

Sem aumento no repasse para Amos, rubrica fica deficitária em R\$ 2,5 milhões, em 2014, aponta estudo

Estudo do Sintrajud aponta que se não houver aumento no repasse para Amos, rubrica ficará deficitária em R\$ 2,5 milhões

Por Caê Batista

A forma de custeio do novo plano médico, imposta pela administração do TRF-3, pode ser deficitária em 2014. É o que indica recente levantamento do Sintrajud, onde se verifica que ao longo do próximo ano faltariam R\$ 2,5 milhões para Assistência Médica e Odontológica [Amos].

Estimando a execução orçamentária de 2014, o estudo subtrai dos mais de R\$ 23 milhões da arrecadação todos os custos com plano de saúde, auxílio saúde, aquisição de material permanente, 'health' e os gastos com perícia do INSS. Veja tabela ao lado

Para o economista Washington Moura Lima, autor do levantamento, a administração pode estar considerando um possível reajuste para Amos. "Está previsto para 2014 um aporte substancial nessa rubrica, como aconteceu em 2013", explica.

Embora não exista certeza sobre o reajuste, o economista pontua que há uma movimentação dos tribunais superiores para tentar a antecipação do orçamento previsto para 2015. Essa informação foi obtida pelo Sintrajud quando estava em negociação com o Conselho Superior da Justiça do Trabalho [CSJT] por mais recursos para a saúde no TRT-2. "Caso o aporte aconteça é possível que não haja déficit", diz Washington.

Para o diretor do Sintrajud Dalmo Vieira Duarte a possibilidade de déficit na sustentação do plano médico é bastante preocupante para a categoria. Ele também critica a forma como o TRF-3 desenvolveu e impôs a forma de custeio: "Foi uma postura unilateral. A administração não ouviu os mais interessados [a categoria] e impôs um critério que prejudicou os que ganham menos".

TRF-3 impôs forma de custeio sem ouvir servidor

Em duas assembleias, a categoria aprovou pleitear do TRF-3 uma forma diferente de custeio do novo plano médico: 2% do salário bruto sobre os dependentes e 3% do salário bruto sobre os maiores de idade. Essa forma de custeio faria que aqueles que ganham menos contribuíssem com menos, e aqueles com maiores salários contribuíssem com mais.

A administração ignorou o pleito dos servidores, divulgou a tabela de custeio e impôs como data limite para adesão ao plano médico o dia 15 de julho, apesar do pedido de de prorrogação do prazo para adesão feito pelo Sindicato.

"Havia um compromisso da administração de não divulgar a tabela de custeio sem antes negociar com o sindi-

cato, mas nem isso eles cumpriram", critica Dalmo.

O sindicalista desmente o comunicado da presidência do TRF-3 onde se afirma que o Sintrajud participou de toda elaboração da contratação e custeio do novo plano médico. Segundo explica, a participação do Sindicato se restringiu a formulação do plano, afastando a coparticipação e o fim do Plano 160, que onerava os demais.

Problemas além da capital

O novo plano de saúde não foi bem recebido pelos servidores de Santos. A categoria reclamou, e a diretoria do foro encaminhou pedido ao TRF-3 para que fosse mantida a antiga operadora. A reclamação consistia no aumento abusivo dos valores e na piora considerável dos serviços, principalmente, na redução do 'hall' de atendimento.

Há casos, por exemplo, de servidores cujo gasto com plano médico vai saltar de R\$ 644 por mês para R\$ 1050. Isso tem feito muitos colegas buscar alternativas em outros planos de saúde. "Algumas operadoras de plano foram bastante rápidas em apresentar alternativas", descreve Adilson Rodrigues, coordenador geral do Sintrajud e da Fenajufe.

Servidor da Justiça Federal em Santos, Adilson critica o pesado reajuste e a piora na oferta dos serviços, que ele considera uma redução indireta dos salários. Adilson considera o prazo dado pela administração para adesão ao novo plano muito curto, ainda mais "numa época em que muitos servidores estão em férias".

RESULTADO DA TABELA ELABORADA PELO TRF	
ARRECADAÇÃO ANUAL FUNCIONÁRIOS	16.355.772,36
MENOS 317 AUX SAÚDE - MÉDIA *	(1.106.204,36)
ORÇAMENTO ANUAL **	8.414.679,00
	23.664.247,00
CUSTO ANUAL PLANO	25.538.280,00
custo total anual AUXILIO SAÚDE	399.420,00
custo total anual MATERIAL PERM	9.999,96
custo total anual HEALTH	241.618,44
custo total anual PERÍCIA INSS	36.000,00
SALDO anual	(2.561.071,40)

*Número estimado dos servidores que não optam por receber o auxílio-saúde em 2013.

**Orçamento aprovado pela Lei Orçamentária Anual para Amos

Forma de custeio do plano médico imposta pelo TRF-3 pode ser deficitária em 2014, revela levantamento



A forma de custeio do novo plano médico, imposta pela administração do TRF-3, pode ser deficitária em 2014, caso não haja aumento no repasse da rubrica Amos. É o que indica recente levantamento do Sintrajud, onde se verifica que nas atuais condições podem faltar R\$ 2,5 milhões para Assistência Médica e Odontológica [Amos].

Para o economista Washington Moura Lima, autor do levantamento, a administração pode estar considerando um possível reajuste para Amos. "Está previsto para 2014 um aporte substancial nessa rubrica, como aconteceu em 2013", explica.

Embora não exista certeza sobre o reajuste, o economista pontua que há uma movimentação dos tribunais superiores para tentar a antecipação do orçamento para a rubrica, previsto para 2015.

Para o diretor do Sintrajud Dalmo Vieira Duarte a possibilidade de déficit na sustentação do plano médico é bastante preocupante para a categoria. Ele também critica a forma como o TRF-3 desenvolveu e impôs a forma de custeio: "Foi uma postura unilateral. A administração não ouviu a categoria e impôs um critério que prejudicou os que ganham menos". Leia mais na página 4.

Saúde na UTI. Por quê?

Os planos privados viraram um grande negócio para as operadoras médico-hospitalares na última década

Por **Lúcia Rodrigues**



A receita das operadoras médico-hospitalares no país aumentou 158% ao longo de dez anos. Saltou de R\$ 28 bilhões, em dezembro de 2003, para quase R\$ 73 bilhões, em dezembro de 2012, segundo dados da ANS, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, do governo federal.

Mas o crescimento no nível de arrecadação dos planos de saúde não veio acompanhado por melhorias no atendimento aos usuários. Pelo contrário, as reclamações dos associados crescem de forma significativa.

Ter plano de saúde privado hoje, não significa garantia de atendimento rápido e de qualidade.

O tempo de espera por uma consulta especializada ou exame mais elaborado cresce a cada dia. E as reclamações dos usuários se intensificam na mesma proporção.

A voracidade com que os planos privados atuam para atrair mais associados é um dos motivos do congestionamento no atendimento dos novos e antigos usuários.

A superlotação e as filas de espera não são mais exclusividade do SUS. São uma realidade concreta dos planos de medicina privada.

O aumento no número de associados também não representou redução nos valores das mensalidades dos

usuários. Foi exatamente o oposto que ocorreu. Cada vez mais, esses valores se elevam.

Serviços mais caros e declínio no atendimento. Essa é a realidade da saúde privada no país.

E por que isso acontece? Porque os planos privados visam o lucro em primeiro lugar.

Cartéis

Uma das explicações para o aumento dos preços e a queda na qualidade do atendimento é o grau de concentração que ocorreu no setor nesse período. De dezembro de 2003 a dezembro de 2012, houve um declínio de 28,4% no número de operadoras privadas no mercado. O processo se explica pela fusão e aquisição de um grupo pelo outro.

Recentemente o ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, criticou o subsídio estatal ao setor de saúde privada. Em entrevista à revista Carta Capital, Temporão afirma que “em 2011, o volume total de subsídios ao mercado privado através de isenções e renúncia fiscal foi de 16 bilhões de reais, volume que deveria estar sendo direcionado para o setor público”, alfineta.

O valor é extremamente significativo, ainda mais se

comparado ao orçamento da União deste ano para a saúde, que é de R\$ 99,3 bilhões.

O coordenador da Frente Nacional Contra a Privatização do SUS, Francisco Batista Júnior, engrossa o coro na crítica. Segundo ele, estudo do Ipea, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, aponta que a renúncia fiscal do governo beneficiou os planos de saúde. Quase a metade dessa renúncia fiscal foi direcionada para o setor de medicina privada.

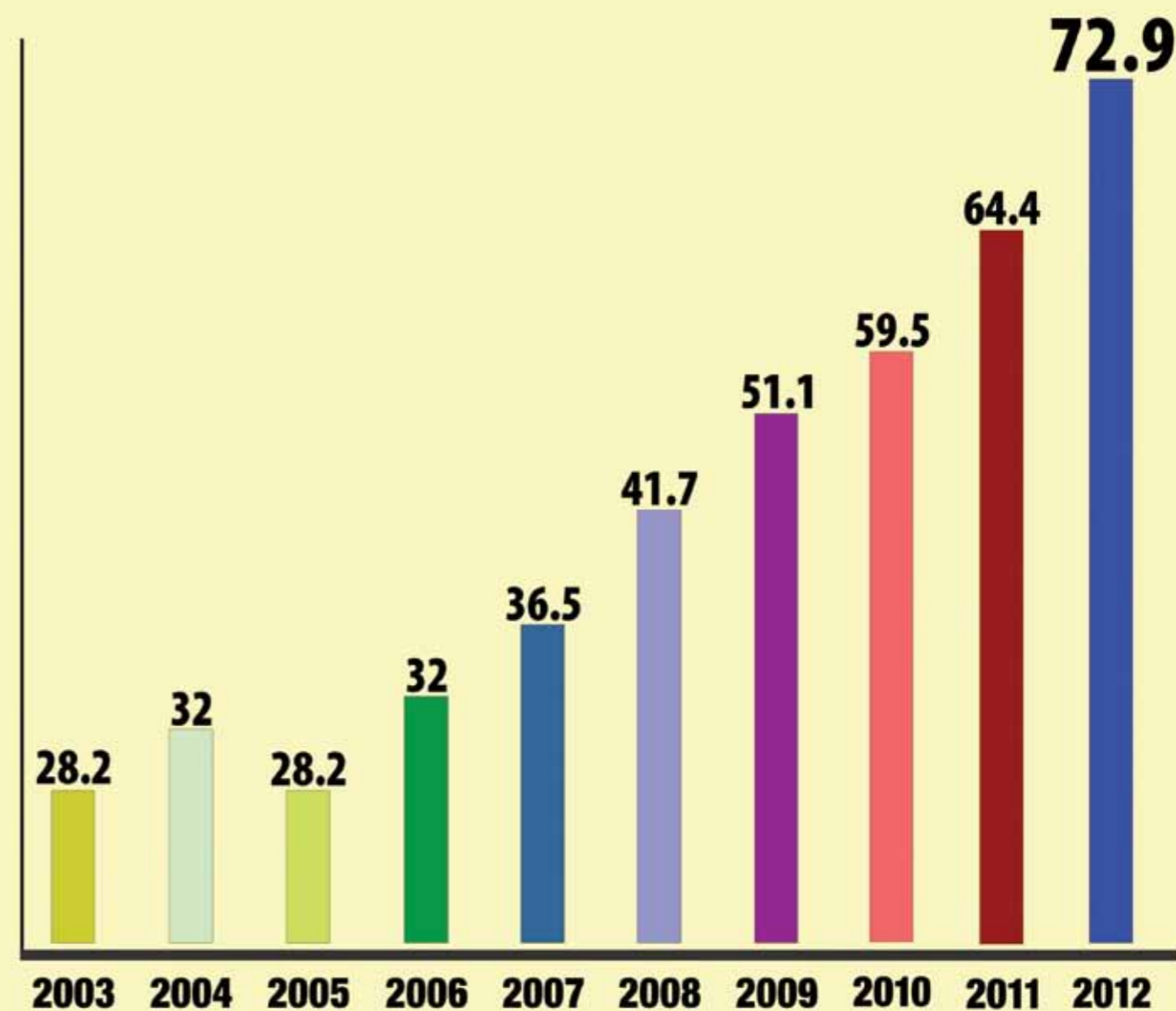
O Ministério da Saúde rebate a crítica. “Cumpre rigorosamente o que prevê a Emenda 29”, afirma a nota

enviada ao Jornal do Sintrajud.

O orçamento da saúde equivale a pouco mais de 4% do orçamento da União, enquanto que o montante repassado ao setor financeiro por meio do pagamento de juros e amortizações da dívida atinge a casa dos 44%.

O SUS é um dos exemplos mais democráticos de saúde pública do mundo. O modelo universal de atendimento é reconhecido internacionalmente. A falta de injeção de recursos acaba estrangulando o plano público de saúde que teria condições de atender a todos os brasileiros com qualidade.

Evolução da receita dos planos de saúde *



* Em bilhões de reais

A partir de 2007 as operadoras da modalidade de autogestão foram obrigadas a informar suas receitas. As de autogestão por RH não são obrigadas a enviar informações financeiras para a ANS

Fonte: Diops / ANS / Ministério da Saúde