

E há a judicialização dos conflitos entre os planos e seus consumidores. O resultado tem sido a justiça ampliar as coberturas contratadas

Por Antonio Penteado Mendonça

De acordo com matéria publicada pelo Estadão, aumentaram as reclamações junto à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) contra os planos de saúde privados, em função de recusa de atendimento para procedimentos cobertos.

Segundo a notícia, as operadoras autuadas devem milhões de reais em multas para a ANS. Multas essas que podem não ser pagas imediatamente e por isso são cobradas através de ações judiciais, o que faz o processo de pagamento ser lento, ainda que as operadoras sofram outras sanções, como terem o nome lançado no cadastro de empresas inadimplentes, impedindo-as de entrar em concorrências públicas.

As razões para o aumento das reclamações são várias e todas de alguma forma pertinentes. Começando pelo aumento do número de participantes dos planos de saúde privados, prosseguindo pelo aumento da consciência da população sobre seus direitos, para terminar em casos nos quais a autorização é realmente negada por engano, há um universo de possibilidades lógicas, todas convergindo para o aumento das reclamações. O que não pode é se aceitar a negativa por má-fé da operadora. Em toda atividade humana, tem gente séria e gente pouco séria. Os planos de saúde não são a exceção, daí o seu controle ser essencial.

Os planos de saúde privados brasileiros têm uma situação curiosa. São desancados de um lado e sonho de consumo de outro. Acusados de pagar pouco para médicos e prestadores de serviços, são vistos como a alternativa que funciona pelos que dependem das filas do SUS.

Entre os dois extremos, o fato indiscutível é que eles gastam mais por ano do que o governo brasileiro, ainda que respondam por 50 milhões de pessoas enquanto o governo é responsável pelo atendimento à saúde dos outros 150 milhões de brasileiros.

Além disso, não há como negar que os planos de saúde privados são os grandes responsáveis pelos investimentos que transformaram alguns hospitais privados brasileiros em unidades de ponta, comparáveis ao que existe de mais eficiente e sofisticado no mundo inteiro.

Não fossem os pagamentos regularmente feitos em função da utilização dos serviços destas instituições pelos clientes dos planos, os hospitais brasileiros estariam bem longe do estado de arte alcançado por endereços como Sírio Libanês, Oswaldo Cruz, Einstein e Rede D'Or.

Isso é muito bom, mas não tem sido colocado com a clareza necessária para um julgamento isento sobre os benefícios e malefícios de um produto indispensável para o equilíbrio da conta da saúde pública nacional, mas que só é acionado justamente quando o beneficiário está fragilizado em função de seu estado de saúde.

Agora mesmo, parte da rede de saúde privada está abarrotada e os atrasos no atendimento se sucedem inclusive nos hospitais e laboratórios mais caros e exclusivos. Quem tem levado a culpa, em função do aumento da demanda estar comprometendo a rapidez no atendimento, são os planos de saúde privados e não os prestadores de serviços.

Há casos em que o atendimento é negado? Sem dúvida, os há. Em parte com razão, em parte sem razão.

É sempre bom se ter claro que os planos de saúde privados não são a panaceia para os serviços básicos de saúde do povo brasileiro. Eles são planos suplementares, ou seja, não garantem atendimento universal, mas atuam em complemento ao atendimento dado pelo SUS, este sim,

amplo, geral e irrestrito, nos termos da Constituição.

Além disso, os planos não são padronizados, nem iguais, da mesma forma que as operadoras também não são as mesmas, nem têm a mesma competência em suas operações. Há planos anteriores à Lei dos Planos de Saúde Privados; há planos individuais; há planos coletivos empresariais e por adesão; enfim, há uma vasta gama de diferenças que interferem na autorização ou não de cada procedimento, em função da realidade de cada plano.

E há a judicialização dos conflitos entre os planos e seus consumidores. O resultado tem sido a justiça ampliar as coberturas contratadas, determinando aos planos que assumam os custos de procedimentos originalmente não cobertos.

Ora, se um consumidor conseguiu a autorização para um determinado procedimento, porque os outros também não podem tê-la?

A tendência é a consolidação da autorização para vários procedimentos, mas outros continuarão sendo questionados, inclusive por operadoras da maior seriedade e retidão operacional.

Fonte: [SindSegSP](#), em 07.11.2014.