Clientes da Golden Cross serão atendidos pela rede da Amil

Usuários de planos de saúde reclamam sobre cancelamentos unilaterais

Os 240 mil clientes dos planos médicos empresariais Golden Cross passarão a ser atendidos, a partir do dia 1º de julho, na rede credenciada Amil, de acordo com comunicado conjunto das duas empresas divulgado nesta quinta-feira (6).

As empresas apontam ganhos de eficiência pela escala e pela qualidade Amil, que intermediou em 2023 mais de 80 milhões de procedimentos médicos, realizados por 20 mil médicos e serviços de saúde credenciados. Além das unidades próprias, a rede Amil inclui 12 hospitais e clínicas no Rio de Janeiro.

De acordo com o documento, esse modelo está previsto na regulação dos planos de saúde e não altera o vínculo do beneficiário com a Golden Cross. O acordo está fundamentado na resolução normativa Nº 517 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Golden suspenderá temporariamente a comercialização de todos os seus planos de saúde, a partir do dia 18 deste mês. A operadora explica que os produtos passarão por uma reestruturação devido à nova parceria.

Suspensões unilaterais

Nos últimos meses, têm crescido as reclamações de usuários de planos de saúde sobre cancelamentos unilaterais, que deixam as pessoas sem acesso à assistência médica privada. Entidades de defesa do consumidor, de pessoas com deficiência, com autismo, entre outros grupos, denunciaram esta semana, no Senado, suspensões unilaterais de planos de saúde.

Somente entre abril de 2023 e janeiro de 2024, foram registradas mais de 5,4 mil reclamações de cancelamentos unilaterais de planos de saúde no portal do consumidor.gov.br, ligado à Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon).

Clientes da Golden Cross serão atendidos pela rede da Amil

Diante da pressão social, um acordo verbal foi firmado na última semana entre parlamentares, liderados pelo presidente da Câmara, Arthur Lira (PP-AL), e empresários do setor. O acordo definiu que os cortes dos últimos dois anos devem ser revistos para pessoas com doenças graves ou Transtorno do Espectro Autista (TEA).

“Os idosos estão sendo excluídos de forma unilateral. Somos agora presa fácil para ser excluída do mercado. É descartável. E a falta de respeito está no contrato [firmado com o plano]”, ressaltou Renê Patriota, da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps).

De acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), 55% das operadoras existentes no Brasil fecharam 2023 com resultado negativo, contra 31% com resultados negativos entre 2018 e 2019. São 309 operadoras com resultados negativos hoje que estão vinculadas a 23 milhões de pessoas.

Migração para o SUS

O reajuste máximo de 6,91% para planos de saúde individuais e familiares, autorizado nesta semana pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), terá impacto direto no orçamento doméstico de cerca de 8 milhões de brasileiros, atingindo o percentual de 15,6% dos usuários de planos de assistência médica no Brasil. A medida terá validade pelo período de maio de 2024 a abril de 2025.

Para o presidente da Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética (Anadem), Raul Canal, uma vez que a realidade econômica não é das mais favoráveis para parte da população, a tendência é uma movimentação de usuários em situação mais vulnerável para a saúde pública.

“Mais uma vez, o aumento dos planos está acima dos 5%, algo que vem ocorrendo nas duas últimas décadas. Na maior parte dos casos, a revisão salarial não acompanha esse aumento, o que mostra a gravidade do cenário. Milhares de famílias terão que rever a viabilidade de manter convênio e recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS)”, avalia o especialista.

Para ele, o aumento de demanda pode gerar uma sobrecarga significativa ao SUS: “Manter o atual sistema é um grande desafio. Somado às constantes restrições orçamentárias, esse excesso contingencial pode comprometer ainda mais a qualidade dos serviços. É preciso frear aumentos desproporcionais, rever investimentos e valorizar o SUS”, avalia Canal.

Reajuste

Com a mudança, a recomendação para os beneficiários de planos individuais/familiares é que verifiquem se o reajuste praticado está de acordo com o estabelecido pela Agência Nacional de Saúde, ou seja, o percentual de 6,91%. Também é necessário atentar para o período em que o valor foi alterado, uma vez que a cobrança deve ocorrer somente a partir do mês em que o contrato completa aniversário.

“É fundamental que a população que utiliza o sistema de saúde suplementar fique atenta a essas novidades e procure saber se a cobrança que vai receber foi efetivada de forma correta. O reajuste é individual e acontece conforme o aniversário de cada plano. Já os contratos coletivos podem ser negociados livremente”, explica o presidente da Anadem, Raul Canal.

Edição: Sabrina Craide

Agência Brasil