

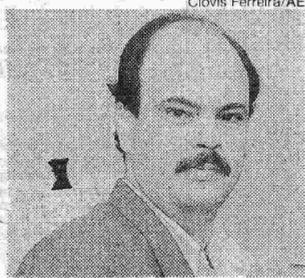
Preços de planos de saúde superam inflação

A liberação dos preços pelo governo, no ano passado, jogou os reajustes para o alto, com aumentos que chegam a 700%

Os planos de saúde e convênios médicos terminaram 1991 num incômodo terceiro lugar no ranking de reclamações recebidas pelo Procon durante o ano passado. Das 7.679 reclamações feitas de janeiro a dezembro, 359 foram contra os abusos cometidos pelas empresas de assistência médica privada e a qualidade dos serviços prestados. No mesmo período, das 115.407 consultas que chegaram ao Procon, 1.601 foram de associados de convênios médicos ou planos de saúde procurando esclarecimentos a respeito das normas de reajuste das mensalidades.

Desde que o governo deixou de controlar o setor, em agosto do ano passado, permitindo que as empresas reajustassem seus preços mensalmente com base numa planilha de custos, o valor das mensalidades dos associados foram para o espaço. Os aumentos variam de 400% a até 700%.

Um casal que pagava, em janeiro do ano passado, Cr\$ 29.549,43 por um plano Master, da Unimed, acabou tendo que arcar em dezembro com uma mensalidade de Cr\$ 233.542,36. Um aumento de 690%, superior à variação do



Culpa do governo
Cardoso: "Saúde é vista com objetivo de lucro"

IGPM no período, que ficou em 458,38%. Outro casal que pagava por um plano PAI, da Golden Cross, na mesma época, Cr\$ 27.516,85, chegou a ter de desembolsar no final do ano uma prestação quase 500% maior: Cr\$ 163 mil.

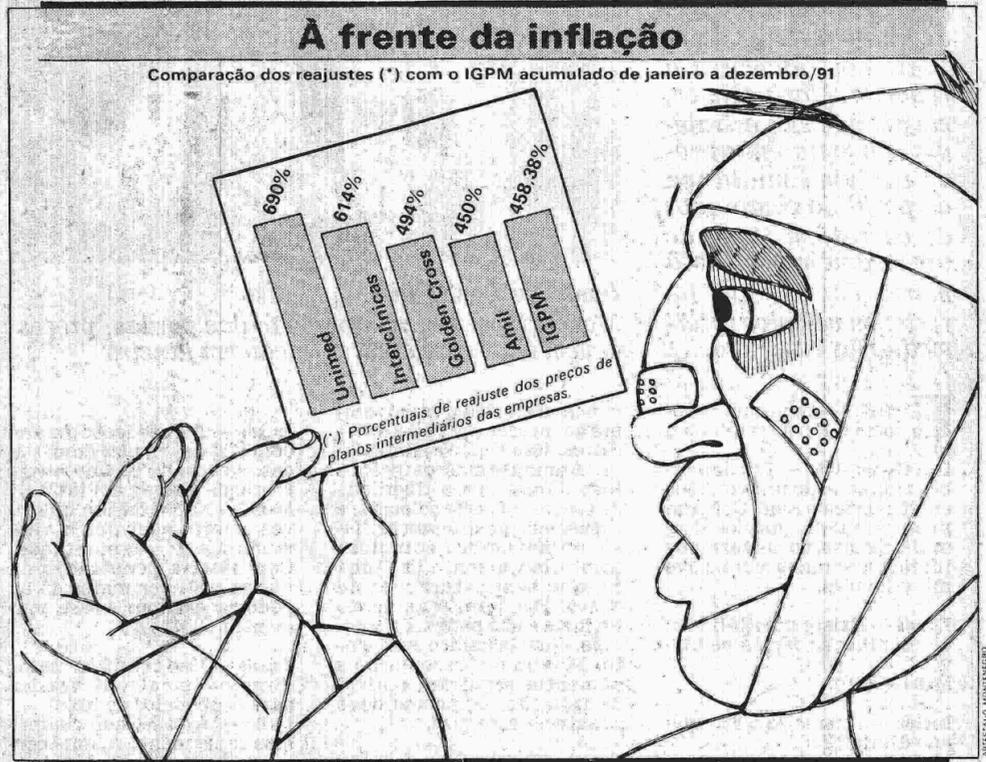
Para o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Mário da Costa Cardoso Filho, que defende a não privatização da saúde, a culpa para o comércio em que se transformaram os convênios médicos e os planos de saúde é do governo, que é "mau gestor e faz com que a saúde seja vista com

objetivo de lucro".

Falência — A falta de uma legislação específica para o setor é outro complicador. Atualmente os índices de reajuste podem ser escolhidos pelas empresas. Também não há a obrigatoriedade das empresas apresentarem ao Departamento de Abastecimento e Preços (DAP), subordinado ao Ministério da Economia, as planilhas de custos usadas para fixar o percentual de reajuste que é repassado às mensalidades.

Um trabalhador que tenha descontados hoje de seu salário uma contribuição ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) de Cr\$ 95 mil — teto máximo de contribuição — e pague ainda uma prestação de Cr\$ 200 mil num plano de saúde particular tem um gasto mensal de quase Cr\$ 300 mil somente com saúde. Mas só utiliza os serviços do plano que paga, já que a assistência médica oficial está praticamente falida.

Os dependentes oneram ainda mais o plano. As empresas costumam cobrar dos dependentes em separado, determinando o preço da mensalidade pela idade do dependente.



Critérios de exclusão variam

Não há, hoje, um consenso entre as empresas de saúde privada quanto às doenças e tratamentos médicos que não são cobertos pelos planos de saúde, seguro-saúde ou convênio. Como cada empresa tem liberdade e autonomia para formar sua própria lista de exclusões, essa cláusula, que deve aparecer de forma clara nos contratos de adesão, funciona como um diferencial a favor ou contra a empresa no momento de vender seu plano de assistência médica.

A idéia de uma lista padrão indicada por médicos, e que beneficie o associado, faz parte de estudo que o Procon pretende desenvolver ainda este ano em conjunto com a Associação Médica Brasileira (AMB). O objetivo é fazer com que as empresas adotem os mesmos critérios de exclusão de serviços com a criação de uma lista única. Hoje o critério é livre e geralmente o custo do tratamento é fundamental para a exclusão. Segundo o presidente da AMB, Mário da Costa Cardoso

so Filho, o tema também será motivo de discussão em congressos promovidos pela AMB até o final do ano.

Quem vai escolher um plano de saúde deve checar todas as doenças e serviços que não estão cobertos, para que numa emergência não precise arcar com os custos, por exemplo, de uma hemodiálise, excluída em quase todas as empresas.

Velhice — Os que praticam esportes, principalmente se forem violentos, devem olhar com atenção as exclusões ao assinarem um contrato de adesão a um plano de saúde. A grande maioria não faz nenhum tipo de cobertura para acidentes resultantes de esportes perigosos.

Doenças que o associado já apresentava na época em que contratou o plano, mesmo que se trate de apenas uma lesão externa, não estão previstas nas coberturas de algumas empresas. Problemas psiquiátricos, mesmo os manifestados após o ingresso do associado, estão fora da co-

bertura.

Doenças contraias por epidemias não são custeadas nem têm despesas reembolsadas. Algumas empresas, no entanto, chegam ao extremo de recusar cobrir doenças que sejam decorrência do envelhecimento, como a arteriosclerose, por exemplo (ver quadro abaixo).

Junta médica — Mesmo que as empresas estejam dispostas a estudar cada caso de exclusão em separado, o associado terá de recorrer a uma junta médica para que sua doença seja avaliada. Em muitos casos, doenças que constam da lista de exclusão podem ser cobertas depois de uma análise de médicos.

Se um associado, por exemplo, contraiu câncer numa sessão de raios-X ou outra doença em uma transfusão de sangue em uma operação feita num hospital credenciado da empresa, há grandes chances de haver, no mínimo, uma cobertura parcial da doença, afirmam algumas das empre-

Leitura do contrato evita problemas

Alguns cuidados antes da assinatura do contrato são indispensáveis para quem pretende evitar futuros problemas com planos de assistência médica. A leitura cuidadosa de todas as cláusulas e a pesquisa de preços são os conselhos básicos do Procon, que recomenda atenção aos seguintes pontos:

■ O contrato deve ser lido por inteiro. Itens importantes podem ter sido colocados no final do texto.

■ Antes de decidir por algum plano de assistência médica, deve-se consultar, no mínimo, duas empresas. Pesquisar as variações de preços é importante, mas não basta. Preços mais baixos podem representar coberturas menores e acabam saindo mais caro ao associado, que terá de bancar os serviços não cobertos.

■ Tudo que está coberto deverá constar do contrato, de doenças a tratamentos, exames, internações a cirurgias. A cobertura dos planos deve ser comparada, principalmente no que se refere a internações cirúrgicas e uso da Uni-

dade de Terapia Intensiva (UTI). Alguns planos cobrem a internação, mas cobram a parte de medicação.

■ De forma idêntica, doenças e tratamentos excluídos da cobertura devem aparecer no contrato.

■ Certificar-se do prazo em que o contrato entra em vigor. Alguns planos permitem que o associado só utilize os serviços após o pagamento da primeira mensalidade. Outros permitem o uso dos serviços no dia seguinte à assinatura do contrato.

■ Checar se o plano é individual ou familiar. Se familiar, as condições de cobertura oferecida a filhos, incluindo limite de idade, deverão ser analisadas. Muitos planos familiares cobram à parte a cobertura dos dependentes.

■ Prestar atenção para as carências de consultas, exames e, principalmente, para cirurgias pequenas e grandes.

■ O índice adotado para a correção das mensalidades terá de ser especificado no contrato. É preciso certificar-se da periodicidade do reajuste.

■ Verificar a lista dos hospitais conveniados. De posse da lista, informar-se com os hospitais sobre os serviços de emergência que possuem para que o associado não tenha de arcar, numa emergência, com despesas extras não previstas em contrato.

■ Checar o tempo de duração do contrato e se a renovação é automática ou depende de concordância do associado. Alguns contratos são rescindidos unilateralmente pela empresa, mas o associado não é informado.

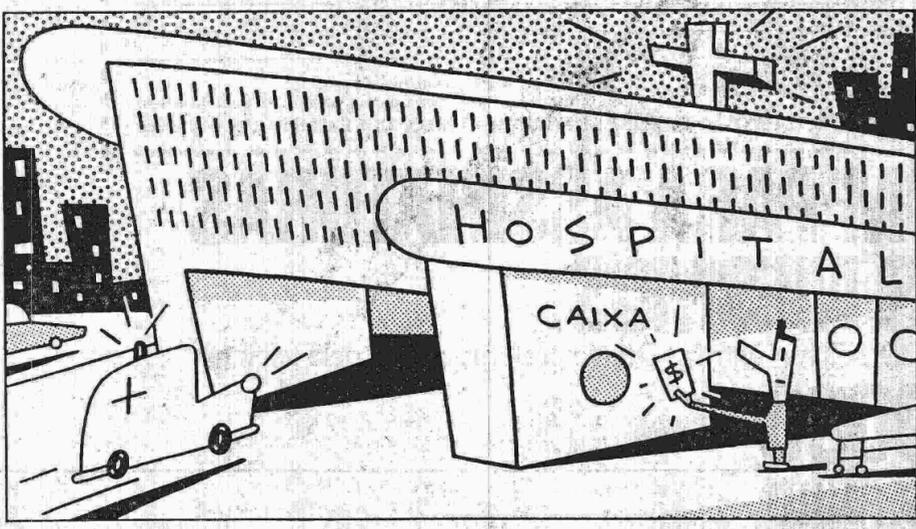
■ Observar o limite de idade. A maioria dos planos tem preços diferenciados de acordo com a idade. A partir de uma determinada idade o associado passa a pagar em dobro. Embora a maioria das empresas faça a transferência automaticamente, muitas deixam de avisar o associado.

■ Informar-se sobre o atendimento médico no caso de haver atraso no pagamento das prestações. É importante saber qual o limite de atraso permitido sem que o associado perca a carência.

O que não é coberto

Doenças e tratamentos excluídos

Empresa	Doenças e tratamentos excluídos
Amil	Aids, lesões decorrentes de esportes violentos, doenças congênitas, com exceção feita ao dependente do associado que nascer durante a vigência do contrato.
Blue Life	Doenças decorrentes de senilidade (velhice); doenças psiquiátricas, resultantes de acidentes de trabalho ou lesões causadas por embriaguez, esclerose de varizes; de doenças infecto-contagiosas, como Aids; doenças resultantes de defeitos congênitos; transplantes; cirurgias de esterilidade e impotência sexual; aparelhos estéticos e de substituição ou complementares de função, como óculos, aparelhos para surdez, rim artificial, aparelhos ortopédicos e próteses; cirurgia plástica estética, incluindo-se plástica mamária de qualquer natureza; consultas domiciliares ou fora do horário do consultório; despesas do acompanhante e extras; tratamento clínico e cirúrgico de moléstias decorrentes de defeitos congênitos; enfermagem particular; remoções; implantes; internação para investigação diagnóstica.
Golden Cross	Doenças psiquiátricas, infecto-contagiosas, transplantes, doenças crônicas, mastoplastia, microcirurgia de varizes; cirurgia plástica embelezadora.
Interclínicas	Doenças e lesões decorrentes de acidente de trabalho; tuberculose em todas as formas; doenças infecto-contagiosas; doenças motivadas por aborto; lesões resultantes de lutas corporais ou tumultos populares; doenças congênitas ou hereditárias, exceção para o dependente que nascer na vigência do contrato; atendimentos domiciliares; cirurgia plástica embelezadora de qualquer natureza; cirurgia plástica reparadora de lesões existentes na data da inscrição; cirurgia não-ética ou não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina; lesões corporais produzidas pela própria pessoa; doenças e lesões resultantes de uso de substâncias entorpecentes ou tóxicas, incluindo o álcool; doenças ou lesões decorrentes de substâncias radioativas; doenças e lesões existentes e conhecidas do beneficiário na ocasião da inscrição, quer declaradas ou não; diagnóstico e tratamento na área de Fonoaudiologia e Foniatria; doenças mentais de qualquer natureza; diagnóstico ou tratamento nas áreas de Psicologia, Psicoterapia e correlatos.
Unimed	Doenças profissionais (causadas pelo exercício do trabalho); doenças do pulmão; cirurgia plástica de estética; tratamento hospitalar de psiquiatria; doenças infecto-contagiosas.



Opções de planos de saúde

Tipo, carência, cobertura e condições

Empresa	Tipos de planos	Preços	Cobertura
Amil	Médico, Opções (em 4 níveis) e Quality	Médico: Cr\$ 85.190 (casal); Cr\$ 167.793 (casal com 4 filhos menores de 18 anos) Opções: Cr\$ 19.453 (0 a 18 anos); Cr\$ 38.940 (19 a 59 anos); Cr\$ 107.959 (60 a 69 anos); Quality: Cr\$ 159.562 (casal); Cr\$ 296.043 (casal com 4 filhos menores de 18 anos).	Doenças crônicas, radioterapia e quimioterapia, ressonância magnética, ultrassonografia, transplantes, cobertura de 90 dias para internação
Blue Life	Livre Escolha (em cinco níveis) Global Executivo Consult	Livre Escolha: Cr\$ 34.500 (0 a 18 anos); Cr\$ 72.942 (18 a 59 anos); 182.400 (de 60 a 69 anos); Cr\$ 255.115 (acima de 70 anos); Global: Cr\$ 40.690 (18 a 59 anos); Cr\$ 24.040 (menor de 18 anos); Cr\$ 94.360 (de 60 a 69 anos); Cr\$ 173.690 (acima de 70 anos).	Consultas, exames e assistência hospitalar que abrange internação em hospitais credenciados pela empresa, honorários do cirurgião e de seus assistentes, taxas da sala de cirurgia, medicamentos utilizados, transfusões completas, exames radiológicos e laboratoriais.
Golden Cross	Vip, SPS e Ameg	Vip: Star: Cr\$ 26.527 (até 5 anos); Cr\$ 29.296 (6 a 19 anos); Cr\$ 38.003 (de 20 a 39 anos); Cr\$ 53.320 (de 40 a 59 anos); Cr\$ 95.977 (de 60 a 69 anos); Cr\$ 191.940 (acima de 70 anos); SPS: Cr\$ 39.015 (até 5 anos); Cr\$ 42.929 (de 6 a 19 anos); Cr\$ 55.727 (de 20 a 39 anos); Cr\$ 70.128 (de 40 a 59 anos); Cr\$ 140.179 (de 60 a 69 anos); 281.239 (acima de 70 anos); Ameg: Cr\$ 16.691 (menor de 18 anos); Cr\$ 26.571 (de 18 a 59 anos); Cr\$ 61.839 (de 60 a 69 anos); Cr\$ 128.859 (acima de 70 anos).	Consultas e atendimentos ambulatoriais, exames complementares de diagnósticos, internação clínica em fase aguda, internações cirúrgicas, maternidade ebercário; emergências a acidentes pessoais; terapia intensiva.
Intercínicas	Básico e Especial	Básico: Cr\$ 18.074 (com 4 dependentes); Cr\$ 78.206 (com 4 dependentes).	Ultrassonografia, ecocardiograma, fisioterapia, teste ergonômico, eletrocardiograma, exames patológicos e radiológicos, quimioterapia, medicina nuclear, assistência gratuita por cinco anos aos dependentes do titular do plano em caso de falecimento deste
Unimed	Básico, Especial e Master	Básico: Cr\$ 9.973 (0 a 17 anos); Cr\$ 14.961 (18 a 59 anos); Cr\$ 36.777 (60 a 69 anos); Cr\$ 65.451 (acima de 70 anos); Especial: Cr\$ 11.170 (0 a 17 anos); Cr\$ 20.778 (18 a 59 anos); Cr\$ 50.490 (60 a 69 anos); Cr\$ 81.242 (acima de 69 anos); Master: Cr\$ 15.515 (0 a 17 anos); Cr\$ 31.030 (18 a 59 anos); Cr\$ 75.126 (60 a 69 anos); Cr\$ 116.771 (acima de 69 anos).	Rede de hospitais credenciados, laboratórios, serviços de raios-X, tomografias computadorizadas