

CÂMARA TÉCNICA SOBRE QUALIFICAÇÃO DA ENTRADA DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE COM DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

1 - Deve haver diferenciação no ingresso de beneficiários em planos individual ou coletivo de 30 vidas?

Não é prudente haver qualquer tipo de “*diferenciação*” para o ingresso de beneficiários em planos individual ou coletivo de 30 vidas.

É sabido que qualquer “*diferenciação*” em contextos semelhantes traz, em sua essência, algum tipo de “*discriminação negativa*”, o que não deve ser incentivado em uma sociedade que se pretende construir humana e igualitária.

O que será de nossos idosos, pessoas com deficiência, etc., se não buscarmos soluções para abolir as chamadas “*diferenças*” ou, quando nada, equilibrá-las?

2 – Como a Administradora de Benefícios pode colaborar para a qualificação do ingresso do beneficiário no plano?

A Administradora de Benefícios pode contribuir nesse cenário fazendo a apresentação do “*plano*” de forma o mais transparente possível e, ainda, procurando orientar o consumidor para que ele tenha seus anseios atendidos, com relação ao trato de sua saúde. Entende-se que essa postura contribuirá de forma significativa para a redução dos níveis de reclamação, considerando-se que o consumidor não poderá alegar o desconhecimento das condições da contratação.

3 - Que ações podem ser adotadas para identificar as doenças ou lesões que o consumidor saiba se portador no ato da contratação?

Antes de tudo o “consumidor não pode ver sua vida ameaçada” por ser portador de doença ou lesão preexistente – DLP. Ele deve receber orientação no sentido de que essa disposição de sua saúde pode ser contornada aplicando-se o conceito do “Agravado”, ou seja, acrescentando-se “*valor na contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada...*”. Além disso, o consumidor deve ser claramente orientado sobre as carências de que estará sujeito, por conta das coberturas contratadas.

Assim, plenamente esclarecido, deverá ser solicitado ao beneficiário que informe à contratada, por meio da “*Declaração de Saúde*”, o conhecimento da DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, tal como dispõe o art. 5º, da RN 162, de 2007.

Para evitar que a omissão da declaração de DLP's coloquem em risco o funcionamento dos planos, em especial **aquelas comprometedoras de sua estabilidade econômica**, propõem-se para todos os seus beneficiários um exame do tipo “*admissional*” e facultativo, específico para essas doenças e lesões preexistentes, de tal forma que fique vedada a alegação de omissão de informação de DLP. Dessa forma, os consumidores que se negarem a realizar o exame “*admissional*” sujeitam-se as implicações pertinentes a “*omissão de informação de DLP*”.

4 - Que coberturas devem ser suspensas durante a aplicação da CPT?

Devem ser suspensas, apenas, aquelas coberturas que não coloquem em risco a vida do consumidor, no caso dos atendimentos de emergência. Esse seria o caso, por exemplo, de um portador Doença de Crohn internado às pressas com uma ruptura intestinal e que precisasse de uma intervenção cirúrgica para corrigir esse raro problema, sob pena de falecimento por septicemia.

As coberturas, denominadas aqui como “*coberturas para sustentação da vida*”, poderiam ser contratadas pelo consumidor com DLP utilizando-se o conceito de “*Agravo*”, citado em resposta acima. Essas coberturas só poderiam ser suspensas caso o consumidor não tivesse firmado o “*Agravo*” no ato da contratação do plano e, naquela época, tivesse declarado com a assistência de um médico, em documento próprio, expressamente, que não tem interesse nas coberturas específicas para o trato de sua DLP.

5 - Que documentos podem comprovar que o beneficiário sabia ser portador da doença ou lesão no momento da contratação ou do ingresso no plano de saúde?

O primeiro deles seria a “*Declaração de saúde*”, firmada no ato da contratação do plano. O segundo o laudo do exame do tipo “*admissional*”, proposto acima. Além desses, qualquer outro documento emitido depois da contratação do plano, seria considerado de baixa relevância. Excepcionalmente, poderia fugir desse escopo os consumidores com aquelas doenças de evolução conhecida como seria o caso, por exemplo, dos indivíduos acometidos do turvamento da visão, com exigência de uma cirurgia de catarata.

É importante levar em conta que o consumidor, na maioria das vezes, desconhece a associação entre uma certa manifestação física e uma doença preexistente. Esse seria o caso, por exemplo, de uma dor no estômago que pode ser provocada pelo aumento de sua acidez ou por um tumor, etc.

Atenciosamente,

Candida Carvalheira
Presidente da ABRASO