial.

Nesse silogismo pode-se afirmar que o conhecimento das regras a título de coparticipação do beneficiário quando do uso dos serviços de saúde cobertos pelo plano é condição para o equilíbrio econômico financeiro da sua operação.

Considerações Finais

Dentro dos limites da Ciência Atuarial, procuramos expor de forma isenta os principais aspectos técnicos que fundamentam a modalidade de planos de saúde, em especial no que tange aos impactos da coparticipação na sua precificação, considerando que a abordagem exposta juntou aspectos atinentes ao segmento de assistência à saúde. Evidenciando que:

- Compete ao atuário o desafio de mensurar o valor do prêmio/mensalidade de planos de saúde;
- A precificação do prêmio/mensalidade é determinada com base em princípio de mutualismo e expectativa de demanda, com base no conhecimento do custo inerente a cada cobertura, sendo esse considerado líquido da coparticipação;
- O risco de uma empresa de planos de saúde, ao garantir pagamentos de despesas não previstas na precificação é sua ruína! Em caso extremo poderá levá-la a insolvência ou mesmo a decisão de descontinuidade da operação por identificar risco iminente de insolvência por observação de sucessivos déficits

devidos ao não cumprimento dos contratos firmados à égide da lei e regulamentações da ANS.

Considerando a explanação anterior, pontuamos especificamente aqueles quesitos com efeitos sobre as questões de equilíbrio atuarial:

- a) a imposição de coparticipação a contar de determinado número anual de consultas ou sessões de fisioterapia fere o próprio objeto do contrato de assistência à saúde;

A previsão de coparticipação nos contratos de planos de saúde é prática regular da atividade, sendo o modelo observado no contrato em tela considerado dentro dos parâmetros previstos na regulamentação. Desta feita, supõe-se que o atuário ao precificar tal produto considerou o custo médio dos eventos cobertos líquidos da coparticipação, sendo seu preço justo e equilibrado atuarialmente quando aplicadas essas regras contratuais.

- b) a coparticipação efetivamente propicia mensalidades mais módicas, ou se resulta em desvantagem desproporcional ao consumidor;

Ao ser considerado um custo por procedimento líquido de coparticipação ao determinar o valor das mensalidades de planos de saúde teremos um valor menor do que quando realizamos a precificação sem descontar a coparticipação do custo do procedimento. Essa prática traz equilíbrio aos parâmetros determinados pela regulamentação infralegal que não permite o financiamento integral do procedimento coberto, garantindo assim que ocorra uma proporcionalidade na cobertura do risco previsto no contrato de plano de saúde.

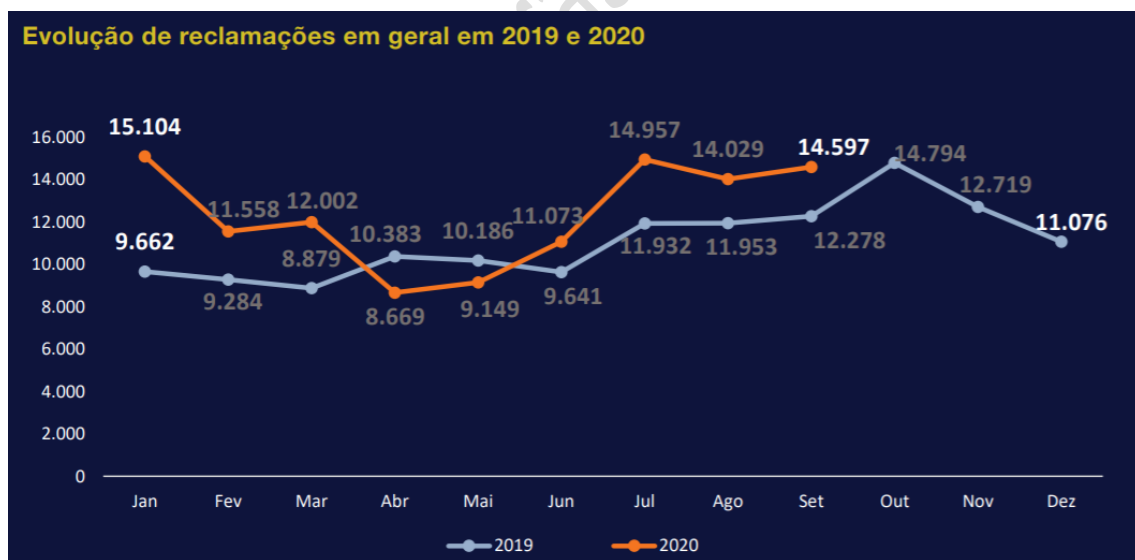
- c) se é possível o afastamento da coparticipação sem afetar o equilíbrio econômico-financeiro da avença, ou se o reconhecimento de eventual nulidade da cláusula contratual importaria também a revisão da contraprestação pecuniária, de modo a manter o equilíbrio econômico-financeiro da avença;

O afastamento da coparticipação afeta o equilíbrio atuarial do contrato, indiscutivelmente. A questão não deve ser vista sob a ótica de um único contrato ou um único beneficiário, visto que qualquer regra deve ser, por princípio de isonomia, aplicada para todos os contratantes do mesmo plano de saúde. Assim, a hipótese de afastamento de coparticipação afeta sobremaneira o equilíbrio do plano de saúde. Caso haja interesse de um beneficiário em uma cobertura de plano sem efeitos de coparticipação, o caminho correto é a contratação de um plano de saúde com essas características, que tenha sido precificado atuarialmente com essa finalidade, visto que a precificação não é ato que se faça para um único indivíduo, presumindo-se sempre um coletivo na formação do fundo de mútuo.

d) os contratos de planos e seguros de saúde são tipicamente de adesão, ou se, antes da oferta ao mercado, se submetem a controle por parte da ANS, inclusive no sentido de efetivamente velar pela higidez de suas disposições e pelos legítimos interesses dos consumidores;

O órgão regulador atualmente estabelece as cláusulas que devem ser contempladas nos contratos de planos de saúde, assim como os parâmetros mínimos a serem considerados no processo de precificação através da regulamentação da nota técnica atuarial de registro de produto e realiza a fiscalização da aplicação dessas regras a com base em reclamações de beneficiários de planos através de diversos canais de atendimento, conforme detalhamos a seguir.

Os contratos de planos de saúde são regulamentados pela ANS, tendo esse órgão estabelecido os requisitos mínimos, inclusive quanto a Nota Técnica Atuarial do Produtos que descreve a coparticipação, dentre outros itens, e determinado o processo administrativo que permite a qualquer beneficiário de plano de saúde questionar sobre seu direito e ter a questão levada sob análise sob a ótica das Lei 9.656/98 e demais dispositivos infralegais, específicos para o mercado regulado. Toda demanda de beneficiário gera o registro de uma NIP – Notificação de Inquérito Preliminar, que é apurada até as últimas consequências pelo órgão regulador. O volume de demandas avaliadas pelo Órgão Regulador está ilustrado na imagem a seguir, que foi extraída do Boletim Covid ANS divulgado pelo órgão no último dia 21/10/2020:



Para toda demanda de NIP que tenha sido apurada irregularidade por parte da operadora é aberto processo administrativo pela ANS, cabendo ao órgão a aplicação das penalidades previstas em lei.

e) há vedação legal ou infralegal à previsão de coparticipação;

Não há vedação legal ou infralegal à previsão de coparticipação nos contratos de planos de saúde. Pelo contrário, há previsão no ato normativo Resolução do CONSU nº 08/98, que autoriza as operadoras a utilizarem a coparticipação como mecanismo de regulação financeira. As operadoras, portanto, poderão cobrar coparticipação de qualquer procedimento, observando-se, contudo, que os valores cobrados não poderão caracterizar o financiamento integral do procedimento e com relação à internação, o valor da coparticipação será único e fixo (R\$), independente de tempo, patologia e demais variáveis

f) interpretação contratual mais favorável ao consumidor significa simplesmente afastar disposição contratual clara que, conforme incontroverso nos autos e se extrai da própria causa de pedir da ação, não tinha possibilidade de ocasionar dúvida ao intérprete acerca da previsão de coparticipação;

Sob o aspecto de equilíbrio atuarial qualquer decisão que altere a previsão contratual no que tange a sua cobertura determinada aduz risco de desequilíbrio.

Agradecendo e reiterando nosso objetivo maior em prol do desenvolvimento estruturado deste importante setor, ratificamos nossa saudação.

Atenciosamente,



Letícia Doherty
Presidente do IBA



Raquel Marimon da Cunha
Diretor Técnico de Saúde

ANEXOS:

CPA 001 – Princípios Atuariais.

CPA 010 - Princípios Atuariais para Formação e Revisão de Preços no Âmbito da Saúde Suplementar