



A QUESTÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL | Professor Romulo Bolivar

www.proenem.com.br

INSTRUÇÃO

A partir da leitura dos textos motivadores seguintes e com base nos conhecimentos construídos ao longo de sua formação, redija texto dissertativo-argumentativo na modalidade escrita formal da língua portuguesa sobre o tema “A QUESTÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL”, apresentando proposta de intervenção, que respeite os direitos humanos. Selecione, organize e relacione, de forma coerente e coesa, argumentos e fatos para defesa de seu ponto de vista.

TEXTO 1

PRINCIPAIS ABUSOS COMETIDOS CONTRA OS CONSUMIDORES DE PLANOS DE SAÚDE

No momento de contratar um plano de saúde, tudo parece maravilhoso. As propagandas transmitem a ideia de que assinado o contrato, a tranquilidade e segurança do consumidor e de seus familiares está garantida.

Na prática, no entanto, não é bem assim. Quando mais se precisa, o acesso a tratamentos, medicamentos, exames, procedimentos médicos e internações é negado pelos mais variados argumentos.

Para que os usuários se defendam e garantam seus direitos, especialmente nos momentos mais delicados, o advogado especialista em planos de saúde Dr. Luciano Correia Bueno Brandão, do escritório Bueno Brandão Advocacia, aponta as irregularidades mais comuns praticadas pelas operadoras de planos e seguros-saúde:

1. Reajustes, por mudança de faixa etária, para consumidores que tenham completado 60 anos ou mais, a partir do ano de 2004. Estes reajustes são abusivos – mesmo no caso de contratos firmados antes de 2004 – e podem ser revertidos judicialmente, inclusive com a devolução, pela operadora, daquilo que foi cobrado indevidamente, incidindo sobre o valor juros e correção monetária;
2. Além desse tipo de reajuste, também aqueles feitos para os segurados que completem 59 anos de idade, caso flagrantemente abusivos, destoantes dos outros reajustes praticados ao longo do contrato, podem ser igualmente revertidos judicialmente.
3. Materiais como stents, marca-passo, próteses e demais materiais utilizados para complementação ou substituição de função do organismo, quando utilizados numa cirurgia, devem ser cobertos pela seguradora, inclusive os importados, se houver indicação médica;
4. Exames e procedimentos cirúrgicos, ainda que não constantes do rol de cobertura da ANS, desde que não sejam experimentais, devem ser cobertos pela operadora de seguros;
5. Medicamentos quimioterápicos, ainda que tomados pela via oral, devem ser cobertos pela seguradora;
6. Tratamentos fisioterápico e fonoaudiológico, se utilizados como o próprio tratamento da doença do segurado, devem ter cobertura pelo seguro de saúde, sem limites de sessões.
7. Não é permitido o descredenciamento de clínicas e hospitais enquanto o paciente estiver em tratamento e sem que seja feita a sua substituição por outra equivalente (mesma qualidade de serviço, mesma facilidade de acesso, mesma localização geográfica).

Verificadas tais abusividades, o consumidor lesado pode – e deve -, recorrer ao Judiciário, como forma de afastar tais condutas ilegais das operadoras de planos de saúde. A enorme maioria das decisões judiciais são favoráveis aos consumidores e colaboram para que a prática reiterada de abusos seja coibida.

Acedido em: 10/04/15

<https://direitoesaude.wordpress.com/2012/11/25/principais-abusos-cometidos-contras-os-consumidores-de-planos-de-saude/>

COMO EVITAR PROBLEMAS COM O PLANO DE SAÚDE

Marília Almeida, de EXAME.com



Cartões de planos de saúde: melhorias no atendimento podem demorar e beneficiário deve se prevenir

São Paulo - A Agência Nacional de Saúde (ANS) suspendeu na última sexta-feira a comercialização de mais 123 planos de saúde no País. Apesar de a medida buscar melhorar o atendimento das operadoras para beneficiários dos serviços, quem já adquiriu o plano suspenso pode ter de encarar um processo de melhoria que pode levar mais do que o tempo do ciclo de suspensão, que dura três meses.

Isso porque a maioria das companhias continuam com o plano de saúde suspenso em mais de um ciclo de suspensão, pois a ANS não verifica melhorias durante três meses.

No 10º ciclo, dentre as 28 operadoras com produtos suspensos, 22 permaneceram proibidas de comercializar seus produtos, ou seja, 78,57%.

No 9º ciclo, realizado em maio deste ano, das 36 operadoras impedidas de vender seus produtos, 26 permaneceram proibidas de comercializar os planos, porcentual também maior do que 70%, segundo dados do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

A medida punitiva de suspensão de planos entrou em vigor há dois anos.

Portabilidade de carência pode ser solução

Caso o beneficiário esteja insatisfeito e não verifique melhorias no plano suspenso, pode pedir a portabilidade de carência, que permite utilizar os benefícios de um novo plano sem tempo de espera.

Porém, no caso de planos coletivos, que são a maioria no País, as condições para utilizar o recurso são restritas.

Para quem tem plano coletivo, a portabilidade é possível apenas em casos de demissão, aposentadoria ou liquidação judicial da empresa da qual recebe o benefício.

No caso de planos particulares, é possível portar a carência caso o beneficiário esteja adimplente, apresente os boletos de pagamento nos últimos três meses e opte por um plano similar, com valor igual ou inferior ao plano de origem, dentre outras regras.

Suspenso ou não, os planos de saúde devem sempre obedecer aos prazos de atendimento para marcação de consultas (máximo de 3 dias após o contato), exames (7 dias) e cirurgias (21 dias).

As empresas também não podem negar a cobertura básica em nenhum momento. Em caso de demora no atendimento, principal reclamação registrada na ANS, o beneficiário pode buscar a rede particular e pedir reembolso.

No caso de procedimentos de alta complexidade, é possível obter uma liminar na Justiça para liberação, explica a advogada especialista em direito à saúde, Renata Vilhena Silva.

Segundo a ANS, em nota, os planos suspensos continuam sendo monitorados e, caso os problemas persistam, além da manutenção da suspensão, a agência pode adotar a solicitação de plano de recuperação, e designar um agente para atuar junto à operadora.

Se identificar a incapacidade operacional da empresa, a ANS poderá determinar o cancelamento de seu registro ou sua liquidação.

A agência também aponta que, além da suspensão de planos, promove a mediação de conflitos, cujo intuito é resolver a queixa do beneficiário, de origem assistencial ou não, em até cinco dias úteis.

Cuidado ao adquirir o serviço

É necessária atenção redobrada ao escolher um plano de saúde.

Isso porque, a cada ciclo de suspensão de planos, novas operadoras entram na listagem da ANS. No 10º ciclo, 5 operadoras estão na lista pela primeira vez. No ciclo de suspensão anterior, 10 haviam entrado na lista.

Além disso, durante os ciclos de suspensões de planos, que começaram no final de 2011, as reclamações contra planos de saúde passaram de 2,9 mil para 13 mil, um crescimento de 77,8%.

O maior volume, de 17,5 mil, foi atingido no final do ano passado. A ANS ressalta, porém, em nota, que há meio ano as reclamações apresentam queda.

Antes de o beneficiário optar por um plano, especialistas indicam pesquisar o histórico de reclamações sobre cada operadora no site da ANS, no Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec), que reúne reclamações de todos os Procons do País; e também nos Tribunais de Justiça de cada estado.

Também vale a pena verificar o tamanho da rede credenciada do plano pesquisado. Desde o ano passado, as operadoras são obrigadas a disponibilizarem estas informações em seus sites.

Para Joana Cruz, advogada do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), o tamanho da rede conveniada contribui para falhas no atendimento.

“No site da empresa, o consumidor pode verificar se há laboratórios, hospitais e médicos perto de sua casa, quantas opções a operadora oferece e se ela tem apenas rede própria de hospitais ou instituições de renome”, diz a advogada.

Algumas operadoras também disponibilizam desde o ano passado legendas de qualificação de cada médico e hospital de sua rede conveniada, que podem auxiliar na escolha do plano.

Porém, esta exigência é facultativa, e depende de autorização dos profissionais e instituição conveniados.

Acedido em: 10/04/15
<http://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/noticias/como-evitar-problemas-com-o-plano-de-saude>

■
■
■
■
■

Assista ao vídeo, antes de redigir:

<http://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2014/11/plano-de-saude-nao-cumpre-contrato-e-deixa-consumidor-sem-atendimento.html>