

DIREITO MÉDICO

PLANOS DE SAÚDE-SEGURO-SAÚDE- AUTOGESTÃO

DIFERENÇAS-LEGISLAÇÃO-DIREITOS- LUCROS- AVILTAMENTO DA CLASSE MÉDICA BRASILEIRA.

Nelson de Medeiros Teixeira*

A Lei que dispõe sobre os Planos de Saúde e dos Seguros Privados de Assistência à Saúde é a Lei 9.656/98, embora esteja ela mesclada e mudada por várias medidas provisórias. Algumas com a total intenção de beneficiar inteiramente as Operadoras de Saúde em detrimento dos consumidores. Outras, depois de muita discussão, muita divulgação e muita pressão sobre deputados e senadores tiveram alguns pontos melhorados como por exemplo:

- o impedimento de que as empresas vetem em seus planos o ingresso de consumidores com idade avançada ou portando deficiências.
- O estabelecimento de limites para o credenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas.
- A proibição de limite de prazo e de valor máximo de internação hospitalar.
- A proibição de carência por atraso no pagamento.
- A limitação dos prazos de carência.
- Exigência de clareza nos termos do contrato.

- A proibição de rescisão unilateral do contrato pela empresa.

Mas mesmo assim questões de grande relevância envolvendo empresas e usuários não ficaram bem resolvidas. Muitos problemas tiveram singulares pioras quando o CONSU- Conselho Nacional de Saúde Complementar, órgão criado por uma destas medidas provisórias misturou, esmiuçou e detalhou com cerca de 23 resoluções, muitos aspectos da lei original, deturpando-a de forma nada legal. Com a substituição do CONSU pela ANS, Agência Nacional de Saúde, pouca coisa mudou, eis que a ANS também elaborou e editou muitas resoluções com efeitos claramente negativos para os usuários. Temos, pois, na verdade, um conjunto de legislação definindo as regras sobre os Planos e Seguros de Saúde Privados totalmente confuso e, não raras vezes, de difícil compreensão até mesmo para os profissionais que labutam na área. Por isto que, via de regra, 70% destas confusões geradas por tantas modificações, acabam por serem resolvidas com base no Código de Defesa do Consumidor.

PLANO DE SAUDE- SEGURO SAUDE- DIFERENÇAS

Antes da promulgação da Lei 9.961/2000 havia uma diferença fundamental e facilmente percebida entre o que é um Plano de Saúde e o que é um Seguro Saúde em termos de contrato de prestação de serviços médicos. Na prática, para os usuários ou segurados – consumidores, na verdade – a diferença era que no caso do Seguro Saúde o consumidor escolhia quem ia lhe prestar os serviços médicos, pagava por estes serviços e era reembolsado, posteriormente, pela Empresa. Já no Plano de Saúde existia uma rede credenciada pela empresa de prestadores de serviços médicos, laboratoriais e hospitalares e na qual o consumidor fazia uso sem que tivesse que desembolsar na hora, qualquer valor adicional. Diferença também é de que as seguradoras de Saúde tinham que se submeter obrigatoriamente a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). Fora disto quanto ao efeito na prestação do serviço não havia diferença.

Depois da promulgação da lei supracitada a aproximação entre as duas modalidades de prestação de serviços médicos aos usuários criou raízes mais profundas uma vez que, indistintamente, ambas passaram a prestar obediência às normas e a fiscalização da ANS (Agência Nacional de Saúde), criada exatamente pela Lei 9.961/2000. Entretanto, apesar do constante troca-troca dos prestadores de serviços – médicos hospitalares, laboratórios, etc nada mudou com respeito ao modus operandi dos seguros-saúde em relação aos segurados que continuam com a livre escolha. Embora estas seguradoras de saúde apresentem, via de regra, uma rede credenciada esta nada mais é do que **simples sugestão**, de vez que se o consumidor optar por escolher um serviço médico não credenciado no lugar que deve ser prestado, terá, efetivamente, direito ao reembolso, embora este não seja no valor total que ele pagou em sua escolha, mas sim o estabelecido no contrato assinado.

OPERADORAS DE PLANOS DE SAUDE

Assim temos que, legalmente, qualquer operadora que ofereça assistência privada à saúde é, seguramente uma pessoa jurídica que mantém qualquer tipo de contrato, seja ela prestada através de rede credenciada por plano de saúde, seja de seguro, seja cooperativa, seja de autogestão. Desta forma aplicam-se para todos, as regras da Susep (Superintendência de Seguros Privados) e do CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) que não tenham sido disciplinadas pela ANS e pelo CONSU, conforme determina a Resolução 65 da ANS.

Não há mais, portando, distinção entre Plano de Saúde que atua através de uma rede credenciada e Seguro Saúde, que atua através de reembolso ou até mesmo de uma mistura híbrida dos dois. Tudo, pois, se resume em Operadoras de Planos de Saúde, muito embora a lei ainda conserve as nomenclaturas planos de saúde e seguro saúde em muitos pontos.

PODERES DO CONSU E ANS

Ambos são órgãos que tem ligação direta com o Ministério da Saúde e liberdade quase total para legislarem, regulamentando leis a seu entender, para o mercado de assistência privada à saúde. Não têm respaldo constitucional para isto mas, note-se, por exemplo, que só de 1998 para cá o CONSU definiu alguns itens, entre eles a autorização de aumento na base de 500% para as operadoras de saúde em função do aumento da faixa etária. São resoluções que contrariam totalmente à lei, e que, a toda evidência são ilegais, já que, na hierarquia legislativa, nenhuma resolução pode alterar qualquer dispositivo de lei.

QUEM GANHA E QUEM PERDE?

Em qualquer lugar civilizado do planeta qualquer empresário, em qualquer ramo de negócio quando monta a sua empresa e esta começa a mostrar eficiência, gerando para os seus consumidores finais o bem estar e a satisfação, parte dos lucros são destinados exclusivamente para a melhoria de seus produtos, de modernização e aperfeiçoamento sempre crescente, porque quanto mais se investe, em benefício daquele que proporciona o lucro da empresa, haverá sempre o retorno em crescimento cada vez maior, seja a curto ou médio prazo.

No Brasil, via de regra, a coisa é ao contrário. Qualquer bom negócio que começa a dar satisfação ao usuário e começa a preencher as suas necessidades fazendo com que cresça o lucro do empresário, este, ao invés de buscar o aperfeiçoamento de seus produtos, de sua mão de obra-especializada, enfim, da melhoria da prestação de seus serviços aos seus consumidores finais, busca sempre o lucro cada vez mais desmedido. Lá, nos países sérios e civilizados o lucro representa certeza de investimento para melhor prestação de serviço e maiores lucros em médio prazo. Aqui, na nossa terra Tupiniquim este lucro inicial,

muitas vezes fruto de um início de trabalho voltado para o dar e receber, não serve para nenhum investimento; ao contrário, passa , á medida que vai crescendo a empresa, diretamente para o bolso dos empresários gerando, com isto, em médio prazo, uma péssima prestação de serviços.

No caso dos Planos de Saúde e Seguradoras de Saúde é o que acontece. Começaram do nada, criaram um bom serviço credenciando profissionais de todas as especialidades médicas e procedimentos médicos, fazendo com que a saúde privada no Brasil começasse a dar seus primeiros passos para, em médio prazo, dotar todo o país de uma estrutura médica capaz de atender a todos com dignidade.

Entretanto, o lucro surgiu com rapidez. A ganância mais ainda. Resultado. Reajustes inimagináveis, cortes, glosas em procedimentos médicos necessários, enfim, uma série de medidas que sufocaram seus segurados. E o pior de tudo é que em 8 anos tais aumentos chegaram ao absurdo de serem elevados em 500%, gerando inúmeros casos na justiça e fazendo com que as Operadoras de Saúde passassem a figurar na listas dos 10 mais “ fregueses” dos Juizados Especiais Cíveis de todo o país.

AVILTAMENTO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS

Nestes oito anos de absurdos e enriquecimentos de toda ordem, os verdadeiros trabalhadores, os verdadeiros obreiros que dão sustentação, que permitem que estas operadoras de saúde sobrevivam, nunca foram tão aviltados em seus honorários. Dos reajustes anuais, e às vezes mensais, destas operadoras nenhum centavo foi destinado á correção dos honorários dos médicos que sustentam toda esta máquina administrativa da medicina que escraviza e tem sob seu controle 80% dos médicos no país. Tal menosprezo, tal aviltamento veio gerando, ao longo destes anos, a necessidade do profissional da medicina buscar cada vez mais planos de saúde, sujeitando-se ás migalhas que lhes são oferecidas, e por conseguinte, uma atenção cada vez menor ao paciente já que a sua necessidade de sobrevivência não lhe permite mais efetuar uma consulta com a atenção devida. Sobra disto tudo, outra máquina – a da indústria dos danos morais por erros médicos – que lota o Judiciário de processos e contribui, com sua parcela, para o emperramento da estrutura judiciária.

* Especialista em Direito Médico ,Direito Previdenciário e Direito Cooperativista .

Consultor Jurídico da COOPAMESES-ES

TEIXEIRA, Nelson de Medeiros. **Planos de saúde, seguro saúde, autogestão. Diferenças de legislação, direitos, lucros, aviltamento da classe médica brasileira.** Disponível em;

< <http://www.medeirosadvogados.adv.br/artigos.mostrar.php?id=5&tipo=artigos>>

Acesso em: 31.jul.2006.