



Por Fernando Henrique Silva da Costa (*)

É de conhecimento que a saúde é um direito fundamental previsto expressamente em nossa Constituição Federal, tal como expõe o artigo 6º: *“São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”*.

Mais adiante, no artigo 196 do supracitado Diploma Legal, é dito que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Somado a isto, no artigo 199 vemos a assistência à saúde livre à iniciativa privada. Por via de consequência, a saúde suplementar, por meio da oferta dos planos e seguros privados de assistência à saúde, repercute no cenário econômico e na vida das pessoas que contratam este tipo de serviço.

Desta forma, podemos dizer que no Brasil existe a saúde pública, com acesso franqueado a toda população e sem limite de uso, e a saúde suplementar, mediante contratação e restrita ao que se encontra disposto em cláusula.

Pela simples leitura da Constituição Federal/88, estabeleceu-se a saúde suplementar como atividade empresarial privada que estaria regulada por lei especial. Logo, há de se notar a ausência de regulação da matéria por volta de 10 anos e, obviamente, inúmeros fatos considerados abusivos foram constatados.

A propósito, vale registrar que o sistema de saúde suplementar foi regulamentado com a edição da Lei nº 9.656/98. Até a publicação do antedito normativo, os contratos de planos e seguros de saúde privados firmados eram regulados tão somente pelas normas gerais do Código Civil Brasileiro e pelo texto consumerista, leia-se, Lei nº 8.078/90. Assim, as operadoras atuavam de forma livre, porquanto não havia nenhuma regulamentação/fiscalização do setor da saúde suplementar.

Até mesmo porque, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ocorreu no início do ano de 2000, por intermédio da Lei nº 9.961/00. Autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, a qual tem por escopo essencial, a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades inerentes à assistência de saúde suplementar no Brasil.

Pois bem, conforme dados extraídos do sítio eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em setembro/2015, constam 50.261.602 beneficiários em planos privados de saúde por cobertura assistencial (assistência médica com ou sem odontologia). Dado o volume de pessoas que tem plano de saúde contratado, pode-se perceber uma das consequências é o excesso de

litígios envolvendo o segmento de saúde privada.

Em pesquisa junto à ANS, nota-se que as reclamações promovidas pelos consumidores desse tipo de serviço estão relacionadas a maior cobertura de procedimentos não previstos nos contratos de planos de saúde. Vejamos:

Reclamações segundo tema da demanda (Brasil - janeiro-setembro/2014 e setembro-setembro/2015)

Tema da demanda	2014		2015	
	Reclamações	%	Reclamações	%
Total	66.310	100,0%	72.416	100,0%
Cobertura	45.181	68,1%	53.170	73,4%
Contratos e Regulamentos	15.004	22,6%	13.989	19,3%
Mensalidades e Reajustes	5.634	8,5%	4.855	6,7%
Outros	491	0,7%	402	0,6%

Fonte: SIF/ANS/MS - 09/11/2015

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2015

Não se pode olvidar, o que se tem visto há anos é o acionamento do Poder Judiciário para dirimir conflitos entre consumidores e operadoras de plano de saúde, assumindo a questão e determinando antecipação de tutelas, liminares, e mandados para executar serviços, repercutindo, obviamente, no equilíbrio financeiro-atuarial dos planos reclamados.

As pessoas têm se utilizado da máquina judiciária postulando direitos incompatíveis com a legislação específica e de aplicabilidade ao caso em concreto e, principalmente, com as determinações pactuadas, resultando significativa elevação de contendas litigiosas, ensejando no aumento da quantidade de processos e faz apontar números alarmantes de determinações de judiciais provenientes deste fato, que poderiam ser evitados com uma política de prevenção.

É claro que o segmento de saúde privado implica dentre suas atividades comerciais, serviços de ordem primordial para a sociedade brasileira, ou seja, tratamento à saúde humana, suplementar ao serviço do Estado, o que deveria ser subsidiário, a fim de complementar o direito fundamental instituído por nossa Constituição Federal.

Ora, o Poder Judiciário impõe responsabilidade às operadoras, tendo em vista as provocações formuladas pelos beneficiários, a qual muitas vezes não está prevista no plano contratado, sendo certo que o consumidor tem plena ciência disto. Como dito em linhas pretéritas, a Constituição Federal obriga o Estado a prestar assistência médica de forma ilimitada, e não aos planos de saúde suplementar.

Repisa-se, múltiplos serviços praticados sob intervenção do Poder Judiciário oneram demasiadamente as operadoras de plano de saúde suplementar, que elevam seus custos. Muitas destas determinações ocorrem sem cobertura contratual ou sem previsão no rol determinado pela ANS, comprometendo a vitalidade das operadoras.

A situação vigente é tão preocupante que, no ano passado, o jornal Folha de São Paulo circulou a [notícia](#) de que entidades representantes de planos de saúde vão custear a criação e o funcionamento de um núcleo no Tribunal de Justiça de São Paulo, o qual tem por escopo mediar demandas judiciais propostas em face das operadoras.

Frente ao quadro atual, necessário se faz vislumbrar as atitudes passíveis de serem tomadas pelas pessoas comprometidas com a judicialização da saúde suplementar, para que esta seja minimizada o máximo possível, de modo que os responsáveis pela judicialização dos planos privados percebam

se realmente é indispensável acionar o Poder Judiciário ou se simplesmente, de forma administrativa, o assunto possa encontrar solução.

E o que fazer para mudar este cenário? Será que falta aos beneficiários se conscientizarem e conhecerem melhor o seu plano de saúde e sua prestadora do serviço de saúde? Será que as operadoras/seguradoras podem atuar preventivamente, de modo a mitigar novas ações judiciais, e buscar solucionar as que estão em andamento? Pois bem, como política de fomento à saúde suplementar, as prestadoras precisam olhar para dentro de casa e promoverem uma interlocução mais de perto com o beneficiário, caso ainda não tenham atuado neste sentido, como forma de minimizar os riscos jurídicos correspondentes a planos tão reclamados nas vias judiciais.

É necessário que beneficiários reflitam com profundidade se a justiça é um caminho viável e adequado para dirimir eventuais conflitos envolvendo o seu plano de saúde. Não se afasta a ocorrência de que a prestadora possa, eventualmente, prejudicar o direito do beneficiário. Seria muita ingenuidade pensar que as operadoras não cometem erros, num segmento tão vasto de planos de saúde em plena atividade.

Se direitos são afrontados, obviamente, é merecedor que haja reparo pelo agente causador do dano. Entretanto, o que estamos assistindo no momento é a uma enxurrada de ações judiciais sem a vinculação a efetivos direitos, o que, por sua vez, apresentam-se como meras aventuras processuais, por muitas vezes se encontrarem ausentes de respaldo legal. A judicialização da matéria em tela pode ser minimizada se os prestadores do serviço de assistência à saúde suplementar adicionarem aos seus valores institucionais a prevenção e resolução do conflito.

(*) **Fernando Henrique Silva da Costa** é Advogado, graduado em Direito pela Universidade Potiguar - Natal/RN, membro da OAB/DF e pós-graduando em Direito da Previdência Complementar pela Universidade Cruzeiro do Sul/UDF. É Supervisor Jurídico da GAMA Consultores Associados.

Fonte: [GAMA Consultores Associados](#), em 05.04.2016.