

GUIA BÁSICO DO USUÁRIO

de plano de saúde



TENORIO
DA SILVA
ADVOCACIA

A você, querido(a) leitor(a):

Este “Guia Rápido do Usuário de Plano de Saúde” foi criado com o objetivo de tornar acessível aos consumidores o conhecimento sobre pontos importantes relacionados ao uso de planos de saúde, e que costumeiramente são alvos de questionamentos em nossos atendimentos como escritório especializado.

A área do Direito da Saúde é complexa, e apresenta enormes desafios diários para os milhões de usuários de planos de saúde, que muitas vezes se sentem prejudicados por decisões que possam representar, ou não, afronta aos seus direitos. As normas regulamentadoras da ANS para o setor, muitas vezes, também podem ser burocráticas, e até afrontar alguma lei.

Portanto, é importante que o usuário de plano de saúde saiba que a saúde é um direito de todos, e também é um dever do Estado e dos planos de saúde (já que o funcionamento deles é regulamentado por lei). E que esses planos de saúde são, normalmente, líderes de reclamações nos mais diversos órgãos de fiscalização.

Assim, nosso objetivo é o de fomentar o conhecimento, melhor orientando os usuários de planos de saúde, para que cada um, consciente do que a lei determina, possa fazer valer o seu direito

Uma boa leitura!

Evilasio Tenorio da Silva

Advogado - Tenorio da Silva Advocacia

ÍNDICE

.....

05

INTRODUÇÃO

06

PRINCIPAIS DÚVIDAS

07

QUAIS SÃO AS LEIS QUE PROTEGEM O DIREITO DOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE?

08

QUEM É QUE FISCALIZA OS PLANOS DE SAÚDE?

O QUE PODE ACONTECER SE O PROCEDIMENTO QUE EU PRECISO NÃO ESTIVER NO ROL DA ANS?

09

O QUE SIGNIFICA "SEGMENTAÇÃO DE COBERTURA" NO PLANO DE SAÚDE?

QUAL A DESVANTAGEM DE UM PLANO COLETIVO POR ADESÃO?

10

QUAL A DESVANTAGEM DE UM PLANO COLETIVO EMPRESARIAL?

11

COMO OCORREM OS REAJUSTES?

COMO FUNCIONAM OS REAJUSTES POR FAIXAS ETÁRIAS?

12

TUDO PLANO DE SAÚDE TEM CARÊNCIA?

13

VOCÊ SABE O QUE É DOENÇA PREEEXISTENTE?

VOCÊ SABE O QUE QUER DIZER "COPARTICIPAÇÃO" EM UM PLANO DE SAÚDE?

14

O EMPREGADO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA TEM DIREITO A SE MANTER NO PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL?

15

O APOSENTADO TEM DIREITO A SE MANTER NO PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL?

O PLANO DE SAÚDE NEGOU A CONTRATAÇÃO DO MEU FILHO AUTISTA. ESTÁ CERTO?

O PLANO DE SAÚDE NEGOU A CONTRATAÇÃO DE IDOSO OU PORTADOR DE DOENÇA PREEEXISTENTE. ESTÁ CERTO?

O PLANO DE SAÚDE PODE FAZER O DESCREDENCIAMENTO DE MÉDICOS OU CLÍNICAS E HOSPITAIS?

16

O PLANO DE SAÚDE PODE CANCELAR O SERVIÇO UNILATERALMENTE?

O PLANO DE SAÚDE PODE NEGAR A COBERTURA POR ATRASO NO PAGAMENTO?

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR A MINHA INTERNAÇÃO?

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS "OFF LABEL"?

17

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO DOMICILIAR?

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A FORNECER MEDICAMENTO IMPORTADO?

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR EXAMES GENÉTICOS?

18

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A FORNECER CANABIDIOL?

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR QUIMIOTERAPIA NÃO-PREVISTA NO ROL DA ANS?

19

QUAIS MEDICAMENTOS O PLANO DE SAÚDE DEVE CUSTEAR?

20

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR PRÓTESES, ÓRTESES, MATERIAL CIRÚRGICO ATÉ MARCA-PASSO?

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR CIRURGIA ROBÓTICA?

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR FERTILIZAÇÃO IN VITRO?

21

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A FORNECER HOME CARE?

O PLANO DE SAÚDE PODE SE NEGAR A COBRIR CIRURGIA PLÁSTICA?

22

VOCÊ SABE O QUE É IMPORTANTE CONTER NUM LAUDO MÉDICO?

QUAL É O PRAZO MÍNIMO PARA O PLANO DE SAÚDE AUTORIZAR A REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES OU CIRURGIAS?

23

O PLANO DE SAÚDE NÃO ESTÁ ME ENTREGANDO UM DOCUMENTO COMPROVANDO POR ESCRITO A RECUSA. O QUE FAZER?

ENTRAR COM UMA AÇÃO NA JUSTIÇA CONTRA O PLANO DE SAÚDE VAI DEMORAR MUITO?

O PLANO DE SAÚDE PODE RERALIAR O USUÁRIO POR PROCESSÁ-LO?

SE MEU PLANO DE SAÚDE FOR CORPORATIVO, A MINHA EMPRESA DEVE PARTICIPAR DE ALGUMA FORMA?

24

LEMBRETES

25

ENTRE EM CONTATO

Introdução

Está lá, expresso no artigo 196 da Constituição Federal:

"A Saúde é de todos, e dever do Estado (...)"

ó que muito embora saibamos que, no Brasil, existe uma cobertura de saúde universal (ou seja, ela é para todos, e de forma gratuita), na grande maioria das vezes, ela apresenta inúmeras deficiências, que prejudicam o exercício desse direito à saúde. O Brasil é um país continental, com limitação de recursos e com necessidades enormes.

E é nesta deficiência/ausência do Estado que se encaixam os serviços dos planos de saúde, já que eles oferecem, mediante a cobrança de mensalidades ou taxas, a cobertura médica necessária para o usuário que, em condições ideais, deveria estar sendo fornecida pelo Estado. E é por isso que milhões de brasileiros recorrem a estes serviços mensalmente, na esperança de que possam contar com os atendimentos médicos sempre que precisarem.

No entanto, já faz tempo que ter um plano de saúde no Brasil significava tranquilidade ou garantia de um atendimento rápido e de excelência. É comum ouvirmos cada vez mais relatos de negativas de atendimento, corte de médicos credenciados ou restrição na cobertura de procedimentos, o que tem feito com que os planos de saúde ocupem posição de destaque no ranking das empresas mais reclamadas do país.

Vários são os registros:

- Demora para o agendamento de consultas e exames;
- Negativa de cobertura de procedimentos indicados pelos médicos;
- Reajustes abusivos;
- Exclusão da cobertura de procedimentos, exames, internações ou cirurgias;
- Tentativa de substituição de procedimentos indicados por médicos por outros mais baratos e de resultados questionáveis; entre outros.

Se você possui um plano de saúde, ou pensa em contratar um, é bom ficar atento a quais são os seus direitos.

PRINCIPAIS DÚVIDAS



01. Quais são as leis que protegem o direito dos usuários de planos de saúde?

Os direitos dos consumidores usuários de planos de saúde são protegidos pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e também pelo Código de Defesa do Consumidor, que trata da relação contratual entre conveniados e as operadoras de planos de saúde.

Inicialmente, o Código de Defesa do Consumidor era aplicável aos planos de saúde, mas se percebeu que ele havia deixado de lado empresas que possuam contratos de autogestão (como Cassi, Fachesf, Petrobrás etc). Em razão disso, foi criada a Lei 9656/98, que passou a regulamentar a todos os planos, sem distinção.

Ademais, em casos em que a legislação brasileira é omissa, decisões judiciais são dadas diariamente, no sentido de proteger os direitos dos usuários, uma vez que a intenção é, sempre, privilegiar a vida.

Portanto, hoje, são direitos de todos os usuários de planos de saúde, dentre outros, os seguintes:

- i) Proibição da limitação de terapias para portadores de autismo ou de transtornos;
- ii) Proibição da limitação da quantidade de consultas, exames ou tempo de internação hospitalar, mesmo em UTI;
- iii) Inclusão de recém-nascidos no plano de saúde da família, sem exigir o cumprimento de carência;
- iv) Inclusão de filho aditivo menor de 12 anos sem exigir o cumprimento de carência;
- v) Cobertura integral de equipe médica (médico, anestesista, enfermagem, materiais cirúrgicos e acompanhantes) para menor de 18 e maior de 60 anos;
- vi) Cobertura de próteses, órteses e materiais necessários para a cirurgia;
- vii) Obrigação de comunicar diretamente o usuário antes do cancelamento do plano,
- viii) Proibição de carência superior a 24 meses para doenças pré-existentes;
- ix) Obrigação de que toda e qualquer doença seja coberta;
- x) Proibição às restrições de entrada de usuários nos planos por qualquer doença, deficiência ou idade;
- xi) Obrigação de cobrir procedimentos de urgência e emergência depois de 24 horas de contratação;
- xii) Vedação ao descredenciamento de hospitais ou profissionais sem a substituição por equivalentes, e sem prévia comunicação ao usuário.

02. Quem é que fiscaliza os planos de saúde?

Teoricamente, esse papel compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas ela tem sido muito criticada por não se aliar aos interesses dos consumidores. Causou enorme desgaste com a sociedade o posicionamento da ANS no debate sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (o famoso Rol Taxativo da ANS). Além disso, a sociedade tem experimentado enormes reajustes das mensalidades dos planos – algo que, obrigatoriamente, deveria passar pela ANS.

A pessoa que se sentir prejudicada pode formular uma reclamação ou denúncia perante a ANS através do telefone **0800 701 9656**, ou entrar no site <https://www.ans.gov.br/canais-de-atendimento>

Saiba que mesmo que a ANS diga que você não teria direito a determinada coisa, saiba que ainda é válido consultar um advogado especialista, já que muitos são os casos em que a Justiça concede o que o usuário precisa, independente da posição da ANS.

Por fim, é bom você saber que nada te impede de reclamar junto ao Procon, ou até ao Ministério Público, a depender da gravidade do assunto. E uma boa ferramenta também é o site Consumidor.gov.br (<https://www.consumidor.gov.br>)

03. O que pode acontecer se o procedimento que eu preciso não estiver no Rol da ANS?

A sociedade brasileira se mobilizou para acompanhar o julgamento no Superior Tribunal de Justiça (STJ) acerca do Rol da ANS. E o STJ entendeu que o Rol da ANS é “taxativo mitigado”, o que significa dizer que a lista é específica e, via de regra, não permitiria a cobertura de procedimentos que não estejam nela. Contudo, o STJ entendeu que é possível que os planos de saúde sejam obrigados a fornecer o procedimento mesmo que ele não esteja no Rol da ANS, desde que:

- a) a lista não contenha procedimento essencial para salvar a vida do paciente;**
- b) o paciente já tenha feito uso dos procedimentos da lista, e que não tenham surtido efeito;**
- c) o procedimento a ser cobrado do plano não tenha sido reprovado pela ANS, e que deva ter recomendações de órgãos técnicos de renome nacional ou estrangeiros.**

Assim, não vai deixar de existir a possibilidade de que você continue a conseguir liminares contra seu plano de saúde, se o tratamento que você precisar for **URGENTE e ESSENCIAL**.

O STJ abriu, também, a possibilidade de que planos de saúde ofereçam uma “cobertura extra” para procedimentos que não estejam no Rol da ANS, mediante aditivo contratual (e aumento do valor pago). E uma vez que o plano ofereça esse serviço, não vai poder negar ao usuário a cobertura de procedimento extra-rol.

04. O que significa “segmentação de cobertura” no plano de saúde?

Saiba que a cobertura de um plano de saúde pode ser de dois tipos: integral ou segmentada.

Na integral, o plano de saúde deve cobrir todas as segmentações existentes (ambulatorial, hospitalar ou obstetrícia). Já nas segmentadas, é possível que o plano ofereça apenas algumas destas coberturas.

Isso deve ficar definido no momento da contratação, e deve ser bem explicado ao usuário. E o plano não poderá, de forma alguma, modificar a cobertura sem comunicar previamente o usuário, e sem obter dele uma autorização.

As coberturas para cada tipo de segmentação são:

Ambulatorial – Usuário não terá direito à internação, cobrindo apenas atendimento de urgência para as 12 primeiras horas. Não oferece cobertura hospitalar, de forma que o paciente deverá custear integralmente, ou ser removido para o SUS. Oferece consultas e exames.

Hospitalar – Não há cobertura para consultas e exames. Há cobertura para internação, sem limite de tempo de uso.

Obstetrícia – Cobertura de parto após 10 meses do ingresso no plano. Inclusão do recém-nascido no plano, após os 30 dias de nascimento.

Referência – É o conjunto de todos esses segmentos.

05. Qual a desvantagem de um plano coletivo por adesão?

Normalmente, os reajustes anuais são elevados. E essa modalidade de plano, normalmente, dificulta a continuidade dos dependentes em caso de falecimento do titular, se o dependente não estiver vinculado a uma das entidades que ensejaram a contratação (como OAB, CRO, CREA etc). Esses casos, contudo, podem ser resolvidos na Justiça.



06. Qual a desvantagem de um plano coletivo empresarial?

Esse tipo de plano tem um reajuste anual normalmente inferior ao plano por adesão. No entanto, possui a mesma dificuldade para manutenção dos dependentes, em caso de falecimento do titular. Da mesma forma, é muito provável que o dependente precise ir para a Justiça, para se manter no plano.

Por que é tão difícil a contratação de plano de saúde individual ou familiar?

Os planos de saúde estão deixando de fornecer essa modalidade, pois é muito mais vantajoso que os usuários contratem através de um CNPJ, seja por uma MEI ou por qualquer outro tipo de empresa.

Para os planos, contratar com os usuários desta forma permite que fujam do controle dos reajustes anuais, permitindo que as operadoras tenham lucros mais elevados.

Essa forma de contratação tem sido denominada de “falsos planos coletivos empresariais”, já que a intenção da operadora é, exatamente, fugir do controle dos reajustes anuais.

Se ficar caracterizado que dentro da cobertura de um plano só há uma família, e que foi preciso recorrer a esse tipo de situação para garantir a cobertura, por vezes é possível discutir judicialmente os reajustes impostos.



07. Como ocorrem os reajustes?

Todo reajuste para planos individuais ou familiares deve ser aprovado anualmente pela ANS, antes de ser submetido ao usuário. Apenas em contratos antigos (anteriores a 31/12/1998) é que prevalece a regra que esteja ali escrita, para atualização dos valores.

Os planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial não possuem os reajustes regulados pela ANS. Assim, os planos de saúde estão livres para reajustar conforme entenderem. Contudo, é possível discutir judicialmente eventuais reajustes abusivos.



08. Como funcionam os reajustes por faixas etárias?

Existem 10 faixas etárias, para fins de reajuste dos contratos: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; 59 anos ou mais.

Os reajustes podem ser diferentes, a depender das faixas etárias. Contudo, não podem ser irracionais ou sem qualquer moderação. A ANS não determina um percentual máximo para cada faixa. Assim, cada operadora faz sua regra para o reajuste de faixa etária, desde que esteja dentro das seguintes regras da ANS:

- i) O valor do plano determinado para a última faixa (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos);**
- ii) O percentual acumulado entre a sétima e a décima faixa não pode ser maior do que a variação acumulada entre a primeira e a sétima.**

09. Todo plano de saúde tem carência?

Primeiro de tudo, saiba o que é carência.

Legalmente, ela é um prazo pré-estabelecido por contrato, em que alguns benefícios do plano de saúde não podem ser usados, ou usados parcialmente. As restrições e suas modalidades são definidas por cada operadora, mas existem alguns parâmetros determinados por lei e regulamentados pela ANS.

Embora seja muito comum, nem toda modalidade de plano de saúde tem carência. Normalmente, apenas os planos coletivos com mais de 30 usuários, feitos por empresas legítimas, são isentos de cobertura. Contudo, nada impede que se possa negociar diretamente com o plano de saúde a dispensa da carência, caso não seja esse o seu caso.

Também existem casos pontuais em que é possível uma portabilidade de carência. Nesse caso, o usuário poderia contratar um plano de saúde, da mesma operadora ou de uma operadora diferente, sem a necessidade de ter de cumprir com novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária, se exigíveis e já cumpridos no plano de origem – desde que você tenha, no mínimo, 3 anos naquele outro plano.

A regra geral é que a carência existe, e que, normalmente, ela é de 24 horas para atendimento de urgência e emergência, 300 dias para parto, 24 meses para doenças preexistentes ou 180 dias para eventos como internação, entre outros.

Toda regra de carência do seu plano deve estar claramente escrita no contrato, e a propaganda que você recebeu também vale. Caso haja alguma diferença entre a propaganda e o contrato, prevalece o que for melhor para o usuário.

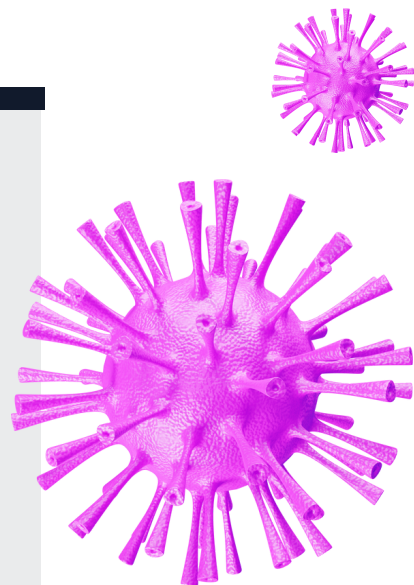


10. Você sabe o que é doença preexistente?

Doença preexistente é um termo utilizado pelos planos de saúde para identificar qualquer problema de saúde que o usuário tenha ciência, no momento da contratação do plano, e que possa influenciar na sua cobertura.

A maioria das operadoras requerem o preenchimento da Declaração de Saúde como obrigatória aos seus beneficiários, e a omissão dessas informações, ou a declaração falsa, pode ensejar penalidades e até processos contra o usuário.

No entanto, o plano de saúde deve comprovar que o usuário estava doente quando fez a contratação, e que sabia que estava. É muito difícil essa comprovação.



11. Você sabe o que quer dizer "coparticipação" em um plano de saúde?

Quando se fala de coparticipação, está se querendo dizer que nessa modalidade de plano, o usuário paga, além da mensalidade, um valor para a operadora depois de ter realizado algum procedimento, como consultas e exames. Isso, teoricamente, deixaria o plano de saúde com coparticipação mais barato do que os convencionais, onde só se paga uma mensalidade fixa.

A coparticipação é paga mensalmente (quando ocorre o uso), e o valor varia de uma operadora para outra, podendo ser desde uma porcentagem até um valor fixo. Mas a cobrança sempre deve estar de acordo com as normas da ANS.

A coparticipação não é considerada "colaboração para a manutenção da mensalidade do plano de saúde", conforme orientação do art. 2º, inciso I, da resolução normativa 279/11 da ANS, sendo apenas uma contribuição.

12. O empregado demitido sem justa causa tem direito a se manter no plano de saúde empresarial?

A lei assegura que o empregado que vier a ser demitido sem justa causa possa se manter no plano de saúde por um determinado tempo, mas esse direito não é para todos.

Segundo o art. 30 da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), para que o ex-empregado possa manter o direito ao plano de saúde, será preciso que ele custeasse integralmente a mensalidade. Com isso, ele terá direito ao período de até 1/3 do tempo que permaneceu naquele plano enquanto esteve contratado, desde que o ex-empregado continue pagando a mesma mensalidade. Esse prazo de permanência não deverá ser inferior a seis meses, e nem superior a 24 meses. Outro detalhe é que a possibilidade de permanência acabar se ele for admitido em um novo emprego, com um novo plano de saúde.

Tão logo o empregado seja demitido, é dever do empregador informá-lo sobre a possibilidade de que mantenha o seu plano de saúde. E o empregado deve ficar atento ao prazo, pois terá apenas 30 dias, contados da sua demissão, para expressar formalmente ao plano de saúde o seu interesse em permanecer vinculado.

Se o pagamento da mensalidade do plano era custeado integralmente pelo empregador, o ex-empregado que foi demitido sem justa causa não terá assegurado o direito de permanência como beneficiário. A única exceção aplicável seria no caso de previsão expressa da possibilidade dessa manutenção no contrato do plano de saúde, ou se estiver expressamente disposta em convenção coletiva.

Por fim, apontamos que a coparticipação não é considerada "colaboração para a manutenção da mensalidade do plano de saúde", de forma que se o ex-empregado apenas custeava a coparticipação, ele não terá direito a manter-se no plano.

13. O aposentado tem direito a se manter no plano de saúde empresarial?

Caso o aposentado tenha contribuído por 10 anos ou mais para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, ele poderá se manter por prazo indefinido no plano de saúde, nas mesmas condições que já tinha. Caso ele tivesse menos de 10 anos naquele plano, ele poderá se manter no plano durante o mesmo tempo em que esteve vinculado. Um exemplo: caso tenha trabalhado 5 anos, se manterá por outros 5.

14. O plano de saúde negou a contratação do meu filho autista. Está certo?

O plano de saúde não pode negar a entrada de uma pessoa com autismo em seu quadro de usuários, de forma alguma. Essa negativa é discriminatória e ilegal.

Está lá no artigo 5 da Lei 12.764/12, que diz que "a pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência".

Com isso, se o plano de saúde negar a entrada dessa pessoa, ou até mesmo limitar os seus direitos, você pode entrar com uma ação judicial para garantir esse direito, e até pleitear o reconhecimento de um dano moral.

15. O plano de saúde negou a contratação de idoso ou portador de doença preexistente. Está certo?

O plano de saúde não pode negar a entrada de uma pessoa idosa ou portadora de doença preexistente em seu quadro de usuários, de forma alguma. Essa negativa é discriminatória e ilegal.

A única coisa que o plano pode fazer é exigir o cumprimento da carência, que, para o idoso, deve ser igual ao de qualquer outro usuário. No caso do portador de doença preexistente, deve ser de até 24 meses para tratamentos relacionados àquela doença.

16. O plano de saúde pode fazer o descredenciamento de médicos ou clínicas e hospitais?

A princípio, sim. Contudo, os planos de saúde só podem descredenciar em caráter excepcional, e é obrigatória a substituição do hospital ou do profissional em questão por outro equivalente. A comunicação do descredenciamento deve ser feita, imediatamente, ao usuário e à ANS, com até 30 dias de antecedência. Caso o descredenciamento represente um prejuízo na continuidade do seu tratamento, é possível que um advogado especialista consiga para você, na Justiça, a determinação para que o plano de saúde continue fornecendo o tratamento, sem modificação.

Por serem contratos que visam a proteção da saúde dos clientes, as coberturas de saúde têm duração indeterminada, e não podem ser canceladas por decisão da operadora, exceto quando houver justo motivo, como fraudes ou atrasos com mais de 60 dias no ano, consecutivos ou não. Nesse caso de atraso, o plano tem o dever de comunicar ao usuário até o 50º dia de inadimplência.

Caso o usuário esteja internado, ou que não tenha sido comunicado oficialmente, o plano de saúde não poderá fazer o cancelamento da cobertura.

18. O plano de saúde pode negar a cobertura por atraso no pagamento?

O plano só pode suspender ou cancelar o serviço se o atraso for superior a 60 dias em um ano, e desde que tenha comunicado diretamente ao usuário essa possibilidade, até o 50º dia de inadimplência. É preciso que entre a comunicação e a suspensão haja um prazo mínimo de 10 dias, para que o usuário possa corrigir a situação.

19. O plano de saúde pode se negar a cobrir a minha internação?

Se a segmentação do seu plano prever a cobertura de internação, o plano não pode, de forma alguma, negar-se a cobrir qualquer coisa relacionada à sua internação, desde a diária hospitalar até o gasto com material.

20. O plano de saúde pode se negar a cobrir o fornecimento de medicamentos “off label”?

O medicamento “off label” é aquele que é utilizado para o tratamento de determinada situação, embora sua bula não recomende expressamente isso. É comum que planos de saúde recusem fornecer medicamentos cuja indicação médica não esteja de acordo com a bula, sob a justificativa de que se trata de um medicamento experimental. Contudo, essa alegação está errada, e a Justiça a considera ilegal, ao reconhecer a autonomia do médico em prescrever o tratamento, mesmo quando não previsto em bula.

21. O plano de saúde pode se negar a cobrir o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar?

Este é um tema polêmico. O fornecimento de medicamento para uso domiciliar não está entre as obrigações legais mínimas dos planos de saúde, salvo os de alto valor utilizados no combate ao câncer e correlacionados, bem como a medicação aplicada em home care e os produtos listados pela ANS como de fornecimento obrigatório. Neste caso, você precisará consultar um advogado especialista, que analisará sua situação especificamente, e melhor lhe orientará.

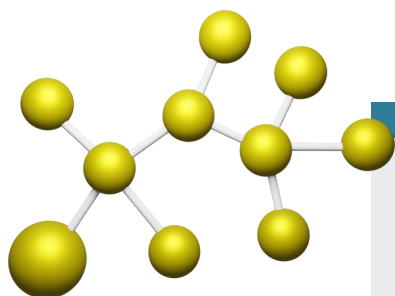
22. O plano de saúde pode se negar a fornecer medicamento importado?

Este é um tema bastante complexo!

Normalmente, o plano recusa este tipo de pedido, com base no art. 10, V, da Lei nº 9.656/98, que diz que é legítima a recusa da operadora de plano de saúde em custear medicamento importado, não nacionalizado, sem o devido registro pela ANVISA.

Só que nem todo medicamento importado não está registrado na ANVISA. Muitos já possuem esse registro, e neste caso é possível exigir que o plano os forneça. Para tanto, você precisará de um laudo médico muito bem fundamentado.

23. O plano de saúde pode se negar a cobrir exames genéticos?



Muitos dos exames genéticos existentes atualmente, como Exoma, Farmacogenético, Oncotype DX e outros, mesmo importantes para o estudo de determinadas doenças, podem não estar no rol da ANS. Em razão disto, e do alto valor de muitos deles, é comum a negativa dos planos de saúde. No entanto, se houver prescrição médica destacando a necessidade destes exames, é possível exigir que o plano de saúde os cubra.

24. O plano de saúde pode se negar a fornecer Canabidiol?

Hoje é um consenso sobre a eficácia da Canabidiol para o tratamento de diversas doenças, síndromes e transtornos, em especial para pessoas com epilepsia ou com TEA. Os resultados apontam melhoras significativas para a grande maioria dos casos. No entanto, ainda existe uma enorme dificuldade de acesso ao medicamento, seja pelo custo, seja pela recusa do plano de saúde a custear esse tipo de tratamento. Nesse caso, é possível exigir que o plano de saúde forneça o medicamento. A grande maioria das decisões da Justiça seguem no sentido de obrigar o livre e imediato fornecimento, sem custo para o usuário.



25. O plano de saúde pode se negar a cobrir quimioterapia não-prevista no rol da ANS?

Embora essa seja uma prática comum de muitos planos, ela é abusiva. O plano de saúde não pode se negar a fornecer essa cobertura com a alegação e ela não estar prevista no rol da ANS. Basta que o seu médico indique a necessidade/importância dessa terapia para o tratamento do paciente, e ela deverá ser fornecida pelo plano. Uma vez que a doença faz parte da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o tratamento possui registro regular na ANS, a cobertura deve ser garantida pelo plano de saúde, mesmo para o caso da terapia estar fora do plano.

Inclusive, esta é uma das exceções previstas pelo STJ no julgamento do rol da ANS.

26. Quais medicamentos o plano de saúde deve custear?

Normalmente, o plano de saúde deve custear medicamentos para uso em ambulatório (os que são tomados em hospitais e clínicas).

Contudo, alguns medicamentos de uso domiciliar devem ser cobertos pelo plano, como os medicamentos antineoplásicos, utilizados para inibir o crescimento de tumores, bem como os medicamentos que possuem o objetivo de controlar os efeitos adversos do tratamento de câncer, ou que favoreçam os resultados.

Muitos medicamentos caros, como:

Canabidiol	Letrozol	Ribociclibe	Tafamidis
Imunoglobulina	Inotersena	Olaparibe	Tocilizumabe
	Enoxaparina	Entre outros...	



27. O plano de saúde pode se negar a cobrir próteses, órteses, material cirúrgico até marca-passo?

Qualquer negativa aqui pode ser considerada abusiva. A Lei 9.656/98, em seu artigo 10, inciso VII, veda a exclusão da cobertura do fornecimento de órteses e próteses, e seus acessórios quando essenciais ao ato cirúrgico. Portanto, se qualquer desses elementos for necessário para o procedimento cirúrgico a ser realizado, o plano é obrigado a cobrir.

28. O plano de saúde pode se negar a cobrir cirurgia robótica?

É importante esclarecer que se há uma indicação do médico especialista para a cirurgia robótica, a negativa do plano de saúde sob a alegação de que o procedimento não constaria no Rol da ANS, pode ser considerada abusiva. No entanto, em função do julgamento do STJ sobre o Rol da ANS, o médico deverá discriminar no laudo a necessidade de realização deste procedimento, e da ineficácia dos demais que, porventura, sejam cobertos pelo plano.

29. O plano de saúde pode se negar a cobrir fertilização in vitro?



Normalmente, sim. Esse tipo de procedimento não tem cobertura obrigatória dos planos, e a Justiça dificilmente concede decisões neste sentido.

Contudo, existem muitos usuários que conseguem fazer o uso de recursos que tenham no FGTS para este tipo de demanda, através da atuação de um advogado especialista em direito da saúde.

30. O plano de saúde pode se negar a fornecer home care?

Não. Todo usuário tem o direito de recorrer ao home care, desde que o médico prescreva esta como a melhor solução para casos de pacientes que possuam dificuldades de locomoção, ou quando o quadro clínico deles exija a realização de procedimentos de internação que podem ser realizados fora de uma unidade hospitalar (neste caso, o foco sempre é o de diminuir os riscos do enfermo contrair uma infecção hospitalar, além de permitir ao paciente e sua família um maior conforto e humanização em seu atendimento).

Vários são os casos onde é recomendado o tratamento via home care, como, por exemplo, os pacientes:

- **Que tenham dificuldade de locomoção;**
- **Que estiveram internados, e que, embora estejam com um estado de saúde delicado, estão estáveis e podem ser cuidados em casa;**
- **Que estejam em fase terminal de alguma doença;**
- **Que precisem de sondas para se alimentar, respirar ou fazer as necessidades fisiológicas.**

Esclarecemos que a assistência domiciliar via home care ocorre por uma indicação médica. Portanto, cabe somente ao médico indicar se o paciente pode recorrer a esses cuidados em domicílio. Uma vez que o médico tenha indicado, o paciente (ou a família, a depender do caso) deve concordar expressamente com essa forma de tratamento.

Caso haja a negativa do plano, a família deve procurar a Justiça, de posse de um bom laudo médico, que indique a necessidade deste procedimento.

31. O plano de saúde pode se negar a cobrir cirurgia plástica?

Se a cirurgia tiver caráter estético (como, por exemplo, implante de silicone, melhoria da estética do nariz ou de orelhas, entre outros), o plano não é obrigado a custear.

No entanto, se a cirurgia tem caráter clínico (como redução de mama, retirada de pele em pessoas que fizeram redução de estômago, entre outros), o plano deve cobrir. Mas, para isso, o médico precisará justificar a necessidade da cirurgia com base em razões clínicas, e não estéticas ou psicológicas.



32. Você sabe o que é importante conter num laudo médico?

Para que você tenha mais chances de garantir o tratamento necessário, saiba que é imprescindível que o seu médico lhe forneça um laudo muito bem detalhado. E, em resumo, esse laudo médico seguro deve conter as seguintes informações:

- Nome do paciente;
- Descrição da doença e o respectivo CID;
- Descrição da necessidade do tratamento como o mais indicado (ou o único indicado) para a recuperação da saúde do paciente;
- Descrição detalhada da medicação do paciente;
- Descrição detalhada e orientação sobre todos os tratamentos que o paciente precisará ser submetido, e descrever os benefícios destes tratamentos;
- Descrição do que levou o paciente ao estágio atual;
- Indicação de exames utilizados para o diagnóstico;
- Ressaltar a urgência do caso, e do tratamento;
- Estar datado, e contendo nome, assinatura, carimbo e CRM do médico;
- Estar escrito de forma legível.

33. Qual o prazo máximo para o plano de saúde autorizar a realização de consultas, exames ou cirurgias?

- Para atendimentos de urgências e emergências, a liberação deve ser imediata;

- Para consultas com pediatras, clínicas médicas, cirurgia geral, ginecologia ou obstetrícia, o prazo deve ser de até 7 dias;

- Para procedimentos odontológicos, em até 7 dias úteis;

- Para consultas com fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, o prazo deve ser de até 10 dias;

- Para as demais especialidades médicas, até 14 dias;

- Laboratórios de análises clínicas, em até 3 dias;

- Para procedimentos em que o paciente precisará realizar no hospital, ficará por algumas horas e sairá no mesmo dia, ou para o caso de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial, a autorização deve ser dada em até 10 dias úteis;

- Para eventos de alta complexidade ou em cirurgias e procedimentos de internação eletiva (que não são urgentes), o prazo é de até 21 dias úteis.

34. O plano de saúde não está me entregando um documento comprovando por escrito a recusa. O que fazer?

Isso pode acontecer, mas não é muito comum. Nesses casos, você deve se munir de todas as provas possíveis, como prints de conversas no WhatsApp; abertura de chamados na Ouvidoria cobrando uma resposta e indicando que o prazo contratual de resposta administrativa não foi cumprido; e-mails exigindo uma comprovação; entre outros.

Existem casos em que a Justiça compreende, inclusive, que a falta de uma resposta do plano de saúde representaria uma negativa tácita – “se o plano não respondeu é porque não quer”.

Nestes casos, é bom sempre alinhar sua estratégia com um advogado especialista.

35. Entrar com uma ação na Justiça contra o plano de saúde vai demorar muito?

Não é possível prever o tempo que duraria. O fim do processo depende de vários fatores, como o tipo de ação, as provas necessárias, e até o local onde ele foi proposto. Mas em casos de saúde, muitas vezes é possível obter um resultado rápido, através de um pedido liminar.

O pedido de liminar é aquele que uma das partes faz ao Juiz, pedindo urgência para que algo lhe seja concedido. Por exemplo: num caso em que o paciente precisa de um exame, uma cirurgia ou um medicamento, é possível pedir ao Juiz que mande que o plano de saúde ou o SUS forneçam o que você precisar.

O pedido de liminar tem que vir acompanhado de uma urgência. É preciso ficar claro para o Juiz que a pessoa que pede a liminar não pode esperar até o fim do processo. No link abaixo, você poderá ler uma explicação mais detalhada sobre o que é uma liminar, e como é possível usá-la para obter o atendimento que você precisa: <https://tsa.adv.br/voce-sabe-o-que-e-uma-liminar/>

36. O Plano de saúde pode retaliar o usuário por processá-lo?

Não, de forma alguma. Inclusive, é muito difícil disso acontecer, pois lhe daria o direito de entrar com outra ação, pedido uma indenização que, certamente, seria alta.



37. Se meu plano de saúde for corporativo, a minha empresa deve participar de alguma forma?

Não. Para todos os fins legais, a relação é entre você e o seu plano de saúde. A sua empresa não precisa participar, você não precisa da autorização dela para entrar com um processo contra o plano de saúde, e nem o plano de saúde pode comunicar a empresa do que você está fazendo.

Lembretes:

O Código Civil, o Código de Defesa do Consumidor e a Lei dos Planos de Saúde são as principais ferramentas de defesa para os consumidores, contra os abusos praticados pelos planos de saúde no Brasil.

Mas você também tem como recorrer a órgãos como a ANS, o Procon, o Consumidor.gov e até o Ministério Público, onde você pode fazer denúncias em caso de irregularidade. E você pode contar sempre com um advogado especialista, que irá te ajudar a lutar na Justiça contra qualquer abuso de direito.

Nunca se acomode, e nem tenha receio de lutar pelo que você tem direito. Sua vida não é brincadeira, e o plano de saúde não pode fazer o que quiser. Sempre que você for vítima de alguma irregularidade, ou caso perceba que algum dos seus direitos listados neste e-book não estão sendo respeitados, vá à luta. Conte sempre conosco.



Você ainda tem dúvidas? Precisa de alguma ajuda?

Fale conosco, ou mande uma mensagem pelo WhatsApp, através do número:
(81) 4042.3662

ou então pelo e-mail:
contato@tsa.adv.br

Siga nossas redes sociais



Acesse nosso site e saiba mais:
www.tsa.adv.br

