



CARTILHA DE DIREITOS DO PACIENTE EM PLANOS DE SAÚDE

Como determina a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 9.080/90), a saúde é direito de todos e dever do Estado. Por isso, com o objetivo de permitir o acesso integral e gratuito de todos os brasileiros aos serviços e às ações de saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, pelas dificuldades encontradas por aqueles que desejam utilizar o SUS, muitas pessoas passaram a procurar atendimento em grupos de medicina privada, como os planos de saúde. Diversas empresas seguiram o mesmo caminho, recorrendo também à iniciativa privada para oferecer a seus funcionários melhor assistência médica, clínica e hospitalar.

Planos de saúde, um dos líderes em reclamações

A insatisfação dos usuários de planos de saúde – muitos deles com mensalidades caras – é frequente. Não é à toa que essas empresas estão sempre entre as líderes de reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor. Não bastassem as barreiras que muitos associados encontram na hora de utilizar seus planos de saúde (demora na marcação de consultas, exclusão de coberturas de exames e internações etc), as intervenções cirúrgicas mais sofisticadas (transplantes, colocação de próteses, cirurgias cardíacas etc) e os tratamentos mais caros e prolongados (HIV, câncer etc) acabam atendidos pelo SUS.

Atuação de planos e seguros de saúde é regulamentada em lei.

Em 1998, foi promulgada a Lei 9.656, que passou a regulamentar os planos e seguros de saúde. Antes disso, os usuários desses serviços só contavam com o Código de Defesa do Consumidor (CDC), que ainda hoje é uma poderosa arma contra os abusos praticados pelas empresas de saúde, tanto por meio de ações judiciais quanto pela atuação dos Procons e das associações de consumidores.

Quem fiscaliza os planos e seguros de saúde?

Quem tem a função de normatizar, controlar e fiscalizar os planos de saúde é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Criada em 2000, ela ainda é pouco conhecida pela população. Por isso, recebe poucas reclamações, fiscaliza pouco e pune sem nenhum rigor as empresas infratoras. Só depois de muita pressão (das entidades de defesa do consumidor), a ANS passou a intermediar conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde no que se refere à cobertura de procedimentos (cirurgias, exames, consultas etc), por meio de Notificação de Investigação Preliminar (NIP). A agência pode ser acionada pelo telefone 0800-700-9656 ou pelo site www.ans.gov.br para promover a intermediação.

Alguns cuidados que se deve tomar ao contratar um plano de saúde

- 1) Verificar se a operadora tem registro na ANS;
- 2) Verificar, no site www.ans.gov.br ou pelo telefone 0800-701 9656, se a operadora de saúde tem problemas administrativos e/ou financeiros;
- 3) Ler o contrato antes de assinar e exigir uma cópia e a lista atualizada dos prestadores credenciados: médicos, hospitais e laboratórios;
- 4) Contrate um plano que seja adequado às suas necessidades e às de sua família. Considere a cobertura assistencial; a abrangência geográfica; e a rede credenciada/referenciada.
- 5) Verifique os prazos de carência;
- 6) Compare preços e verifique a forma dos reajustes, inclusive se eles são feitos por faixa etária;

7) Leve em conta que os serviços oferecidos estão ligados ao plano contratado: referencial, ambulatorial, hospitalar ou hospitalar com obstetrícia.

Legislação: CDC – Código de Defesa do Consumidor – Lei Nº 8.078/90; Lei dos Planos de Saúde – Lei 9.656/98; Resolução Normativa da ANS nº 226 (5/8/2010); Lei de criação da ANS: 9961/2000.

Planos de saúde permitidos por lei A legislação permite que o consumidor contrate o plano de referência com cobertura integral ou com cobertura segmentada. Esta última pode ser dividida em **ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico.**

Também é admitida por lei a comercialização de planos com coberturas superiores às do plano de referência, como os que incluem quartos particulares, com acompanhante, ou com cobertura de procedimentos estéticos. Os preços, no entanto, são bem mais elevados.

Tipos de coberturas

Ambulatorial: não dá direito à internação hospitalar e a procedimentos que precisam de apoio da estrutura hospitalar por período superior a doze horas, serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares. Não cobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica e anestesia, com exceção dos realizados em ambulatório, com anestesia local. Também não são autorizados tratamentos e exames que necessitem de internação, como alguns tipos de quimioterapia e radioterapia, nutrição parenteral, embolização e exames de radiologia invasivos.

Hospitalar: não cobrem consultas e exames feitos fora do ambiente hospitalar, excluindo ainda tratamento em clínicas estéticas (com exceção de obesidade mórbida), de repouso e acolhimento de idosos, transplantes (exceção de córnea e rim), atendimento pré-natal e parto e procedimentos ambulatoriais. Hospitalar com obstetrícia: tem as mesmas exclusões do plano hospitalar, mas inclui pré-natal e parto, após 10 meses de carência. Garante cobertura do recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida e sua inscrição no plano de saúde, sem o cumprimento de carências. Para isso, porém, a inscrição deve ser feita em até 30 dias.

Referência: oferece cobertura maior, combinando as coberturas ambulatorial, hospitalar e obstetrícia. O Idec entende que deve prevalecer a cobertura mínima obrigatória constante na classificação da OMS (Organização Mundial de Saúde), pois está prevista em lei federal e conta com mais procedimentos do que o rol da ANS.

O que são planos coletivos de saúde? Plano de saúde coletivo é aquele contratado por empresas, associações ou sindicatos para atender seus funcionários, associados e sindicalizados. Para as operadoras de saúde, este é um grande negócios, porque:

- A ANS tem muitas vezes sido omissa em relação aos planos coletivos, predominando o que estabelece o contrato feito entre a operadora e a empresa, a associação ou o sindicato;
- Os reajustes anuais não precisam de autorização prévia da ANS;
- Diferente do que ocorre com os contratos individuais e familiares, a legislação não proíbe explicitamente o cancelamento unilateral do contrato por parte das operadoras. É bom ressaltar que muitas vitórias já foram obtidas pelos consumidores em relação às restrições de todo tipo

impostas por esses planos coletivos, como a cobertura de lesões e doenças profissionais, o aumento da cobertura psiquiátrica e a permissão de cirurgia de miopia moderada e grave, entre várias outras.

Lembre-se sempre : Independente da data, forma de contratação e segmentação do plano, você não está desprotegido. **Mesmo após a Lei dos Planos de Saúde e da criação da ANS, o CDC continua sendo a principal legislação utilizada pelo Poder Judiciário nos julgamentos de ações movidas contra os planos de saúde**, Legislação: **CDC – Código de Defesa do Consumidor – Lei Nº 8.078/90; Lei dos Planos de Saúde – Lei 9.656/98.**

Dúvidas e problemas mais frequentes Práticas abusivas dos planos de saúde podem ser contestadas com base na legislação. Veja **os problemas mais frequentes na hora de utilizar seu plano.**

Reajuste anual

Nos contratos novos individuais/familiares, o reajuste anual deve ser aprovado pela ANS e previsto no contrato. No caso dos contratos antigos (firmados até 31/12/1998), deve ser aplicado o mesmo índice de reajuste anual autorizado pela ANS para os contratos novos. Atendimento negado por atraso no pagamento Só se admite suspensão do atendimento ou cancelamento do contrato se o consumidor atrasar mais de 60 dias, desde que notificado previamente até o 50º dia.

Os planos de saúde podem cancelar o contrato de forma unilateral?

A operadora só pode cancelar o contrato em caso de fraude ou quando o consumidor atrasar o pagamento por mais de 60 dias no ano, consecutivos ou não. O usuário, porém, precisa ser notificado até o 50º dia de inadimplência. Exclusão do plano por doença preexistente. Esse tipo de exclusão nos planos antigos tem sido negada pelo Poder Judiciário com base principalmente no CDC. Nos planos novos, a operadora exige uma declaração na qual consumidor e dependentes indicam a presença ou não de doença e lesões preexistentes. Se o consumidor não tiver conhecimento do problema, a doença não pode ser considerada preexistente.

Descredenciamento de hospital, laboratório, médicos e outros serviços

Nos contratos novos, o plano de saúde deve substituir o hospital por outro equivalente. A mudança deve ser comunicada aos consumidores e à ANS com pelo menos 30 dias de antecedência. Caso o consumidor esteja internado e o descredenciamento ocorrer por vontade do plano de saúde, o hospital deverá manter a internação e a operadora arcará com as despesas até a alta hospitalar. Com relação ao descredenciamento de laboratórios e profissionais, bem como os referentes a contratos antigos, a rede credenciada deve ser mantida, a não ser em situação excepcional. Neste caso, os consumidores deverão ser previamente avisados, com substituição do profissional ou estabelecimento por outro do mesmo nível.

Sou obrigado a assinar cheque-caução, mesmo tendo plano de saúde?

Pela Lei nº 12.653/2012, é proibido exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer outra garantia do consumidor para realizar o atendimento médico-hospitalar emergencial.

O que faço se meu plano não quiser cobrir a conta?

O usuário tem direito à cobertura integral, independentemente da data da contratação do plano, desde que prevista no contrato a cobertura hospitalar. A cobertura mínima exclui

medicamentos importados não nacionalizados, próteses, órteses, procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos; inseminação artificial; medicamentos para tratamento domiciliar; e tratamentos ilícitos ou antiéticos.

Demora no atendimento

Diante da longa espera enfrentada para realizar consulta, exame ou cirurgia, a ANS editou a Resolução Normativa nº 259, estabelecendo prazos máximos para que o usuário tenha acesso aos procedimentos que seu plano lhe dá direito.

“Expulsão” dos idosos

Com o Estatuto do Idoso (janeiro de 2004), o reajuste por mudança de faixa etária ficou proibido. Mesmo que este conste em contrato, a Justiça tem, em muitos casos, negado sua aplicação. As operadoras também não poderão criar barreiras de idade para a contratação dos planos de saúde.

Legislação: CDC – Código de Defesa do Consumidor – Lei Nº 8.078/90; Lei dos Planos de Saúde – Lei 9.656/98; Código Civil (art. 156) e Resolução Normativa 44 da ANS, de 24/07/03; Resolução Normativa nº 259 da ANS. Endereços úteis •ANS – Agência Nacional de Saúde: www.ans.gov.br

Mensagens para a ouvidoria podem ser enviadas para:

www.ans.gov.br/index.php/aans/central-de-atendimento

Atendimento por telefone: 08007019656 (reclamações e denúncias)

•SENACON-MJ – Secretária Nacional do Consumidor - Ministério da Justiça:
<http://portal.mj.gov.br>

•Procons – acesse o portal do DPDC para localizar o Procon mais próximo de sua região:
<http://portal.mj.gov.br/ControleProcon/frmLogon.aspx> •Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor: www.idec.org.br