

Saúde Suplementar

Adriana Costa dos Santos¹

As leis sempre retratam ou pelo menos, buscam retratar a realidade da sociedade. Assistimos a muitas alterações legislativas, ao longo dos anos, buscando, sempre, uma resposta ao momento vivido pela sociedade.

No tocante à lei civil não é diferente. O antigo código civil retratava uma sociedade muito mais individualista, na qual o *pacta sunt servanda* era aplicado com rigor. Hoje, os princípios que regem as relações contratuais, ainda que não na seara consumerista, busca o interesse da coletividade. Não basta o que as partes pactuam, mas o que isso representa para a coletividade. Hoje vivemos regidos pela boa-fé objetiva, a transparência, a função social das relações contratuais etc.

O código civil, calcado nos princípios da efetividade, da eticidade, da transparência, exige a relativização de determinados dogmas que defendiam o individual em prol do coletivo. Isso já é passado!

A vinda do Código de Defesa do Consumidor, anterior ao Código Civil, posterior ao anteprojeto do último, traz princípios que mudaram radicalmente a visão individualista das relações de consumo. Há até os que citam o exagero do legislador, alegando a edição de uma verdadeira “ditadura do consumidor”.

Discordo de tal posicionamento. A hipossuficiência tanto técnica, quanto econômica do consumidor exigiu a elaboração de uma lei que equilibrasse as relações de consumo. Nada mais representa do que tratar de forma desigual os desiguais para se atingir o equilíbrio da relação. Mas sempre menciono que a boa-fé deve ser observada por todos os integrantes da relação contratual: “é uma via de mão dupla”, devendo o magistrado agir com pulso firme também quando esse consumidor não está de boa-fé, aplicando, inclusive, a penalidade da litigância de má-fé.

¹ Juíza de Direito da 21ª Vara Cível - Capital.

Com relação à saúde não é diferente. A vida, a saúde, são direitos da personalidade, direitos esses protegidos pela Constituição da República. Com tal característica, são definidos como absolutos, irrenunciáveis, inalienáveis, imprescritíveis etc.

Quando nos deparamos com as famosas “ações de planos de saúde”, estamos diante do mais valioso dos bens, a saúde e por que não a vida?

Tem o Estado o dever de prover as necessidades básicas e, dentre elas, temos o serviço de saúde. Não é novidade que, mesmo com o passar dos anos, o atendimento nas redes públicas de saúde, seja em que esfera de Poder for, é sempre um desafio. Hospitais lotados, falta de vagas, falta de equipamentos, médicos, remédios, enfim, o Poder público não dá conta de prover tal necessidade da sociedade.

Assim, para os que possuem uma condição financeira um pouco melhor, resta a solução da contratação de um plano privado. Tal contratação tem o condão de dar um alento, uma segurança para o consumidor. Acreditam que será o amparo sempre que precisarem.

Existem várias questões sérias pertinentes ao tema. O preço do plano ou seguro de saúde, a possibilidade de pagamento por parte do consumidor e a consciência de que para uma melhor assistência é preciso pagar mais.

É regra básica que um plano com uma cobertura melhor é mais caro. É a velha regra de matemática: “dois mais dois serão sempre quatro, nunca cinco ou seis”. A cobertura é reflexo do preço da contratação.

O valor pago mensalmente reflete vários cálculos que são feitos levando-se em conta o risco, os chamados cálculos atuariais. Assim, o erro no cálculo põe em risco não só um consumidor, mas todos que integram o plano. Daí o óbvio motivo da diferença de preço diante do aumento do risco, da faixa etária ou ainda da qualidade da cobertura. É comum que pessoas mais idosas paguem mais porque provavelmente usarão mais, levando-se em conta a data em que esse idoso aderiu ao plano.

Ocorre que quando estamos diante de uma relação desta natureza ou de um seguro de automóvel, por exemplo, vemos, em muitas situações, o consumidor pensar que contratou um risco integral.

Apesar de os contratos serem de adesão, salvo as cláusulas abusivas, as demais, pactuadas, devem ser cumpridas sob pena de se pôr em risco todos os contratantes, evitando a “quebra do sistema”.

É comum que o consumidor acredite na máxima de que a seguradora vai sempre tentar descumprir o pactuado, não pagando a indenização, negar a internação, o exame, o procedimento.

De fato, vemos muitas arbitrariedades praticadas, no dia a dia dos Tribunais, necessitando o consumidor buscar amparo junto ao Poder Judiciário para o cumprimento do pactuado em contrato celebrado. Mas a outra vertente também é comum: o consumidor quer receber mais do que pactuou e, nos casos dos planos de saúde, vemos muitos quererem uma assistência integral de saúde sem ter contratado tal integralidade. Buscam aquilo que deveria ser dado pelo Poder Público.

A deficiência do Poder Público coloca nas mãos dos particulares a sua obrigação: de prestar a assistência integral à saúde.

As liminares em massa que são deferidas na rotina dos Tribunais não são tão somente reflexo do descumprimento do contrato pelas seguradoras, planos de saúde, mas, também, da deficiência do Poder Público, que “não dá conta do recado”.

Os juízes se deparam, cotidianamente, com as petições iniciais narrando doenças, sequelas, dores, pedidos de procedimentos, e têm que decidir, na solidão de seus gabinetes, e acompanhados apenas pela sua consciência.

É uma tarefa difícil, tanto quanto a do médico que tem o conhecimento para salvar a vida, mas se vê impedido pela falta de equipamentos, de recursos, de medicamentos e por que não a tão comum falta de vaga nos hospitais? É quase que decidir quem vai morrer.

O juiz, quando se depara com o risco do bem mais precioso, a vida, não hesita; defere a tutela, e não pode ser diferente. Às vezes, não tem conhecimento da doença ou do procedimento e decide com base no laudo médico anexado, já que, na maioria das vezes, não se pode esperar, sob pena de posterior juntada do atestado de óbito do autor. Acredito que seja uma das mais angustiantes situações da árdua tarefa de julgar!

Ocorre que conceder direitos não pactuados e obrigar as seguradoras a arcar com riscos não assumidos e sem previsão legal importa em pôr em risco todo o grupo, ou seja, colocar em risco o direito dos demais a receber a assistência contratada. O seguro não é contratado e calculado individualmente, mas coletivamente. Isso porque o risco é assumido diante da realidade do grupo, levando-se em conta as características do mesmo: idade, doenças pré-existentes, número de integrantes. Qualquer risco que fuja do calculado põe em risco todo o grupo.

Por isso que um bom trabalho de auditoria é fundamental. Saber se o procedimento é necessário, se o valor cobrado está dentro da realidade, se o material utilizado era necessário e se foi pago o justo valor, ou seja, administrar os gastos para que todos possam utilizar o serviço quando necessário. A fraude é maléfica e deve ser combatida a todo custo!

É por isso que acredito que a confiança mútua é o grande sonho a ser perseguido. Tanto segurador quanto segurado, agindo dentro dos princípios que regem as relações contratuais consumeristas, praticando a boa-fé objetiva, a transparência, a função social do contrato, a ética.

A ideia de que o seguro foi feito para ser usado deve ser descartada, ao contrário, o seguro deve ser feito para não ser usado ou não com tanta frequência, ou apenas em situações de prevenção. No caso de quem contrata um seguro de carro pensando em receber e desejando receber a indenização, não pode estar agindo de boa-fé. É por isso que os bônus são uma ótima forma de incentivar o cuidado do condutor, diminuindo o número de sinistros e as fraudes.

No caso dos planos de saúde e a ideia é a mesma. Ninguém contrata um plano desejando ficar doente. A doença é possível, mas não desejada. Ninguém quer se submeter a um tratamento de câncer só para usar o plano! Os pacientes desejam a cobertura, a segurança, mas, na realidade, só desejam utilizar o seguro em situações, consultas rotineiras ou para check-up, nunca para se submeter a um tratamento sério, com risco de vida.

Em que pese muitos ainda não terem essa visão, os check-ups são uma forma de economia para os planos e seguros de saúde e estão cada vez mais em uso, como forma de prevenção.

Toda doença descoberta no início tem um tratamento com um custo muito menor e o custo desses exames acabam por representar uma economia para todo o grupo. Palestras de incentivo a uma vida saudável têm a mesma função. Cuidando da saúde, com hábitos saudáveis, praticando esportes, tendo uma vida mais tranquila, automaticamente se está protegendo o fundo do plano de saúde, já que os atendimentos tendem a diminuir e as internações também.

Enfim, as relações contratuais relativas aos planos de saúde têm as suas peculiaridades. Em um país onde ainda não se encontrou maneira de obter a proteção à saúde apenas pela via estatal, a única saída para aqueles que ainda têm uma alternativa financeira é a dos planos/seguros de saúde. Muitos preferem deixar de usufruir de outras vantagens, “apertam os cintos”, mas não deixam de pagar o seguro, pois sabem da dificuldade futura de se conseguir um atendimento digno na rede pública. ♦