

Planos de saúde atendem a 37 milhões

O plano privado de assistência à saúde é um sistema de prestação de serviços médico-hospitalares, para atendimento do cidadão que se dispõe a pagar por assistência particular. Essa rede prestadora de serviços de saúde atende aos mais de 37 milhões de consumidores dos planos de saúde.

O sistema prevê a contratação com pré-pagamento e com oferecimento de rede própria, credenciada ou referenciada de hospitais, clínicas, médicos e laboratórios. Alguns planos admitem também a livre escolha de serviços mediante reembolso nos termos definidos em contrato e em tabela de preços.

As operadoras podem ser administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas ou não) e seguradoras especializadas em saúde, medicina ou odontologia de grupo.

O órgão responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades pertinentes à assistência complementar à saúde é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, ao qual o usuário e as operadoras podem recorrer em casos de dúvidas ou denúncias. Os órgãos de proteção ao consumidor também podem ser acionados.



GUILHERME FILHO/SECOM-ANT

Deficiências do sistema público de saúde levam brasileiros a buscar planos privados de assistência

Congresso levou 10 anos discutindo lei dos planos

A participação da iniciativa privada no sistema de saúde do país envolveu dez anos de negociações no Congresso.

As principais regras que orientam o funcionamento do setor estão na MP 2.177-44/01, atualmente em vigor, e na Lei 9.656/98, que estabeleceu critérios para operação de empresas no setor, discriminou os padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo a regulação e fiscalização do setor. Foi proibida a comercialização dos tipos de planos de saúde anteriores à Lei 9.656/98 e os contratos antigos obtiveram algumas garantias: não podem ser rescindidos de forma unilateral

pela operadora, as internações não podem ser encerradas a não ser por alta médica e as mensalidades dos planos individuais ou familiares só podem ter aumento com autorização expressa da Agência Nacional de Saúde.

Desde a Lei 10.185/01, não há mais diferença entre seguro-saúde e plano de saúde. Depois que o Estatuto do Idoso vedou a cobrança de valores diferenciados em razão de idade, foram fixadas dez faixas etárias, válidas para os contratos celebrados ou alterados após janeiro de 2004, sendo a primeira de zero a 18 anos. Dos 19 aos 58 anos, a mudança é a cada cinco anos, e a última faixa é a partir dos 59 anos.

Conheça as diferentes formas de contrato

Plano referência

É o modelo mínimo de cobertura a ser oferecida pelos planos de saúde em comercialização, com cobertura de, pelo menos:

- consultas médicas sem limite, exames, tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais;
- internações hospitalares (inclusive em UTI ou similar) sem limite, honorários médicos, enfermagem e alimentação;
- exames complementares de controle e/ou elucidação de diagnóstico;
- taxas e materiais, anestésicos, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia durante internação ou pela necessidade de continuidade de assistência;
- despesa de acompanhante de paciente menor de 18 anos;
- remoção para outro estabelecimento, se necessário;
- reembolso, em urgência ou

emergência, em casos de impossibilidade de uso da rede própria, credenciada ou contratada disponível, nos limites contratados.

Obs.: A cobertura obstétrica pode ser retirada.

Cobertura por segmento

a) Ambulatorial – Cobertura de exames e número de consultas médicas ilimitado em consultório ou ambulatório.

b) Hospitalar – Cobertura para internações hospitalares (diárias ilimitadas), inclusive em UTI, e gastos durante a internação (exames complementares, medicamentos, anestésicos, taxas de cirurgias, materiais), despesas do acompanhante de pacientes menores de 18 anos, e atendimento de urgência e emergência.

c) Hospitalar com obstetrícia – Inclui também pré-natal, assistência ao parto e ao recém-

nascido por 30 dias.

d) Odontológico – Procedimentos realizados em consultório.

Abrangência geográfica

O plano pode ser local, nacional ou internacional.

Formas de contratação

a) Individual ou familiar – Contrato firmado entre um indivíduo e uma operadora para assistência à saúde do titular do plano ou dele e de seus dependentes.

b) Coletivo com patrocinador – Plano com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante, ou contrato mantido por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade.

c) Coletivo sem patrocinador – Contratados por pessoa jurídica com mensalidade integralmente paga pelo beneficiário.



Projetos de lei em tramitação no Congresso

• **PLS 231/00** – Do senador Juvêncio da Fonseca (PDT-MS), que pretende coibir a exigência por planos de saúde de teste genético para detecção prévia de doenças hereditárias.

• **PLS 75/02** – Do ex-senador Carlos Bezerra (PMDB-MT), acrescenta, entre as exigências mínimas dos planos que incluem internação hospitalar, a cobertura dos gastos com cirurgia e transporte de órgãos.

• **PLS 187/02** – Do ex-senador Sebastião Rocha (PDT-AP), visa

facultar os planos segmentados de assistência farmacêutica.

• **PLSs 164/03, 276/04 e 277/04** – Da senadora Lúcia Vânia (PSDB-GO), objetivam, respectivamente, incluir a assistência psicológica nos planos de saúde; tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras dos planos e seus prestadores de serviços, e permitir planos com coberturas reduzidas.

• **PLS 44/04** – Do senador Tião Viana (PT-AC), visa incluir

os medicamentos utilizados em medicação assistida entre as coberturas obrigatórias.

• **PL 4.732/01** – Do ex-deputado Serafim Venzon (PSDB-SC), determina aos planos de saúde o pagamento de um piso universalizado de honorários aos profissionais credenciados.

• **PL 2.383/03** – Da deputada Maninha (PT-DF), determina que as operadoras não poderão criar restrições à inscrição de companheiros homossexuais como dependentes do titular.

Contrato garante assistência a todas as doenças reconhecidas pela OMS

1. A contratação de plano na modalidade individual ou familiar deve observar:

- ▶ garantia de assistência a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde;
- ▶ vigência de, no mínimo, um ano, com renovação automática após esse prazo sem taxa;
- ▶ proibição de recontagem de prazo de carência cumprido;
- ▶ para os contratos firmados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados: proibição de suspensão ou rescisão do contrato, salvo em caso de fraude comprovada ou falta de pagamento por período

superior a 60 dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado, por escrito, até o 50º dia de sua inadimplência;

▶ proibição de interrupção de internação, inclusive em UTI, e da suspensão de pagamentos pela operadora junto ao contratado, no caso de descredenciamento pela operadora ou desligamento do contratado;

▶ proibição de limitação dos dias de internação.

2. Carência (prazo máximo):

- ▶ 24 horas para urgência (como

complicações na gestação ou acidentes) e emergência (risco imediato de lesões irreparáveis ou de morte) após a assinatura do contrato.

▶ 300 dias para parto;

▶ 24 meses para doenças e lesões preexistentes (aquelas de que o consumidor já sabe ser possuidor ou portador no momento da contratação). Nestes casos, ele tem cobertura parcial até cumprir a carência, ou seja, não tem direito a cobertura para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia (CTI e UTI) e cirúrgicos. Se o

consumidor preferir o direito a atendimento sem cumprir a carência pode pagar um valor maior (agravo) para ter acesso ao atendimento;

▶ 180 dias (outras situações).

3. Reajustes:

▶ anual: na data de aniversário do contrato. O percentual depende de autorização da ANS;

▶ por faixa etária: nos contratos assinados após a vigência do Estatuto do Idoso, o usuário com mais de 60 anos, e que participa do plano há mais de dez, não pode sofrer reajuste de mensalidade por mudar de faixa etária.

Informações

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Av. Augusto Severo, 84, Glória 20021-040 - Rio de Janeiro (RJ)

Disque ANS: 0800 701 9656

- atendimento gratuito ao usuário sobre consultas, dúvidas ou denúncias relativas a plano de saúde e prestadores de serviço (hospitais, clínicas, laboratórios) conveniados ou vinculados.

Central de Atendimento a Operadoras: (21) 2105-0333.
www.ans.gov.br

Ministério da Saúde

Disque Saúde: 0800 61-1997
Tel.: (61) 3315-2425
www.saude.gov.br

Disque Medicamentos
0800 644-0644

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

Tel.: (61) 3315-3658
www.saude.gov.br/svs

Portal do Consumidor

www.portaldoconsumidor.gov.br

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)

Tel.: (11) 3874-2152, de 2ª a 6ª, das 9h às 12h e das 13h às 17h
www.idec.org.br

Especial Planos de Saúde do Idec
www.idec.org.br/especial_planossaude.asp

Fundação Procon de São Paulo

(11) 151
www.procon.sp.gov.br
Cartilha: www.procon.sp.gov.br/cartplanossaude.shtml