



## Análise Atual Sobre a Relação Entre Planos de Saúde e Beneficiários

---

### Autor

- Victor Régis Brasil e Silva (Sócio Fundador da Dias, Brasil e Silveira Advocacia).

De tempos em tempos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS atualiza o rol de procedimentos minimamente cobertos pelas operadoras de planos de saúde. O objetivo é garantir que não haja planos obsoletos e que o consumidor conte sempre com as novas tecnologias.

A partir de janeiro de 2016, os beneficiários contarão com 21 novos procedimentos, “incluindo exames laboratoriais, além de mais um medicamento oral para tratamento de câncer em casa e ampliação do número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionistas, fisioterapeutas e psicoterapeutas”<sup>1</sup>.

A relação entre as operadoras e os usuários é dotada de nuances especiais, inimagináveis noutros enlaces consumeristas. Importante sabermos que a saúde pública precária no Brasil é um forte catalizador para o aumento diário de contratos na seara da saúde particular, o que potencialmente acarreta o aumento de conflitos, tornando esta espécie de discussão uma das campeãs em números das Cortes Judiciais brasileiras.

De um lado, as operadoras, que visam o lucro e a sustentabilidade, como outra empresa qualquer. Alegam que o Estado terceirizou a saúde e tenta pressionar os planos ao limite. Do outro, os consumidores, que não dispõem de alternativa, sendo compelidos a sacrificar parte de seu dinheiro para garantir seu restabelecimento. Importante destacar que o consumidor normalmente não usa o plano com outras intenções, sendo justa sua expectativa de ser atendido ao precisar.

Outro ingrediente que contribui para os conflitos é que os contratos de planos de saúde são os conhecidos contratos de adesão, ou seja, são unilateralmente elaborados e não deixam muito espaço para qualquer negociação. Além disso, são documentos eivados de termos médicos e técnicos incompreensíveis para os usuários, que muitas vezes são surpreendidos ao receber a negativa sobre determinado procedimento.

---

<sup>1</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3035-usuarios-terao-21-novos-procedimentos-cobertos-por-planos-de-saude>

Desde a entrada em vigor da Resolução Normativa nº 319 da ANS<sup>2</sup>, as operadoras estão obrigadas a justificar as negativas de cobertura por escrito, em até 48 horas após o pedido. Com essa medida, houve a adequação aos princípios de transparência e informação do Código de Defesa do Consumidor, inibindo as práticas de negar por negar.

Sobre essa realidade, merece destaque um interessante artigo publicado no jornal na Folha de São Paulo, no qual o médico Ivan Moura Fé, então Presidente do Conselho Regional de Medicina, exprime sua opinião:

*Não existe 'meia saúde', nem 'meia doença', saúde é integral. Imagino que os mercadores de saúde nunca conseguirão entender. [...] Os convênios privados não revelam, mas a imensa maioria dos seus segurados, quando sofre um problema mais sério de saúde financeira que alardeiam, nunca cogitaram de, honestamente, ressarcir os gastos públicos com seus segurados. Pelo que diz sua milionária propaganda, os convênios médicos privados são modernos, detêm sua alta qualidade. Na prática, cobram exorbitância, exclui todas as todas as doenças de tratamento caro, negam os exames mais sofisticados, tem filas e nunca exigem planilhas de custo. Não cobrem doenças infecciosas, crônico-degenerativa, preexistentes, psiquiátricas, órteses e próteses, transplantes, exames mais modernos – mas nos contratos isto é escamoteado em letrinhas microscópicas, incompreensíveis aos clientes ingênuos. Têm helicóptero [...] mas negam atendimento a um caso de dengue[...] (Folha de São Paulo, 12.2.1994 – Tendências/Debates, “Os mercadores de saúde”, da saúde”, p. 3)*

É imperioso que as autoridades governamentais interfiram no talante de regulamentar propriamente a questão, pois todos os envolvidos estão insatisfeitos, crescendo-se a isso o fato de que há alta vazão de dinheiro público para movimentar a máquina judicial que decide as questões.

Deve haver um acordo sobre o ponto de equilíbrio, para que o usuário não se sinta frustrado e que não haja uma inviabilização dos planos, posto que a situação social será brutalmente agravada sem tal serviço.

\*Texto produzido para uso exclusivo do escritório Dias, Brasil e Silveira Advocacia. Cópias poderão ser solicitadas diretamente ao escritório ([contato@dbsadvocacia.com.br](mailto:contato@dbsadvocacia.com.br)). A orientação legal será dada exclusivamente por advogados.

\*\*Direitos autorais reservados à Dias, Brasil e Silveira Advocacia – OAB nº. 836-CE.

<sup>2</sup> <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2051-justificativa-de-negativa-de-cobertura-por-escrito>