



Especialistas orientam o consumidor sobre cuidados na hora de contratar o serviço

Como escolher o plano de saúde

» HAMILTON FERRARI
ESPECIAL PARA O CORREIO

Cuidar da saúde não é fácil. Imprevistos podem ocorrer a qualquer momento. Com a precariedade do atendimento público, ter um plano de saúde passou a ser uma opção cada vez mais importante para socorrer as pessoas nas horas de dificuldade e evitar um aperto repentino no bolso. Escolher um convênio, contudo, exige cuidados, advertem especialistas.

O principal passo é conhecer o próprio organismo e o histórico familiar de doenças. Desta maneira, é possível definir qual é o objetivo ao adquirir o plano de saúde. Há diversas formas de se contratar um seguro e a pessoa precisa ficar atenta para não escolher um que não a atenda direito.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o setor, orienta o consumidor a se informar antes de assinar qualquer contrato. A decisão não deve ser tomada por impulso e, sim, após uma avaliação de necessidade do indivíduo e de seus familiares. No site da instituição, há uma cartilha que ajuda os consumidores a escolher a operadora.

O essencial é que as mensalidades do plano caibam no orçamento. “Não adianta insistir numa situação que esteja fora da realidade ou o consumidor vai acabar perdendo o convênio por falta de condições de arcar com as parcelas”, diz José Vignoli, educador financeiro do Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil).

Por isso, o importante é que a pessoa tenha um controle das contas no dia a dia para saber quanto pode pagar pelas mensalidades. “Isso depende de cada situação, mas, de um modo geral, as pessoas podem separar 10% da renda por mês”, afirma Vignoli. “A pessoa precisa

analisar os gastos fixos mensais, como escola, contas da residência e outras. Se extrapolar a remuneração mensal, aquele plano não é sustentável para a família”, diz Vignoli.

Reajustes

Nos planos individuais e familiares, existem 10 faixas de reajuste: do nascimento aos 18 anos, de 19 a 23 anos, de 24 a 28 anos, de 29 a 33 anos, de 34 a 38 anos, de 39 a 43 anos, de 44 a 48 anos, de 49 a 53 anos, de 54 a 58 anos e de 59 anos ou mais.

Para evitar que as pessoas mais velhas sofram com correções abusivas, o valor da mensalidade no penúltimo grupo não pode ser seis vezes maior que o da primeira. “Ou seja, se o valor cobrado na faixa até 17 anos for de R\$ 100, uma pessoa de 70 anos, no mesmo plano, não pode pagar mais de R\$ 600”, exemplifica Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec).

Nos planos coletivos — empresariais e por adesão —, contudo, o reajuste não é regulado pela ANS, mas definido por acordo entre a operadora e a associação a que o consumidor pertence. Nesses casos, é preciso cuidado, pois os reajustes podem ser bem mais salgados. O problema é que encontrar plano individuais e familiares tem sido cada vez mais difícil. Para escapar do controle da ANS, a maioria das operadoras só oferta planos coletivos ou empresariais. Assim, fica difícil fugir dos reajustes elevados.

Com aumentos exagerados, porém, muitas pessoas perdem a condição de bancar o plano. “Nesse caso, o consumidor deve verificar se o seguro está atendendo ou se está, eventualmente, acima das necessidades. Há possibilidade de migrar para outro mais simples. Infelizmente, não é possível

custear tudo. As vezes dar um passo para trás é difícil, mas pode ser essencial”, diz Vignoli.

Em alguns casos, o plano mais caro não é aquele que melhor atende o cliente. O empresário Robert Vieira de Landa, 44 anos, por exemplo, conta que a antiga operadora “fez de tudo” para não autorizar uma cirurgia de hérnia de disco, mesmo com ele pagando R\$ 5 mil por mês para a cobertura completa de quatro pessoas — média de R\$ 1,25 mil para cada uma. “Começaram a tentar protelar o processo, pedindo uma segunda opinião de um médico que ficava em São Paulo. Toda semana eu estava no pronto-socorro para tomar um medicamento que aliviava a dor”, lembra.

Reclamações

O empresário conta que entrou com uma reclamação na ANS, que deu prazo de 20 dias para a empresa se manifestar. “No 19º dia, ela liberou a cirurgia”, relata. “Foi um desgaste muito grande. Eu precisei fazer o procedimento três vezes e eles sempre foram resistentes. Então tomei a iniciativa de fazer a portabilidade para outra operadora que oferecesse a mesma cobertura”, alega. Hoje, Robert paga R\$ 2 mil por um plano do mesmo nível. “Cobertura realmente completa”, comemora.

Ana Carolina, do Idec, afirma que negativa de procedimentos está entre as três reclamações mais frequentes feitas ao instituto. “Se o médico solicita um tratamento e a operadora nega, há necessidade de um desempate, mas normalmente ele faz parte da rede de médicos cadastrados da própria empresa. Então, a gente questiona o conflito de interesses nesses atos, já que eles são vinculados à operadora”, pondera.

A servidora pública Rayane Cristina, 26 anos, teve um problema parecido. Ela precisa de

atendimento psicológico constante. Depois de quase um ano frequentando um profissional da área, a operadora avisou que ela só teria o direito de terminar 10 sessões. “Eles não poderiam restringir, porque nem relatório do médico solicitaram”, reclama Rayane. Após a servidora fazer uma queixa no site ReclameAqui, a empresa retomou os atendimentos. “Mas eu tive que reclamar para conseguir. Fui atrás. Qualquer outra pessoa sem instrução teria sido enganada”, diz.

Segundo a especialista do Idec, em casos como esse, o primeiro passo é procurar a própria seguradora. Caso ela não resolva o problema, a ANS, o portal do consumidor do Ministério da Justiça ou as entidades de defesa do consumidor podem ajudar. Em último caso, Ana Carolina indica procurar o Judiciário.

Outro problema recorrente é a mudança da rede de hospitais e clínicas credenciados, o que muitas vezes implica queda na qualidade do atendimento. “Caso algum hospital, clínica ou centro cirúrgico deixe o plano, a operadora é obrigada a colocar um de igual nível”, afirma Maria Inês Dolci, coordenadora institucional da Proteste.

Em outras situações, não há transparência no serviço prestado. A professora Luiza Moretti, 26 anos, só conseguiu ser bem atendida depois de reclamar. Ela precisava de um exame que foi negado por todos os estabelecimentos credenciados pelo plano. “A operadora dizia que a única coisa que podia me oferecer era a lista que já estava no site”, relata. Depois que fez uma queixa no site de reclamações, o tom da empresa mudou. “Me deram outra lista, alegando que a do site estava desatualizada. Então, percebo que não há uma comunicação entre a rede credenciada e a própria operadora”, diz Luiza.

Opção consciente

Cuidar da saúde é preciso. Para não depender dos serviços públicos, consumidores recorrem aos planos privados. Saiba como escolher.

Alternativas

O primeiro passo é saber quais são os planos ofertados. O consumidor precisa identificar aqueles que são compatíveis com o orçamento familiar.

Plano individual ou familiar: a pessoa precisa ter em mente quantas pessoas farão parte do plano, além da idade, o tipo de atendimento e, claro, a mensalidade. Esse tipo de plano é cada vez menos oferecido pelas operadoras, porque o reajuste das mensalidades é fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Plano coletivo empresarial: a adesão é feita pela empresa empregadora, que contrata o serviço para os empregados. Esse tipo de plano é responsável, atualmente, por 66% dos vínculos.

Plano coletivo por adesão: são firmados com associações, fundações ou sindicatos. São uma alternativa para quem não tem vínculo formal com uma empresa ou está aposentado.

Plano popular: é o seguro polêmico que está em discussão. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) já deu aval para a comercialização, mas ele ainda não é ofertado. Com preços menores, ele poderá prever restrições de cobertura.

Cobertura

Além de saber os tipos de plano, o consumidor precisa entender a cobertura que está contratando. Confira:

Ambulatorial: é a cobertura de consultas ilimitadas, exames complementares e procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas.

Hospitalar sem obstetrícia: envolve atendimento em hospitais com número ilimitado de diárias, UTI, transfusões, quimioterapia e outros. Inclui atendimentos caracterizados como urgentes.

Hospitalar com obstetrícia: Inclui a cobertura de consultas, exames e procedimentos hospitalares relativos ao pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida.

Odontológico: engloba procedimentos odontológicos em consultório.

Referência: é a mais completa, que compreende assistência médico-hospitalar para todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos e urgentes.

Preços e reajustes

O preço será definido, principalmente, por dois fatores: idade e serviços desejados. As operadoras cobram um valor fixo por mês e todo ano há um reajuste. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) só controla o reajuste dos planos individuais, mas não o dos empresariais e o dos coletivos por adesão.

Doenças pré-existentes

Quem já tem uma doença — fato que deve ser informado à operadoras — pode ter que pagar a mais pela mensalidade. A operadora não pode recusar o cliente.



Convênios acessíveis em discussão

Um relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) provocou um debate “truncado”, na avaliação de especialistas. O documento tratava do plano de saúde acessível, que limita o atendimento para permitir mensalidades mais baixas. Ana Carolina Navarrete, pesquisadora do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), diz que o texto afirmava que parte dos benefícios já eram ofertados no mercado, dando a entender que houve um “aval” para a venda desse produtos. “Não há regularização de alguns pontos desse plano acessível. Isso a ANS ponderou no relatório”, observa.

A coordenadora institucional

da Proteste, Maria Inês Dolci, destaca que esses planos não estão regulados e que não são bons para o consumidor. “Eles não dão direito a quase nada. Pouquíssimos exames são aceitos e qualquer procedimento mais complexo não é autorizado. Só são mais baratos”, opina.

A ANS comentou que o relatório não autoriza a venda desses produtos, mas que grande parte das características apontadas como essenciais já são permitidas, entre as quais, rede hierarquizada; coparticipação do beneficiário; protocolos clínicos definidos junto à rede prestadora de serviços; e segunda opinião médica nos casos de maior complexidade.

“Ao contrário da entidade pública, à qual é permitido fazer apenas o que a lei lhe atribui, as entidades privadas podem fazer o que a legislação não proíbe. Portanto, as operadoras de planos de saúde podem formatar produtos com as características citadas acima, conforme os parâmetros da regulação já existente, com preços mais acessíveis, mas preservando sua sustentabilidade no longo prazo”, diz a ANS.

Para a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), é preciso criar um modelo de regulamentação específica para o plano acessível. “O relatório da ANS apontou que diversos mecanismos apresentados já são

comercializados. É verdade. Mas é preciso que essas regras estejam compreendidas em único produto, o que dará racionalidade e transparência na relação entre consumidores, prestadores de serviço e operadoras”, diz a presidente da entidade, Solange Beatriz Mendes.

Para a executiva, a discussão é ampla. “A saúde não é um produto barato. Plano acessível em saúde quer dizer redução de custos. Por exemplo, rede hierarquizada com médico generalista, que indique o especialista, é uma forma de diminuir custos. Mas pode ser encarado como restrição de acesso. É preciso ficar claro a quem contrata esse produto suas condições”, explica Solange.