

Por Thaís Brito

De maio para cá, foram ao menos seis decisões do Tribunal de Justiça, totalizando R\$ 83,3 mil em indenizações

Pelo menos seis decisões judiciais do Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE) foram favoráveis a clientes que tiveram procedimentos negados por planos de saúde no Ceará, desde maio até a semana passada. Juntas, as indenizações somam R\$ 83,3 mil devidos pelas operadoras a seus clientes. Todas por cirurgias de urgência não cobertas pelas operadoras.

Os casos foram divulgados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE) e refletem a insatisfação com a cobertura assistencial, motivo de 59% das reclamações dos usuários do Estado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os seis casos julgados no Tribunal de Justiça favoravelmente aos clientes envolvem quatro planos de saúde: Camed, Unimed Fortaleza, Hapvida e Amil. Como agência fiscalizadora de todos os planos credenciados, a ANS registrou 286 reclamações do Ceará sobre a cobertura assistencial em 2016.

A cada dois anos, o órgão atualiza o Rol de Procedimentos, contendo a cobertura obrigatória dos planos para todos os usuários. Em 2016, a agência incluiu 21 novos itens, como a prótese auditiva ancorada no osso.

Situações de negativas que mais geram impasse



Período de carência

Período em que o novo usuário não tem direito a procedimentos mais complexos, como cirurgias, exames caros e internação em leitos de alta tecnologia. Mesmo neste período, o paciente tem direito a 12 horas de atendimento hospitalar em casos de urgência

conseguir provas de doenças preexistentes, pois não há como provar que o paciente sabia da doença



Procedimentos não previstos no Rol da ANS

Em casos de urgência e emergência, há possibilidade de entendimento do Judiciário a favor do paciente. Há impasse também no caso de órteses (aparelhos externos para apoiar ou proteger o sistema locomotor) e próteses não previstas no rol



Doenças e lesões preexistentes

Ao assinar novo contrato, os planos pedem a Declaração de Saúde, atestando se titular e dependentes são portadores de doenças ou lesões. Neste caso, o plano pode ficar mais caro. Se houver fraude, quando o cliente omite a doença, o plano pode encerrar o contrato. No entanto, é responsabilidade do plano



Contratos antigos

Aos planos contratados antes de janeiro de 1999 não se aplica o rol de procedimentos da ANS. Para estes usuários, vale a cobertura prevista em cada contrato

Quando o procedimento está fora do rol, tem havido entendimento do Judiciário em favor do paciente quando há laudo médico comprovando urgência e emergência, explica Sávio Aguiar, presidente da Comissão de Direito do Consumidor da Ordem dos Advogados do Brasil no Ceará (OAB-CE). Conforme exemplifica, o usuário tem cirurgia negada, faz um esforço para pagar o procedimento e, num momento posterior, aciona a Justiça para reaver os gastos.

Tipo de plano

Nos casos de urgência, o impasse é mais comum quando o contrato do paciente é de plano ambulatorial, comenta Flávio Wanderley, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). Por lei, operadoras cobrem atendimento de urgência para as primeiras 12 horas. Depois disso, a despesa fica por conta do usuário. A cobertura é ilimitada apenas para planos hospitalares, os mais caros, fora de carência ou em caso de acidente pessoal.

Impacto para os planos

Segundo a Unimed Fortaleza informou, por meio de sua assessoria, os motivos mais recorrentes de demandas judiciais se referem a procedimentos não cobertos pelo Rol da ANS, além de cumprimento de prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e lesões pré-existentes.

A operadora informou que, pela lei 9.656/98 e pelas normas da ANS, tem obrigação de atender seus clientes conforme o contrato, com cláusulas que definem as coberturas e exclusões, com base no Rol de Procedimentos e Eventos da agência reguladora. Esse Rol, salienta a operadora, é atualizado periodicamente, com inclusão de novas coberturas. Há alguns dias, por exemplo, foram incluídos exames para a detecção do zika vírus.

Tanto as determinações judiciais para cobertura de procedimentos fora das previsões normativas quanto a inclusão de novos procedimentos interferem nos custos das operadoras, ressalta a assessoria. Isso se reflete inclusive para os demais clientes. Esse custo, afinal, acaba embutido em reajustes posteriores. Outros planos prefeririam se manifestar por meio das entidades representativas.

Números

59% das reclamações do Ceará à ANS se referem à cobertura de planos de saúde.

Fonte: [O Povo Online](#), em 20.06.2016.