

A NOVA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DE SEU DESVIO DE FINALIDADE E O DIREITO DO CONSUMIDOR

RICARDO PESTANA DE GOUVEIA¹

Sumário: Introdução – 1. Breves considerações sobre planos de saúde – 2. Problemáticas da nova lei dos planos de saúde – 3. Planos de saúde no contexto atual e o seu desvio de finalidade – 4. Cláusulas abusivas e o direito do consumidor – 5. Considerações finais – 6. Referências Bibliográficas.

INTRODUÇÃO

Profundas e permanentes mudanças vêm ocorrendo, diariamente, no mercado de planos de saúde, que deveriam primar pela tranqüilidade dos consumidores, mas em decorrência das problemáticas da nova lei dos planos de saúde, lei 9.656/98, e pelo desvio de sua finalidade, causam riscos e transtornos aos cidadãos, não respeitando a sua regulamentação, estando sujeitas a advertências, multas, suspensão temporária ou permanente da direção da empresa e até mesmo o cancelamento da autorização de seu funcionamento.

O objetivo deste artigo é, demonstrar, que o desvio de finalidade da nova lei dos planos de saúde geram diversas críticas e preocupações aos cidadãos, pelo fato de não garantir e colocar em risco, a segurança e a tranqüilidade dos usuários das operadoras de planos de saúde.

1) BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE PLANOS DE SAÚDE

Os planos de saúde são regulados pela constituição federal, que garante direito a saúde, pela lei federal nº 9.656, aprovada em junho de 1998, por medidas provisórias que são editadas, alterando e esfacelando a lei básica, pelo Código de Defesa do Consumidor em caráter subsidiário, e pelo CONSU (Conselho de Saúde Suplementar), órgão criado pela nova legislação, editando normas "complementares" às leis e às medidas provisórias.

De acordo com a lei 9.656/98 sobre os Planos de Saúde, em seu art. 1º, I considera-se plano privado de assistência à saúde:

"Art. 1º, I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (*Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001*)"

Plano de saúde trata-se de um contrato específico de prestação de serviços de saúde pela iniciativa privada, em que o consumidor paga uma prestação, tendo a operadora o encargo de prestar os devidos serviços por meio de rede própria e/ou credenciada, sem ônus financeiro para o consumidor, somente a sua respectiva mensalidade.

2) PROBLEMÁTICAS DA NOVA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

A nova legislação sobre os planos de saúde é considerada uma vitória para os consumidores, pelo fato de aumentar a cobertura de doenças como AIDS, doenças mentais e fixar limites de diferenças de preços de planos calculados pela faixa etária, mas não garante a segurança de todos os direitos dos consumidores, sendo, portanto, invocado o Código de Defesa do Consumidor para dirimir os conflitos entre os cidadãos e as operadoras de saúde.

Essa nova lei serviu, essencialmente, para acabar com o caos existente entre a relação dos cidadãos com o SUS (Sistema Único de Saúde) aumentando-se o valor de suas mensalidades, tendo o SUS uma enorme diminuição de seus custos e estimulando novas adesões de consumidores.

A nova legislação não atende a nossa realidade, pois ao passo que traz série de benefícios, permite que as administradoras aumentem o valor de suas mensalidades de acordo com as funções de suas obrigações, demonstrando de forma clara que os planos de saúde são negócios empresariais, visando lucro, interessando-se somente com o retorno de capital., conforme afirma *José Luiz Gomes do Amaral*:

"A saúde privada, hoje, infelizmente está em xeque e necessita ser reexaminada urgentemente. A visão puramente mercantilista de certas operadoras é um atentado contra o livre exercício da Medicina e os direitos fundamentais dos pacientes." ²

E nisto não está o consenso, pois ao aumentar os serviços prestados, aumenta-se o valor das respectivas mensalidades, não trazendo, portanto, nenhuma tranquilidade, mas

sim despesas aos cidadãos, levando os consumidores a abandonarem seus planos de saúde, e por consequência, repassados os custos das operadoras aos usuários remanescentes.

No que tange a contratação de planos de saúde sob a égide da nova legislação, o usuário deverá preencher uma declaração de saúde, para se contatar se existe doença preexistente, não tendo cobertura durante os 2 (dois) primeiros anos do contrato, salvo com o pagamento de uma taxa para utilização do serviço no período de carência, o AGRADO. Nesse preenchimento deve-se prestar muita atenção, para não acarretar problemas futuros, pois caso se comprove que o contratante omitiu ou negou alguma doença preexistente, poderá ser acusado de fraude e ter o contrato suspenso, e se o consumidor apresentar uma doença que não se encontre no formulário, nos dois primeiros anos, poderá a operadora averiguar se a doença era preexistente, sendo confirmada tal situação, o consumidor terá que arcar com os gastos da administradora durante o tratamento, conforme estabelece o art. 11 da Lei 9.656/98.

Os planos de saúde estão divididos, de acordo com a nova lei, em ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológico, mistos, ou de referência (considerado completo), mas pelo fato da nova lei permitir a possibilidade das operadoras comercializarem cada bloco deste plano, separadamente, diversos consumidores se sentem prejudicados, pois para que tenham direito à cobertura completa terão que contratar o pacote inteiro, ou contratar vários, para atingir todas as suas necessidades.

Pelo fato de inúmeras medidas provisórias terem sido editadas após a edição da nova lei dos planos de saúde, não se tem um exato entendimento da lei e de sua aplicabilidade, existindo diversas lacunas jurídicas que serão motivos de atritos entre os consumidores e as operadoras de saúde, acarretando, portanto, diversos conflitos a serem dirimidos, que serão refletidos ao bem-estar dos cidadãos.

3) PLANOS DE SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL E O SEU DESVIO DE FINALIDADE

Os planos antigos (individuais ou familiares), firmados antes da vigência da nova lei, não têm registro na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) estando proibidos de serem comercializados, mas possuem uma garantia fixada em lei, de renovação automática do contrato, não podendo a operadora cobrar qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, nem exigir a recontagem de carência, conforme estabelece o art. 13 da Lei 9.656/98, já os assinados após janeiro de 1999, estão amparados pela nova legislação, devendo os contratos oferecer todos os benefícios previstos na nova legislação.

Com o advento da nova lei dos planos de saúde, as operadoras passaram a atuar de forma arbitrária, desviando a sua finalidade, visando somente a lucratividade, em vez do bem-estar dos cidadãos.

Com o objetivo de fraudar os usuários de planos de saúde muitas operadoras colocam no mercado cartões de desconto ou cartões de saúde, induzindo erroneamente os consumidores a aderirem a um plano de saúde, mas que na verdade não se enquadram no

que é definido no art. 1º da Lei 9.656/98de, não cobrindo integralmente as doenças previstas no Código Internacional de Doenças (CDI).

As situações de urgência e de emergência, também, não têm sido respeitadas em face da nova legislação, pois o prazo de carência para atendimento de situações de urgência e de emergência é de 24 horas, conforme previsto na lei dos planos de saúde, em seu art. 12, V, "c", devendo a operadora responder pelas despesas Médico-Hospitalares, sem limitação temporal, mas diversas operadoras não respeitam esta disposição, configurando uma cláusula limitativa abusiva, conforme dispõe o art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor.

Temos outros dois fatores, que são afetados pelo desvio de finalidade da nova lei dos planos de saúde. O primeiro refere-se aos aumentos anuais anunciados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) mesmo estando de acordo com os índices de inflação, não utilizam critérios claros para os devidos cálculos, não se tendo a noção exata se os reajustes equivalem com a nossa realidade.

O segundo trata-se das revisões técnicas de planos de saúde, que são autorizadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) em sua resolução 27, pois permitem que as operadoras de saúde façam alterações nos contratos, caso estejam em má situação financeira, resultando em aumentos abusivos, descredenciamento de médicos e hospitais, sendo infringindo, portanto, o Código de Defesa do Consumidor, transferindo-se ao consumidor um risco que faz parte de qualquer atividade econômica.

4) CLÁUSULAS ABUSIVAS E O DIREITO DO CONSUMIDOR

Diante da atual situação, da previdência e da saúde pública no Brasil, os consumidores se vêem compelidos a assinar planos de saúde que lhes impõe cláusulas contratuais abusivas, e só no momento de sua utilização é que se deparam com as inúmeras dificuldades tanto em relação ao atendimento quanto aos reajustes exorbitantes, não atendendo as necessidades econômicas do nosso país.

Um exemplo clássico de cláusula abusiva refere-se aos reajustes por mudança de faixa etária, compelindo aos mais idosos a pagar uma prestação maior em relação aos mais jovens, tendo como preceito, que com o passar da idade utilizarão com mais frequência os serviços médico-hospitalares, mas que na verdade não espelha a nossa realidade, pois seria provável a utilização desses usuários pela faixa etária, acontece que existem casos de idosos que raramente adoecem e, portanto, não utilizam esses serviços, ao contrário de jovens, crianças, que necessitam de constante acompanhamento médico para um crescimento e um futuro saudável e tranquilo.

Operadoras de planos de saúde, em virtude de seus próprios interesses, após autorizarem certos procedimentos cirúrgicos, negam-se a cobrir a utilização de equipamentos que são imprescindíveis à sua execução, acarretando no aumento das despesas hospitalares aos seus respectivos usuários.

Uma vez autorizado esses procedimentos, as operadoras de saúde deveriam oferecer cobertura total aos mesmos, e não se aproveitar da fragilidade e desgaste de seus usuários e familiares, para obterem um retorno abusivo, alegando abranger certos equipamentos e outros não, que na verdade, num contexto geral, são necessários para se contemplar o fim colimado.

Essas cláusulas abusivas, a que são submetidos os consumidores, geram um reflexo no bem estar dos cidadãos, submetendo seus usuários a inúmeros constrangimentos de ordem pessoal, pois nas situações em que mais necessitam, além de serem excluídas certas doenças de seus planos de saúde, passam por restrições em seu internamento, tornando-se objeto de várias ações judiciais, no intuito de dirimir estes conflitos de interesses, visto que esses usuários, muitas vezes, não possuem recursos suficientes para arcarem com as suas despesas hospitalares.

5) CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desvio de finalidade, da nova lei dos planos de saúde, é considerado um desrespeito para com a dignidade do ser humano, visto que deixa de preocupar-se com os interesses de uma sociedade para visar somente a lucratividade das operadoras de saúde, ao passo que permite aumento e cláusulas abusivas aos seus consumidores.

É verdade que a nova lei dos planos de saúde proporciona certos benefícios, como aumento de cobertura de certas doenças, mas que não são suficientes para atender as necessidades de ser humano, que necessitam de um plano de saúde seguro e acessível para garantir um futuro incerto e instável.

Ademais, esse desvio de finalidade, tem sido objeto de várias ações judiciais e inúmeros constrangimentos por que passam os seus consumidores, sendo invocado, portanto, o Código de Defesa do Consumidor para dirimir os conflitos entre as operadoras de saúde e os cidadãos.

Face ao exposto, é notório que vidas humanas estão sendo colocadas em riscos e se sentindo prejudicadas por diversas operadoras de plano de saúde, que vêm na saúde somente uma fonte de lucro e não se importam sequer com o bem-estar dos cidadãos, pressionando os médicos a reduzirem o número de exames, internações, procedendo a aumentos abusivos, desrespeitando os contratos e a sua regulamentação, contrariando princípios básicos e os direitos fundamentais dos cidadãos.

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://www.emdefesadoconsumidor.com.br> - Em Defesa do Consumidor – O Portal do Cidadão, capturado em 17/10/2003.

<http://www.defenda-se.inf.br/> - Defenda-se SP – Jornal da Tarde, capturado em 17/10/2003.

<http://www.estadao.com.br> - Estadão.com.br – Agência Estado, capturado em 17/10/2003.

<http://www.ans.gov.br> - Agência Nacional de Saúde Suplementar, capturado em 17/10/2003.

<http://www.idec.org.br> - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, capturado em 17/10/2003.

Tourinho, Lizandro. O Bug nos Planos de Saúde Privados. <http://www.cra-rj.org.br>, capturado em 17/10/2003.

Lei Nº 9.656, de 03 de junho de 1998, Lei dos Planos de Saúde. www.direitovivo.com.br, capturado em 17/10/2003.

Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, Código de Defesa do Consumidor. www.direitovivo.com.br, capturado em 17/10/2003.

1 Trainee de OCTAVIANO MARTINS ADVOGADOS ASSOCIADOS, Acadêmico do 4º Ano do Curso de Direito da Unisanta e Monitor da Disciplina de Direito Marítimo.

2 Amaral, José Luiz Gomes. Saúde privada em cheque. <http://www.cremesp.com.br>. Acesso em 18/07/2003.

GOUVEA, Ricardo Pestana de. **A nova lei dos planos de saúde: algumas considerações acerca de seu desvio de finalidade e o direito do consumidor.** Disponível em:

< <http://www.servilex.com.pe/arbitraje/colaboraciones/anovaleidosplanos.php> >

Acesso em: 15.ago.2006.