

Por Fabiana Cambricoli

Ricardo Barros rebate críticas a proposta de criação de convênios médicos de cobertura restrita e diz que paciente não perderá nada, só terá atendimento mais rápido

Há duas semanas o ministro Ricardo Barros divulgou a criação de planos de saúde populares com cobertura mais básica. A proposta foi criticada por especialistas em saúde pública. Segundo eles, a ideia não aliviará a falta de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), não agilizará o atendimento a pacientes com doenças mais complexas e poderá desorganizar o sistema e atrasar o início de alguns tratamentos.

Em entrevista concedida ao Estado, Barros rebateu as críticas e afirmou que o paciente não perderá nada e terá atendimento mais rápido. Leia abaixo os principais trechos.

Qual seria a cobertura desses planos populares e como isso impactaria no SUS?

Quanto mais pessoas tiverem pagando saúde suplementar, mais dinheiro teremos na saúde brasileira. Então, obviamente, quanto mais investimento na saúde, melhor resultado nós vamos ter. Só estou propondo flexibilização na regulação para que as empresas possam lançar no mercado planos com cobertura diferenciada e, evidentemente, preços interessantes.

Quase metade do orçamento do ano passado do ministério foram com ações de média e alta complexidade, que não estariam cobertas por planos mais simples. Tendo em vista esses números, como os planos de cobertura restrita dariam um alívio para o SUS se eles cobririam justamente os procedimentos mais baratos e deixariam os mais caros para a rede pública?

Porque os procedimentos mais baratos você está com a tabela defasada há muito tempo, e precisamos reforço nessa prioridade de atenção básica.

Mas as ações de atenção secundária e terciária também estão com valores defasados...

Nem todas. Tem algumas com preços superiores aos que os planos pagam.

No caso de um plano popular de cobertura mais básica, se houvesse uma situação em que o paciente precisasse de tratamento mais complexo que não fosse coberto, como o oncológico, isso não o prejudicaria?

Todos os brasileiros têm direito à cobertura do SUS. Se ele não tiver plano, tudo dele será SUS. Se ele tiver plano, parte dele será SUS. Se ele tiver um ótimo plano, nada dele será SUS. Então, o que acontece é que, de qualquer forma, tudo que entrar, entra para aliviar o SUS.

Mas especificamente nessa situação, se no meio do caminho o paciente descobre a doença, ele não teria que voltar ao SUS para conseguir um encaminhamento da rede pública? Porque ele não conseguiria se tratar no SUS com encaminhamento do convênio...

Se ele tiver um diagnóstico de câncer, ele vai procurar um encaminhamento da rede pública para fazer o tratamento.

Mas isso não atrasaria o início do tratamento?

Ele não perdeu nada, ele só descobriu que tinha câncer mais cedo e vai sarar mais cedo, vai ter mais chances de cura. Mas que mania vocês têm de ficar procurando defeito nas coisas. Se a pessoa tem acesso à consulta especializada primeiro, se descobre que tem câncer antes, é ruim

para ela, por acaso?

Não estou falando a minha opinião, estou falando o que alguns especialistas da área de saúde pública estão argumentando...

Você não tem nenhum especialista a favor do plano popular? Nenhum a favor ou você não quer ouvir os que são a favor? Vocês estão criando um falso dilema. Eu estou absolutamente certo do que estou falando e quem quiser discordar, discorde, mas eu vou fazer igual. Não é possível que vocês não consigam entender que todo dinheiro que entrar a mais na saúde é bom para a saúde. Qual é o defeito? Se eu tiver um plano só de consulta especializada, e eu precisar da consulta e tiver consulta de imediato, que o SUS eventualmente demoraria alguns dias, o que tem de ruim nisso? Procura algum especialista isento, que não seja ideológico, que saiba fazer conta, que tenha o mínimo senso de matemática.

Estou falando com vários especialistas, com professores universitários...

Professor universitário não entende nada de mercado.

Eles dizem que precisam entender melhor sua proposta, ter mais detalhes...

Não tem como entender a proposta porque quem vai fazer a proposta é o mercado. A minha única proposta é botar mais dinheiro na saúde. Eu não vou definir o plano. Quem vai definir são os interesses de mercado. Não é meu papel desenvolver plano, saber qual é a cobertura, nada disso. Estou dizendo que vou propor para flexibilizar a regulação para que mais pessoas possam ter cobertura.

Mas esses planos mais simples não gerariam uma quebra na linha de cuidado ao fragmentar os níveis de atenção, ao fazer que a pessoa volte para a fila do SUS quando o plano não cobrir determinado procedimento?

Não tem quebra de linha de cuidado nenhuma. A pessoa não vai ficar na fila de espera porque ela já está diagnosticada. O sistema pode não ser o melhor do mundo, mas não é burro. Então a gente tem uma noção de prioridade. Essa burocracia que você está desenhando não está no mundo real. Ela não é assim no mundo real. As pessoas têm bom senso.

Fonte: [O Estado de S. Paulo](#), em 16.07.2016.