



Planos de Saúde com cobertura reduzida

IDEC e ABRASCO irão à Justiça contra a proposta do Ministro da Saúde. Entidades alertam para a situação de insegurança e desassistência a ser criada, ainda pior que a vivida por boa parte dos 52 milhões de brasileiros que têm planos de saúde

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) pretendem mover ações judiciais caso o governo federal autorize a venda de planos de saúde de cobertura reduzida ou segmentada.

No dia 6 de julho, em audiência no Senado Federal, o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, anunciou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) poderá liberar nova modalidade de planos de saúde, de menor preço, mas com restrições de serviços e atendimentos, piorando a cobertura mínima atualmente exigida.

É falso o argumento do Ministro de que a venda de “planos populares” irá “aliviar” o Sistema Único de Saúde (SUS). Ele ignora que no momento de recessão, desemprego e inflação, o que a população mais precisa é de proteção social e, portanto, de mais investimentos no SUS. Ele também desconhece a triste realidade dos usuários de planos de saúde, em especial daqueles que hoje adquirem os planos “falsos coletivos”, os de menor preço e de rede credenciada restrita, que proliferam por causa da fraca atuação da ANS.

Os planos de saúde já cometem muitos abusos: negações e exclusões de cobertura, barreiras de acesso para idosos e doentes crônicos, reajustes proibitivos e rescisões unilaterais de contratos, demora no atendimento, número de médicos, hospitais e laboratórios incompatível com as demandas dos usuários, baixa qualidade assistencial e conflitos na relação entre planos e prestadores de serviços.

Os planos populares, de qualidade inferior, irão agravar essa situação. As ações judiciais contra planos de saúde, que tiveram crescimento exponencial nos últimos anos, irão aumentar ainda mais. Esses planos não irão cobrir os tratamentos mais caros e complexos, e irão excluir os doentes crônicos e idosos, que terão que buscar atendimento no SUS.

Como os riscos de adoecimento são imprevisíveis, estarão em jogo a saúde e a vida de pacientes que necessitem de assistência além da “cesta básica” oferecida pelos “planos populares”.

A autorização da venda de “planos populares” visa apenas beneficiar os empresários da saúde suplementar, setor que hoje movimenta R\$ 125 bilhões por ano e já é privilegiado pela renúncia fiscal no cálculo de imposto de renda, por isenções tributárias, créditos, empréstimos e parcelamentos de dívidas a perder de vista.

Há graves conflitos de interesse. O ministro interino teve sua última campanha a deputado federal em parte financiada por dono de plano de saúde. O atual presidente da ANS já presidiu entidade representativa dos planos de saúde, quando ajuizou ações contra o ressarcimento (o pagamento ao SUS toda vez que um cliente de plano de saúde é atendido na rede pública).

Além dos “planos populares”, o Ministro defende a diminuição do SUS, quer impedir o direito dos cidadãos de mover ações judiciais contra os planos de saúde e quer reduzir o valor das multas aplicadas pela ANS às empresas.

Nenhum sistema público universal, em nenhum país do mundo, adota “planos populares” privados como alternativa para a organização da assistência à saúde.

Tal medida, juntamente com a redução e desvinculação do financiamento público, poderá inviabilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à saúde - inscritos na Constituição Federal.

Exemplos de retrocessos que poderão se concretizar, em prejuízo dos cidadãos, caso seja aprovada a venda de “planos populares”

O que prevê a legislação atual dos planos de saúde	O que pode acontecer nos “planos populares”
REDE CREDENCIADA Os planos devem manter rede de hospitais e laboratórios para atender, em curto prazo, em todas as especialidades, toda doença ou problema de saúde	Redução da rede credenciada, com negativas de atendimento, longas filas de espera para consultas, exames e cirurgias
MÉDICOS Os planos pagam em média R\$ 50 por consulta médica, o que tem afastado muitos médicos dos convênios.	Diminuição desse valor, com perda na qualidade do atendimento e menos opções de médicos, principalmente especialistas
DOENTES CRÔNICOS E IDOSOS Ninguém pode deixar de ser atendido por plano de saúde em função de doença ou idade	Possibilidade de não aceitação de idosos ou doentes crônicos, ou criação de barreiras para limitar o atendimento
CONSULTAS, PROCEDIMENTOS E INTERNAÇÃO São ilimitados todos os procedimentos, consultas e dias de internação, inclusive em UTI	Limitação do número de consultas médicas ou dias de internação por ano

DOENÇAS PREEEXISTENTES OU CONGÊNITAS As operadoras são obrigadas a tratar pessoas com doenças preexistentes ou congênitas.	Os contratos poderão excluir essas coberturas
AIDS E CÂNCER A cobertura para essas doenças é obrigatória	Os contratos poderão excluir essas doenças
QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, HEMODIÁLISE E TRANSFUSÃO Cobertura obrigatória, em nível ambulatorial ou hospitalar	Os contratos poderão excluir totalmente esses procedimentos
TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS A Lei prevê o atendimento a portadores de transtornos mentais, dependentes químicos e até lesões decorrentes de tentativas de suicídio.	Os contratos poderão excluir todos os atendimentos em saúde mental.
ÓRTESE E PRÓTESE É obrigatória a cobertura de órteses, próteses e seus acessórios, ligados ao ato cirúrgico	Os contratos poderão a excluir órteses próteses
FISIOTERAPIA Cobertura obrigatória e em número ilimitado.	Poderá ser excluída a cobertura, ou limitado o número de sessões
TRANSPLANTES Obrigatória a cobertura de transplantes de rim, medula e córnea.	Poderá haver exclusão de todos os tipos de transplante

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - www.idec.org.br

Associação Brasileira de Saúde Coletiva - www.abrasco.org.br

Contatos para entrevistas:

IDEC: (11) 3874-2161 ou 3874-21-62 e-mail: imprensa@idec.org

ABRASCO: (21) 2560-8699 ou (21) 976721641 e-mail: comunica@abrasco.org.br