

Hospitais, médicos e pacientes

Saúde

LUIZ MARCELO LUBANCO*

A relação básica existente no universo médico-hospitalar é com o paciente – por sua vez, destino e objetivo da organização médica. Tal ordem jamais foi subvertida.

O advento dos planos de saúde e seguros veio estimular tal prática, dando aos pacientes a segurança do custeio de seu tratamento, eliminando as preocupações e o estresse a ele inerente. Em síntese, a convivência hospital-médico-paciente deveria ser das mais harmônicas, o que não ocorre por alguns preconceitos básicos.

Em primeiro lugar, estabeleceu-se a convivência dessa tríade de forma equivocada, pois o plano de saúde e o seguro saúde passaram a estar no meio da relação de prestação de serviços (médico-paciente), quando deveriam estar à margem dela. Na realidade, não poderiam e não deveriam os planos de saúde e seguros estabelecer regras de tratamento, produtos e quantidades de produtos a serem utilizados ou os que não poderiam ser utilizados. Basicamente, a obrigação do plano de saúde é a de substituir o doente no pagamento de sua conta hospitalar.

O Código de Ética prevê, explicitamente em seu Art. 16, o seguinte: “Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”. Ou seja, está claro que é impossível e indevido limitar-se a atividade médica, ingerir-se nas prescrições e ordenações do profissional para isso capacitado. A hipótese clara é a de que não podem existir pressões para que os doentes com indicação de tratamento intensivo deixem tais unidades, ou para que se dê al-

ta a este ou aquele paciente, além das absurdas divergências quanto a medicamentos utilizados, a quantidade e a necessidade.

Há duas formas contratuais definidas no universo da prestação de serviços médicos. A primeira diz respeito àquela mantida entre o paciente e o plano de saúde ou seguro saúde, no sentido de que estes últimos dêem o respaldo financeiro, sub-rogando-se nas obrigações de pagamento do primeiro face às instituições médico-hospitalares privadas. O segundo é firmado entre as mesmas antes citadas com os hospitais e clínicas, no sentido (único) de que estas, em vez de faturar as despesas médicas e hospitalares de seus usuários e segurados contra os mesmos, o façam diretamente a ela. Aqui estão relacionadas as duas únicas formas contratuais aceitáveis e devidas.

Aceitar o faturamento direto, sem a necessidade da figura de reembolso, é o motivo básico para o contrato de planos de saúde e seguradoras com hospitais e clínicas. O que, torno a dizer, perdeu-se nessa mudança de enfoque foi a noção de que, mesmo que todas as seguradoras e planos de saúde desaparecessem do mapa, nada seria alterado com relação à doença, aos pacientes e aos médicos e hospitais. Estes continuam a existir, e continuariam, como sempre, a prestar serviços um ao outro, sem empecilhos intransponíveis, sem barreiras.

Raciocinemos, ao contrário, se de repente deixassem de existir doentes. Fatalmente os hospitais feneceriam por absoluta ausência de matéria-prima. Imaginemos se inexistissem hospitais. Os doentes, com certeza, morreriam por causas banais como ocorria em épocas pretéritas. A conclusão que se há de chegar é de que, enquanto existirem enfermos existirão hospitais e médicos. Esta, repito, é a relação motriz, verdadeira, única. Os planos

de saúde e seguradoras são coadjuvantes nessa relação e não protagonistas dela. São úteis na exata medida em que aliviam, mediante fórmulas financeiras, a inquietude do paciente com relação à despesa.

Neste pensamento, não se pode mais incidir no erro de responsabilidades e direitos de cada um. A responsabilidade do hospital é salvar vidas, curar doentes. Os pacientes, por sua vez, têm o direito de serem atendidos condignamente e de verem satisfeitas suas expectativas de cura no limite da possibilidade técnica e tecnológica do momento atual. Por sua vez, a obrigação do seguro saúde é a de pagar, com base no acordo de preços mantido com os hospitais e clínicas, todas as despesas cobertas pelos respectivos contratos. Glosas, só diante de fraude nítida e comprovada.

Portanto, ao prestar serviço médico-hospitalar, deve-se levar em conta que, se o plano de saúde ou seguro não pagam a fatura no todo ou em parte, quem deve é o paciente, pois o contrato ainda que mantido entre hospital e convênio, refere-se a mera substituição de pagamento. Por isso, uma vez não cumprida a obrigação de pagamento pelo plano de saúde ou seguradora, é o paciente (tomador do serviço prestado) o devedor de tal obrigação frente aos médicos, hospitais e clínicas, devendo o paciente, por sua vez, cobrar do plano de saúde e/ou seguradora a sua obrigação de pagar a conta hospitalar.

A tríade formada por hospitais e clínicas, planos de saúde e seguradoras e pacientes será saudável se equilibrada, se cada um desempenhar corretamente seu papel, não em detrimento do outro, mas em seu favor.

*Consultor Jurídico da Associação dos Hospitais e Clínicas do Rio de Janeiro