

Assistência Médica – Dicas para Associados da APASC

1. Objetivo:

Baseado em contribuições resultantes da experiência de diversos associados, preparamos este documento com o objetivo de ajudar os Associados da APASC a lidar com os procedimentos ligados à sua saúde e de seus familiares. Suas Críticas e contribuições também serão muito bem-vindas. Favor encaminhá-las por e-mail para apasc@apasc.com.br.

Salientamos que o conteúdo deste documento não reflete, necessariamente, a posição formal da APASC, e sempre será atualizado com base nas contribuições dos participantes.

2. O Óbvio, Saúde é Tudo:

Nesta vida recebemos apenas um corpo. É nossa obrigação tratá-lo da melhor forma possível. Como é sabido, ainda não existe tecnologia para troca e descarte de um corpo doente. A felicidade sem saúde, nossa e dos entes queridos, é muito difícil.

Iniciamos nossas “Dicas” ressaltando a importância da Saúde pois, infelizmente, apesar de toda a evolução da Ciência, ainda há pessoas que não dedicam atenção necessária a este assunto. Pesquisas mostram que, na classe média, uma grande proporção de famílias gasta mais com os seus carros e outros bens materiais do que com a saúde! Muitas vezes, os apelos publicitários e sociais pelo consumo nos levam por caminhos cuja racionalidade é questionável.

3. A Prevenção é o Melhor Remédio:

Uma alimentação saudável, em quantidades moderadas, frequentes exercícios físicos, check-ups médicos anuais bem como a ida imediata ao médico/hospital no caso de sentirmos algo estranho, são sem dúvida as melhores maneiras de cuidarmos da nossa Saúde.

Há vários registros de pessoas que tiveram os seus quadros de saúde seriamente agravados, por perderem tempo precioso indo: tomar banho, trocar de roupa ou concluir uma tarefa ao invés de se dirigirem, imediatamente, para uma unidade hospitalar de pronto atendimento.

4. Situação Atual da Saúde no Mundo:

Graças a evolução espetacular da medicina, e das melhorias no saneamento básico, a expectativa de vida do ser humano tem aumentado consideravelmente.

Entretanto, esse bem-vindo aumento na longevidade e, também, a crescente evolução tecnológica tem o seu preço. Em todo o mundo os custos com a saúde, tanto nos sistemas públicos como privados, vêm aumentando significativamente, necessitando que os orçamentos familiares sejam constantemente readequados a esta nova realidade. A não adequação de nossos orçamentos domésticos à esta nova realidade poderá impor, em médio prazo, consequências cruéis para nós e para as nossas famílias.

5. A Situação da Saúde no Brasil:

No Brasil, o problema acima, tem afetado tanto o sistema público (SUS) agravando as suas conhecidas deficiências, como também os sistemas privados, cuja regulamentação e fiscalização compete à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

As agências reguladoras e fiscalizadoras foram implantadas pelo Governo Federal, na segunda metade da década de 90, visando a regulamentação e fiscalização das empresas privadas atuantes nos principais setores da economia.

Essas agências, por concepção, deveriam ser administradas por um tripé formado pelo Governo, Entidades Privadas atuantes no setor e representantes dos Consumidores do respectivo setor, mas nem sempre os Consumidores foram claramente informados e ainda não se fizeram representar de forma atuante.

Consultas públicas são frequentemente colocadas nos “websites” dessas agências, com temas de grande importância, mas infelizmente, com baixíssimos níveis de participação dos consumidores.

No tocante a Saúde Suplementar, atualmente os regulamentos existentes para os Planos de Saúde Individuais e Familiares são razoáveis e de certa forma respeitam os direitos dos consumidores e o Estatuto dos Idosos. Já os Planos Coletivos, como o nosso, possuem uma regulamentação muito aberta (contratos comerciais) que permite que os riscos (sinistralidade) sejam repassados aos Consumidores/Usuários.

Em função do acima exposto, a oferta de novos Planos Individuais está bastante restrita, principalmente para idosos. Por sua vez, os Planos Coletivos ofertados pelas operadoras se tornaram muito mais atrativos e praticados pelas empresas.

A APASC, sempre atenta a estes movimentos, tem procurado se aproximar da ANS para melhorar a influência dos Consumidores junto desta entidade e, de alguma

maneira, atuar na regulamentação dos Planos Coletivos visando reduzir os riscos dos usuários/consumidores.

6. Como Funcionam os Planos Coletivos:

No mercado existem vários modelos de contratos para Planos Coletivos.

O mais comum considera que a operadora seja remunerada mensalmente em cerca de 30% do valor das contribuições. Caso os dispêndios sejam inferiores aos 70% restantes, esta diferença também reverte para a operadora. Caso os dispêndios excedam os 70% a diferença será considerada como “sinistralidade” e acumulada para aumento das contribuições na renovação anual do contrato. Neste modelo, a restrição e a postergação de procedimentos médico/hospitalares pode reverter em benefício financeiro para a operadora (resultando na necessidade de ações judiciais para realização de procedimentos médicos mais onerosos).

Alguns novos contratos são ofertados no mercado com baixos valores iniciais de contribuição, porém, devido à alta “sinistralidade” as contribuições terão enormes reajustes nos anos seguintes. Os Usuários ficam presos a estes contratos em função dos longos prazos de carência e de outras cláusulas de retenção (dentre elas as famigeradas “doenças pré-existent”).

O modelo de contrato utilizado pela BAT, as operadoras são remuneradas pela totalidade dos serviços prestados, acrescidos de uma taxa de administração. Nesse modelo a operadora não tem benefício financeiro quando restringe ou posterga procedimentos médico/hospitalares. A coparticipação de 25% nos procedimentos de menor complexidade é adotado como efeito moderador, visando reduzir repetições e abusos que aumentariam a “sinistralidade”.

7. As Operadoras:

Atualmente, a BAT utiliza duas operadoras: SulAmérica e a UNIMED VTRP, sendo esta última uma cooperativa de médicos com sede em Lajeado-RS, que possui contratos de serviços com as demais cooperativas UNIMED existentes no Brasil.

Através destas operadoras a BAT disponibiliza aos seus colaboradores e aposentados vários planos de saúde, do mais simples aos mais sofisticados, com nomes diferentes, com particularidades na rede de credenciados e custos distinto.

A UNIMED VTRP apresenta alta competitividade em praticamente todo o território nacional, porém a Sulamérica, em alguns locais e principalmente nas cidades de São Paulo Capital e Rio de Janeiro, possui uma melhor rede credenciada para um melhor

atendimento. Uma eventual decisão de migração possui riscos e oportunidades que precisam ser analisados com cuidado.

8. Os Planos e as Contribuições dos Aposentados da BAT:

Os Aposentados da BAT se dividem em três grupos dependendo da data em que passaram a utilizar os planos:

- a. Grupo 1 - os que se aposentaram antes da existência da FASC;
- b. Grupo 2 - os que se aposentaram após a criação da FASC e antes do marco regulatório de 15/09/2007,
- c. Grupo 3 - os que se aposentaram após 15 de setembro de 2007.

Os Aposentados do Grupo 1 tem as suas contribuições integralmente cobertas pela BAT, pagando apenas as coparticipações de 25%. Os do Grupo 2 tem as suas contribuições parcialmente subsidiadas pela BAT, e os do Grupo 3 pagam integralmente as suas contribuições seguindo a legislação mais recente.

Anualmente, em abril, é divulgado o reajuste das contribuições (considerando a inflação médica, a “sinistralidade” e outros fatores), atualizando a Tabelas dos empregados ativos e dos aposentados/ pensionistas pelo mesmo índice. Atualmente essas Tabelas estão adequadas às regulamentações da ANS. Caso algum integrante remanescente do Grupo 2 deseje mudar de plano terá que se enquadrar na nova Tabela dos aposentados/pensionistas.

9. A Escolha do Plano de Saúde:

Para as pessoas que já passaram por doenças graves, onde complexas cirurgias e longas internações foram necessárias, fica claro que o melhor Plano de Saúde é o que dá cobertura nos bons hospitais existentes na sua cidade. As redes de Laboratórios, as Clínicas e os Médicos credenciados tem importância secundária frente aos hospitais. Desta forma sugerimos que o usuário escolha o plano de menor contribuição que dê cobertura nos bons hospitais da sua cidade. De forma geral, pagar uma maior contribuição, apenas para ter um maior reembolso de alguns procedimentos/consultas, não se justifica financeiramente.

O endereço, telefone e o roteiro para acesso ao Hospital Credenciado escolhido deve ser do conhecimento de todos os familiares, bem como, o local de guarda do seu Cartão de Identificação do Plano de Saúde e Identidade.

Em algumas cidades, no caso de acidentes graves, os hospitais públicos estão melhor habilitados para fazer o pronto atendimento, ou atendimento emergencial. Nesse caso,

o paciente após estabilização de sua situação, é transferido para o hospital credenciado da sua escolha.

10. A Escolha do Médico e da Equipe Cirúrgica:

Os Planos de Saúde, mesmo os mais sofisticados, pagam valores relativamente baixos para os serviços dos médicos credenciados. Desta forma, em geral, fora algumas exceções (que existem e são preciosas!), os médicos que investiram muito em suas formações e carreiras, e que já acumularam alguma experiência, não fazem parte das listas de credenciados dos planos de saúde.

Desta forma, caso não haja uma indicação segura, sugerimos que, dentro do possível, os médicos credenciados sejam utilizados apenas para procedimentos mais simples de menor responsabilidade. Para consultas e procedimentos mais sérios devem ser utilizados profissionais, altamente qualificados, utilizando-se do plano para reembolso. Felizmente, muitos destes profissionais não credenciados, aceitam receber valor equivalente ao reembolso do plano de saúde para o procedimento realizado. É importante que esta condição seja acertada com o profissional antes da realização do procedimento, e o valor do reembolso confirmado junto a operadora. Caso o valor pago exceda o valor do reembolso, a diferença poderá ser abatida na Declaração Anual do Imposto de Renda.

Outro ponto importante, é que o hospital sendo credenciado pelo plano de saúde, não significa que todos os médicos que nele trabalham sejam também credenciados. Pelo contrário, nos hospitais mais sofisticados, as suas disputadas dependências e recursos (quartos, salas cirúrgicas, leitos de UTI, etc..), em geral, ficam reservadas para um grupo seleto de Médicos que os utilizam habitualmente. Caso o seu médico não seja deste grupo, ele dificilmente conseguirá uma vaga para você (na recepção do hospital dirão que “infelizmente estamos lotados”, e se colocarão à disposição para ajudá-lo na transferência para um hospital mais simples!). Esta, atualmente, é uma cruel característica da medicina privada no Brasil, em particular nas cidades do Rio e de São Paulo, torna muito desejável, quando possível, que sejamos clientes de médicos que tenham influência no hospital credenciado da nossa escolha.

Outra importante questão é que nestas cidades, os bons hospitais mais simples estão superlotados. Com a melhoria da renda da população e a piora dos serviços públicos, nestas cidades, um número enorme de pessoas está tendo acesso a planos de saúde nos últimos anos. Portanto, infelizmente, os nossos Associados que moram (ou que frequentemente se hospedam) nestas cidades, dentro do possível, devem utilizar planos de saúde mais abrangentes.

Apesar dos Planos da BAT possuírem abrangência nacional, recomendamos no caso de viagens, tanto internacionais como nacionais de longa distância, que sejam feitos

“Seguros de Viagem” com seguradoras renomadas, e com os valores das coberturas consistentes com os locais que serão visitados. Estes seguros, apesar de não cobrirem doenças preexistentes, garante o tratamento até que o paciente esteja em condições de ser transportado ao seu local de residência. A repatriação e outras coberturas normalmente estão incluídas, bem como o deslocamento e hospedagem de acompanhante durante o tratamento.

É importante que tenhamos, pessoalmente, um “histórico” incluindo tipos de cirurgias realizadas, tipos sanguíneo, medicamentos utilizados aqui incluídos os de uso obrigatório, e outras informações relevantes; este “histórico” deverá preferencialmente ser preparado por seu clínico.

11. Cuidados nos Casos de Hospitalização:

Mais um ponto que consideramos importante, tanto quanto a escolha do hospital como do médico mencionado acima, é que este médico conheça o seu histórico, e, idealmente, conforme mencionado acima, que seja influente (no mínimo cadastrado) no hospital credenciado da sua escolha. No caso de uma Internação, este médico poderá orientar a equipe médica do hospital (e, eventualmente, a equipe cirúrgica) analisando todas as informações e exames com autoridade e conhecimento para tomar decisões em seu nome.

É bom lembrar, mais uma vez, que a utilização de profissionais não credenciados pelo seu plano, quando solicitados, normalmente cobram como “particular” diretamente ao usuário (vide item 10 acima).

12. Coparticipação, a Responsabilidade do Usuário:

Nos Planos da BAT os usuários pagam uma coparticipação de 25% sobre vários procedimentos de menor custo. Mesmo em casos em que não exista esta coparticipação, é responsabilidade do usuário aprovar todas as despesas para evitar que erros e abusos venham a onerar os nossos Planos de Saúde indevidamente.

Os planos de saúde coletivos, como o nosso, são na realidade uma espécie de fundo mútuo, onde entram as contribuições mensais e as coparticipações e saem todas as despesas médicas. Dessa forma, quanto mais responsável for a sua utilização, menores serão os reajustes anuais.

13. O futuro da Saúde no Brasil:

Felizmente o mercado brasileiro de Saúde está atraindo várias empresas internacionais de grande porte. A médio e a longo prazo acreditamos que este mercado deverá tornar-se mais moderno e competitivo. As grandes seguradoras internacionais de saúde estão acostumadas a assumir parte dos riscos que, atualmente, no Brasil estão sendo repassados para os usuários.

Tanto a APASC como a BAT estão atentas a esta evolução e, constantemente, analisando alternativas para melhorar os seus Planos de Saúde.

14. Dúvidas e Esclarecimentos:

No caso de dúvidas, necessidade de informações e esclarecimentos sobre os Planos de Saúde e Seguro de Vida, a BAT - Central de Recursos Humanos disponibiliza o telefone: 0800 723 2221 na opção 4, e em seguida 1 (horário comercial) e o e-mail: saex.rh@bat.com

A APASC, de acordo com o seu Estatuto, deve dedicar os seus limitados recursos para assuntos Coletivos dos Associados, não possuindo infraestrutura para tratar de assuntos Individuais. Entretanto, solicitamos aos Associados que, no caso de encontrarem alguma dificuldade na utilização dos serviços de saúde, a APASC seja informada por escrito, através do e-mail: apasc@apasc.com.br. Desta forma poderemos monitorar os serviços e propor melhoras junto a BAT e eventualmente junto a ANS. Dentro do possível, as informações por escrito, devem conter as datas, os horários, o conteúdo e detalhes dos telefonemas feitos sobre o assunto para facilitar a identificação do problema, e o adequado encaminhamento da solução.

15. Bibliografia:

Livro: “Direito à Saúde e Temas Atuais” de Vilhena Silva Advogados

Livro: “Direito à Saúde Questões Atuais no Tribunal de Justiça” de Vilhena Silva Advogados

Site: www.direitoasaude.com.br

Site: www.guiasaudepopular.com.br, criado pela Associação Paulista de Medicina, patrocinado pela rede de farmácias Ultrafarma

Revistas: Diversos Artigos da “Petros e Você” da Fundação Petrobras de Seguridade Social e respectivos Encartes da AMS-Assistência Multidisciplinar de Saúde-RH-Petrobras.

Site: www.ans.gov.br

Site: www.previdencia.gov.br/previc

Diversos documentos da UNIMED e da Sulamérica.

FIM