



CADRI MASSUDA

PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE (ABRAMGE)

Mitos e verdades sobre as reclamações de planos de saúde

Quando o assunto é reclamações de planos de saúde nos órgãos competentes, muitos pensam que a saúde suplementar está entre os serviços que mais geram queixas. Além de não ser verdade, é preciso analisar o tipo de queixa que o consumidor tem registrado – e principalmente se são alegações pertinentes ou não. De acordo com dados do Procon de 2013 a 2015, dos 7,2 milhões de atendimentos realizados, 95 mil são relativos aos planos e seguros de saúde. O que representa apenas 1,31% destas reclamações.

Segundo esse órgão, os setores que mais recebem críticas dos consumidores são, nessa ordem, telefonia celular, telefonia fixa e cartões de crédito. Os planos e seguros de saúde ocupam a 17ª posição no ranking, com um índice de reclamação considerado muito baixo. Podemos observar, ainda, que os atendimentos relativos aos planos de saúde diminuíram quando comparamos os dados de 2013 a 2015, período em que o número de beneficiário cresceu.

Precisamos ter em mente que este é um setor que impacta diretamente o lado emocional das pessoas, pois se trata de vida e doença, e muitas vezes é difícil ter uma postura racional nesses momentos. Isso faz com que muitos dos atendimentos sejam classificados como simples orientação, já que por vezes são apenas esclarecimentos em relação às condições de contrato do plano. Os dados mostram que dos 95 mil atendimentos relativos aos planos de saúde, 52 mil foram de reclamações e o restante, 43 mil, foram classificados como consultas simples de orientação.

Em relação ao tipo de atendimento cerca de 1/3 das reclamações são relativas a cláusulas contratuais. Na grande maioria dos casos isso acontece quando o beneficiário busca por cobertura ou reembolso de serviços que não são cobertos por seu plano ou quando procura por atendimento fora da sua região de cobertura. As outras causas de reclamação mais comuns são a negativa de cobertura e o não cumprimento do serviço. Esse último acontece quando a realidade do serviço diverge do que foi oferecido ao segurado no momento da venda. É preciso que os consumidores entendam que o plano de saúde é um produto no qual as empresas precisam entregar o que foi contratado pelo cliente.

O cenário atual exige que os planos de saúde trabalhem continuamente pela melhora nos índices de reclamação. Isso pode ser feito com o aprimoramento da comunicação com o consumidor, em especial no momento da venda, mostrando com transparência ao consumidor o que está oferecido – e sem esconder o que não será coberto pelo seguro. Aos consumidores cabe atenção na hora da compra, quando devem tirar todas as dúvidas. É necessário também que se faça uma leitura atenta do contrato, para entenderem o que realmente estão comprando e o que podem exigir da empresa contratada.

Um exemplo do que estamos comentando: uma gestante adquire um plano com cobertura de obstetrícia que, normalmente, tem carência de dez meses. No momento da utilização, o procedimento não é autorizado, pois o período da carência não foi observado. Se ela não estava atenta na assinatura do contrato, naturalmente ficará desapontada com a negativa.