

Empresas mantêm restrições a associados

Confira o que fazer enquanto os planos de saúde não cumprem a resolução do CFM

SUELI CAMPO

Em vigor há uma semana, a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), que obriga os planos de saúde a dar cobertura total para todas as doenças, não apresentou resultados para os 32 milhões de pessoas que possuem algum tipo de convênio médico.

As empresas de seguro-saúde, cooperativa médica e medicina de grupo se negam a cumprir a resolução. Argumentam que o Conselho não tem poder de lei e que a resolução é inviável financeiramente, pois aumentaria o custo da mensalidade.

Na semana passada, a Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo (Abrameg), que tem entre as filiadas a Amil, Golden Cross e a Blue Life, entrou com uma ação cautelar na Justiça Federal, em Brasília. As empresas, incluindo seguradoras e Unimed, afirmam que a resolução é inviável, mas aceitam negociar com o CFM.

Uma das saídas que vem sendo sugeridas por algumas empresas é a criação de planos diferenciados. O associado poderia escolher as coberturas que lhe interessam, como no seguro de carro. Mas o presidente do CFM, Ivan de Mourá Fé, discorda. Ele não aceita negociar, por exemplo, uma cesta mínima de coberturas. "O associado não escolhe o tipo de doença que vai ter".

O governo, por sua vez, ainda não tomou nenhuma decisão sobre o assunto. O funcionamento dos planos de saúde foi autorizado por decreto-lei em 1966, mas até hoje não foi regulamentado. Há mais de um ano a Comissão de Seguridade Social da Câmara tenta regulamentar a atividade dos planos de saúde. O deputado Maurílio Ferreira Lima, que participa da comissão, acha que a regulamentação deveria ser por medida provisória. "Se for por projeto de lei pode demorar anos, porque o lobby das empresas é forte", afirma.

Denúncias — Quem teve atendimento negado em caso de emergência pode ingressar com ação cautelar com pedido de liminar para garantir



Mara e os filhos: tratamento só pode ser iniciado depois de cumprido o prazo de carência

o tratamento enquanto durar a polêmica, explica a advogada Rosana Chiavassa. Segundo ela, como a Procuradoria Geral da República já deu parecer favorável a legalidade de uma resolução do CRM/RJ com conteúdo semelhante a do CFM, há possibilidade de vitória. Esse parecer abre precedente para outras ações.

O CRM só aceita denúncias feitas pessoalmente ou por escrito (fazer um histórico do caso e, se possível, anexar documento da empresa comprovando que ela negou o atendimento). O CRM/SP fica na Rua da Consolação, 753, São Paulo, CEF: 01301-000. O associado também podem fazer a denúncia no Procon da cidade onde mora.

**EMPRESAS
NÃO ACEITAM
LIVRE ESCOLHA
DE MÉDICOS**

Doenças que não têm cobertura

Mais de cem doenças estão excluídas dos planos de saúde, segundo levantamento do Conselho Federal de Medicina. Entre elas estão as doenças renais crônicas que exigem hemodiálise. A hemofilia, uma doença congênita, também não tem cobertura, assim como estrabismo e doença de Chagas.

Alguns planos cobrem tratamento de câncer, mas costumam limitar o número de sessões de rádio e quimioterapia. A maioria das empresas não cobrem cirurgias de transplantes e implantes.

Pacientes com quadro crônico de hipertensão não costumam ter direito a atendimento, da mesma

forma como os portadores de doenças congênitas de coração, como sopro.

Cirurgias de varizes e de diminuição da mama também não costumam ser cobertas. As empresas alegam que trata-se de cirurgia estética. Contudo, esses problemas acabam originando outras doenças. Mulheres com mama grande, por exemplo, costumam apresentar problemas de coluna.

As empresas também não garantem tratamento para doenças psiquiátricas, drogados e acidentes provocados por esportes perigosos: ultra-leve, alpinismo pará-quedismo e outros.

Associada paga, mas não pode usar plano

Um dos itens da resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) que está causando mais polêmica é o fim dos prazos de carência para consulta, internação, exames e cirurgias. As empresas de saúde não concordam com o fim das carências.

Prova disso é o drama vivido pela dona de casa Mara Mirtes Pereira. Ela precisa fazer uma cirurgia de urgência, mas ainda está cumprindo carência. Há uma semana ela sofrendo fortes dores porque o seu rim não funciona direito, o que está causando infecção. Segundo os médicos, diz ela, a única solução é operar.

Contudo o seu plano, o Green Line, do Hospital Itamarati, só autoriza a internação a partir de outubro,

quando termina a carência. "Não posso esperar e não tenho condições de pagar o tratamento", diz, desolada. Ela adquiriu o plano no final de novembro. "Quando comprei o vendedor informou que não haveria carência, desde que o atendimento fosse feito no Hospital Itamarati", diz.

Assim que soube do fim das carências ela procurou a empresa, mas nem no Itamarati ela tem direito a internação. O marido ligou então para o Conselho Regional de Medicina. "Disseram que não sabiam nada sobre o fim da carência", conta. Agora, ele fará a denúncia por escrito ao Conselho. Pelo contrato nem direito a consulta Mara teria, mas a empresa liberou a carência, conta.

O que muda nos planos de saúde

■ Empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro-saúde estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as doenças, incluindo as crônicas, degenerativas, infecto-contagiosas e as doenças psiquiátricas.

■ As empresas não podem impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza. Isso significa, na interpretação do CFM, o fim dos prazos de carência para consultas, exames e internação.

■ O associado ou segurado tem direito a livre escolha de médicos, hospitais e laboratórios, mesmo não sendo credenciados pela empresa. O paciente

paga as despesas do próprio bolso e depois pede reembolso à empresa, conforme a tabela de custos médicos adotada pelo plano de saúde

■ O médico tem direito de escolher livremente os meios diagnósticos e terapêuticos em benefício do paciente. Ou seja, o plano de saúde tem de pagar qualquer tipo de exame ou tratamento, sem restrição. Não pode haver limite de prazo para internação em UTI, como acontece atualmente.

■ As empresas não podem exigir que o médico revele resultados de diagnósticos e outros fatos ligados a exercício da profissão.

A proposta da Comissão de Seguridade Social

■ Atendimento a todas as doenças, sem nenhum tipo de restrições

■ Fim do limite de prazo de internação, inclusive em UTI. As empresas fariam um reaseguro para se proteger dos riscos

■ Limita a 10% o aumento do valor da mensalidade por mudança de faixa etária. Hoje as

mensalidades aumentam até cinco vezes mais quando o associado entra na faixa dos 60 anos.

■ Acaba com prazos de carência, menos para parto. Dependendo do plano a carência exigida pode chegar a 18 meses para alguns tipo de exames e cirurgias.