

Por Renata Vilhena Silva (*)

Se aprovada a resolução, mais uma vez, as operadoras serão beneficiadas em detrimento do consumidor

Imagine que você vive num mundo ideal onde a educação e a saúde da população são prioridades dos governantes e a gestão dessas áreas é controlada e tem distribuição adequada de recursos para que todos encontrem a plenitude. Sim, esse mundo existe numa república muito, muito distante: a Finlândia.

Assim como no Brasil, o sistema público de saúde (80% financiado pelo governo), é universal e qualquer pessoa que tiver o seu seguro social pode usufruir dele. Nem tudo é gratuito, alguns serviços são cobrados e têm preços acessíveis, mas ninguém deixa de ser atendido por não ter dinheiro. Além disso, o país tem um dos mais altos IDH - Índice de Desenvolvimento Humano - do mundo, com ótima renda per capita. O sistema descentralizado de saúde finlandês, em que cada município possui autonomia para decisões, funciona tão bem que a aprovação da população é alta e só 10% dos médicos optam por só trabalhar na rede privada, o inverso do que acontece aqui.

Voltando a atenção para o Brasil, temos no âmbito público o SUS, Sistema Único de Saúde, e um conglomerado de operadoras, no âmbito privado, que passou a ser regido pela lei 9656/98, criada para regulamentar o setor de assistência à saúde. Como o SUS não atendia adequadamente a população, o consumidor com algum poder aquisitivo teve a liberdade de escolher qual o plano ou seguro mais adequado ao seu perfil. De lá pra cá, com a ineficiência da ANS, Agência regulatória, os empresários nadaram de peito, enriqueceram com práticas abusivas e o beneficiário foi ficando refém do sistema, tendo que brigar na Justiça pra fazer valer seus direitos.

A franquia é filha da crise e suas repercussões

A crise das instituições brasileiras acirrou o problema e o desemprego gerou uma debandada dos que não podiam mais pagar por seus planos. Quase três milhões de pessoas voltaram a utilizar o SUS nos últimos três anos. Diante disso, as operadoras, que se recusam a vender planos individuais, lançaram outra ofensiva: a comercialização dos planos com franquia e coparticipação. Embora guardem semelhanças, a franquia funcionaria como a do seguro de um carro, em que o cliente paga até um valor estipulado, caso necessite de procedimentos, e a operadora paga a conta restante. Já no sistema de coparticipação, haveria uma distribuição dos gastos entre a operadora e beneficiário, que arcaria com até 40% das despesas.

Mesmo que tratamentos com radioterapia, quimioterapia, hemodiálise e doenças crônicas e, ainda, a realização de alguns exames preventivos e o pré-natal estejam, em tese, isentos; todo o risco do negócio ficaria a cargo do consumidor, já que é impossível prever, por exemplo, o risco de uma internação hospitalar. Não nos esqueçamos que o direito à saúde é fundamental e que não é possível escolher se vamos usar ou não o plano. Como ficaria o caso de uma mulher, com menos de 30 e histórico de câncer de mama na família, se o protocolo recomenda a mamografia após os 40? Ela teria de esperar dez anos?

A saúde é um bem indisponível e vem sendo tratada como se fosse um carro, no caso dos contratos com franquia. Além disso, o plano ficaria isento da responsabilidade do custeio no primeiro ano e o beneficiário pagaria as mensalidades para só ter direito à cobertura no segundo ano.

Nesse tipo de contrato de adesão, também está prevista uma simulação dos custos e isto é impensável no Brasil, a menos que estivéssemos mais evoluídos, como acontece em outros países onde o consumidor paga pelo pacote que a doença abarca.

Muitos itens da proposta de resolução merecem atenção máxima porque ela sugere o reajuste das

mensalidades, percentuais do teto e tipos de procedimentos, mas o reembolso e a tabela de honorários médicos permanecem congelados.

Cogitações à parte, a aprovação das novidades deve acontecer ainda este ano e, o mais grave: os órgãos de defesa do consumidor foram alijados da discussão e não tiveram acesso ao texto que está em aprovação na ANS. Embora a nova medida não afete os contratos antigos, há o risco de os planos coletivos serem atingidos.

Representantes das entidades de classe, como a ABRAMGE, Associação Brasileira de Planos de Saúde, e a FenaSaúde, Federação Nacional de Saúde Suplementar, são contrárias à criação de pacotes mínimos de exames e consultas gratuitos, defendem absurdos e falam impropérios como: *“as pessoas deixarão de usar o plano perdulariamente”* (José Chechin) e *“queremos que o cliente participe do processo e questione o médico”* (Marcos Novais).

Quem, em sã consciência, usa um plano por diversão ou como se estivesse fazendo compra em um shopping? Dizer isto é desrespeitar o cliente, chamando-o de esbanjador, e, também, desrespeitar o médico, sugerindo que ele esteja pedindo exames em demasia e que o paciente duvide da sua conduta. Se há corrupção e esta desconfiança ronda o mercado, há formas investigativas e punitivas de combatê-la, inclusive na Justiça.

Com certeza, a saída não é criar novos planos para, mais uma vez, sacrificar o consumidor e favorecer as operadoras. A medida deve provocar mais um grande êxodo por impossibilidade de pagamento da franquia. Distorções como esta criaram raízes desde que o governo financiou o surgimento das operadoras, negligenciado a saúde e, de certa forma, para se eximir de responsabilidades com seus cidadãos.

(*) **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 22.05.2018.