

Norma sobre seguro saúde será ignorada, diz Susep

Para entidade, CFM confundiu setor com os de medicina de grupo e cooperativas médicas

A Superintendência de Seguros Privados (Susep), que fiscaliza as empresas de seguro saúde, reafirmou ontem, no Rio, que o Conselho Federal de Medicina não tem poderes para regular o funcionamento das seguradoras. "Elas são afeitas ao Ministério da Fazenda e têm suas cláusulas muito claras, assinadas pelos segurados, com limites explícitos e determinados", disse Herbert Júlio Nogueira, superintendente do órgão. Nogueira acredita que, "por excesso de zelo", o CFM confundiu as seguradoras com as outras empresas que cuidam de saúde (medicina em grupo e cooperativas médicas). "Estas são fiscalizadas pelo CFM, mas não as seguradoras". A confusão estaria contida nos termos da resolução 1.401, do CFM, em vigor desde segunda-feira, que determina novas regras para o funcionamento dos planos.

"Não estou contestando o mérito da ação do CFM, pois a causa é meritória e merece ser examinada", adiantou Nogueira. "Mas não nos diz

respeito, e a Susep vai ignorar suas instruções." Acrescentou que, apesar disto, alguns itens da resolução 1.401 já são cumpridas pelas seguradoras, como a que determina o atendimento por qualquer médico, em qualquer hospital. "Como o seguro funciona por reembolso, o segurado procura o médico que quiser, no hospital que quiser, e depois o seguro cobre. Já as cooperativas e os planos

de saúde só asseguram o atendimento por seus cadastrados", explicou. Nogueira vê mais um erro na resolução: "Nem mesmo o Congresso tem poderes para mudar o teor de um contrato durante sua vigência. É o princípio do direito adquirido."

Em São Paulo, sem a orientação específica dos planos de saúde, a direção dos hospitais têm agido de acordo com as normas tradicionais

de internação. "Se o paciente já chega com o diagnóstico de uma doença que o convênio não cobre, é internado na ala particular, se o caso for grave, e orientamos os familiares a procurar, num prazo de 48 horas, a empresa de saúde responsável para esclarecer o problema", informou Cláudia Rebouças, do Hospital Albert Einstein. Da mesma forma procedem outros hospitais.

O presidente da Comissão Nacional de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira (AMB) e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Rio, Celso Barros, afirmou que a categoria está lutando para que as empresas de seguro saúde entendam que as pessoas não podem ser tratados como automóveis, que seguram apenas o casco ou contra um tipo de sinistro.

PARA QUEM JÁ TEM PLANO

Saiba o que fazer para garantir seus direitos

- Redija um documento cobrando da empresa sua posição em relação à portaria 1.401, do Conselho Federal de Medicina, e pedindo que estenda a cobertura a qualquer tipo de doença. De preferência, estabeleça um prazo para que sua carta seja respondida.
- Caso a empresa se negue a responder, ou se recuse a ampliar a cobertura de seu plano, faça uma denúncia ao Conselho Regional de Medicina (Tel.: 259-5899) ou ao Procon (tel.: 1512).
- Se você estiver internado e necessitar com urgência de tratamento não coberto pelo seu plano de saúde, recorra à Justiça comum. Pode-se conseguir uma liminar que obrigue o plano a arcar com os custos da internação.

Fonte: Procon

PARA QUEM PROCURA UM PLANO

O que as empresas devem oferecer, segundo o CFM

- Cobertura completa de qualquer patologia
- Livre escolha de médicos e estabelecimentos hospitalares
- Fim do período de carência para o início dos tratamentos
- Liberdade de escolha dos métodos de diagnóstico pelos médicos
- Fim de cobrança suplementar para pacientes idosos
- Formas de reajuste estabelecidas com clareza
- Contrato redigido de forma simples e inteligível
- Convênio médico garante atendimento em rede de hospitais e por profissionais cadastrados; o seguro saúde ressarcir suas despesas com saúde. Escolha o que mais lhe convier

Art. 300