

DIREITO DO CONSUMIDOR

Pesquisa do Idec mostra que oito grandes administradoras ignoram direitos básicos dos clientes, como o de receber orientação médica no momento do preenchimento de formulário sobre doenças preexistentes. Operadoras contestam metodologia do estudo

As falhas dos planos de saúde

Sheila Raposo
Da equipe do Correio

Oito operadoras de planos de saúde apresentaram falhas consideradas graves pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec). O desrespeito às regras variou de 31% a 50% dos direitos do consumidor nos planos Amil, Sul América, Blue Life, Bradesco, Golden Cross, Interclínicas, Medial Saúde e Unimed Paulistana. Esse grupo atende cinco milhões de usuários, que representam 14% do mercado brasileiro.

Dezesseis técnicos do Idec aderiram aos planos de saúde como consumidores comuns, sendo dois por empresa. A avaliação foi feita em três etapas: na contratação, na vigência do contrato e no cancelamento. Os procedimentos foram testados por meio de ligações telefônicas feitas às operadoras e de situações vivenciadas pelos técnicos. O teste avaliou a adequação à legislação de 12 práticas do setor e quatro aspectos dos contratos — que foram analisados por advogados do Idec. As empresas questionaram a metodologia do Idec para chegar aos resultados divulgados no último dia 24.

De acordo com o Idec, os critérios para a escolha das empresas foram o número de clientes por operadora e o acesso aos dados de cada uma. Também foi levado em consideração o número de reclamações contra planos de saúde feitas por consumidores ao instituto. No ano passado, o setor foi campeão de queixas, com mais de dois mil

registros. Na pesquisa do Idec, realizada entre junho e setembro do ano passado, os dois itens que mais causaram problemas foram os que avaliaram o conteúdo da declaração de saúde e a oferta de entrevista qualificada de cada uma das empresas. O primeiro avalia, por meio de um formulário, se o cliente tem doença preexistente. O outro assegura orientação médica durante o preenchimento desse formulário. “No caso da declaração, a pesquisa foi feita antes de haver regulamentação sobre o assunto”, observa Irlau Machado, diretor-executivo comercial da Medial Saúde. Segundo ele, a norma relativa à declaração foi publicada no Diário Oficial no dia 13 de dezembro passado.

DEFESA

O mesmo argumento é usado pela Federação Nacional das Seguradoras (Fenaseg). “Temos 120 dias, a partir da publicação da norma, para nos adequar ao que ela prevê. Não podemos ser julgados por algo que, na época em que fomos avaliados, ainda não existia”, acrescenta Amoroso Lima. “Estamos em conformidade com a lei. Sobre a entrevista qualificada, o nosso contrato informa, em letras maiúsculas, sobre a disponibilidade de nossos médicos para orientar o cliente”, destaca Machado. A ANS confirma que a pesquisa do Idec foi realizada num período anterior às alterações feitas em dezembro nas regras de defesa do consumidor.

As operadoras questionaram a metodologia do instituto e o acusaram de “interpretar erroneamente a legislação e questionar sobre aspectos não contemplados na lei”, o que o fez chegar a “conclusões inverídicas e despropositadas”, segundo nota enviada à imprensa pela

Fenaseg, que fala pela Bradesco e Sul América, duas das empresas listadas no teste. “Queremos ter acesso ao material da pesquisa, pois a forma como tudo foi feito e divulgado denegriu a nossa imagem”, ressalta João Alceu Amoroso Lima, diretor de Saúde da Fenaseg. As outras operadoras pesquisadas foram a Amil, a Blue Life, a Golden Cross, a Interclínicas, a Medial Saúde e a Unimed Paulistana.

A Golden Cross e a Unimed Paulistana também reagiram contra. A avaliação geral do teste, no entanto, foi deixada nas mãos da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), que também falou em nome das demais empresas. Conforme nota da associação, a pesquisa “centrou-se em questões administrativas e não propriamente sobre o atendimento à saúde, razão principal da existência do sistema”.

A Abramge ressalta ainda que a regulamentação instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ainda em andamento, envolve processos operacionais cuja interpretação não é pacífica. “Nossos clientes ficaram surpresos e preocupados. Não tivemos o direito de nos esclarecer antes da divulgação da pesquisa”, critica Amoroso Lima. Para ele, a utilização de apenas dois funcionários do Idec é estatisticamente irrelevante como amostragem num universo de milhões de segurados.

Karina Rodrigues, ad-

vogada do Idec, vê a questão por outro ângulo. “Se com apenas duas pessoas conseguimos constatar irregularidades, imagine com mais”, argumenta. “Além disso, não usamos apenas a legislação do setor para nos basear, mas também o Código de Defesa do Consumidor.”

A advogada lamenta que as operadoras tenham desqualificado o trabalho do Idec e ressalta que o objetivo não foi manchar a imagem das empresas, mas corrigir problemas que afetam o consumidor. “Infelizmente, a ANS não fiscaliza de maneira eficiente. Enviamos cópia da pesquisa para lá, a fim de ajudar no cumprimento da lei”, acrescenta. A assessoria de imprensa da ANS informa que o relatório está sendo analisado e garante que serão tomadas providências específicas em relação a possíveis irregularidades, “como é norma da ANS em relação a todas as denúncias recebidas”.

Falta de comunicação

Uma reclamação frequente dos usuários dos planos de saúde é a falta de sintonia entre médicos credenciados e a administradora do plano. “Às vezes acontece de a minha mãe, que é dependente, ser impedida de fazer um ou outro exame considerado muito caro pela operadora”, conta o bancário Luiz Henrique Mello, de 38 anos. “Mas é apenas por descuido do plano, que não se comunica com a rede médica de maneira eficiente”, observa. Casado com Larisse Ferreira Trindade, secretária, 28, ele sempre tomou todos os cuidados para evitar problemas nesse setor. Usuários de planos de saúde há mais de 15 anos, os dois conhecem a importância de ler contratos e ficar em dia com as normas de atendimento. Por isso, esperam o nascimento da filha (Luíza) sem temores com relação ao atendimento médico que terão.

Para resolver esses e outros problemas, o governo federal edita portarias periodicamente. Em agosto do ano passado, por exemplo, a Portaria nº 5 da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça determinou que as administradoras não podem restringir o tempo de internação de uma pessoa doente. Esse limite valia (não vale mais) para os contratos mais antigos, firmados antes de 3 de junho de 1998. (SR)

LUÍZ E LARISSA LERAM ATENTAMENTE O CONTRATO PARA EVITAR PROBLEMAS NO NASCIMENTO DA FILHA



AValiação Ruim

Os resultados da pesquisa do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec)

PRINCIPAIS PROBLEMAS

Os itens com pior avaliação



Doença preexistente

Conteúdo da declaração de saúde: formulário elaborado pela operadora para verificar se o consumidor é ou não portador de doença ou lesão preexistente no momento da contratação



Pagamento de exames

Exigência de comprovante de pagamento das mensalidades antes de fazer os exames. O consumidor é obrigado a apresentar apenas documento de identidade e carteira do plano de saúde



Cancelamento

Ausência de envio de confirmação do cancelamento do contrato pedido pelo usuário. A operadora do plano de saúde deve enviar uma comunicação formal sobre a rescisão do contrato, pedida pelo cliente. Isso é importante para resguardar o consumidor



Orientação

Falta de oferta de entrevista qualificada: direito assegurado ao consumidor de ter orientação de um médico para auxiliá-lo no momento do preenchimento da declaração de saúde



Mensalidade

Inexistência da oferta de agravio: pagamento de mensalidade de mais alto valor para que o portador de doença ou lesão preexistente tenha cobertura integral garantida pelo plano

NOVAS RESOLUÇÕES DA ANS (*)



Declaração de saúde

Definição e regulamentação do conteúdo da declaração de saúde, proibindo perguntas referentes à condição de saúde passada do consumidor, hábitos de vida e uso de medicamentos, entre outros



Médico assessor

Regulamentação clara do direito do consumidor de exigir a presença de médico assessor quando do preenchimento da Declaração de Saúde ou de fazer-se acompanhar de médico de sua confiança



Alerta ao cliente

Inclusão obrigatória na Declaração de Saúde de um alerta ao consumidor, cujo texto foi elaborado pelos órgãos de defesa do consumidor integrantes da Câmara de Saúde Suplementar



Cobertura parcial

Exigência de que, na carteira do plano ou seguro do usuário sujeito a Cobertura Parcial Temporária, conste expressamente essa condição e o período da carência (que não pode ser superior a dois anos)



Câmara técnica

Instalação de uma Câmara Técnica para definir a metodologia de cálculo do Agravio, devido à sua complexidade e ausência de metodologias nacionais ou internacionais disponíveis

PERCENTUAL DE DESRESPEITO À LEGISLAÇÃO

Sul América Aetna	31
Amil	38
Bradesco Saúde	38
Interclínicas	38
Medial Saúde	38
Blue Life	44
Golden Cross	44
Unimed Paulistana	50

SERVIÇO

A Agência Nacional de Saúde (ANS) é responsável pela fiscalização dos planos.

Disque ANS — 0800 7019656

(*) As operadoras têm até abril para começar a cumprir as normas abaixo, fixadas nos últimos meses

Arte: Joelson Miranda