

Saúde pela metade



Com o objetivo único de aumentar a lucratividade, as operadoras de plano de saúde estão pleiteando autorização do governo no sentido de oferecer um novo serviço, restrito à população de baixa renda, especificamente para as classes C e D, com cobertura apenas para consultas e exames pouco complexos.

A reivindicação partiu da Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas de Minas Gerais, com respaldo da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). Além da redução da oferta de atendimentos obrigatórios, como tratamento de câncer, hemodiálise e internações complexas, entre outros, querem o fim do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. Pela lei, esse ressarcimento deve ocorrer sempre que um cliente de plano de saúde é atendido pela rede pública e não pela rede credenciada da operadora. Porém, desde 1999, quando o ressarcimento foi iniciado, até o fim de 2005, as operadoras pagaram R\$ 70,2 milhões em atendimentos ao SUS, mas o valor apurado pela ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar é bem maior: R\$ 349,8 milhões.

A Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Paulista de Medicina, além da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Pro Teste) e o Procon-SP divulgaram nota (ao lado) condenando a proposta.

Para o presidente da AMB, José Luiz Gomes do Amaral, o rol de procedimentos amparado pela legislação atual é inegociável, não podendo, em hipótese alguma, ser reduzido, mas apenas atualizado com as novas técnicas científicas.

“É uma proposta indecorosa, pois seria impossível a prática da medicina da maneira segmentada que está sendo proposta”, afirma o presidente da AMB. Para exemplificar, questiona como ficaria o atendimento a um paciente com suspeita de infarto do miocárdio, que necessitasse, portanto, de um eletrocardiograma não permitido pelo plano.

“É um sinal perigoso, porque a segmentação significa oferecer menos serviços. Seria um retrocesso, depois que conseguimos garantir o atendimento mínimo. As empresas que oferecem serviços ruins têm que sair do mercado”, completa a coordenadora jurídica da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor- Pro Teste, Maria Inês Dolci.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar também não concorda com a proposta. Informou que apesar de as operadoras alegarem dificuldades financeiras, o número de usuários cresceu 10% nos últimos dois anos, atingindo hoje 42 milhões.

Comunicado

A Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Paulista de Medicina, a Pro Teste - Associação Brasileira de Defesa do Consumidor e o Procon-SP vêm a público condenar proposta apresentada por empresas de planos de saúde, ao Ministério da Saúde, de reduzir o leque de serviços, para baixar eventuais custos.

As entidades são contrárias à flexibilização, assim como condenam veementemente outra sugestão das intermediadoras de saúde: a de acabar com a obrigatoriedade de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos casos em que usuários utilizam a rede pública para serviços garantidos em contrato.

Empresas de planos de saúde já contabilizam uma dívida milionária com o SUS, o que é inadmissível, especialmente tendo em vista que tais recursos deveriam ser empregados para melhorar o atendimento aos 140 milhões de brasileiros que recorrem ao Sistema Único de Saúde.

Registramos, por fim, que a busca pelo oferecimento de planos mais acessíveis é um dever de todos os agentes do setor. No entanto, não pode ferir direitos adquiridos nem atentar contra o atendimento integral, e muito menos ser usada para maquiagem tentativas que visam meramente reduzir custos.

O direito à saúde constitucionalmente assegurado como fundamental é dever do Estado, portanto, serviço público essencial, facultado à iniciativa privada, o que equivale a dizer: não se trata de atividade meramente comercial em busca do lucro.

Associação Médica Brasileira

Conselho Federal de Medicina

Associação Paulista de Medicina

*Pro Teste - Associação Brasileira de
Defesa do Consumidor*

Procon-SP

Radioisótopos: fim do monopólio

Foto: Márcio Arruda/CFM



Sessão solene no Congresso Nacional: aprovação da EC 49

No dia 8 de fevereiro, em sessão solene, o Congresso Nacional concedeu uma vitória esperada há três anos pela medicina brasileira, ao promulgar a Emenda Constitucional 49, permitindo à iniciativa privada produzir e comercializar radioisótopos de meia-vida igual ou inferior a duas horas. Essas substâncias são usadas na medicina para detectar, em estágio inicial, doenças inflamatórias, neurológicas, metabólicas e infecciosas, câncer e problemas cardíacos.

Os presidentes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina, José Luiz Gomes do Amaral e Edson de Oliveira Andrade, respectivamente, representaram a classe médica na sessão, assim como o ex-presidente da AMB, Eleuses Vieira de Paiva, especialista em Medicina Nuclear; o 1º secretário da entidade, Aldemir Humberto Soares; José Carlos Almeida, da Sociedade Brasileira de Urologia; e Vera Guimarães, da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

“Meia-vida curta significa que essas substâncias se deterioram rapidamente,

por isso precisam ser produzidas próximas aos pacientes”, explicou Aldemir Soares, que também presidiu o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem de 1999 a 2005. O 1º secretário da AMB contou que o pet-scan, uma das técnicas mais modernas de diagnóstico, hoje está disponível apenas em alguns hospitais de São Paulo e do Rio de Janeiro, justamente pela escassez dos radioisótopos. “A Emenda 49 cria um mercado competitivo nesta área, que envolve altos custos e não precisará mais se limitar aos recursos do governo”, completou Aldemir Soares.

O novo dispositivo da Constituição exclui do regime monopolista da União apenas uma pequena parcela de materiais radioativos, destinada a uso médico, agrícola e industrial. Com isso, a EC 49 possibilita o desenvolvimento tecnológico nacional na área da saúde e afins, sem prejuízo para a segurança da utilização da energia nuclear. Aprovada pelo plenário da Câmara dos Deputados no dia 1º de fevereiro por larga maioria, a proposta tramitava no Congresso desde março de 2003.

AMB representa a classe no Conselho Nacional de Saúde

Em 2006, o presidente da AMB, José Luiz Gomes do Amaral, será o representante das entidades médicas no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atualmente, o CNS conta com 40 membros, sendo que a classe médica é representada pela Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos, em sistema de revezamento a cada ano nas funções de titularidade e suplência. Este ano o titular será o presidente da AMB, tendo um representante da Fenam como primeiro suplente e outro do CFM como segundo.

Nos dias 7 a 9 de janeiro, Amaral participou da 162ª reunião ordinária do Conselho em Brasília, encontro que marcou a posse dos novos conselheiros. Um dos grandes desafios para o Conselho Nacional de Saúde este ano será a regulamentação da Emenda Constitucional 29, definindo os critérios para o financiamento do Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo. A votação do orçamento de 2006 é outra preocupação, tendo em vista as tentativas do governo federal de transferir os recursos do Ministério da Saúde para outros projetos sociais.

Conforme o Decreto 99.438/90, entre as competências do CNS estão deliberar sobre formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal; manifestar-se sobre a política nacional de saúde; opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde; e aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; além de acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde. Mais informações sobre o CNS no site <http://conselho.saude.gov.br>.