

Levantamento é do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)

Agendar um exame no laboratório e descobrir que ele não está mais credenciado no plano de saúde. Marcar uma consulta, e só conseguir agendar para meses depois. Tomar um susto com o valor do reajuste do plano.

As operadoras de planos de saúde foram líderes de reclamações, segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), em nove dos últimos dez anos. Dúvidas sobre contratos, falta de informação e reajustes estão entre as principais reclamações. O país tem cerca de 50 milhões de beneficiários de planos de assistência médica.

“Aumenta muito rápido. De repente, dão dois aumentos ao mesmo tempo, tanto pela idade, quanto pelo aumento anual”, reclama a comerciante Evani Aparecida da Rocha. Para a analista de sistemas Elisabete Alexandre, o problema é o preço. “Mesmo se faz plano individual ou familiar, ou coletivo, o preço é bem salgado. É difícil manter”, aponta.

Apesar de as empresas serem obrigadas por lei a manter o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) e ouvidoria, é comum os problemas não serem resolvidos no contato direto com as operadoras de plano de saúde.

“Mesmo deixando e-mail, eles nunca fazem uma devolutiva que seria importante para a gente entender também quais são os trâmites internos deles. Você liga para o SAC, morre e ninguém sabe o que aconteceu”, acrescenta o técnico em segurança do trabalho Mateus Duarte.

O Idec orienta que, se o contato direto não resolver o problema, os consumidores devem procurar os órgãos de defesa e, em último caso, a Justiça.

“O que se espera do mercado em geral é que ele leve em consideração o que determina a lei para resolução dos problemas, e, para os contratos de planos de saúde, existem duas leis que se aplicam: a dos planos de saúde, que é de 98, e o Código de Defesa do Consumidor”, explica Marina Pauledli, advogada do Programa de Saúde do Idec.

Regulação

Pelo lado dos hospitais privados, também há reclamação em relação às operadoras. Uma pesquisa da Associação Nacional de Hospitais Privados mostra que os planos de saúde devem aos 48 hospitais associados mais de R\$ 2,3 bilhões. O número representa mais de 15% da receita bruta desses estabelecimentos. A associação de hospitais reclama que as operadoras dos planos vêm aumentando cada vez mais os prazos para pagar os procedimentos.

O setor é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estipula o teto para reajustes anuais. Neste ano, o aumento não pode passar de 9,63%, mas o índice vale apenas para quem tem plano individual. Beneficiários de planos coletivos ficam sujeitos a reajustes que podem chegar a 20% ou 30% de aumento. Por isso, a necessidade de regulação também para quem tem plano coletivo.

Em nota, a ANS informou que estuda mudanças nas regras de reajuste de planos coletivos, mas que não pretende regular da mesma forma que os individuais. A agência também monitora a garantia de atendimento.

Sobre o valor devido aos hospitais, a Associação Brasileira dos Planos de Saúde informou que as operadoras vêm fazendo análises mais amplas dos serviços já prestados, devido ao grande número de fraudes. A associação afirma que só este ano as operadoras já tiveram prejuízo operacional superior a R\$ 4 bilhões, em grande parte devido a essas fraudes. Segundo a entidade, todos os procedimentos realizados estão provisionados e vão ser pagos.

[Assista na TV Brasil](#)

Fonte: Agência Brasil, em 14.09.2023