

Por Fabiana Cambricoli

Um quarto do custo se refere a processos que pedem tratamentos ou medicamentos não cobertos por convênios. Empresas alegam que prática desequilibra o setor e leva ao reajuste das mensalidades; pacientes dizem que acesso a terapias é dificultado

As discordâncias e os conflitos entre operadoras de planos de saúde e seus clientes têm parado cada vez mais nas mãos do Poder Judiciário. Em dois anos, o valor gasto pelos convênios médicos para atender a demandas judiciais dobrou, alcançando a marca de R\$ 1,2 bilhão no ano passado, segundo estimativa feita pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) e obtida pelo **Estado**. Em 2013, esse gasto havia sido de R\$ 558 milhões.

Segundo a associação, o crescente número de processos que pedem tratamentos ou medicamentos não cobertos pelos planos desequilibra o setor e acaba prejudicando os próprios clientes, por meio do reajuste das mensalidades. Já os pacientes acusam as empresas de dificultar o acesso a terapias e dizem encontrar na Justiça o caminho para ter acesso aos procedimentos necessários.

Balanço da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostra que pelo menos R\$ 320 milhões do R\$ 1,2 bilhão gasto pelas empresas com demandas judiciais foram gastos com procedimentos não cobertos em contrato.

Para Pedro Ramos, diretor da Abramge, há clientes que entram na Justiça porque a operadora negou a cobertura de um procedimento que, de fato, deveria ser oferecido, mas há também muitos beneficiários que solicitam judicialmente uma terapia que não faz parte do rol de cobertura mínima dos planos ou um tratamento nem sequer disponível no País. “Na maioria dos pedidos de liminar, o cliente nem procurou a operadora antes de entrar na Justiça. O rol é claro e os contratos são claros. Os preços dos planos são formatados pelo que está na lei. Quando vem uma decisão obrigando o plano a custear algo fora da lei, aumenta o custo e não tem como ele não ser repassado.”

Ramos cita como exemplos de ações “indevidas” as que pedem a cobertura de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou procedimentos não previstos em contrato. “Tem gente que já pediu estada em spa”, afirma.

Os consumidores, por sua vez, reúnem exemplos de dificuldades no trato com os convênios médicos. Um mês depois de contratar um dos mais completos planos de saúde do País, em agosto do ano passado, o empresário Tauan Henrique do Nascimento Oliveira, de 23 anos, foi duplamente surpreendido. Primeiro, com um repentino problema na aorta que o levou para uma cirurgia cardíaca de urgência. Depois do diagnóstico, veio o segundo susto: o plano não autorizaria o tratamento, alegando que ainda vigorava a carência de seis meses para internação.

“No contrato falava de carência para internação, mas dizia que o plano cobriria toda a parte de emergência e aquilo era uma emergência. O médico disse que, se meu marido não operasse imediatamente, ele poderia ter uma hemorragia interna e aí não haveria muito mais o que fazer”, conta a empresária Maria Aline Serafim de Santana Oliveira, de 24 anos, responsável pela negociação com o plano.

Oliveira teve de ficar internado por mais de um mês após a cirurgia, se recuperou, mas a conta do hospital fechou em R\$ 520 mil. “Não tinha de onde tirar esse dinheiro. Se meu psicológico já estava abalado com o problema de saúde dele, a cobrança da conta do hospital deixou tudo ainda mais complicado”, diz Maria Aline, que decidiu, então, entrar na Justiça para obrigar o plano a arcar com a despesa. A Justiça entendeu que, por tratar-se de um procedimento de urgência, não cabia carência para internação e deferiu a liminar a favor do casal.

Principais causas. De acordo com a Abramge, os principais pedidos feitos em ações judiciais são de procedimentos ausentes no rol, de medicamentos experimentais ou revisão de reajustes de mensalidade de acordo com as normas da ANS. Para Renata Vilhena, advogada especializada em direito à saúde, falta transparência na relação entre consumidor e a operadora, o que aumenta a judicialização.

Ela ressalta que a Justiça tem entendido que procedimentos não elencados no rol devem ser oferecidos pela operadora, se forem avaliados como necessários pelo médico. “Os juízes têm considerado o rol como um documento exemplificativo, e não taxativo. A gente se baseia acima de tudo no Código de Defesa do Consumidor, que contesta os atos que tirem a chance de um contrato atingir sua finalidade – nesse caso, um tratamento necessário.”

Fonte: [O Estado de S. Paulo](#), em 01.05.2016.