

Plano terá que garantir médicos

ANS planeja resolução para regulamentar quantidade de profissionais credenciados pelas operadoras de saúde

■ **FABIANA PAIVA**

fabiana.paiva@extra.inf.br

■ Diante das constantes reclamações sobre a rede assistencial dos planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estuda a criação de resolução para regulamentar a quantidade de médicos oferecidos na carteira das operadoras.

A medida consiste em calcular o número de profissio-

nais de cada especialidade necessário para atender aos associados. De acordo com a assessoria de imprensa da ANS, a resolução ainda não tem prazo para ser divulgada.

Mais qualidade

Para Arlindo Almeida, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), a ANS já precisava ter baixado essa resolução, pois dela depende a

qualidade do atendimento.

— Não se pode aumentar o número de clientes, se não há capacidade para atendê-los. É preciso ter correspondência entre o número de médicos e associados — afirmou Almeida.

Segundo ele, a suficiência de rede já foi discutida, e a Abramge aguarda a posição da ANS:

— Não sei se farão uma reunião conosco ou montarão

uma comissão técnica.

Sobre as reclamações referentes à diminuição da rede dos planos, a ANS explicou que, ao descredenciar um prestador de serviço, a operadora “deverá manter a cobertura com qualidade similar, sem ônus para os clientes”. No caso de substituição, “deve incluir outro, com o mesmo padrão e serviços. E o consumidor deve ser avisado com 30 dias de antecedência”.

FIQUE POR DENTRO

SAIBA MAIS

► TROCA

A ANS afirma que a operadora deve manter a rede credenciada oferecida ao consumidor no ato da contratação. Se descredenciar um hospital ou médico, a operadora deve incluir outro com o mesmo padrão e deve informar a troca aos seus con-

sumidores e à ANS com 30 dias de antecedência. Caso haja recusa de atendimento, a operadora poderá ser punida.

► INFORMAÇÕES

Para fazer reclamações ou tirar dúvidas sobre planos de saúde ligue para o Disque ANS 0800-701-9656.

REVISTA COBERTURA

QUINTA-FEIRA, 06 DE MAIO DE 2010

Convênio: número de médicos em lei

ANS prepara novas regras para estabelecer quantos profissionais cada plano terá de ter

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prepara nova resolução para regulamentar a quantidade de profissionais disponibilizados na carteira dos planos de saúde. Trata-se de um cálculo que dirá se o número de médicos de cada especialidade é suficiente para atender a demanda de usuários das operadoras. A resolução ainda não tem prazo para ser divulgada.

Para o Procon-SP, a medida é o que falta para que haja uma melhora na manutenção da qualidade da rede assistencial. “É importante a criação de parâmetros que respondam questões como quantas clínicas de dermatologia são necessárias para 2 mil pessoas, e como que devem estar distribuídas”, afirma Selma do Amaral, assistente de direção da Fundação. Ela acrescenta que problemas relacionados à rede assistencial dos planos lideram as reclamações da área registradas no Procon, principalmente no que se refere a descredenciamento de hospitais e clínicas. “O que temos percebido com o crescente número de queixas é que, ao longo do tempo, a rede oferecida pelos planos diminui e perde qualidade.”

A professora Cláudia Fonseca teve esse problema e só descobriu quando precisou de um atendimento de emergência. “Contratei o plano da Unimed Paulistana por causa do Hospital Santa Catarina. Mas descobri por acaso que este não era mais credenciado e ainda não houve reposição por um novo parceiro da mesma categoria na minha região.”

Apesar de não abranger todas as questões relacionadas a manutenção da rede hospitalar, a Lei 9656/98, conhecida como Lei dos Planos, regulamenta questões como a de Cláudia. “De acordo com a legislação, o plano até pode descredenciar hospitais e clínicas, desde que substitua por outros equivalentes e informe o beneficiário com 30 dias de antecedência”, informa Selma, do Procon.

O oficial administrativo Paulo Bueno enfrentou um transtorno parecido com a Medial, mas não pôde cancelar o plano, pois estava passando por um tratamento. “Havia quatro postos de atendimento credenciados em minha cidade. Agora só tem um e o tempo de espera para uma consulta é de 40 dias. Até a parte pública do hospital está mais rápida”, reclama.

A lei também determina que, quando um paciente está em tratamento, o convênio deve terminar de custear o procedimento, mesmo que o hospital seja descredenciado. Apesar disso, para Selma, ainda há a necessidade de rever a regulamentação. “A **ANS** deve fixar

parâmetros para garantir que não haja queda no serviço e que as regras não se restrinjam só para hospital, e sim pra clínicas e laboratórios”.

A Unimed Paulistana informou que o descredenciamento do hospital partiu por iniciativa deste, devido a uma reforma, e que os clientes foram avisados pelo boleto bancário. Segundo a Medial, as alterações que fez estão de acordo com as determinações da **ANS**.

IDEC

QUINTA-FEIRA, 06 DE MAIO DE 2010

Idec envia reivindicações dos consumidores de planos de saúde à nova presidência da ANS

O Idec enviou uma carta à nova presidência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentando dez reivindicações dos consumidores de planos de saúde. Na semana passada o médico Mauricio Ceschin tomou posse como direto-presidente da ANS, substituindo o também médico Fausto Pereira dos Santos.

Considerando que o setor ocupa pelo décimo ano consecutivo o ranking de reclamações do Idec, na carta o Instituto, além de apresentar as demandas dos consumidores, convida a ANS a firmar um efetivo e oficial compromisso de implantação de mudanças em temas que há anos são discutidos e que pendem de solução, a fim de que se garanta o respeito ao direito à saúde dos usuários de planos de saúde - que já somam 43 milhões de brasileiros (aproximadamente 23% da população).

A carta também foi enviada ao Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, considerando a vinculação da ANS ao Ministério.

Confira abaixo as dez reivindicações dos consumidores de planos de saúde:

1. Posicionamento imediato e claro da ANS acerca da abusividade, nos termos do Código de Defesa do Consumidor, da rescisão unilateral de contratos coletivos.
2. Posicionamento imediato e claro da ANS acerca da abusividade e consequente ilegalidade de cláusulas contratuais de planos de saúde antigos que excluem a cobertura de procedimentos e doenças, conforme já reconheceu a Justiça em inúmeros casos.
3. Ampliação, ainda este ano, da portabilidade de carências em planos de saúde, sendo o patamar mínimo o fim da especificação de datas para o exercício desse direito e a ampliação para carências e cobertura parcial temporário em contratos coletivos.
4. Estabelecimento de diálogo com a sociedade em 2010 para elaboração de plano que permita, em 2011, a ampliação ainda maior da portabilidade de carências.
5. Discussão com a sociedade em 2010 e aplicação no ano seguinte de novas regras de reajuste de

planos de saúde, nas quais se contemple maior transparência no método e dados utilizados - inclusive quanto a custos das operadoras de planos de saúde - e, principalmente, a sua aplicação a contratos coletivos. Lembremos que a lei de criação da ANS (Lei 9.961/00) não exclui de sua competência regulatória nenhuma das modalidades de contratação de plano de saúde.

6. Discussão com a sociedade ainda esse ano e implantação em 2011, de nova regulamentação para casos de quebra de operadoras de planos de saúde, incluindo-se regras que garantam a continuidade dos serviços prestados, o respeito aos contratos dos consumidores e maior transparência das contas das operadoras.

7. Elaboração e ampla divulgação da Agenda Regulatória da ANS, a começar pela divulgação até 30 de junho de 2010 da agenda referente ao segundo semestre do ano. Discussão com a sociedade, inclusive com consultas e audiências públicas, da agenda regulatória de 2011.

8. Implantação em 2010 de novos mecanismos de audiências e consultas públicas, principalmente com consultas preliminares aos interessados e análise justificada do aceite ou não das sugestões recebidas - nos moldes do já implementado pela Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel).

9. Divulgação bimestral de dados acerca dos valores cobrados e efetivamente arrecadados a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como publicização em 2010 de plano de melhora nos processos administrativos recursais e intensificação da cobrança dos passivos.

10. Divulgação bimestral de dados de fiscalização, de multas aplicadas e efetivamente arrecadadas, assim como publicização em 2010 de plano de melhora nos processos administrativos recursais e intensificação da cobrança dos passivos.

Idec envia reivindicações sobre planos de saúde à presidência da ANS

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), por meio de uma carta, apresentou ao novo presidente da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o médico Mauricio Ceschin, dez reivindicações dos consumidores de planos de saúde.

Na carta constam reclamações a respeito do Código de Defesa do Consumidor, abusividade das cláusulas contratuais, portabilidade de carências, implementação de uma nova regulamentação em casos de quebra de operadoras de planos de saúde entre outras.

O Idec ratifica, ainda, uma proposta para a ANS “firmar um efetivo e oficial compromisso de implantação de mudanças em temas que há anos são discutidos e que pendem de solução, a fim de que se garanta o respeito ao direito à saúde dos usuários de planos de saúde”.

De acordo com o instituto, o comunicado também foi enviado ao ministro da saúde, José Gomes Temporão.

Dados

O setor de planos de saúde se mantém, pelo décimo ano seguido, no ranking de reclamações do Idec, informou o instituto. Atualmente, cerca de 43 milhões de brasileiros (aproximadamente 23% da população) utiliza o sistema privado de saúde.

QUINTA-FEIRA, 06 DE MAIO DE 2010

Esclarecimento TISS no que se refere à TUSS

ANS se pronuncia e fala das necessidades da TISS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez alguns esclarecimentos sobre o preenchimento das guias de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) no que se refere à Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS) como, por exemplo, deixa claro que a Associação Médica Brasileira (AMB) é a entidade autora e responsável pela elaboração da terminologia relacionada aos procedimentos médicos e ficará responsável pela indicação das inclusões, com seus respectivos códigos e descrições nos modelos estabelecidos, conforme a Instrução Normativa n.º 34, de 13 de fevereiro de 2009, e acordo firmado com a **ANS**.

Já à **ANS** cabe, por intermédio da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), disponibilizar os procedimentos em seu sítio eletrônico, após aprovação do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS) e da **ANS**.

Para a inclusão de novos procedimentos na TUSS, é imprescindível o encaminhamento, pelas entidades com essa atribuição, de formulário específico e padronizado à AMB, em respeito ao que está descrito no fluxo de inclusão de novos procedimentos na TUSS.

E ainda, a agência reguladora enfatizou que as regras de negócio em vigência para o pagamento de serviços devem ser respeitadas, inclusive no que concerne aos atributos dos procedimentos. Em relação à remuneração dos procedimentos baseados nas tabelas antigas da AMB, a **ANS** esclarece que a utilização dessas tabelas pelas operadoras de planos de saúde deve-se a uma questão contratual na qual a Agência não intervirá. Cabe ao prestador que possuir tabela própria para pagamento de serviços realizar o relacionamento de suas tabelas com a TUSS procedimentos médicos.

Deputados confirmam superlotação de hospitais da rede particular

Marinella Castro

A superlotação dos hospitais da rede particular foi verificada in loco pela Comissão de Defesa do Consumidor e do Contribuinte da Assembleia Legislativa, que visitou dois grandes hospitais da cidade, constatando a longa espera de usuários de convênios médicos. A ação foi o segundo passo de algumas iniciativas para tentar colocar fim ao chamado overbooking da saúde. O termo, emprestado da aviação, está sendo usado para fazer referência à venda de planos privados superior ao que o sistema é capaz de absorver. O resultado da visita aos hospitais, que prossegue na próxima semana, será apresentado nos próximos 10 dias à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). “Vamos exigir da ANS que a rede de atendimento seja ampliada ou que os planos interrompam as vendas até que o sistema esteja equilibrado”, alertou o presidente da comissão, deputado Délio Malheiros (PV).

A superlotação na rede privada foi denunciada em recente reportagem do Estado de Minas, que percorreu diversos hospitais de referência em Belo Horizonte, maternidades e hospitais pediátricos. A espera, em determinados casos, chega a mais de seis horas. Para evitar transtornos, alguns hospitais estão avisando aos consumidores que a espera será longa, desencorajando a consulta. A superlotação é admitida pela rede hospitalar, que em muitos casos adotou o sistema de triagem de pacientes, usado no Sistema Único de Saúde (SUS). A técnica faz dobrar ou triplicar o tempo de espera dos casos menos graves.

Há 10 anos, Belo Horizonte tinha cerca de 12 mil leitos em sua rede hospitalar, incluindo o sistema público e privado. Hoje são 10 mil. Na contramão, nos últimos três anos os planos de saúde em Minas Gerais cresceram a uma proporção de 7,7% ao ano, superando a média nacional de 5,1%, segundo números do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS). Ontem o comerciante Carlos Roberto da Silveira conseguiu internar a mãe no Hospital Felício Rocho, para cirurgia do fêmur, sem enfrentar filas. Grávida de cinco meses, a professora B.M. não teve a mesma sorte. Ela conta que na última semana peregrinou por três maternidades, conseguindo atendimento na última delas, depois de três horas de espera. “Nos plantões, só um médico atende a uma fila imensa.”

Banco do Brasil e espanhol Mapfre formam segunda maior seguradora

BB vai desembolsar R\$ 635 milhões para se associar ao grupo

Ronaldo D'Ercole

• SÃO PAULO. O Banco do Brasil e o grupo espanhol Mapfre formalizaram ontem a união de suas operações em alguns ramos de seguros, como o de veículos e vida, um negócio que resultará na segunda maior seguradora do país, com ativos estimados em R\$ 10 bilhões. A operação é mais um passo na reestruturação da área de seguros do BB, anunciada em outubro, e cujo objetivo é elevar a participação desse segmento de negócios do banco, de 13% para 24% até 2012.

O BB vai desembolsar R\$ 635 milhões: pagará R\$ 340 milhões pela participação de 30% que à Sul América tem no capital da Brasilveículos; e outros R\$ 295 milhões à própria Mapfre, para "equalizar" a participação que terá na sociedade aos ativos dos espanhóis.

Duas holdings estão sendo criadas. Uma delas (chamada provisoriamente de SH 1) reunirá as carteiras de ambos nos ramos de seguros de vida, prestamista, imobiliário e rural, e terá a Mapfre com 50,01% das ações ON (com direito a voto), e o BB, com 74% do capital total. A outra holding, em que cada um

terá 50% do capital votante, reunirá as atividades de seguros elementares e de veículos.

Essas áreas de BB e Mapfre captaram R\$ 7,6 bilhões em prêmios em 2009, o que colocaria a nova companhia no topo do ranking, tendo o Bradesco na segunda posição, com R\$ 5,7 bilhões (sem os ramos de saúde, capitalização e previdência).

— Uma das premissas (do BB) foi que para ser nosso sócio (a Mapfre) não pode concorrer nos ramos em que atuamos juntos — disse o vice-presidente de Novos Negócios do BB, Paulo Rogério Caffarelli.

Parceria entre os bancos tem prazo de 20 anos

A parceria com a Mapfre tem prazo de 20 anos e a expectativa é de que em seis meses comece a integração das áreas de tecnologia das empresas. Caffarelli estima que em maio de 2011 as novas seguradoras estejam com produtos próprios. Até lá, o BB venderá seus seguros na rede de 5.000 agências, e a Mapfre, os seus por 10.000 corretores.

— São nove empresas somados os dois grupos — ressaltou Caffarelli ao justificar o tempo da integração.

O BB havia anunciado na se-

mana passada a reestruturação da BrasiloPrevi, seu braço em previdência privada, com a ampliação de sua participação de 49% para 75% do capital, na joint-venture com a americana Principal Financial. Restam, agora, duas áreas para concluir a reestruturação nos seguros.

O banco continua negociando com a Sul América, sua sócia na Brasilsaúde, um novo modelo para a operação, que passa pela reorganização societária. Discussão semelhante à que também está em curso com o grupo Icatu, de quem o BB é parceiro na área de capitalização.

— O BB tinha uma estrutura meio envelhecida para atuar na área de seguridade — afirmou o presidente do banco, Aldemir Bendini, informando que o plano é, no futuro, ter uma única holding (a BB Seguros) que concentre todas as participações que o banco tem no setor.

O executivo confirmou que o banco espera avaliação do governo para definir que participação terá no capital do Instituto de Resseguros do Brasil.

— O país terá muita demanda por resseguros com os investimentos em infraestrutura nos próximos anos, e isso interessa ao banco. ■

FOLHA DE S.PAULO

QUINTA-FEIRA, 06 DE MAIO DE 2010

SP: Cesáreas representam 57% dos partos

Índice aceitável é de 15%, para OMS; maioria das cirurgias ocorre no setor privado de saúde, revela pesquisa da Seade

Iara Biderman

Levantamento também mostra queda na taxa de fecundidade da mulher paulista e aumento da idade média das mães. Na última década, a taxa de cesáreas em São Paulo cresceu quase dez pontos percentuais, atingindo 56,7% dos partos. A Organização Mundial da Saúde considera aceitável um índice de até 15% de cesáreas.

A maioria dos partos cirúrgicos ocorre no setor privado de saúde. "Sou diretor-clínico da Pró Matre, de São Paulo, e percebo um crescimento brutal da prática", diz o obstetra Bussâmara Neme, professor da USP, Unicamp e PUC.

O médico, que em 2009 declarou à Folha que qualquer débil mental faz cesárea, diz que a distorção no Brasil e em São Paulo é muito grande. "Todo mundo sabe que estamos fazendo cesáreas demais, e que fatores como a comodidade do médico e interesses econômicos estimulam a prática", diz.

"É claro que a natureza [da mulher] foi feita para o parto vaginal e, se as condições forem boas, é o ideal. Mas, embora a cesárea não deva ser um procedimento de escolha, há várias indicações para ela, que podem salvar a vida da mãe e do bebê", diz Sergio Peixoto, professor de ginecologia e obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC.

Ele acrescenta que o critério de 15% da OMS é "relativo".

Escalada

O número de partos cirúrgicos em São Paulo apresenta um crescimento consistente na última década: em 1998, o índice era de 48,3%, e houve crescimento de cerca de um ponto percentual em todos os anos, com exceção de 1999, que apresentou uma pequena queda, de menos de 1%, nas cesáreas. "É possível que essa diminuição tenha sido efeito de uma campanha feita na época, para estimular o parto natural. Mas foi algo muito pontual, que não reverteu a tendência ao crescimento", diz a demógrafa Lúcia Mayumi Yazaki, responsável pelo estudo da Seade.

As regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul do país sempre tiveram os maiores números de partos cirúrgicos do Brasil, superando a média nacional.

Segundo os últimos dados do IBGE (2007), a média de cesáreas foi de 46,6% no Brasil todo, mas as três regiões superaram a marca dos 50%.

Só no Estado de São Paulo, foram 55,2% dos partos, quase três vezes a porcentagem recomendada pela Organização Mundial da Saúde.

Menos filhos

O estudo da Seade também mostrou que a fecundidade das paulistas está caindo: em 2008, a média de filhos foi de 1,7 por mulher. É a metade da taxa registrada em 1980.

A Grande São Paulo foi a que apresentou a maior taxa de fecundidade, com 1,84 filho por mulher. O menor índice foi o da região de São José do Rio Preto.

A idade das mães também está crescendo. A faixa etária da maior parte das mulheres que tiveram filhos em 2008 foi a de 25 a 29 anos. Há dez anos, a maioria das parturientes tinha entre 20 e 24. O número de mulheres mais velhas tendo filhos também subiu. Enquanto em 1998, apenas 1,6% das mulheres de 40 a 44 anos teve filhos, a porcentagem subiu para 2,4% em 2008.

Entre as mulheres com menos de 20 anos, a taxa de fecundidade caiu de 20%, há doze anos, para 16%, em 2008. "Esses números também refletem a diminuição de gravidez na adolescência ocorrida em São Paulo", diz Yazaki.