

Por Renata Vilhena Silva (*)

Como o mercado tem se comportado diante da perda excessiva de clientes e da recusa ao downgrade

Pensando em qualidade de vida, o que você gostaria de ter hoje? Se fizermos esta pergunta para uma pessoa de meia idade, com certeza ela vai responder: “um plano de saúde para poder desfrutar dos anos que me restam com cuidados e dignidade”. Só que este é um desejo caro nos dias atuais.

Uma pesquisa feita, entre abril e maio de 2017, pelo IBOPE e encomendada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) colocou o plano de saúde em terceiro lugar na lista dos objetos de desejo de 67% dos entrevistados (beneficiários de 35 a 64 anos e não beneficiários de 18 a 34 anos). A pesquisa aponta que o interesse pelo plano chega a estar na frente da casa própria ou educação para 18% das pessoas ouvidas e que ele é fator determinante na hora de optar por um emprego que oferece o benefício.

Segundo dados da Agência regulatória do setor, ANS, quase 700 mil usuários perderam seus benefícios de saúde, em 2017, por não conseguirem pagar as mensalidades. Estas baixas somam mais de dois milhões e meio de pessoas, nos últimos anos, que estão à mercê da sorte e do SUS, caso algo de grave aconteça.

Crises e adaptações econômicas são comuns em toda parte do mundo, mas esta, sem precedentes na história do País, e ocasionada pela corrupção e má gestão do dinheiro público, provocou efeitos indesejados como o alto desemprego, endividamento das famílias e a consequentemente diminuição do poder aquisitivo. Prioritário é comer, pagar o aluguel, as taxas e a saúde pode esperar, dizem alguns. Será que pode?

Quando uma pessoa deixa de ser atendida pelo sistema privado de saúde, ela onera o sistema já precário da saúde pública e isto implica em mais gastos para o Estado. Além disso, como os recursos públicos são deficitários, o atendimento a esse público também deixa de ser feito a contento ou é postergado, levando alguns, com doenças mais graves como o câncer, à morte antes do tratamento.

Diante da encruzilhada, muitos beneficiários têm procurado seus planos de saúde e proposto acordos de downgrade, ou rebaixamento, o que tem sido negado categoricamente. Não dá para entender a opção das operadoras pela perda do cliente e tamanha inflexibilidade num momento crítico. Recorrer à justiça tem sido o expediente utilizado pelos que não abrem mão de cuidar da saúde.

Alguns tribunais, como o TJ/SP, já entenderam que a pessoa tem direito à migração para um plano inferior, imputando multas às empresas que não quiserem acatar um acordo. Isto porque, a negativa se configura uma desvantagem excessiva para o consumidor ou abuso e o Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 51, não permite que uma das partes seja prejudicada, mesmo quando as cláusulas do contrato versam sobre a impossibilidade.

Além disso, a recusa ao downgrade por parte das operadoras contraria as disposições consumeristas, já que impede o beneficiário de ter acesso aos demais serviços disponibilizados pelo fornecedor no mercado, ferindo o disposto no artigo 421 do Código Civil, que orienta a liberdade de contratação. A adaptação de contratos para a sua conservação deve também obedecer às regras da ANS e dos princípios de bom senso e harmonia de direitos.

Num tempo de dificuldades de várias ordens, o consumidor tem de estar com as antenas ligadas e

lutar sem medo por seus direitos. Só assim, os quadros de abuso de poder ou monopólio de mercado serão banidos do cenário do Brasil e da saúde - tão necessária a uma vida plena.

(*) **Renata Vilhena Silva** é advogada, bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, especialista em Direito Processual Civil pelo COGEAE (PUC-SP) e pelo CEU - Centro de Extensão Universitária, autora das publicações “Planos de Saúde: Questões atuais no Tribunal de Justiça de São Paulo”, volumes I e II e sócia-fundadora do escritório Vilhena Silva Advogados.

Fonte: [Vilhena Silva Advogados](#), em 01.03.2018.