

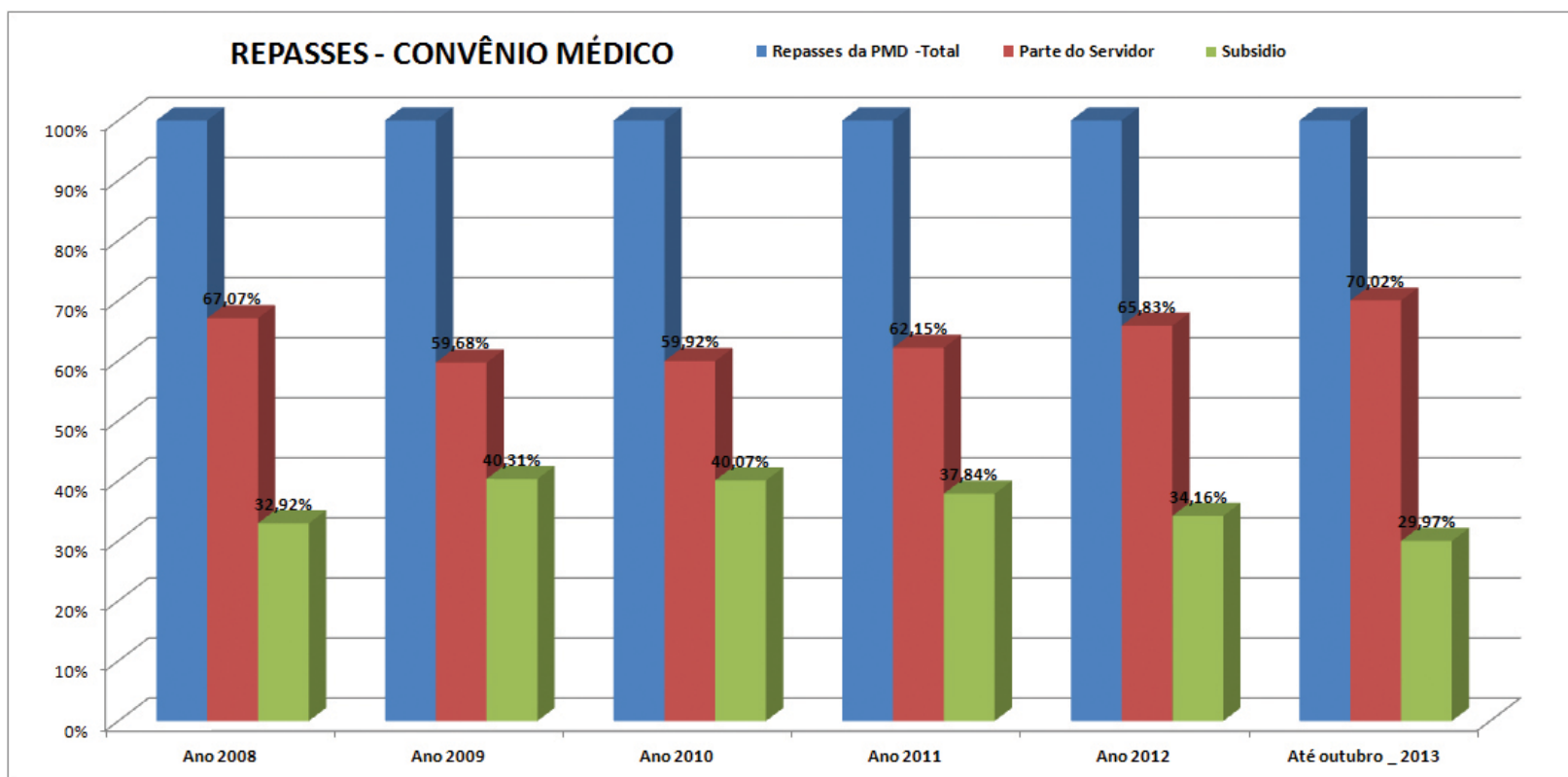
Servidor/a paga 70% do valor do convênio médico

A cada ano, os/as servidores/as municipais de Diadema pagam mais pelo convênio médico. Isso porque os planos de saúde Santamália e Inter-médica são reajustados anualmente, mas a prefeitura não reajusta o valor do subsídio.

Desde 2004, quando a Prefeitura passou a responsabilidade de contratação do convênio médico para o Sindicato, o subsídio foi reajustado uma única vez,

em 2008. Depois de muita luta e discussão com a gestão.

Em 2004, os 40 reais representavam 50% do valor do plano familiar básico. O problema é que a parte do subsídio é fixa em valor e não em porcentagem. Hoje para que seja pelo menos retomado o patamar de 50% de subsídio para o plano básico familiar, a Prefeitura tem que reajustar o subsídio para R\$ 103,61.



Com saúde não se lucra!

A direção do Sindema abomina o lucrativo e nefasto sistema de planos privados de saúde e considera uma inversão de responsabilidade gerenciar a obrigação do patrão de oferecer assistência médica aos trabalhadores. Queremos um SUS de qualidade e para todos.

É urgente abrirmos um debate sobre esta situação pois o mercado da saúde privada no Brasil está cada vez mais monopolizado e com mais sede de lucros, contando com a complacência da ANS - Agência Nacional de Saúde. Esta agência reguladora, que deveria proteger os cidadãos do apetite das operadoras, na verdade, compactua com o sistema.

No mês de março, em reunião com a presença do Prefeito Lauro Michels, colocamos o problema na perspectiva de reajuste do subsídio e da construção de uma proposta mais eficiente e que melhore a assistência médica dos servidores municipais.

Como até agora nenhum outro ponto da pauta foi atendido (além do reajuste salarial e do vale alimentação), necessitamos de muita mobilização e organização para superar esta situação. A Prefeitura precisa se conscientizar de que campanha salarial não se resume a reajuste da inflação.



Entenda o reajuste do

1 De onde vêm os convênios médicos para os/as servidores/as de Diadema?

Em 2004, depois da falência do Ipred Saúde e sucessivamente não conseguir manter contratos com operadoras, a Prefeitura livrou-se da responsabilidade pela assistência médica dos servidores municipais.

A direção do sindicato daquela época aceitou a responsabilidade de contratar planos de saúde privada para os servidores, desde que a prefeitura pagasse um subsídio que na época correspondia a R\$ 40,00 (50% do valor do plano familiar básico).

3 Quanto paga a prefeitura?

A lei que trata do convênio não prevê o reajuste anual do subsídio. Assim sendo, desde 2004, depois de muita luta e discussão com a gestão é que, em 2008, o valor subsidiado pela prefeitura passou para os atuais R\$ 64,00.

Hoje, para que seja pelo menos retomado o patamar de 50% de subsídio para o plano básico familiar, a Prefeitura tem que reajustá-lo dos atuais R\$ 64,00 para R\$ 103,61.

5 E no nosso caso, como são reajustados os planos de saúde coletivos?

O planos de saúde coletivo - que é o nosso e de mais 37 milhões de brasileiros - são reajustados de acordo com os contratos que estabelecem o aumento a partir do que chamam de "custos financeiros", ou seja, o repasse da inflação médica, e "ajuste técnico", baseado na relação entre o que foi pago e o que foi gasto.

Como os planos coletivos não têm um índice de reajuste imposto pelo governo, as operadoras de saúde ficam livres para pleitear maior índice de aumento. Elas também podem encerrar o contrato e deixar de atender aos beneficiários, desde que informem com 60 dias de antecedência.

6 Por que os preços dos planos de saúde estão aumentando?

Em 2009 e 2010, prevaleceu o reajuste zero devido a baixa inflação médica e baixa sinistralidade. Ou seja, o adoecimento e as doenças graves dos servidores e seus dependentes estavam em níveis mais baixos. A partir de 2011, verifica-se tanto uma inflação mais alta dos insumos e serviços médicos como um maior nível de adoecimento e de internações, utilização de UTIs, doenças crônicas e graves dos servidores e seus dependentes. Outro fator que encareceu o serviço foi o acréscimo de vários novos procedimentos pela Agência Nacional de Saúde. No sistema privado de saúde, uma agulha a mais significa mais lucros e consequentemente preços mais altos. A ANS acrescenta procedimentos, mas se cala quanto ao controle de preços e reajustes para os planos coletivos, que atendem a maioria dos usuários do sistema privado.

2 Por que o Sindema continua administrando os convênios médicos?

Decidimos continuar administrando esta situação por falta de alternativas concretas por parte da PMD e mediante as inúmeras solicitações da categoria para que mantivéssemos o sistema, pois a Prefeitura se mostrou incapaz de mantê-lo e, infelizmente, a saúde pública no município não consegue atender a população. Hoje, dos cerca de 7480 servidores/as, 4300, ou seja 57,5%, aderiram aos planos de Saúde do Sindicato.

4 Os jornais noticiaram que os convênios médicos teriam um reajuste de até 9% em 2013. Porque o reajuste do nosso convênio foi maior?

É que, na verdade, existem dois tipos de planos de saúde privados: os individuais e os coletivos. Os planos de saúde individuais são aqueles contratos firmados entre pessoa física e operadora de saúde. Já os coletivos são feitos entre "pessoa jurídica" (empresas, sindicatos, entidades de classe) e a operadora de saúde.

Os planos de saúde individuais são reajustados de acordo com índices estabelecidos Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para 2013, o reajuste desses tipos de planos foi limitado a 9,04%. Segundo dados da ANS, dos 48 milhões de beneficiários dos planos privados de assistência médica no Brasil, apenas cerca de 9 milhões tem planos individuais.

	SANTAMALIA - REAJUSTES	INTERMEDICA - REAJUSTES
2009	0%	0%
2010	0%	5,5%
2011	8%	7%
2012	0% para individuais e 20% para familiares	17%
2013	17%	17%

s convênios médicos

7 Como são comercializados os planos de saúde?

De acordo com a legislação em vigor, as operadoras não comercializam planos de saúde com valor "único", independente da idade como são os planos individuais oferecidos no Sindema pela Santamália. Em relação aos planos familiares, a legislação em vigor permite que os valores comercializados pelas operadoras de saúde para planos familiares sejam calculados por pessoa e por faixa etária.

8 Qual a diferença de preços entre os planos individual e coletivo contratados com a Santamália?

Se você for contratar um plano individual da Santamalia (Básico Enfermaria) fora do Sindema, vai pagar de acordo com sua idade: até 18 anos, pagará R\$ 89,45; se tiver 44 anos pagará R\$ 219,18 e assim por diante. São 10 faixas de preços diferentes conforme a idade e variam de R\$ 89,45 (de 0 a 18 anos) até R\$ 536,70 (mais de 59 anos). Veja tabela ao lado.

No Sindema o mesmo plano custa R\$ 82,48, independente da idade, sendo que deste valor total o servidor paga R\$ 18,48 e a Prefeitura subsidia R\$ 64,00.

VALORES FORA DO SINDEMA

Planos	BASIC STANDARD
Acomodação	Enfer.
00 a 18 anos	89,45
19 a 23 anos	110,01
24 a 28 anos	123,89
29 a 33 anos	137,76
34 a 38 anos	155,21
39 a 43 anos	172,64
44 a 48 anos	219,18
49 a 53 anos	266,52
54 a 58 anos	401,64
+ de 59 anos	536,70

9 Qual a diferença de preços entre os planos individual e coletivo contratados com a Intermédica?

A Intermédica não aceita oferecer planos individuais independentes da idade. Depois de muita negociação, conseguimos que a Intermédica reduzisse de 10 para 3 faixas etárias: de 0 a 43 anos, de 44 a 53 anos e acima de 54 anos.

Assim, um plano individual da Intermédica Básico Enfermaria (Max 200 Enfermaria) é comercializado no mercado pelo valor de R\$ 82,60 por pessoa até 43 anos, enquanto o valor daqui é de R\$ 79,05 sendo que o servidor paga R\$ 15,05 e a Prefeitura o restante (R\$ 64,00). As diferenças se mantêm nas demais faixas etárias. Veja tabela ao lado.

	Fora do Sindema	No Sindema
De 0 a 43 anos	R\$ 82,60	R\$ 79,05 (R\$ 15,05 servidor + R\$ 64,00 subsidio PMD)
De 44 a 48 anos	R\$ 202,32	R\$ 193,65 (R\$ 129,65 servidor + R\$ 64,00 subsidio PMD)
Acima de 49 anos	R\$ 495,44	R\$ 473,46 (R\$ 409,46 servidor + R\$ 64,00 subsidio PMD)

10 E os planos familiares? Santamália com o Sindema é mais barato do que no plano individual?

Sim. Isso porque conseguimos barrar as tentativas destas operadoras de lucrar mais, que querem que os planos familiares sejam cobrados pelo número de membros de uma família. No contrato com o Sindema, os planos de saúde familiares tem valores únicos com qualquer número de dependentes e sem faixa etária.

VALORES FORA DO SINDEMA

Planos	BASIC STANDARD
Acomodação	Enfer.
00 a 18 anos	85,89
19 a 23 anos	105,61
24 a 28 anos	118,92
29 a 33 anos	132,24
34 a 38 anos	148,98
39 a 43 anos	165,73
44 a 48 anos	210,42
49 a 53 anos	255,88
54 a 58 anos	385,56
+ de 59 anos	515,28

Exemplo: no Plano Santamália familiar básico: para uma família de 5 pessoas, sendo um casal entre 34 e 44 anos com três filhos menores, o servidor que paga atualmente R\$ 143,22 passaria a pagar R\$ 617,07, descontado o subsídio da prefeitura. Ou seja, apesar dos reajustes, a situação do custo da assistência médica do Sindicato é muito menor do que a praticada no famigerado mercado da saúde privada.

COMPARATIVO

PLANO BÁSICO FAMILIAR SANTAMÁLIA
Família de 5 pessoas (3 filhos + esposo de 44 anos + esposa de 34 anos)

FORA DO SINDEMA: R\$ 617,07

NO SINDEMA: R\$ 207,22 (R\$ 143,22 parte servidor + R\$ 64,00 do subsídio PMD)

EXPEDIENTE JORNAL DO SINDICATO é uma publicação do Sindicato dos Funcionários Públicos de Diadema.

Jornalista responsável: Daniela Stefano (MTb 27926) Diagramação: Cláudio Gonzalez (MTb 28961/SP)

Sede: Av. Antônio Piranga, 1156, Diadema, SP CEP 09911-160 — Tel.: 4053-2930 Site: www.sindema.org.br Email: sindema@terra.com.br

 facebook.com/sindema.org

Planos de saúde têm cobertura ampliada E quem paga a conta somos nós!

Por determinação do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os planos de saúde serão obrigados a oferecer mais 87 procedimentos que serão cobertos médicos a partir de janeiro do ano que vem. A regra vale para beneficiários das operadoras de saúde individuais e coletivos.

A ANS anunciou ainda que os remédios que terão de ser assegurados aos clientes das operadoras de saúde servem para 54 indicações de tratamentos contra o câncer. Também foram incluídas 28 cirurgias por videolaparoscopia – procedimentos menos invasivos que reduzem os riscos para o paciente e o tempo de internação –, radiofrequência para tratamento de dores crônicas nas costas, além de uma nova técnica de radioterapia para tumores neuroendócrinos por medicina nuclear. Também foi estabelecido o implante de esfíncter artificial para conter incontinências urinárias de homens que tiveram de retirar a próstata.

A cobertura obrigatória para consulta com fisioterapeuta também deverá se coberta pelos convênios, além de passar de seis para 12 o número de consultas e sessões com profissionais de especialidades como fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional. O governo também ampliou a indicação do exame de “pet-scan” – usado para diagnóstico de câncer. A partir de janeiro, o exame passa a ser indicado para nódulo pulmonar solitário, câncer da mama metastático e câncer de esôfago.

Segundo ANS, a principal novidade no rol de procedimentos é a inclusão de tratamento para o câncer em casa, com medicamentos via oral. Serão ofertados medicamentos para o tratamento de tumores de grande prevalência entre a população, como estômago, fígado, intestino, rim, testículo, mama, útero e ovário.

Reajustes

De acordo com a ANS, a nova medida não deve ter impacto no preço dos planos individuais, familiares e coletivos. No entanto, o órgão controla diretamente os reajustes dos contratos das operadoras de saúde pessoa física, mas não tem poder sobre pessoa jurídica – os planos coletivos, como é o nosso caso. Sobre os reajustes coletivos, a agência pode apenas sugerir-los, o que deve acontecer somente no ano que vem.

Dessa forma, os aumentos nos preços dos planos coletivos não estão descartados já que novos procedimentos impactam em custos de serviços que, direta ou indiretamente serão repassados aos consumidores.

Para as operadoras, a saúde é e sempre será uma simples mercadoria

O Brasil precisa urgentemente ampliar o investimento público e do gasto per capita em saúde. Precisamos de compromisso político real com a saúde pública e com o SUS em todas as esferas de governo. É preciso incluir as 37 milhões de pessoas cuja imensa maioria não pode continuar gastando parcela significativa dos seus salários com planos de saúde caros e, muitas vezes, de baixa qualidade.

Enquanto isso, devemos cobrar da Prefeitura que assuma a sua responsabilidade no que diz respeito à saúde integral dos servidores municipais, suas condições de trabalho e custeio dos planos de saúde.



Prefeitura ignora saúde dos trabalhadores

O aumento do adoecimento dos trabalhadores e das trabalhadoras da PMD nos últimos anos, a alta incidência de doenças crônicas como diabetes e hipertensão e de doenças psíquicas como a depressão não são características somente dos servidores municipais de Diadema.

Mas, sem dúvida o adoecimento tem relação direta com as extensas jornadas intensificadas por mecanismos perversos como banco de horas e horas extras, pressão das chefias, relações autoritárias, falta de pessoal e de condições adequadas de trabalho.

Os dirigentes da Prefeitura fingem que o problema não existe e preferem colocar a culpa nos/as trabalhadores/as fazendo injustas acusações de abuso de atestados e afastamentos médicos.

Nenhuma medida em prol da saúde dos servidores municipais é tomada, sequer são realizados os exames periódicos a que temos direito e as condições de trabalho pioram a cada ano. Esta situação precisa mudar sob pena de um verdadeiro colapso nos serviços públicos.

INFORMAÇÕES ÚTEIS

Para a adesão ao Convênio Médico, o/a servidor/a deve comparecer ao setor de Convênio Médico do Sindema e apresentar os seguintes documentos:

- CPF ■ RG ■ PIS/PASEP ■ Cartão do SUS
- Último holerite da PMD ■ comprovante de residência com CEP

Para a inclusão de **dependentes**, apresentar os seguintes documentos:

1. Esposo/a:

- Certidão de Casamento ■ CPF ■ RG ■ PIS/PASEP ■ Cartão do SUS

2. Filhos/as menores de 18 anos:

- CPF ■ RG ■ Cartão do SUS

3. Filhos/as recém-nascidos

- Certidão de Nascimento.

PERÍODO PARA ADESÃO SEM CARÊNCIA:

- Servidor/a: até 60 dias corridos da data de posse.
- Cônjuge: até 30 dias corridos da data do casamento civil.
- Recém-nascido: em até 30 dias corridos da data de nascimento.

CONDIÇÃO DE AGREGADO

Os filhos(as) /dependentes que completarem 20 anos e 11 meses devem passar para a condição de agregado caso não estejam cursando ensino superior. Nesse caso, o titular do plano deve procurar o setor de Convênio Médico no Sindema, para efetuar a transferência. Caso esteja cursando uma faculdade, deve ser apresentado comprovante de matrícula e/ou boleto de mensalidade a cada seis meses até completar 24 anos.

Setor de Convênio Médico do SINDEMA

Avenida Antonio Piranga, 1156
Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h
Telefone: 4055-4080

