

Por Daniel Mello

Entidades médicas e de defesa do consumidor lançaram hoje (7) um manifesto contra a proposta de planos de saúde populares. Um grupo de trabalho (GT) criado pelo Ministério da Saúde elaborou [uma série de propostas de coberturas de baixo custo](#) que foram enviadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo o ministério, o objetivo é dar uma alternativa aos cerca de 2 milhões de pessoas que perderam os planos ao ficarem desempregados nos últimos anos. Foram ouvidas, de acordo com a pasta, mais de 20 instituições ligadas ao setor. As propostas apresentadas trazem a possibilidade de uma cobertura focada no atendimento básico, participação do segurado em procedimentos de maior custo e rede de atendimento regional.

A ideia é oferecer [planos de saúde com menos serviços ofertados](#) do que o que foi definido pela ANS como cobertura mínima obrigatória e, assim, baratear os custos.

### **Falta de transparência e baixa cobertura**

Uma das principais reclamações das organizações que assinaram o documento, divulgado hoje na sede do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), é a falta de transparência no processo de elaboração das propostas.

“Não existe transparência no que está sendo discutido internamente”, destacou a coordenadora institucional da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (ProTeste), Maria Inês Dolci. O texto diz que o grupo de trabalho encerrou as atividades sem encaminhar para os próprios membros do GT os resultados das discussões.

O modelo encaminhado à ANS não atende, na visão das entidades, as necessidades dos segurados. “Existem algumas questões que vão dificultar o entendimento do consumidor, que vai pagar um plano e não vai ter o atendimento.”

A rede regionalizada também é uma preocupação da Proteste. “Não adianta aceitar que as empresas vão oferecer os planos, se não vão ter redes de atendimento. Além disso, as exclusões [de cobertura de procedimentos] são enormes”, enumerou Maria Inês.

O presidente do Cremesp, Mauro Aranha de Lima, destacou que o modelo proposto concentra a parte mais cara do atendimento em saúde no sistema público e deixa as operadoras com a parte menos custosa, a atenção básica. Na opinião dele, o problema fica ainda maior devido à [emenda à Constituição que limita as despesas do governo federal](#) aprovada no ano passado. “O SUS tem problemas de financiamento muito graves, agravados mais ainda pela emenda constitucional que congela o financiamento por 20 anos”, ressaltou.

O documento diz que as propostas vão contra a regulação estabelecida pela Lei 9.656 de 1998. “Quando as empresas limitavam dias de internação, doenças pré-existentes e excluíaam várias doenças e procedimentos do rol de cobertura, prejudicando os usuários e favorecendo o lucro fácil das operadoras”, disse o presidente do Cremesp.

Para o presidente do Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo, Eder Gatti Fernandes, as fórmulas apresentadas pelo grupo de trabalho podem atrapalhar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ele explicou que como o foco dos planos de baixo custo está nos procedimentos menos complexos, quando um paciente demandar tratamentos mais difíceis, ele terá de passar novamente pelas

etapas iniciais do atendimento público. “Ele faz diagnóstico que demanda um tratamento caro, aí ele tem que voltar ao Sistema Único de Saúde. Ou seja, contribui na desorganização do sistema”, destacou.

**Usuários protegidos**

O Ministério da Saúde afirma que “nenhuma das propostas interfere no direito de qualquer cidadão brasileiro acessar a rede pública de saúde, tendo ele plano de saúde ou não”. Além disso, o órgão destaca que os contratantes de planos estão protegidos pelos mecanismos de defesa do consumidor.

**Fonte:** Agência Brasil, em 07.04.2017.