

Entrevista: Daniela Vlavianos, especialista em planos de saúde

O baixo índice de usuários de planos de saúde lesados em seus direitos que efetivamente leva a questão ao Judiciário faz compensar a negligência das operadoras com os consumidores, afirma a advogada **Daniela Poli Vlavianos**, sócia fundadora do Poli & Associados Advogados e especialista em Direito do Consumidor e ações envolvendo planos de saúde.

Ela diz que isso só irá mudar quando as empresas passarem a receber multas que realmente afetem suas atividades operacionais. A advogada também aponta que é necessário que a Agência Nacional de Saúde tenha atuação mais destacada para coibir abusos das operadoras.

Em entrevista, Daniela apresentou novidades jurisprudências sobre tratamentos médicos, discutiu questões jurídicas polêmicas e explicou quando funcionários podem manter o plano de saúde ao saírem de suas empresas.

Leia a entrevista:

ConJur — Quais são as questões judiciais mais polêmicas nas disputas entre planos de saúde e segurados?

Daniela Poli — A incidência da prescrição nas questões envolvendo planos de saúde é bastante polêmica, uma vez que a legislação atualmente em vigor estabelece o prazo prescricional geral de 10 anos para as hipóteses em que não haja previsão específica (artigo 205, Código Civil). Em seguida, o artigo 206 do Código Civil estabelece uma série de outras situações e os respectivos prazos prescricionais, que variam entre um e cinco anos, como o direito de ação do segurado contra o segurador, o direito de reparação decorrente de responsabilidade civil ou ainda o prazo para se evitar enriquecimento sem causa. Além dos prazos previstos pelo Código Civil, a legislação especial pode estabelecer prazos específicos, como o Código de Defesa do Consumidor, que estabelece o prazo prescricional de cinco anos para a reparação por dano decorrente de falha em produtos ou serviços. Diante da existência de tantos prazos diferentes para tantas situações diversas previstas em lei, é comum que muitos consumidores de planos de saúde fiquem confusos quanto ao tempo que tem para discutir judicialmente seus direitos.

Outra questão polêmica diz respeito ao acesso aos medicamentos.

ConJur — O que já está pacificado na Justiça? O que não está?

Daniela Poli — É sólida a posição dos tribunais brasileiros de que se impõe o fornecimento ao cidadão de remédios, insumos e tratamento pelo Poder Público, o que a decorrer do direito à vida, à saúde e mesmo à dignidade humana, máxime em se tratando de hipossuficientes. Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de home care, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer. Ainda que a avença tenha sido firmada antes da sua vigência, é descabido, nos termos do disposto no artigo 15, parágrafo 3º, do Estatuto do Idoso, o reajuste da mensalidade de plano de saúde por mudança de faixa etária. É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita o tempo de internação do segurado ou usuário (Súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça).

ConJur — O que seria necessário para que as operadoras sigam as regras?

Daniela Poli — Maior fiscalização por parte da ANS e aumento no valor das sanções e indenizações impostas pela justiça.

ConJur — As operadoras reclamam que a maioria das regras sobre atendimento vem da ANS, e não de lei. A senhora concorda com essa reclamação?

Daniela Poli — Não é verdade, a atuação dos planos de saúde é regulamentada por lei (Lei 9656/1998) e fiscalizada pela ANS que também tem a função de controlar essa atuação.

ConJur — Qual o índice de acordos nos processos em que você atua contra operadoras?

Daniela Poli — O índice de acordos é de 80%. Ele é alto porque uma vez que já há uma demanda judicial instaurada, a seguradora sabe que suas chances são mínimas e prefere interromper, acabar com o processo por meio do acordo, diminuindo custos.

ConJur — O Judiciário reclama que o excesso de ações relativas a planos de saúde se deve ao fato de as operadoras não resolverem seus conflitos administrativamente. O que pode ser feito para que as seguradoras mudem sua postura?

Daniela Poli — A mudança só ocorrerá quando a Justiça obrigar as operadoras a cumprirem a lei aumentando as sanções impostas nos processos. Hoje, o pequeno número de processos ainda compensa a postura das operadoras.

ConJur — Quais são os casos mais comuns de ações contra planos de saúde?

Daniela Poli — Normalmente, as ações se referem a negativas de procedimentos, exames, próteses, materiais cirúrgicos ou a reajustes abusivos de mensalidade. Em menor quantidade, há as ações envolvendo o cancelamento inesperado da apólice, a expulsão de idosos do plano, o descredenciamento de hospitais, entre outras.

ConJur — É possível buscar judicialmente o reajuste de um plano de saúde que ficou muito caro?

Daniela Poli — É possível revisar os aumentos das mensalidades dos planos de pessoas com 56 anos, 59 anos e 60 anos ou mais, por ação judicial. Podem ser revisadas as mensalidades, também, de planos de saúde de pequenas e médias empresas, que tenham sido reajustados por alta sinistralidade. São processos rápidos e a revisão é concedida em caráter liminar. Muitos pessoas conseguem, ainda, a devolução dos valores pagos em excesso nos últimos cinco anos.

ConJur — Caso um segurado faça um procedimento com médico não credenciado ao seu plano de saúde e o reembolso seja pequeno, ele pode pedir na Justiça um valor maior de reembolso?

Daniela Poli — Sim. Os valores de reembolso pelos planos de saúde costumam ser muito pequenos e, dependendo do caso, a Justiça determina até mesmo o reembolso integral das despesas. Além disso, as decisões mais recentes da Justiça paulista (Súmulas 95 e 102 do Tribunal de Justiça de São Paulo) determinam que procedimentos como quimioterapia de uso oral, exame PET-CT, home care, material cirúrgico importado, cirurgia de obesidade mórbida e cirurgia plástica reparadora sejam integralmente cobertos pelos planos de saúde, independente do que está previsto no rol da ANS. Ainda, a Súmula 93 do TJ-SP obriga a cobertura de stent cardiológico, marca-passo, endopróteses cardíacas, e outros materiais cirúrgicos ligados ao ato cirúrgico, sem caráter estético.

ConJur — Um funcionário que trabalha por muito tempo em uma empresa e vai se aposentar tem direito a manter o plano de saúde?

Daniela Poli — Se você trabalha há 10 anos ou mais na mesma empresa, já está aposentado ou tem direito a se aposentar, e tem descontado em folha de pagamento uma cota-parte para pagamento do plano de saúde, é possível a manutenção do plano por prazo indeterminado para você e seus dependentes, desde que você assuma o pagamento integral do plano. O mesmo vale, por algum tempo, para quem foi demitido. Nesse caso, a lei obriga a manutenção do plano de saúde no prazo mínimo de seis meses e máximo de dois anos.

Date Created

30/06/2015