

 MPF Ministério Público Federal	Procuradoria Geral da República	3ª CÂMARA DE COORDENAÇÃO E REVISÃO – CONSUMIDOR E ORDEM ECONÔMICA SAF Sul Quadra 4 Conjunto C Bloco B Sala 301; Brasília/DF, CEP 70050-900, (61)3105-6028, http://3ccr.pgr.mpf.gov.br/ , 3camara@pgr.mpf.gov.br		TEXTO Nº29 Nº de folhas: 4
		NATUREZA	INFORMATIVO	DATA DE EMISSÃO 26/mar/2012
DESTINATÁRIOS: Consumidores em geral			REF./ASSUNTO: Atendimento médio e Planos de Saúde	

Atendimento médico e Planos de Saúde

Atendimento de emergência médica em pronto-socorro ocorre sempre que o médico constatar quadro grave, com risco iminente à vida do paciente. Portanto, nessas situações, a assistência médica e o tratamento devem ser imediatos.

Atendimento de urgência é quando o paciente também apresenta quadro grave, no entanto com risco apenas potencial de vida ou mesmo sem ele, que não exija, assim, atendimento imediato, mas em curto prazo¹.

Avaliação da gravidade do quadro de saúde do paciente no ato de atendimento

A distinção entre emergência e urgência é importante para estabelecer a prioridade do atendimento no dia a dia dos prontos-socorros, evitando, dessa forma, que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando.

Atualmente, em alguns prontos-socorros, o paciente passa por pré-atendimento, feito por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos), a fim de avaliar a gravidade do quadro de saúde do paciente e determinar a ordem no atendimento.

De acordo com a Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde, é proibida, na triagem, a dispensa de paciente antes que receba atendimento médico².

Atendimento de Emergência Médica coberta pelo Plano de Saúde

Em situações de emergência ou urgência as operadoras de planos de saúde não podem impedir ou dificultar o atendimento, ainda que o usuário não tenha cumprido o período de carência, de modo que não é necessária a autorização da rede credenciada.

Descredenciamento repentino de médicos, clínicas e hospitais

Se o profissional de saúde de confiança do usuário ou o laboratório onde sempre faz exames forem descredenciados e não atenderem mais pelo plano de saúde, não há problema, desde que o plano de saúde garanta o atendimento aos seus beneficiários por outros profissionais médicos, hospitais, clínicas e laboratórios. Além disso, qualquer mudança desse tipo deve ser informada ao consumidor. Em caso de mudanças que reduzam o número de hospitais

¹ <http://www.widukind.net/urgenciaemergencia.htm>
<http://jusvi.com/artigos/217>

² http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf

disponibilizados por um plano, a alteração precisa ser previamente autorizada pela ANS³.

Exigência de garantias – cheque caução

É proibido exigir do consumidor, em qualquer hipótese, cheque caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço (art. 39, V do Código de Defesa do Consumidor, art. 156 do novo Código Civil e Resolução Normativa 44 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar de 24/07/03)⁴.

A Comissão Especial Permanente (Coesp), da ANS, é encarregada de receber e apurar as denúncias relativas à cobrança indevida de cheque caução por estabelecimentos de assistência privada à saúde, imposto como garantia para o atendimento de beneficiários de planos de saúde. Quando há evidências da ocorrência de irregularidade, a Coesp encaminha o processo original para o Ministério Público, de forma que sejam tomadas as providências legais, além de divulgar o nome dos estabelecimentos no sítio eletrônico da ANS para conhecimento da população. Para denunciar, basta entrar em contato com o Disque-ANS (0800 701 9656) ou no Núcleo da ANS mais próximo à sua residência⁵.

Ressarcimento de despesas médicas

Caso não seja possível o atendimento em rede credenciada nas situações de emergência ou urgência e o consumidor pague pelo serviço, terá direito ao reembolso pela operadora das despesas efetuadas, desde que tenha contratado o plano de saúde após janeiro de 1999, consoante estabelecido pela Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656/98).

O reembolso deverá ocorrer em até 30 dias após a entrega da documentação que demonstre a despesa e não poderá ser inferior ao valor pago à rede credenciada pela operadora.

Para os contratos assinados antes de janeiro de 1999, o reembolso só será possível desde que previsto no contrato. Entretanto, mesmo que esses contratos não estejam submetidos à Lei dos Planos de Saúde, devem, ainda assim, observar as normas do Código de Defesa do Consumidor, entre elas a que proíbe cláusulas que onerem excessivamente o consumidor, por exemplo, cláusula contratual que impeça o reembolso⁶.

As operadoras com maior número de reclamações

As reclamações mais comuns dos usuários de planos de saúde referem-se ao custo das mensalidades; à demora no atendimento em prontos-socorros, laboratórios ou em clínicas médicas; ao baixo número de médicos, hospitais e laboratórios na rede credenciada; à cobrança extra, além da mensalidade, para garantir a realização de consultas, exames ou outros procedimentos; e à recusa de cobertura ou à restrição de atendimento pelo plano⁷.

As dez operadoras, de grande porte, que possuem o maior índice de reclamação são⁸:

³ <http://www.ans.gov.br/>

⁴ <http://www.idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/conheca-alguns-dos-direitos-do-paciente-que-for-internado>

⁵ <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/nossos-servicos?servicoid=27>

⁶ <http://www.proteste.org.br/planos-de-saude/em-que-casos-o-plano-de-saude-deve-reembolsar-minhas-despesas-meeacute-dicas-s454721.htm>

⁷ <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/plano-de-saude-demora-no-atendimento-e-a-principal-reclamacao-de-usuario>

⁸ <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes#>

1) PRÓ-SAÚDE PLANOS DE SAÚDE LTDA; 2) SEMEG SAÚDE LTDA; 3) EXCELSIOR MED S/A; 4) OPS – PLANOS DE SAÚDE S.A; 5) GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE LTDA; 6) PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA; 7) SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE; 8) UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO; 9) GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA; 10) UNIMED PAULISTANA – SOCIEDADE COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO

Cautela na escolha de plano de saúde

A seguir, algumas dicas que o consumidor deve observar antes de escolher o plano de saúde, a fim de evitar problemas quando utilizar seus serviços⁹:

1) verifique se a operadora está cadastrada na ANS e se possui registro. A consulta pode ser feita na página eletrônica da ANS (www.ans.gov.br), ou pelo telefone (0800 701 9656);

2) pesquise se a operadora tem algum problema financeiro ou fiscal. A consulta pode ser feita no *site* da ANS;

3) consulte, também no *site* ou pelo telefone da ANS, o Índice de Desenvolvimento em Saúde Suplementar (IDSS), que consiste na análise e classificação das empresas de acordo com a satisfação dos consumidores, estrutura de assistência da operadora, situação econômico-financeira e atenção à saúde concernente à atuação da seguradora na saúde preventiva;

4) o plano escolhido deve atender as suas necessidades e a de sua família, como preço, cobertura assistencial (o que será atendido pelo plano) e cobertura geográfica (se o plano atende apenas no município, no estado, em todo o país, ou no exterior);

5) verifique o prazo de carência (período em que o consumidor não tem direito a utilizar alguns serviços, tais como consultas, exames e cirurgias). Para a urgência e emergência o prazo máximo de carência é 24 horas, para parto 300 dias e para os demais procedimentos 180 dias;

6) analise quais as exigências que a operadora pede para autorizar a realização de procedimentos (exames, internações, cirurgias) e avalie se é simples, demorado ou desgastante, pois a burocracia em determinados tratamentos de saúde pode colocar em risco a vida da pessoa;

7) antes de assinar o contrato leia-o atentamente, principalmente quanto à política de reajuste de preços. Os preços podem variar em relação à mudança da faixa de idade e também anualmente quando é feito um reajuste em razão da alteração nos custos assistenciais da operadora.

8) ao assinar o contrato exija uma cópia e a lista dos prestadores credenciados: médicos, hospitais e laboratórios.

Iniciativas saneadoras

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em razão da ocorrência de vários casos de omissão de atendimento em serviços de saúde, que, muitas vezes, resultaram em mortes, recomendou às

⁹<http://gilbert-nascimento.vilabol.uol.com.br/planodesaude.html>

<http://sandalopesplanosdesaude.com.br/Atendimentos-de-urgencia-e-emergencia.html>

instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), à Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao Ministério da Educação e ao Congresso Nacional a adoção das seguintes medidas¹⁰:

- Garantia efetiva de atendimento a todos os cidadãos brasileiros em todas as unidades de emergência, independentemente da capacidade direta ou indireta de pagamento, mediante a implantação de acolhimento, exame clínico completo, classificação de risco, definição de tempos máximos de espera e registro sistemático dos atendimentos realizados;
- Cumprimento de critérios clínicos para a transferência de pacientes de unidades de emergência para outros estabelecimento e o registro sistemático das justificativas de remoção de pacientes, conforme protocolos e normas profissionais;
- Punição progressiva com aplicação de multas e interdição temporária ou definitiva de unidades de urgência e emergência em serviços públicos e privados que neguem ou posterguem atendimento de urgência e emergência;
- Promoção de mudanças legislativas que tipifiquem o crime de cobrança de cheque caução e reforcem a capacidade regulatória do SUS e da ANS sobre os serviços de urgência e emergência privados;
- Exigência de que os estabelecimentos de ensino de cursos da área de saúde disponibilizem serviços de urgência e emergência ativos nos quais os alunos possam adquirir a habilitação necessária;
- Divulgação ampla aos usuários dos canais de comunicação (telefone, internet, etc.) para denúncias de casos de omissão de atendimento.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 30 de março de 2010, aprovou a Recomendação nº 31, para que os tribunais adotassem medidas de auxílio aos magistrados —por exemplo, o apoio técnico de médicos e farmacêuticos— em demandas judiciais que envolvam a assistência à saúde, a fim de assegurar-lhes mais eficiência.

Além disso, O CNJ, após a Audiência Pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), para discutir o aumento das ações judiciais na área de saúde, tanto no setor público quanto no privado, instituiu, em 3 de agosto de 2010, o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde, que tem como objetivo a elaboração de estudos e a proposição de medidas e normas para o aperfeiçoamento de procedimentos e a prevenção de novos conflitos judiciais na área da saúde¹¹.

E a ANS destacou dois temas prioritários para sua atuação no período de 2011/2012: a) dar poder ao consumidor, ou seja, dar informação para escolher, cobrar o que está no contrato, qualificar a operadora e o hospital que o atenderem; b) atacar de frente o problema na demora do atendimento a paciente que necessite de procedimento, internação ou qualquer outra medida¹².

¹⁰ http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_11.htm

¹¹ <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/saude-e-meio-ambiente/forum-da-saude>

¹² <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/qualidade-da-saude/342-agenda-regulatoria-compromisso-da-ans-com-a-sociedade>