

Por Camila Boehm

Em seis anos, a quantidade de decisões judiciais – em primeira instância – de ações envolvendo planos de saúde cresceu 631% no estado de São Paulo. De acordo com pesquisa coordenada pelo professor Mário Scheffer, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), foram julgadas 2.602 ações em 2011, número que subiu para 19.025 em 2016. Em todo o período, foram mais de 77 mil ações julgadas na primeira instância.

As decisões de segunda instância também aumentaram, passando de 4.823 em 2011 para 11.377 em 2016, o que representa alta de 136% no período. Nos seis anos, foram mais de 58 mil ações em segunda instância.

Segundo Mário Scheffer, o aumento expressivo da judicialização contra planos de saúde no estado de São Paulo nos últimos anos é resultado, dentre outros fatores, da persistência de práticas abusivas das empresas de planos de saúde, da piora dos serviços prestados, com diminuição da rede de prestadores (hospitais, laboratórios e médicos) em quantidade e qualidade, das lacunas da legislação sobre coberturas e reajustes, e das falhas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no cumprimento de suas obrigações de regulamentação e fiscalização.

A pesquisa mostra ainda que as ações judiciais cresceram em ritmo muito mais acelerado do que a evolução do número de pessoas que têm plano de saúde. “Desde 2014 o número de usuários de planos de saúde está em queda no estado de São Paulo, devido à crise econômica e desemprego. Em 2016 foram registrados 17,8 milhões de usuários, patamar semelhante aos 17,5 milhões de usuários de 2011”, diz o estudo.

## **Capital**

Tendo como base as decisões de segunda instância do ano de 2016, a comarca da cidade de São Paulo registrou 5.905 ações judiciais, o que representa 52% do total das decisões de todo o estado. A capital concentrava, em 2016, cerca de 35% da população coberta por planos de saúde em todo o estado (6,2 milhões de usuários).

Diante desses dois indicadores, o estudo concluiu que usuários de planos de saúde da capital acionam mais frequentemente o Judiciário. Em seguida, as comarcas que registraram maior número de decisões proferidas em segunda instância pela Justiça foram São Bernardo do Campo (524 acórdãos), Santo André (412 acórdãos) e Campinas (367 acórdãos).

## **Motivação**

O principal motivo de ações contra planos de saúde foi a exclusão de coberturas ou negativas de atendimentos (47,67% das decisões em segunda instância), seguidos por problemas de manutenção de aposentados em contrato coletivo e reajustes abusivos de mensalidades.

Quanto aos procedimentos e atendimentos mais negados por planos de saúde estão as cirurgias (34,3%), as internações – inclusive em UTI – (15,3%) e tratamentos para câncer (13,5%).

## **Decisões**

De acordo com as decisões analisadas, na segunda instância, em 92,4% dos casos foi dada razão ao usuário. Em 88% dos casos, o usuário teve seu pleito integralmente acolhido e em 4,4% a pretensão foi acolhida em parte. Em apenas 7,4% dos casos julgados a decisão foi desfavorável ao usuário, com ganho de causa para a empresa do plano de saúde.

“A partir desses dados, conclui-se que são grandes as chances de êxito de um cidadão ao propor uma ação judicial contra as operadoras de planos de saúde. É pouco provável que ocorra a revisão da decisão de segunda instância e, dificilmente, a operadora conseguiria recorrer ao Superior Tribunal de Justiça, pois esbarraria nas vedações da Súmula STJ nº 5 (“a simples interpretação de cláusula contratual não enseja Recurso Especial”) e da Súmula STJ nº 7 (“a pretensão de simples reexame de prova não enseja Recurso Especial”)”, diz a pesquisa.

## ANS

Em relação às afirmações de Scheffer de que um dos motivos do aumento expressivo da judicialização contra planos de saúde no estado de São Paulo são falhas da ANS no cumprimento de suas obrigações de regulamentação e fiscalização, a agência divulgou uma nota no início da noite de hoje em que informa que vem implementando diversas medidas para melhorar a qualidade do serviço prestado aos beneficiários de planos de saúde, dar mais agilidade, eficiência e efetividade às ações fiscalizatórias e para qualificar o atendimento prestado pelas operadoras, mitigando conflitos. Segundo a nota, dessa forma, a ANS resolve mais de 90% das reclamações de consumidores registradas em seus canais de relacionamento.

"Entre as ações realizadas pela ANS, estão: a mediação de conflitos entre beneficiários e planos de saúde, regras que obrigam as operadoras a cumprirem suas responsabilidades quanto à qualidade do atendimento, disseminação de informações sobre o setor, fortalecimento da participação social e a assinatura de termos de cooperação técnica com entidades de defesa do consumidor, tribunais de Justiça e o Conselho Nacional de Justiça", informou a nota.

Segundo a nota, a ANS instituiu, por meio da Resolução Normativa nº 395, que obriga as operadoras a informar por escrito as justificativas de negativa de cobertura sempre que os beneficiários solicitarem. "Como forma de intensificar a fiscalização proativa, foi criado o programa Intervenção Fiscalizatória, que está em seu terceiro ciclo e tem o objetivo de fazer cessar as principais práticas infrativas cometidas pelas operadoras". A ANS diz que também orienta os beneficiários que estiverem enfrentando problemas de atendimento a registrar reclamação junto à [agência](#).

**Fonte:** Agência Brasil, em 08.02.2017.