



Melhor caminho para enfrentar planos de saúde é o Judiciário

Responsáveis por boa parte dos processos que correm na Justiça, os planos de saúde continuam entre os serviços que mais deixam os clientes insatisfeitos. Em relatório do Procon paulista divulgado em 2011, operadoras de assistência médica e odontológica aparecem entre as empresas com maior número de reclamações. Negativa de cobertura ou dificuldade para marcação de consultas, exames e cirurgias, cancelamentos efetuados no momento da realização do procedimento, descredenciamento de estabelecimentos e de profissionais estão entre as principais queixas registradas.

Na opinião de especialistas, o número de abusos seria menor se mais pessoas levassem os problemas ao Judiciário. “A maioria das pessoas lesadas não procura os meios judiciais para cobrar seus direitos, tornando assim mais rentável para as operadoras a negativa das cirurgias de alto custo”, diz a advogada **Daniela Poli Vlavianos**, sócia do escritório Poli & Associados.

Conhecer o contrato e os próprios direitos é a receita para evitar problemas, segundo a especialista. E, em caso de contratemplos, a negociação deve vir antes do confronto. “Deve-se tentar uma tratativa amigável”, opina. Mas **Renata Vilhena Silva**, sócia do Vilhena Silva Advogados, lembra que são raros os problemas solucionados antes do processo judicial. “Os planos dificilmente resolvem os problemas na esfera administrativa. Infelizmente, a solução ainda é o Judiciário.”

Pode parecer óbvio, mas manter o pagamento do plano de saúde em dia é a principal recomendação para evitar problemas. “A única coisa que dá ao convênio o direito de não atender e negar internação é a falta de pagamento”, lembra a advogada **Estela do Amaral Tolezani**. Mesmo em caso de inadimplência, contudo, ela alerta que o convênio deve enviar uma notificação ao usuário antes de suspender o serviço. “Caso o convênio cancele sem informar, o cliente deve acionar a Justiça.”

Entre os motivos que mais geram queixas está a prática de informar ao cliente, no momento em que ele recebe o diagnóstico, de que parte dos hospitais credenciados já não faz parte da rede. Estela explica que o convênio é obrigado a comunicar previamente o descredenciamento dos hospitais e substituí-los por outros de nível equivalente. “No entanto, se a pessoa está em tratamento em determinado hospital, o convênio não pode descredenciá-lo”, avisa.

A carência é outro item que está entre os líderes de protestos. Segundo a advogada, a lei autoriza que o plano exija que o usuário espere para utilizar o serviço. “Isso não é abusivo, mas, em caso de urgência ou emergência, a pessoa tem direito ao atendimento”, afirma.

Insatisfação crescente



O Procon-SP divulga anualmente o Cadastro de Reclamações Fundamentadas de consumidores. De acordo com o órgão, os principais problemas enfrentados pelos consumidores de planos de saúde são a negativa de cobertura ou dificuldade para marcação de consultas, exames e cirurgias de qualquer grau de complexidade ou cancelamentos efetuados no momento da realização do procedimento, o descredenciamento de estabelecimentos e profissionais de saúde sem a substituição por outros equivalentes e sem a comunicação prévia aos consumidores conforme determina o artigo 17, parágrafo 1º da Lei 9.656/1998. Também são muitas as queixas por falta de encaminhamento de carteiras de identificação, guias do usuário e, especialmente, dos boletos para pagamentos, impossibilitando a fruição dos serviços médicos.

Ranking de reclamações		
Posto	Plano de Saúde	Queixas
1º	Amil	181
2º	Greenline	99
3º	SulAmérica	75
4º	Unimed Paulistana	73
5º	Itália Saúde	47

Em 2011, a Amil apareceu no ranking geral de queixas do Procon em 38º lugar. No ranking específico da área, a empresa lidera com 181 protestos. O segundo lugar é da Greenline, com 99, seguida por SulAmérica, com 75, Unimed Paulistana, com 73, e Itália Saúde, com 47.

No ranking do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, os planos também se destacam entre os serviços que geram maior demanda. Eles lideraram a lista durante 11 anos consecutivos até 2011, quando, pela primeira vez, apareceram na segunda posição, com 16,02% dos casos. Entre as principais reclamações estão negativa de cobertura, reajuste de mensalidade, descredenciamento de profissionais e hospitais, dificuldade de fazer adaptação ou migração de contrato, cancelamento de contrato e demora para a realização de consultas e exames.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar publica em seu [site](#) um índice de reclamações dividido pelo tamanho das empresas. O índice é calculado com base no número de reclamações para cada grupo de 10 mil beneficiários. A marca das queixas contra operadoras de grande porte, responsáveis pelo atendimento de 67,94% dos consumidores, subiu de 0,29, registrada em dezembro de 2010, para 0,62 em abril de 2011, último mês que a agência atualizou os dados. As de pequeno e médio porte também registraram crescimento durante o mesmo período analisado.

“Os dados demonstram que algo está muito errado. Todos os órgãos registram os frequentes problemas enfrentados pelo consumidor”, comenta Renata Vilhena Silva. “A ANS foi criada em 2000 com a finalidade de controlar o setor, mas mesmo depois de mais de uma década, ela ainda não consegue cumprir seu papel.”

Date Created

04/06/2012