

De fato, diante do sucateamento do serviço público de saúde e do coincidente fenômeno da crescente popularização da saúde privada, vimos assistindo há mais de uma década ao crescimento das adesões aos chamados convênios ou planos, por meio de diferentes modalidades de cobertura.

Logo, a maciça maioria, senão a integralidade (em alguns casos), dos atendimentos realizados fora da rede pública de saúde se dá por meio dos planos de saúde, criando a manifesta dependência econômica dos médicos aos contratos mantidos com as operadoras.

Assim, os abusos contra os usuários que foram contingenciados pelo advento da Lei dos Planos de Saúde continuam a ser exercidos frente ao profissional da medicina, prestador do serviço.

Com efeito, talvez não tenha ocorrido ao legislador a necessidade de dotar o diploma legal em questão de mecanismos que salvaguardassem não apenas o consumidor dos serviços, mas também a parte encarregada de dar efetividade ao contrato firmado entre as operadoras e os usuários.

Como relação reconhecidamente atípica que é, até mesmo por força de seu caráter tríplice, não tardou para que surgissem os primeiros indícios de carência de instrumentos capazes de equilibrar a outra face da relação de consumo, estabelecida entre as operadoras e os prestadores do serviço.

Os efeitos indesejados mais patentes passaram a ser detectados no campo da remuneração, e foram potencializados pela hipossuficiência dos médicos.

Afoitas por atingir metas de lucros, as operadoras passaram a baixar “normas” vinculando o agir dos profissionais, estabelecendo critérios para a solicitação de exames – sob o pretexto de “abortar requisições desnecessárias”, dentre outras, chegando até a aplicação de “redutores” sobre os coeficientes de remuneração.

Tais condutas mutilam aquilo que é mais caro aos médicos, ou seja, a autonomia no exercício da medicina, preconizada em diversos dispositivos do Código de Ética Médica.

Ao lado disso, a sistemática empregada pelas operadoras gerou o completo aviltamento dos honorários médicos.

Assim, a situação de fato delineada permite concluir que os abusos perpetrados em face dos usuários dos planos, contingenciados pela Lei Federal 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), vêm sendo direcionados para os integrantes da relação que até o momento não receberam a devida proteção do ordenamento jurídico, ou seja, os prestadores de serviço.

Há, portanto, que se dissipar a imagem inicialmente estabelecida a respeito da classe médica frente ao então novo modelo de consumo dos serviços médicos, quando ainda era enxergada como detentora de alguma espécie de força que a faria prescindir de proteção legal.

Dessa forma, certamente se concluirá pela necessidade de dotar o ordenamento jurídico de mecanismos que não se ocupem de impor limites e sanções repressoras de abusos apenas contra os usuários dos planos, mas também contra os médicos, visando com isso equilibrar a relação em questão.

Por último, vale frisar que a carência em discussão não pode ser sanada pela edição de normativos dos conselhos profissionais, pois sabidamente tais atos não gozam da mesma eficácia da lei federal editada pelo Poder Legislativo.

Enfim, há que se dar a devida efetividade ao princípio constitucional inscrito no inc. II do art. 5º da Constituição Federal, o qual preconiza que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”, uma vez que a situação fática verificada nos últimos tempos evidencia que a conduta abusiva das operadoras dos planos apenas terá fim diante de disposições legais cujo descumprimento acarrete aquilo que elas mais temem: prejuízo econômico que, no caso, consubstanciar-se-á em penalidades pecuniárias definidas no texto legal.

*Dra. Luciana Capuzzo é advogada da área tributária da Bueno Barbosa Advogados Associados, assessoria jurídica do CBR*