

Cliente demais nem sempre faz bem à saúde

Um mercado que cresceu quatro vezes mais que o número de leitos hospitalares em 2011 e que precisa de mais credenciados para se adequar às normas do setor. Este é o novo cenário para os planos de saúde mas, ao que parece, esse nicho não têm tido o mesmo fôlego de crescimento. Estariam eles preparados para o boom de crescimento da classe média?

Não faz muito tempo, o Jornal Nacional exibiu reportagem em que demonstrava a grande quantidade de pacientes à espera de atendimento junto a quatro hospitais particulares na cidade de São Paulo. As imagens demonstraram uma visível e impactante lotação, cujo resultado não podia ser outro, senão, a falta de um bom atendimento. Na mídia social uma amiga revela muito aborrecida que não adianta manter um contrato de plano de saúde, pois, na hora que se necessita de um atendimento de emergência, enfrenta-se uma espera de longas horas – no caso dela, cinco horas em espera para ser atendida no pronto-socorro de um hospital.

Efetivamente, estamos diante de um grave caso em que os hospitais têm condições para atender a uma demanda “x”, mas fecham um contrato que

dá conta de um número bem maior de beneficiários de planos de saúde. Pelo menos no papel.

Contrato demais, capacidade de menos

O que se vê é que os hospitais vêm cada vez mais contratando o credenciamento com diversas operadoras de planos de saúde sem que tenham condições de prestar o devido atendimento.

As filas e a longa espera comprovam esta realidade!

E nada é pior do que o mau atendimento ou mesmo a falta deste. O cliente indignado reclama, e muito. E isso quando não chega a discutir com os atendentes e com os próprios profissionais da saúde que estão prestando o atendimento na unidade.

E o que já é estressante fica muito pior...

A pressão pelo pronto atendimento se transforma numa consulta inadequada, rápida e perigosa. Tanto para o médico, quanto para o hospital e mais ainda, para o paciente.

Aumenta-se drasticamente o risco de um diagnóstico errado, de um procedimento mal feito em virtude da pressa ou mesmo do cansaço do corpo clínico.

Com isso há o risco para o médico que responderá pelo seu ato. Para o hospital que responderá solidariamente com

o seu preposto. E, mais ainda para o paciente que esperava um bom atendimento e se vê em situação completamente oposta, muitas vezes com risco à própria vida.

ANS: suspender as vendas ou fiscalizar melhor?

O fato é que hoje milhões de brasileiros se valem dos contratos de planos de saúde na esperança de um bom atendimento médico quando necessário e a realidade, infelizmente, é outra.

O Sindhosp-SP, por meio de seu presidente, culpa somente as operadoras de planos de saúde por continuarem vendendo novos planos de saúde sem que os hospitais tenham estrutura suficiente para atender a demanda de novos beneficiários.

Contudo, como pode um hospital celebrar contratos de credenciamento para atendimento de beneficiários de diversas operadoras de planos de saúde sem ter estrutura para tantos atendimentos? Como é possível contratar algo que já se sabe não ser possível atender? Como contratar se não há capacidade de atendimento?

Ora, o contrato de credenciamento é bilateral. Só há credenciamento se as duas partes concordarem com seus termos.

E nessa ótica, os hospitais também têm sua parcela de

culpa. Contratam que poderão receber e atender os beneficiários de uma infinidade de operadoras de planos de saúde, quando efetivamente não dispõem de tal capacidade.

Vale dizer que com relação ao descumprimento dos prazos previstos na RN 259/2011, a ANS já suspendeu a venda de 268 planos de 37 operadoras e a mesma agência, diante das crescentes reclamações vem monitorando os atendimentos (ou a falta dos mesmos) e ameaça também com a suspensão da autorização para que as operadoras continuem a vender novos planos de saúde, medida esta tida por inadequada pela Fenasaúde.

Mas, algo precisa ser feito. O consumidor tem o direito de ser bem e prontamente atendido.

Um dos requisitos básicos para que uma operadora consiga autorização de funcionamento é que esta demonstre a sua capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados.

Assim é que a ANS tem o dever de avaliar a capacidade da rede credenciada ou referenciada, não só em razão da operadora que requereu a autorização de funcionamento, mas, de todo o mercado.

A nosso ver parece que a ANS analisa somente a rede credenciada com relação a sua capacidade de atendimento aos beneficiários da operadora de planos de saúde que requisita a

autorização de funcionamento, sem analisar se os hospitais, clínicas e laboratórios também já são credenciados de outras operadoras e com isso, em verdade, há muito já deixaram de ter capacidade de atender plenamente aos beneficiários de todas as operadoras com as quais contrataram.

Urge que a ANS tenha em mãos o conhecimento de quantos contratos foram celebrados por hospitais, clínicas e demais agentes da saúde para que possa analisar se realmente referidas empresas e prestadores têm condições de prestar os serviços que oferecem com boa qualidade e se as operadoras de planos de saúde realmente detêm capacidade de atendimento aos seus beneficiários.

Hoje, infelizmente, a situação é caótica. As operadoras de planos de saúde contratam na maioria das vezes os mesmos prestadores de serviço da saúde e que por isso não demonstram a menor capacidade para atender aos quase 50 milhões de beneficiários de planos de saúde.

**Gabriel Mesquita Rodrigues
Filho – julho/12**