

Exmo.(a) Sr.(a) Dr.(a) Juiz(a) de Direito da 2ª Vara Cível de Bangu/RJ

Processo : 0006507-83.2016.8.19.0204
Origem : 2ª Vara Cível de Bangu/RJ
Autor : ZILDETE CABRAL DE SOUZA
Reú : GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL

DENIZE GOMES DO ROSARIO, Atuária MIBA 1660, nomeada como Perita Oficial desse Juízo no Processo supra, honrosamente compromissada, vem, mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência apresentar seu Laudo Pericial.

Agradeço a nomeação e a honrosa missão consignada.

P. deferimento.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2020.


Denize Gomes do Rosario
Atuária MIBA 1660

LAUDO PERICIAL JUDICIAL

I - IDENTIFICAÇÃO PROCESSUAL

Processo : 0006507-83.2016.8.19.0204
Origem : 2ª-Vara Cível de Bangu/RJ
Autor : ZILDETE CABRAL DE SOUZA
Reú : GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL

JUIZ : Dr. Antonio Aurelio Abi Ramia Duarte

ADVOGADOS:

Autor: Dra. Patricia Vairão Carelli Vieira

Reu : Dr. Gabriel Albanese Diniz de Araujo

ASSISTENTES INDICADOS P/ PARTES:

Pelo Reclamante: Não localizado nos autos

Pela Reclamada : Não localizado nos autos

II – OBJETIVO

Fls. 435

Decisão

Tendo em vista que, para o deslinde da controvérsia, é necessária realização de perícia atuarial e não perícia médica, nomeio, em substituição ao profissional nomeado anteriormente, a perita DENIZE GOMES DO ROSARIO. Intime-se para dizer se aceita o encargo, bem como formular proposta de honorários.

Rio de Janeiro, 17/10/2018.

Pedro Ivo Martins Caruso D'ippolito - Juiz em Exercício

III – DA PETIÇÃO INICIAL

(...)

DOS PEDIDOS

DA CONCLUSÃO E DOS REQUERIMENTOS

Ante ao exposto, requerem-se:

- a) seja a presente ação recebida e processada na forma da lei, assim como deferido a inversão do ônus da prova;

- b) seja deferida a antecipação dos efeitos da tutela com base no artigo 273, I, do Código de Processo Civil, vez que presentes os requisitos ensejadores de sua concessão, a fim de determinar a empresa Ré realize o desconto no contracheque da Autora de acordo com os valores da modalidade do plano de saúde participativo anterior, não ultrapassando a ordem de R\$ 400,00 (quatrocentos reais), igual ao desconto antes da mudança abrupta, bem como determinar que a Ré não interrompa a prestação de serviços referente às autorizações de exames internações e demais requerimentos, antes contidos no plano participativo originário, haja vista a enfermidade da Autora e sua mãe idosa, a ser realizada junto à rede de hospitais credenciados, custeando todas as despesas necessárias ao tratamento;

- c) seja fixada multa para a hipótese de descumprimento da obrigação de fazer, na forma do artigo 461, §3º, do Código de Processo Civil brasileiro, em valor não inferior a R\$100.000,00 por dia, como forma de elidir o eventual descumprimento da ordem judicial;

- d) seja deferida a antecipação de tutela na forma requerida e que seja a empresa Ré comunicada da decisão por meio de ofício, permitindo aos Advogados constituídos que o levem em mão, a fim de permitir o rápido

cumprimento da ordem judicial ou, sucessivamente, seja determinado ao Oficial de Justiça de plantão que dê cumprimento à ordem com a maior brevidade possível;

e) em qualquer hipótese seja a empresa Ré citada para, querendo, contestar a presente, sob as penas da lei;

f) seja ao final julgada procedente a demanda tornando definitiva a antecipação da tutela deferida, declarando o direito da Autora e a obrigação de fazer, por parte da empresa Ré com a permanência da Autora e os seus no plano de saúde originário, na modalidade participativa com os reajustes definidos em lei própria, bem como pagamento indenizatório do dano moral na ordem não inferior a R\$ 20.000,00(vinte mil reais) e o pagamento em dobro dos valores cobrados indevidamente ao longo do período;

g) seja a Ré condenada no pagamento de honorários advocatícios no importe de 20% sobre o valor da causa;

h) seja deferida a produção de provas por todos os meios em Direito admitidos, especialmente a documental, pericial, testemunhal e depoimento pessoal sob pena de confissão, e

i) seja concedido à Autora o benefício da gratuidade de justiça, na forma da Lei nº 1.060/50, em consonância com a declaração em anexo.

IV – DA CONTESTAÇÃO

(...)

CONTESTAÇÃO

DOS PEDIDOS

Por todo o exposto, requer:

- a) A extinção do processo sem julgamento do mérito, uma vez que há necessidade de produção de prova pericial atuarial a fim de corroborar a necessidade de distribuição do novo custo da GEAP em percentual de 37,55% para o exercício de 2016;
- b) Sejam julgados improcedentes todos os pedidos autorais, posto que a Resolução nº. 099/2015 foi elaborada e aprovada nos termos exigidos pela lei, pela ANS e pelo Estatuto da Fundação;
- c) Sejam julgados improcedentes o pedido de retorno das contribuições devidas aos valores praticados antes da Resolução GEAP/CONAD nº. 099/2015, bem como o pedido de restituição dos valores pagos a maior, de forma simples ou em dobro;
- d) Não seja declarado como índice de reajuste a ser adotado o mesmo que o praticado para os planos individuais/familiares, pois os planos da GEAP são coletivos e, de acordo com o artigo 35-E, §2º, da Lei 9.656, não tem obrigação de submissão de seus índices de reajuste ao controle da ANS;
- e) Seja julgado improcedente o pedido de devolução dos valores pagos supostamente a maior; f) Sejam julgados improcedentes os pedidos de danos morais

g) Em sendo julgada procedente a presente ação, seja arbitrado, no mínimo, índice de reajuste não inferior à 20%, já que a própria inflação médica alcançou este patamar;

Provará o alegado por todos os documentos anexos à contestação, bem como pela produção de todos os meios de prova em direito admitidos para a busca da verdade real e o total esclarecimento dos fatos.

V – DOCUMENTOS

<u>Nº fls.</u>	<u>Documento</u>
03 a 09	Petição inicial
10	Procuração do Autor
11 a 13	Documentação do Autor
14 a 17	Atestados do Autor
18 a 24	Contrato de Adesão gEAP
25 a 28	Pagamentos Geap
29 a 33	Documentos do Dependente do Autor
34 a 66	Documentos do Autor
71 a 114	Documentos de pagamentos do plano de saúde
122 a 164	Documentos do Réu
176 a 209	Contestação
363 a 370	Réplica do Autor
372 a 374	Pedido de especificação de provas do Autor
427 a 429	Pedido de especificação de provas do Réu
435	Designação de Perita
479 a 480	Agravo de Instrumento
543 a 548	Quesitos do Réu

VI – QUESITOS

Quesitos do Requerido - Fls 543/548

Quesito 1. Tome ciência o Perito sobre o que determina o §2º do Art. 6 do Estatuto da GEAP, transcrito a seguir, e informe se a avaliação atuarial é o instrumento técnico adequado para plano de custeio de planos de saúde.

(...) o custeio dos Planos Previdenciários e Assistenciais será fixado com base em estudos atuariais, visando a assegurar o equilíbrio econômico-financeiro, a solvência e a liquidez das operações e da própria Fundação.

Resposta: A Perita esclarece que todo plano de saúde e ou/previdenciário possui a necessidade de base técnica atuarial para mensurar os custos, riscos, preços e equilíbrio econômico, financeiro e atuarial.

A avaliação atuarial anual nas operadoras de planos de saúde é uma medida necessária para verificação da saúde econômico-financeira do Plano de Saúde. Por meio desse estudo é estabelecido se o Plano está solvente ou insolvente e são recomendadas as ações necessárias para manutenção da estabilidade dos Planos de Saúde da operadora.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar em sua resolução 209/09 que as Autogestões que operam no mercado de saúde suplementar também são obrigadas a manter a solvência do plano de saúde, conforme abaixo:

RN 209/09 (...)

“Art. 8º As autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que iniciaram suas operações até 3 de Julho de 2007, deverão observar integral e mensalmente as regras de Margem de Solvência, podendo, durante o prazo máximo de 10 (dez anos), contados a partir de janeiro de 2014, observar a

proporção cumulativa mínima de 1/120 (um cento e vinte avos), a cada mês, do valor calculado nos termos do artigo 6º desta Resolução.”

Além da obrigação de manutenção de solvência da Operadora e sustentabilidade do plano de saúde, a RN 209/09 também preconiza a obrigatoriedade de provisões técnicas que provem a manutenção do plano de saúde.

Quesito 2. Tome ciência o Perito sobre a conclusão do “Relatório da Visita Técnica da ANS” elaborado pelo Grupo Técnico da ANS decorrente de Visita Técnica Atuarial à Fundação, em 02 e 03.06.2009, transcrito, em parte, e responda se na situação vivida pela Ré a solução encontrada não geraria qualquer resultado à Ré.

Contudo, o cenário atual das carteiras aponta para dificuldades de estabelecer um equilíbrio atuarial dos planos de saúde da GEAP no longo prazo. O preço único per capita para 85% dos beneficiários induz a um cenário de seleção adversa, onde aqueles beneficiários que oferecem maior risco serão incentivados a contratar seguro cuja precificação maximizou sua relação custo/beneficiário.

O texto transcrito descreve o que vem a ser seleção adversa que, em suma, representa um processo gradativo de encarecimento do Plano para todos os assistidos em função do aumento da concentração de assistidos com maior custo, neste caso, assistidos com maior idade.

Ademais, (i) a precificação por preço único; (ii) a alta concentração de idosos; (iii) a falta de oxigenação de uma carteira, tudo isso junto, pode levar a um “círculo vicioso”, chamado Adverse Selection Death Spiral (Espiral da Seleção Adversa), levando a um desequilíbrio atuarial, conforme se observa no modelo abaixo:

Modelo de Preço Único Indutor da Espiral de Seleção Adversa (esquema gráfico e pequenos ajustes no texto foram feitos pela GEAP)

Modelo de Preço Único Indutor da Espiral de Seleção Adversa

(esquema gráfico e pequenos ajustes no texto foram feitos pela GEAP)



Resposta: Consta nos autos, relatório de visita técnica ANS, fls. 282, com a avaliação da carteira de beneficiários e obrigações ANS. Em fl. 283 sugere a ANS que a Geap avalie o cenário da introdução de custeio por faixa etária no produto GEAP Saúde, e que sua população é mais concentrada na faixa de 59 anos ou mais, com risco elevado para a Autogestão.

Abaixo descrevemos a transcrição de estudo publicado pelo Instituto Brasileiro de Atuário a respeito do assunto abordado neste quesito:

" O Instituto Brasileiro de Atuária - IBA é uma entidade técnica que visa com suas iniciativas prestar subsídios para que sejam criadas e aperfeiçoadas políticas visando o equilíbrio das atividades de risco. Assim, O IBA como instituto técnico ciente das dificuldades que passa o mercado de saúde suplementar com relação as variações por faixa etária,

desenvolveu parecer destacando a importância destas variações para o equilíbrio atuarial das Operadoras/Seguradoras deste ramo.

Diversos estudos, disponibilizados no site do IBA, demonstram que o aumento da expectativa de vida é uma realidade mundial e o IBA, como órgão técnico e independente se propôs a estudar o impacto deste fenômeno no equilíbrio dos planos de saúde no Brasil, dado a instabilidade regulatória deste setor que por muitas vezes impactam diretamente nas premissas atuariais a serem adotadas.

A população abrangida por planos privados de assistência a saúde não fogem a estas características, onde se constata a participação cada vez mais expressiva da terceira idade na pirâmide etária.

Nos últimos 50 anos, a população brasileira cresceu 2,3% ao ano. Já para os próximos 50 anos, espera-se que essa taxa apresente um crescimento anual de apenas 0,4%. Além disso, a expectativa de vida tem sido maior a cada ano resultando em menor ingresso de jovens e aumento da proporção de idosos com relação a população. Dados do IBGE demonstram que no ano de 2000 o número de brasileiros com 60 anos ou mais era de 8,5% e a projeção para 2020 é de 14%, e para 2050 é de 30%. Existem outras fontes que citam que em cem anos a população jovem aumentará em cerca de 2 vezes enquanto a idosa em 26 vezes.

(...)

Para amparar tecnicamente estas alterações e ainda acompanhar o permanente avanço da medicina que contribui para o aumento da expectativa de vida, a boa prática atuarial pressupõe a correta formação de preços e periódico recálculo (reavaliação atuarial) dos planos de

saúde, conforme todas as características do produto, em especial coberturas e faixas etárias.

(...)

O princípio universal utilizado na precificação dos planos de saúde é o mutualismo “Mutualismo: Todos contribuem para que alguns utilizem. Para o Mutualismo funcionar, é necessário o estabelecimento de algumas regras:

1 - A mensalidade deve ser proporcional às despesas;

2 - Definição prévia dos critérios de utilização dos recursos.

A determinação de preço por faixa etária está associada a este princípio, onde cada indivíduo paga valor médio, que seja suficiente para a cobertura dos custos de todo o grupo.

Os gráficos 2 constantes no Anexo II (Parecer de Precificação IBA), demonstram que os custos assistências variam significativamente por faixa etária de risco:

(...)

1. O custo é crescente com as idades;

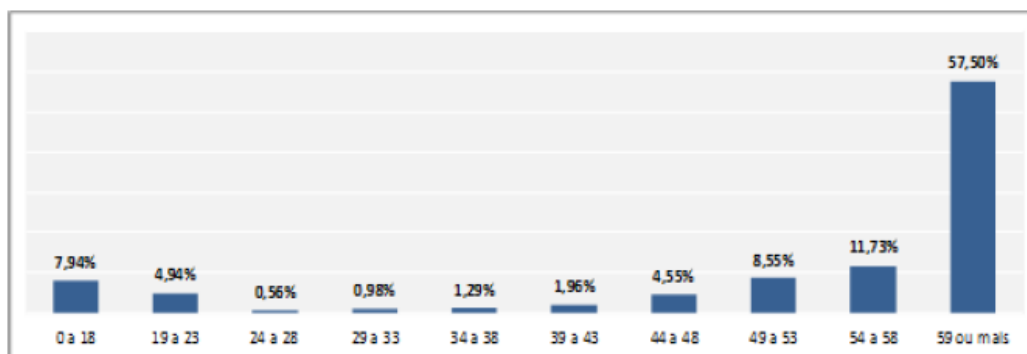
2. Há um aumento significativo do custo nas idades mais elevadas, em especial a partir de 70 anos (gráfico à esquerda). Ao incluir estes beneficiários no grupo de idades de 59 anos ou mais (quadro da direita), temos que o valor médio se torna mais expressivo com relação ao valor pago pelo grupo de risco da faixa anterior. O que vem a explicar a necessidade de variação de preços reais por mudança faixa etária. "

A perita esclarece ainda que o plano de saúde funciona em sistema de mutualismo, onde todos pagam por todos e o risco assistencial é diluído na massa existente. Ou seja, quanto maior a massa e quanto melhor distribuída, melhor a distribuição do risco assistencial.

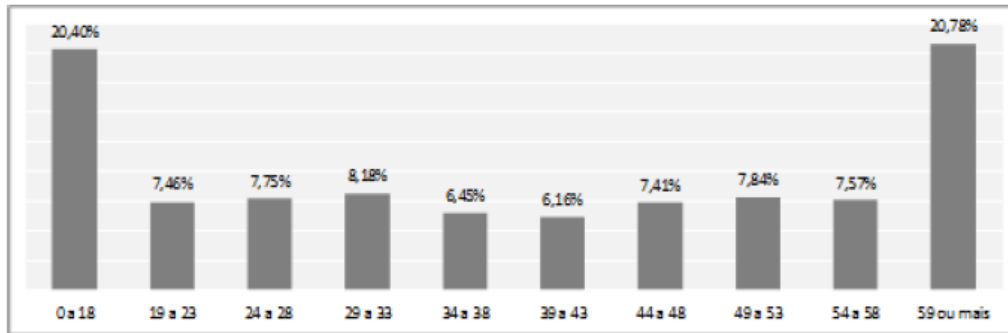
A precificação do plano de saúde, considerando este processo de mutualismo possui a necessidade de correta mensuração para considerar os riscos envolvidos e o futuro equilíbrio dos contratos. A melhor mensuração destes riscos é considerada quando a precificação técnica é estipulada por faixa etária, onde é levado em consideração o risco de gastos assistenciais em cada faixa etária, fazendo assim, com que o equilíbrio técnico atuarial seja alcançado e que a Operadora de Planos de Saúde possa manter a solvência do plano, tanto do ponto de vista técnico atuarial, como financeiro.

Quesito 3. Compare o perito os gráficos abaixo, em que são apresentadas distribuição por faixa etária do Plano GEAP Saúde, que cobre aproximadamente 80% do número de vidas atendidas pela GEAP, a distribuição por faixa etária das demais Autogestões e a evolução da proporção de idosos ao longo dos últimos 5 anos e comente se de fato foi necessária a mudança do modelo de custeio a fim de evitar a insolvência dos planos de saúde da GEAP.

Distribuição % de Beneficiários no GEAPSaúde



Distribuição % de Beneficiários nas Autogestões



Fonte: ANS - Tabnet

Resposta: O primeiro gráfico demonstra a Distribuição % de Beneficiários no GEAP Saúde e o segundo gráfico a Distribuição % de Beneficiários nas Autogestões, segundo a ANS – Tabnet.

A distribuição dos beneficiários nas Autogestões segundo a ANS, na faixa etária de 59 anos ou mais é 20,79%, já na GEAP é de 57,50%, sendo assim nota-se que a GEAP possui proporção de idosos expressivamente superior a distribuição das demais Autogestões.

Isto posto, a Perita informa, sem adentrar na questão de mérito, que após analisados os documentos acostados nos autos e a partir dos princípios do mutualismo, de um contrato coletivo, que o reajuste aplicado no plano de saúde da Autora foi consequência de uma análise detalhada da ANS-Agência Nacional de Saúde e da GEAP com intuito de manter a saúde financeira do plano, em face da população da GEAP Saúde demonstrar grande concentração na faixa etária a partir de 59 anos, onde existe grande probabilidade de utilização por parte dos beneficiários, entendendo-se então que houve a real necessidade de alteração do modelo de precificação para que fosse recuperada a solvência do plano de saúde e manutenção da cobertura assistencial dos beneficiários do plano.

Quesito 4. Responda o perito se a adoção de custeio que define preços diferenciados por faixa etária vem ao encontro do que indicaram os técnicos da ANS no Relatório da por faixa etária vem ao encontro do que indicaram os técnicos da ANS no Relatório da Visita Técnica da ANS, buscando romper o ciclo vicioso que fatalmente levaria o Plano a insolvência e, se em decorrência desta mudança, há redução da contribuição para os mais jovens e elevação da contribuição para os assistidos de idade mais avançada.

Resposta: A Perita esclarece que a análise da ANS - Agência Nacional de Saúde demonstrou que o Plano de Saúde da Autora estava deficitário e a própria Agência recomendou alterações em seu "Relatório da Visita Técnica da ANS" fls.282, vindo a alteração de tipo de precificação da GEAP ao encontro do que preconiza a ANS:

"Foram confirmadas as expectativas de que o produto GEAP saúde, além de influenciar fortemente os resultados da operadora; possui o maior índice combinado entre os produtos da operadora. Sua forma de custeio historicamente utilizou os "mecanismos" de pisos e tetos, desconto proporcional sobre rendimento bruto "mutualismo" entre os grupos com distinto número de dependentes. Além disso, cerca de 42% de seus beneficiários possui idade acima de 59 anos.

A introdução da resolução CONDEL n°418 estabeleceu para o produto GEAP Saúde valores per capita para os titulares e seus dependentes, não prevendo, entretanto, reajustes por faixas etárias como observado em outras autogestões.

Ressalta-se, entretanto, que a manutenção do custeio antigo do produto GEAP Saude, de acordo com a operadora, levaria a um saldo orçamentário fortemente negativo, influenciando o resultado global da carteira, dada a participação deste produto nas receitas da GEAP."

Quesito 5. Tome ciência o perito das Notas Técnicas número 27 e 28 elaboradas pela Diretoria Executiva da GEAP, bem como de seus anexos, e emita opinião sobre a indispensável adequação do custeio dos planos de saúde e sobre o fato de que os maiores reajustes de contribuição ocorreram para os assistidos com idade mais avançada, levando-se em conta a decorrente redução de contribuição para os mais jovens.

Resposta: Abaixo segue transcrição de estudo publicado pelo Instituto Brasileiro de Atuário a respeito do assunto abordado esse quesito:

" O Instituto Brasileiro de Atuária - IBA é uma entidade técnica que visa com suas iniciativas prestar subsídios para que sejam criadas e aperfeiçoadas políticas visando o equilíbrio das atividades de risco. Assim, O IBA como instituto técnico ciente das dificuldades que passa o mercado de saúde suplementar com relação as variações por faixa etária desenvolveu parecer destacando a importância destas variações para o equilíbrio atuarial das Operadoras/Seguradoras deste ramo.

Diversos estudos, disponibilizados no site do IBA, demonstram que o aumento da expectativa de vida é uma realidade mundial e o IBA, como órgão técnico e independente se propôs a estudar o impacto deste fenômeno no equilíbrio dos planos de saúde no Brasil, dado a instabilidade regulatória deste setor que por muitas vezes impactam diretamente nas premissas atuariais a serem adotadas.

(...)

O princípio universal utilizado na precificação dos planos de saúde é o mutualismo "Mutualismo: Todos contribuem para que alguns utilizem. Para o Mutualismo funcionar, é necessário o estabelecimento de algumas regras:

1 - A mensalidade deve ser proporcional às despesas;

2 - Definição prévia dos critérios de utilização dos recursos.

A determinação de preço por faixa etária está associada a este princípio, onde cada indivíduo paga valor médio, que seja suficiente para a cobertura dos custos de todo o grupo.

(...)

1. O custo é crescente com as idades;

2. Há um aumento significativo do custo nas idades mais elevadas, em especial a partir de 70 anos (gráfico à esquerda). Ao incluir estes beneficiários no grupo de idades de 59 anos ou mais (quadro da direita), temos que o valor médio se torna mais expressivo com relação ao valor pago pelo grupo de risco da faixa anterior. O que vem a explicar a necessidade de variação de preços reais por mudança faixa etária. "

A Perita entende que, do ponto de vista técnico atuarial, a correta precificação do plano de saúde da Autogestão foi indispensável para equilibrar os contratos vigentes, em face da maior parte da massa de beneficiários da GEAP Saúde se encontrarem em faixa etária a partir de 59 anos, onde a utilização é bastante elevada, sendo assim a existência da necessidade de maiores reajustes nas faixas de idades mais elevadas.

Quesito 6. Responda o ilustre perito se, caso a GEAP continuasse com a mesma política financeira o plano de saúde correria o risco de insolvência. Em caso positivo, pelos cálculos realizados, em quanto tempo o plano estaria fadado à insolvência.

Resposta: Consta nos autos, relatório de visita técnica ANS, ofício 1788/2009, fls. 282 demonstrando a insolvência do plano em 2009, com 11 milhões de déficit e índice de resultado combinado de 104%, assim é de entendimento técnico que o plano de saúde não suportaria mais dois anos sem ajustes em sua forma de custeio.

VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem adentrar na questão de mérito e com intuito de facilitar o entendimento do Ilustre Magistrado a seguir estão relacionados alguns fatos e informações fundamentais:

- O objeto da ação envolve questões técnicas atuariais e regulamentares de saúde suplementar;
- A Entidade envolvida no processo supra é a GEAP – Fundação de Seguridade Social;
- A análise da ANS-Agência Nacional de Saúde demonstrou que o Plano de Saúde da Autora estava deficitário e a própria agência recomendou alterações em seu modelo de precificação em seu Relatório da Visita Técnica, constante nos autos, necessário para o reequilíbrio da Operação do plano de saúde da Ré.

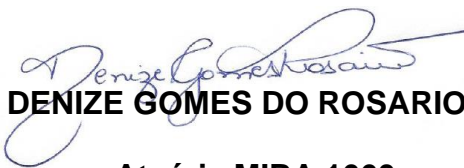
Isto posto, a Perita informa sem adentrar na questão de mérito que após analisados os documentos acostados nos autos e a partir dos princípios do mutualismo, de um contrato coletivo, que o reajuste aplicado no plano de saúde da Autora foi consequência de uma análise detalhada da ANS-Agência Nacional de Saúde, órgão regulatório do mercado de saúde e de avaliação atuarial da GEAP com intuito de manter a saúde financeira e atuarial do plano, trazendo assim a manutenção da cobertura assistencial aos beneficiários assistidos, o que naquele momento mantinha possibilidade de não mais existir futuramente em face do desequilíbrio técnico atuarial do plano.

VIII – TERMO DE ENCERRAMENTO

Todas as análises e apurações periciais foram efetivadas com base na documentação existente aos autos, fica a aceitação dos procedimentos retro citados a cargo do (a) Douto (a) Juízo (a).

Continuo a disposição do (a) Ilustre Magistrado (a) para execução de outros trabalhos.

Rio de janeiro, 27 de agosto de 2020.


DENIZE GOMES DO ROSARIO
Atuária MIBA 1660