

Gr.'. Secr.'. de Previdência Social do GOB-MG

Ref.: UNIMED - Esclarecimentos sobre Reajuste no contrato Uniplan

Eminente Grão Mestre Amintas de Araújo Xavier,

Adianto-me à conversa com o Poderoso Ir.'. Geraldo Cruz para apresentar-lhe alguns dados.

Estive, juntamente com os representantes das duas outras potências, em reunião com a Unimed, quando nos foi apresentada a proposta de reajuste do contrato Uniplan, módulo básico, que é datado de 1º/7/1995.

A Unimed apresentou-nos uma proposta de reajuste de 36%, equivalentes a 13,44% relativos ao IGPM do período + 22,56% relativos a desequilíbrio financeiro, o que totalizava 36%. Após as nossas ponderações acerca do impacto de tamanho reajuste, conseguimos chegar ao índice de 28%.

O desequilíbrio econômico-financeiro é apresentado pela operadora do plano de saúde, com base nas planilhas de arrecadação e de custos. **Isto é da regra estipulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar** e se baseia na necessidade de os contratos serem sustentáveis.

Por que do desequilíbrio econômico-financeiro deste contrato?

Este é um contrato antigo, anterior à lei 9656/98 (que regulamentou os planos de saúde). Os contratos anteriores à lei têm algumas particularidades: Primeiro: a cobertura era proposta conforme a conveniência da operadora; assim, era freqüente o usuário buscar por um determinado atendimento e descobrir que ele não era coberto. A lei corrigiu isto impondo, para os contratos feitos a partir da sua vigência, o rol mínimo de procedimentos, que deve fazer parte da cobertura mínima proposta por todas as operadoras. Exemplo disso são as exclusões e limitações abaixo relacionadas, presentes neste contrato, e que nos contratos atuais não podem ocorrer:

EXCLUSÕES:

- Tratamento de patologias congênitas
- Transplantes e implantes
- Cirurgia plástica não reparadoras (inclusive a mamoplastia para correção de hipertrofia mamária causando danos à coluna vertebral)
- Tratamentos psiquiátricos
- Check-up
- Tratamento clínico de moléstias infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS
- Marca-passos, lente intraocular, válvulas, próteses e órteses de qualquer natureza
- Acidentes de trabalho e suas conseqüências e as doenças profissionais
- Tratamento de doenças pré-existentes e de complicações delas decorrentes
- Radiologia intervencionista (ex: radioterapia)

Limitações:

- Ressonância Nuclear Magnética limitada a uma por ano por usuário;
- Densitometria óssea limitada a uma por ano por usuário
- Ecocardiografia (apenas a bidimensional); a ecocardiografia com doppler está excluída
- Internação em UTI limitada a 90 dias por ano, não acumuláveis de ano para ano

Como conseqüência dessas exclusões e/ou limitações, esses contratos antigos são alvos freqüentes de ações na justiça contra as operadoras (invariavelmente ganhas pelo usuário). Isto porque o usuário, a parte mais fraca da relação, a ter um atendimento proposto pelo médico e recusado pela operadora, por não ter cobertura contratual, bate à porta da Justiça para consegui-lo. Nesses casos,

se a operadora é obrigada pela Justiça a cobrir um procedimento que não estava anteriormente contratado, esse gasto, por representar atendimento efetivamente prestado, é custo do contrato (**em outras palavras, é diluído para todos na hora do reajuste**). Em outras palavras, temos um contrato cujos valores foram definidos em cálculos atuariais feitos com base na cobertura proposta, que passa a ser obrigado a ampliar a cobertura por força de decisões judiciais.

Outra particularidade desse contrato, que não existe mais, é o Plano de Extensão Assistencial. Ou seja: os usuários dependentes têm direito aos serviços contratados por 5 anos contados da data do óbito, sem o pagamento de mensalidades. Isso também é custo para o contrato, diluído para todos, e que não existe nos contratos regulamentados.

Outra: este contrato tem abrangência nacional, o que permite ao usuário utilizar os serviços fora da cidade onde tem domicílio; isto agora nem existe mais.

O contrato assim trata da questão reajuste:

Cláusula XII

12.2– As mensalidades e as inscrições fixadas em cruzeiros serão reajustadas mensalmente na mesma proporção do IGP-M divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, outro índice de correção aceito pelas partes.

12.3 – Além da atualização prevista no item 12.2 o cálculo atuarial poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, de acordo com novos entendimentos.

Alguns comentários finais:

1 - Quando da regulamentação dos planos de saúde (Lei 9686/1998), os novos contratos, regulamentados, por incorporarem uma série de obrigações para as operadoras, tornaram-se muito mais caros; muitos usuários optaram por não migrarem para um contrato regulamentado por isso;

2 – Os usuários dos contratos antigos já envelheceram 10 anos desde a regulamentação, aumentando a utilização, obviamente, sem que nenhum usuário novo tenha entrado (todos os novos usuários obrigatoriamente entraram em um contrato regulamentado).

Além disso, as seguidas ações judiciais trouxeram custos adicionais ao contrato, diluídos para todos;

3 – Tenho dito às pessoas que me pediram informação que o nosso papel nessa história foi apenas de negociar em nome da comunidade maçônica (seria inviável uma discussão da Unimed com cada um dos usuários) e que o que conseguimos foi que o reajuste não fosse totalmente repassado este ano. Fica claro que a Unimed está “bancando” a diferença não repassada, o que terá que ser compensado no próximo reajuste;

4 – Causou-me espécie a história dos 8%, primeiro, porque não temos prerrogativa para “autorizar” reajuste superior ao que seria supostamente o correto; segundo, porque o percentual está errado e a informação é resultado de equívoco. **Fica parecendo que os representantes das três potências agiram contra os maçons e a favor da Unimed.**

5 – Como conseqüência das discussões de que tenho participado em função desse reajuste, a frase que mais tenho ouvido é “a gente não recebe nada do Grande Oriente...” ou “pra que serve o Grande Oriente se quando a gente precisa a gente só leva... (o resto é impublicável). Estas são as mesmas “cabeças” que não se mobilizam para socorrer um Irmão necessitado. Desisti de tentar montar um programa que pudesse atender de forma relativamente automática aos pedidos de doação de sangue feito pelos Irmãos por absoluta falta de adesão da família maçônica ou melhor, dos nossos Irmãos que não têm nada a oferecer em doação, apenas esperam receber toda sorte de benesses. Estou muito decepcionado com esta distorção de mentalidade.

Era o que tinha a esclarecer e continuo-me de pé e à ordem.

T.'.F.'.A.'.

Paulo Alves de Oliveira – Gr.'. Secr.'. de Previdência Social