

O Brasil ainda é referência internacional em saúde pública para países que buscam sistemas com equidade e integralidade, conforme afirmou o Banco Mundial, por ocasião dos 25 anos de SUS. Isso a despeito de todas as dificuldades políticas, econômicas e sociais.

A constatação alvissareira, no entanto, não condiz com a proposta do Ministério da Saúde de criar planos privados teoricamente acessíveis a parte da população. O alvo são os cidadãos com rendimentos insuficientes para adquirir um plano nos moldes dos atuais, com cobertura integral.

Tal propositura busca reduzir o contingente de pessoas que dependem exclusivamente do SUS. É mudança significativa em nosso modelo de assistência, priorizando o sistema suplementar em detrimento do público.

É preocupante que a parte mais onerosa do sistema, ou seja, os procedimentos de alta complexidade, de maior impacto nas contas públicas e que são objetos da maioria dos processos judiciais, mantenha-se unicamente a cargo do Estado. Essa fórmula se configura excelente negócio apenas às empresas, que aumentarão as fontes de lucro e terão riscos bem reduzidos.

As propostas do grupo de trabalho do Ministério da Saúde apontam para a formatação de dois modelos de planos: um somente ambulatorial, excluindo procedimentos de alta complexidade, quimioterapia, urgências e emergências e hospital dia. Outro, ambulatorial e com internação, exclui também alta complexidade, reduzindo a cobertura assistencial por meio da criação de novo Rol de Procedimentos.

Contempla ainda a possibilidade de aumentar os prazos estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para consultas, internações e cirurgias; reajustes anuais não definidos pela ANS, e sim baseados em planilhas de custos das empresas; e introdução de protocolos clínicos de uso obrigatório.

Um grave retrocesso, pois segmentará a assistência à saúde, condição esta rejeitada quando da promulgação da Lei 9.656/98. Aliás, isso se deu exatamente por ser inexecutável a segmentação do atendimento ao ser humano.

Com produtos assim, o consumidor não saberá o que exatamente está adquirindo, considerando os milhares de procedimentos hoje existentes na prática médica, além de avanços tecnológicos e científicos que diariamente introduzem inovações na assistência à saúde.

Como lidar com as pessoas portadoras de uma determinada doença, em tratamento junto ao seu plano de saúde e que, em um dado instante, apresentam complicações, exigindo procedimento que foi excluído? Deverão elas se dirigir ao SUS e percorrer um longo caminho até conseguir acesso? E quanto ao agravamento da condição de saúde nestas circunstâncias?

A rede suplementar está inserida na Constituição Federal como parte integrante de nosso sistema de saúde e, portanto, tem responsabilidade com o atendimento integral aos cidadãos que dela dependem.

Para o médico que vier a trabalhar nesse modelo, o exercício da profissão se tornará extremamente vulnerável, já que terá cerceada sua autonomia por imposição de “protocolos”. Ele se verá na condição de ter limitadas suas possibilidades de orientação diagnóstica e terapêutica pela exclusão contratual de inúmeros procedimentos.

O cenário que se vislumbra é de enormes dificuldades para profissionais de saúde e consumidores, além de uma afronta aos direitos previstos na Legislação, no Código de Defesa do Consumidor e nas inúmeras resoluções normativas da ANS.

Fonte: [APM](#), em 08.03.2017.