

# Planos colocam em risco a saúde da população que paga caríssimo

## Unimed, São Lucas e Primavera desmentem rompimento de contrato. Mas plano fixa cotas mensais para médicos que atrapalham usuários

■ O “segredo” sistema de cotas dos planos particulares de Saúde está obrigando profissionais a delimitar o número de consultas por mês e, por tabela, enganando centenas de usuários.

Em Sergipe, uma recente notícia “plantada” causou alvoroço - a de que a Unimed, em um prazo de sessenta dias, deixaria de atender dois hospitais da rede particular: o São Lucas e o Primavera.

E até o Ministério Público do Estado - MPE-SE - entrou na jogada, veiculando na imprensa a existência de dois procedimentos que fazem alusão à notícia.

O primeiro, um inquérito civil público referente às queixas, que visa ao consenso entre a forma de cobrança e o equilíbrio na forma de pagamento entre hospitais e planos de Saúde.

E o segundo procedimento do MP seria uma reclamação feita pelos Hospitais São Lucas e Primavera, na qual as unidades de Saúde informam que, num prazo de sessenta dias, promoverão a rescisão dos contratos feitos com a Unimed.

Por meio de Assessorias e notas rápidas, as instituições envolvidas, São Lucas, Primavera e Unimed, logo esclareceram que a pendenga estaria solucionada. O que poucos sabem é que há, entre os planos e hospitais, uma barganha, uma espécie de cabo de guerra.

“Essa notícia de que a Unimed não iria mais prestar serviços não é verdadeira. Fazem isso para pressionar o plano de Saúde, que está mantendo um sistema inoperante. Pois existe um agendamento que não permite marcação de consultas para os próximos três meses”, diz a presidente do Sindicato dos Enfermeiros em Sergipe, Flávia Brasileiro.

“De dezembro para cá, em Sergipe, esse sistema está engessando a Saúde. E engana-se quem pensa que o problema da Saúde está somente na rede pública”, completa Flávia.

E exemplifica. “O sistema de cotas funciona assim: um ginecologista, por exemplo, só pode marcar vinte consultas. Se ele atender mais do que esse número de pacientes ele não receberá”.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Complementar, atualmente existem trezentos mil usuários de planos de Saúde em Sergipe. A maior parte dos usuários é de Aracaju, aproximadamente duzentas mil pessoas. A cada ano esse número

“O sistema de cotas funciona assim: um ginecologista, por exemplo, só pode marcar vinte consultas. Se ele atender mais do que esse número de pacientes ele não receberá”

crece cerca de 3%, o que representa 6 mil novos usuários.

Ano passado, as mensalidades dos planos de Saúde tiveram reajuste de até 176% e apenas 60% foram repassados para os médicos. Em média, as operadoras pagam entre R\$ 20 e R\$ 36 por consulta.

Flávia cita o próprio exemplo. “Sou paciente de uma médica há mais de catorze anos. Desde outubro do ano passado, eu não consigo marcar nenhuma consulta. Então, resolvi pedir meu prontuário ao hospital, para que eu possa ter o direito de

procurar outro médico”.

Se ela, que é profissional da Saúde, queixa-se, imagine aqueles que nem sequer sabem como exigirem os próprios direitos. Nem mesmo decisões passadas da Agência Nacional da Saúde Suplementar - ANS - de suspender a venda, por três meses, de 212 planos de Saúde, em todo o País, parecem ter segurado a ganância das operadoras. Pois casos de descompasso, desrespeito e descumprimento entre usuários e planos de Saúde não param de inflar as estatísticas do Procon.

O produtor musical Paulo Victor dos Santos, de 37 anos, é exemplo desde descaso da Unimed. Em setembro de 2011, um problema auditivo o levou ao primeiro médico. E aí começou o drama e a via-crúcis de Paulo Victor.

Pedaços de pele, da perna e da costela de Paulo foram arrancados pelos médicos para reconstruir a orelha. Após dez cirurgias, ele ficou praticamente aleijado e não solucionou o pequeno problema auditivo. Até hoje o plano não se propôs a resolver o caso de Paulo.

“Eles me disseram que não havia convênio no hospital



procurado. E ficou por isso mesmo. Eu tive que procurar o Sistema Único de Saúde - SUS -, pois a Defensoria Pública assim me orientou. Mas o SUS não pode fazer nada por mim, porque vim da rede particular”.

Ele, que possui o plano Unimed, com cobertura em nível nacional há mais de seis anos, nem sequer consegue conversar com a operadora. “Um médico daqui me disse que meu problema só será solucionado em São Paulo. Mas o plano, depois de ter me deixado cheio de sequelas, não quer arcar com os custos”.

Nos últimos anos, o aumento de reclamações contra as operadoras triplicou. Para testar a eficiência de cada um deles, Unimed, Hapvida, Plamed, Cassi, Amil, Allianz, Porto Seguro, entre outros, basta ligar e tentar marcar uma consulta pelo plano escolhido, e, logo em seguida, tentar marcar a mesma consulta pagando à vista. Se o pagamento da consulta por em dinheiro, imediatamente a atendente diz ter horário para o médico escolhido.

E resolver os impasses não é tarefa fácil. A presidente da Sociedade Sergipana de Pediatria, a médica Glória Tereza Lopes, argumenta que “é preciso boa vontade por parte das operadoras, para que os reajustes aos profissionais sejam repassados de maneira adequada, permitindo, assim, que os médicos mantenham a qualidade dos serviços”.

Em Sergipe, a maioria dos profissionais reclama de ataques sofridos pelas seguradoras no livre exercício da Medicina, interferência essa para redução de requerimento de exames e para diminuição de internações. E quase 78% dessas interferências acontecem pelas recusa parcial ou total dos processos terapêuticos e 75% também nos números de exames e procedimentos. ■