



Prezado (a) conselheiro (a),

Estamos encaminhando um *clipping* de notícias do CNS na mídia, além daquelas com assuntos que o Conselho vem debatendo. A intenção é socializar com os Conselheiros Nacionais a repercussão nos principais jornais.

*Brasília, 10 de maio de 2010
Folha de S. Paulo - São Paulo/SP
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | SUS*

Julgamento põe em risco hospitais e centros de ciência

BRASIL

*Sessão no STF unirá PT e PSDB em favor do uso de Organizações Sociais para gerir dinheiro público
Governos terão de "estatizar" serviços se tribunal julgar inconstitucional modelo criado por lei em 1998*

MATHEUS LEITÃO

DA SUCURSAL DE BRASÍLIA

Uma sessão do Supremo Tribunal Federal colocará o PT e o PSDB do mesmo lado no calor do período pré-eleitoral. O tribunal julgará este mês a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923, que questiona a legalidade da gestão pública no modelo de contratação de Organizações Sociais.

A Adin foi proposta pelo PDT e o próprio PT, quando se opunha a esse modelo no governo Fernando Henrique Cardoso. Se a ação for considerada procedente pelo STF, petistas e tucanos ficarão igualmente em apuros: várias instituições estaduais e federais, hoje administradas por OS's, terão de ser imediatamente "estatizadas".

As OS's são entidades privadas sem fins lucrativos, que gerem recursos orçamentários, num sistema de prestação de serviço junto ao poder público. São cada vez mais adotadas porque têm mais flexibilidade. Estão hoje em 14 Estados brasileiros e 71 municípios.

Em São Paulo, por exemplo, 23 hospitais estaduais são geridos por OSs -com contratos anuais, no total, de R\$ 1,36 bilhão. O Hospital de Pedreira, na zona sul paulistana, o primeiro a usar esse modelo, por decisão do então governador Mário Covas, tem orçamento de R\$ 80 milhões por ano.

São as OS's também que administram cinco órgãos do Ministério da Ciência e Tecnologia: a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa, o Instituto Nacional de Matemática Pura e Aplicada, o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, o Centro de Gestão e Estudos Avançados e o Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. Elas recebem anualmente R\$ 70 milhões do governo do PT.

A Empresa Brasil de Comunicação, que administra a TV Brasil e outros canais públicos, mantém contrato de gestão com uma OS, responsável por parte do seu orçamento anual de R\$ 350 milhões. "As OS's possibilitam uma gestão mais moderna, menos sujeita aos conhecidos vícios do setor público", afirma a diretora-presidente, Tereza Cruvinel.

O líder do PT na Câmara, Fernando Ferro (PE), diz que o partido terá de se readaptar caso a Adin seja aprovada. "Entramos com a ação em 1998 porque recebíamos muitas denúncias de desvio de dinheiro público. Há usos e usos", diz. "Há mais coerência no PSDB, que criou as OS's, do que no PT, que as criticava e passou a usá-las", declarou o deputado Gustavo Fruet (PSDB-PR).

Criado por lei em 1998, o modelo é contestado por dois motivos: dispensa licitação nas compras e, algumas vezes, tem método de fiscalização considerado frágil (amostragem pelos Tribunais de Contas). Na época, o então ministro da Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser-Pereira, idealizador das OS's, foi acusado pelo PT de fazer uma reforma administrativa neoliberal. "Nunca fui neoliberal na vida. Meu interesse era ampliar o estado social, com mais investimento em educação, saúde, ciência e cultura. O PT estava equivocado e percebeu. Tanto que utiliza o mesmo modelo", diz.

A Folha apurou que o plenário do STF está dividido. Em 2007, o tribunal havia julgado - e rejeitado - uma liminar (leia quadro) que pretendia suspender as OS's enquanto a Adin não tinha o mérito julgado. O resultado pode ter sido uma prévia do que acontecerá daqui a três semanas. Em 2007, os ministros Joaquim Barbosa, Marco Aurélio Mello e Ricardo Lewandowski votaram a favor da concessão da liminar. É possível que eles votem a favor da Adin - e contra as OS's. Professor da faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP), Fernando Menezes afirma que a lei das OS's tem um problema grave: "Há um desvio de finalidade. A licitação deve ser a regra, com pequenas exceções de dispensa. Não pode haver dispensa indiscriminada numa forma de contratação com um volume tão alto de dinheiro público".

O procurador Luís Alberto Thompson Flores Lenz concorda. "O sistema funciona bem, é um avanço, mas tem mazelas de fiscalização. Os Tribunais de Contas dos Estados têm encontrado problemas de direcionamento para OS's sem capacidade para exercer a função", diz. "Qual o critério de escolhas dessas entidades?" O questionamento é respondido pela Procuradoria Geral da República no parecer dentro da ação. "Sua contratação [Organizações Sociais] só tem cabimento se tal opção se mostrar técnica e constitucionalmente válida. Isso só pode ser apurado se atendido um processo público de decisão, de que a licitação faz parte", afirma o item 57 do documento, acatando o pedido da Adin parcialmente pela inconstitucionalidade do formato de contratação sem licitação. O parecer ainda pede uma maior fiscalização das OS's e seus gastos -pelo próprio Ministério Público, além dos Tribunais de Contas.

Para o secretário de Saúde de São Paulo, Luiz Roberto Barradas Barata, hospitais geridos por OS's já foram testados e aprovados pela população. !Basta dizer que os dois hospitais com melhor avaliação da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS, promovido pela secretaria, são unidades gerenciadas por OS's: o hospital estadual de Ribeirão Preto e o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo".

O assunto chamou a atenção da SBPC(Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência). Ela pediu para ser ouvida no STF como parte interessada. "Queríamos ajudar o tribunal a tomar sua decisão. Impedir as OS's será um retrocesso.O modelo tem sido fundamental para o avanço da ciência e tecnologia do país", diz o advogado da SBPC, Eduardo Pannunzio.

Estudo do Banco Mundial, de 2008, intitulado "Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da Excelência", reprovou os hospitais brasileiros, mas defendeu o uso das OS's no Brasil. "A qualidade de tratamento é superior à de hospitais públicos semelhantes regidos por arranjos organizacionais tradicionais", afirma Gerald La Forgia, especialista em saúde e autor do relatório.

*Brasília, 10 de maio de 2010
Correio Lageano/SC
Temas de Interesse | Saúde Pública*

Prefeitura dá início à ação que terceiriza rede de Saúde

CIDADE

Setor de oftalmologia será o primeiro a ter serviços privados, dentro das unidades públicas

Renan Magalhães

DA AGÊNCIA ANHANGUERA renan.santos@rac.com.br

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas vai contratar empresas privadas para auxiliar no atendimento oftalmológico na cidade. Dentro de 20 dias, deve ser publica do um edital de chamamento público que vai estipular as condições de credenciamento e abrir as inscrições para prestadores de serviço de saúde. Coma medida, a expectativa é reduzir a crise no sistema de Saúde no município. Ainda não existe previsão para terceirizar o atendimento em outras especialidades, embora o decreto publicado no Diário Oficial abra caminho para que isso aconteça no futuro.

A secretaria espera ampliar o atendimento oftalmológico com mais 2 mil consultas por mês sendo realizadas por empresas contratadas, sendo que 75% desses atendimentos serão direcionados aos usuários em primeira consulta. Atualmente, são realizadas 13 mil consultas por mês.

Com a terceirização, a secretaria avalia que o tempo de espera por atendimento agendado caia de quatro meses para 30 dias, na média municipal. As prestadoras de serviço de saúde deverão também atender aos casos de urgência.

A diretora do Departamento de Saúde da Prefeitura, Cecília Piovesan, ressalta que a medida vai ser adotada apenas em relação à oftalmologia, pois é a especialidade com maior tempo médio de espera em Campinas. É a área com maior demanda reprimida e esperamos solucionar esse problema, afirma.

Segundo o assessor jurídico do Departamento de Saúde, Lincoln Koyama, o decreto publicado no dia 1 deste mês, foi a primeira etapa para se estabelecer uma Comissão Especial de Credenciamento dentro da secretaria com a finalidade de supervisionar todo o processo. Trata-se de uma prática reconhecida pelo TCE (Tribunal de Contas do Estado de São Paulo) e aceita dentro da doutrina jurídica, diz.

O edital de chamamento público deverá ser publicado antes do fim do mês e vai estabelecer as regras para as empresas participarem do credenciamento. A partir da publicação do edital, haverá um prazo de 20 dias corridos para o envio de documentos por parte dos interessados. Os prestadores de serviço considerados aptos para o credenciamento serão ainda fiscalizados pela secretaria antes da assinatura de contrato, que terá duração inicial de um ano. Os valores para a contratação deverão obedecer aos preços previstos na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS).

População Para quem depende do agendamento de consultas em postos de saúde e hospitais de Campinas, o maior número de consultas é uma necessidade urgente. A população reclama que a demora no atendimento é grande para quase todas as especialidades. No Centro de Saúde União de Bairros, localizado na Vila Vitória, na região do Ouro Verde, muitas pessoas entram e saem sem sequer conseguir agendar uma consulta. A gente tenta agendar uma consulta, mas eles falam que não existe disponibilidade e mandam voltar no outro mês, diz a dona de casa Lucineia Guedes Medeiros.

Os usuários reclamam que, além de oftalmologistas, é difícil conseguir consulta com urologistas e ortopedistas, entre outros especialistas. Já fiquei mais de dois anos esperando por uma consulta de um otorrinolaringologista para minha filha, reclama a dona de casa Clarice Hybiak. O pedreiro Dalvo Batista também está tentando uma consulta. “Fazem pouco caso da gente. Estou tentando marcar uma consulta com um ortopedista há dois meses, mas não consigo sair com uma data definida”. Família acusa atendimento tardio.

Administração abrirá licitação do Ouro Verde

O processo licitatório para a escolha de um novo parceiro para a gestão do Hospital Ouro Verde deve ser lançado nesta semana, conforme a previsão da Secretaria de Saúde. Em fevereiro, a parceria entre a Prefeitura e a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), braço operacional da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), foi questionada pelo Ministério Público Federal (MPF). A Prefeitura, então, decidiu não renovar o convênio firmado pelo prazo de dois anos, que se encerra no mês de julho.

Na ocasião, o procurador da República Aureo Marcus Makiyama Lopes, inclusive, propôs a abertura de uma representação criminal contra o prefeito de Campinas, Hélio de Oliveira Santos (PDT), na Procuradoria Geral da União (PGU) para investigar suposta fraude e crime de falsidade no modelo de gestão do Hospital Ouro Verde.

Segundo o MPF, o contrato da Prefeitura com a Unifesp /SPDM foi feito de forma irregular porque a SPDM tornou-se a gestora do hospital, ao invés da universidade. Por isso, haveria necessidade de licitação pública.

Na semana retrasada, durante a Prestação de Contas e Serviços do Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV) referente ao ano de 2009, diante do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, foi questionado o modelo de gestão do hospital. Uma reunião extraordinária deve ser realizada na próxima quarta-feira para a continuidade do debate.

Alguns integrantes do conselho estão questionando se o modelo adotado é mesmo o ideal para a gestão do Hospital Ouro Verde. Por isso, queremos nos aprofundar nesse aspecto, afirma o presidente do conselho, Pedro Humberto Scavariello. (RM/ AAN)

*Brasília, 10 de maio de 2010
Diário Catarinense - Florianópolis/SC
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | Conselho Nacional de Saúde*

INFORME POLÍTICO

Saúde (1)

O deputado Dado Chereim (PSDB) recolhe assinaturas para um Projeto de Emenda à Constituição (PEC) que veda a inclusão de gastos com os inativos da saúde nos 12% de investimento obrigatório no setor. Se aprovada a PEC, a Saúde ganhará R\$ 70 milhões a mais por ano. Mas o governo terá que encontrar uma saída no Orçamento para fazer o pagamento, algo em torno de R\$ 9,6 milhões por mês a 3.944 pessoas.

Saúde (2)

O Conselho Nacional de Saúde e o Tribunal de Contas do Estado já emitiram pareceres favoráveis à retirada dos valores das pensões e aposentadorias do repasse obrigatório ao setor. O governo federal ainda tem que regulamentar o que é gasto com a saúde, o que faria a medida catarinense ser pioneira no país. A partir das 14 assinaturas necessárias, a PEC seguirá para a CCJ da Assembleia.

*Brasília, 10 de maio de 2010
Yahoo! Notícias Brasil/BR
Ministério da Saúde | Programas | Vacinação*

O SUS em xeque

EDITORIAL

Inovador na sua origem e motivo de orgulho da administração pública no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta hoje um impasse por razões que vão desde a cobertura deficiente até mesmo a problemas de gestão. As carências financeiras ficaram mais evidentes a partir do momento em que o modelo deixou de contar com os recursos fáceis da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

A Emenda Constitucional nº 29 ainda não pode contribuir plenamente para reforçar os recursos, pois aguarda regulamentação no Congresso desde 2000. Por isso, a campanha à sucessão presidencial pode se constituir num momento propício para a discussão de alternativas como objetivo de aperfeiçoar o atendimento na área de saúde pública, que não se resume a mais verbas.

Anualmente, o sistema público de saúde em geral consome R\$ 112 bilhões. Ainda assim, o gasto do Brasil nesta área é considerado baixo em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). A conversão

em dólar mostra que os dispêndios per capita no país são inferiores aos de países vizinhos, como Chile, Uruguai, Argentina e Colômbia. Os valores são menores também que os de países europeus e os dos Estados Unidos, onde só agora o acesso à saúde pública foi ampliado, tornando-se mais próximo do modelo brasileiro.

Parte da escassez de verbas no Brasil pode ser atribuída a problemas de gestão e a falhas no modelo, além de normas e regulamentações em excesso. Ao mesmo tempo, com suas finanças muitas vezes no limite, alguns Estados e municípios acabam driblando as exigências mínimas de dotações para o atendimento nesta área. O somatório de causas coloca em risco um sistema do qual depende a imensa maioria dos brasileiros.

Quem quer que pretenda assumir o comando do país nos próximos quatro anos precisa acenar com a solução para esses impasses. Aos usuários do SUS, a mudança precisa ser percebida sob a forma de mais opções de atendimento ambulatorial, menos espera para consultas com especialistas e mais vagas nos hospitais.

*Brasília, 09 de maio de 2010
O Globo - Rio de Janeiro/RJ
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | ANS*

'O modelo de remuneração está errado'

DEFESA DO CONSUMIDOR

Novo diretor-presidente da ANS defende mudanças no sistema de saúde suplementar, inclusive na forma de pagamento

ENTREVISTA

Maurício Ceschin está de volta à cidade de mala e cuia. Aos 51 anos, Ceschin não trocou só de lado na Dutra, mas também de lugar no "balcão". De presidente da Qualicorp e do Hospital Sírio Libanês, chegou há cinco meses à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como diretor de Desenvolvimento Setorial e, há pouco mais de uma semana, assumiu a presidência. Apesar das críticas à sua indicação, Ceschin se mostra seguro e apresenta metas ambiciosas, como regionalizar o reajuste dos planos de saúde, rever a remuneração do sistema, aumentar o intercâmbio entre saúde pública e suplementar e dar mais poder ao consumidor.

OGLOBO: Como o senhor via a ANS de fora e como vê agora, após cerca de cinco meses? É muito diferente?

MAURÍCIO CESCHIN: É. Trabalho no setor há 25 anos. Então, conheço bastante a ANS, desde o dia que nasceu. E tive a oportunidade, nessa minha vida no setor, de olhá-la de diferentes ângulos. Acho que isso me deu um bom conhecimento do mercado. Tinha uma visão bastante crítica e participativa do processo de regulamentação, desde sua constituição, e tive a oportunidade de palpitar desde do início. E a hora em que chego aqui, confesso que a surpresa foi bastante agradável.

Como assim?

CESCHIN: Foi positivo no aspecto da qualidade do grupo de colaboradores, que é muito bom. Por outro lado, há dificuldades de operacionalização, necessidade de avanços tecnológicos. Mexemos com grandes volumes e alguns processos tinham dificuldade de andamento. Vim direto para a Diretoria de Desenvolvimento Setorial e dei de cara com a questão do ressarcimento ao SUS, que consumiu cinco meses de trabalho, mas está bem encaminhada.

Qual a situação do ressarcimento?

CESCHIN: Tínhamos um acúmulo de processos para análises. Reestruturamos o sistema e realizamos um concurso para contratação de 89 colaboradores. Hoje, o setor de análise tem cinco pessoas. Dos 89 contratados grande parte vai para a análise.

E agora como fica?

CESCHIN: O ressarcimento existe desde 2001, mas em 2006 foi feita a interrupção na cobrança. Retomamos o processo esta semana (semana passada). Ou seja, a cobrança de quem foi atendido pelo SUS, mas tem plano de saúde. De 2001 a 2006, R\$ 500 milhões foram cobrados e 23% efetivamente pagos. O restante foi recorrido e tem um montante para inscrição na dívida ativa. Trabalhamos para, até 2012, retomar o processo normal, com defasagem de um ano. O ex-presidente da ANS falou no estudo de regulação dos planos coletivos.

O que se pode esperar?

CESCHIN: No ano passado foi regulado o coletivo por adesão, que tinha problemas. Hoje, esses planos têm sistemática clara, administradoras de benefícios constituídas e contratos regulados. Mas sabemos que é preciso discutir coletivos como um todo.

E em relação aos contratos antigos, como a ANS está tratando da proteção desses consumidores?

CESCHIN: Não regulamos esses contratos por determinação legal. Mas estamos atentos a abusos. O encaminhamento de uma solução pode passar por um termo de ajustamento de conduta com as operadoras. Existe uma questão conceitual sobre a formação da saúde suplementar. Quando você olha a lei orgânica do SUS, ela praticamente ignora o sistema de saúde suplementar. A que regula a saúde suplementar, tirando o ressarcimento, não fala do SUS. O interessante é que esse sistema nasceu para ser suplementar, mas do ponto de vista do consumidor o anseio é que seja substitutivo ao SUS. Acho que cabe uma discussão dessa percepção, se é suplementar, complementar ou substitutivo. Hoje, não há uma integração entre saúde suplementar e pública. E em relação à cobertura dos planos antigos, excluídos de tratamentos como de câncer e Aids... Confesso que ainda não parei para pensar qual é a forma, mas tem que discutir. Esses usuários precisam ser reinseridos nesses cuidados. E, de novo, discutir a integração entre SUS e saúde suplementar, é preciso alinhar essa expectativa. Tem coisas que os dois podem fazer juntos.

O senhor diz como um todo?

CESCHIN: Sim. Veja as emergências, por exemplo, muitos recorrem a hospitais públicos, mas têm cobertura privada. Por que não integrar isto? Por que não virar prerrogativa de um ou de outro? No caso da emergência, faria mais sentido ser pública, e a suplementar participaria do financiamento.

A portabilidade decepcionou?

CESCHIN: Estamos fechando os números, mas obviamente foi baixa. Cerca de mil. Está claro que é preciso ampliá-la. E isso inclui a ampliação de quando exercê-la, hoje restrita ao aniversário do contrato, e pensar a portabilidade de planos coletivos por adesão. Isto este ano. O coletivo corporativo ficaria mais para frente. No ano passado, discutiu-se também a mudança da forma de reajuste ... Estou aqui, há três dias (segunda-feira) como presidente, e o reajuste deve sair até o fim do mês. Então, para esse reajuste a metodologia será a mesma. Para os próximos, defendo a revisão. O mercado é muito heterogêneo, há lugares com concorrência forte e outros em que há quase um oligopólio. Ao fazer um reajuste único, evidentemente, alguém é favorecido e outro prejudicado.

Os coletivos seriam beneficiados?

CESCHIN: Acho que os coletivos têm outra natureza. Na relação do consumidor direto com a operadora, ele não tem força para defender seus interesses. No coletivo, há uma empresa olhando os custos. A quantidade de informação que o consumidor detém para negociar não é a mesma do mundo cooperativo. Precisamos aumentar o poder do consumidor.

Como se fará isso?

CESCHIN: Uma unificação de cadastro com a saúde pública seria um meio. O consumidor teria um cartão único, desde o nascimento, que ele levaria para onde fosse, um Registro Eletrônico de Saúde (RES). Com uma senha de identificação, teria e daria acesso a esse histórico.

E a questão do sigilo?

CESCHIN: Entendo essa preocupação. Já discutimos isso longamente com o Conselho Federal de Medicina. É só definir nas transações eletrônicas o que vai para a operadora e o que fica restrito ao médico. Não vejo nenhum problema nisso e tecnologicamente é possível. Para políticas públicas poderíamos trabalhar sem identificação, apenas a incidência das patologias. As políticas públicas ganhariam eficácia.

Como o senhor vê a forma de remuneração da saúde suplementar?

CESCHIN: O sistema de remuneração passou a ser baseado no consumo. Quanto mais exames, procedimentos, internações se geram, mais o sistema, com exceção das operadoras, ganha. O modelo de remuneração está errado. Como o cofre não é infinito, precisamos trazer de volta para os honorários e serviços, os recursos que foram deteriorados, remunerar pelo resultado. Isso, acredito, não será tão difícil, pois todos estão maduros para entender que o modelo não é suportável.

Aquebra de empresa, como aconteceu com a Unimed – Duque de Caxias, preocupa o consumidor. Como evitar esse tipo de problema?

CESCHIN: Constituir garantias financeiras e condições mínimas das operadoras é obrigação da agência. E a constituição de garantias é um dos mecanismos que dá segurança ao consumidor. Tivemos um mercado de cerca de R\$ 62 bilhões, em receitas, em 2009, e reservas beirando R\$ 12 bilhões. A questão é que os mecanismos de gestão das operadoras de saúde é o mesmo há 20 anos. É papel da agência sanear o mercado. E é o que ela tem procurado fazer, com o menor prejuízo para o consumidor. Então quando a Unimed-Rio assume a Unimed- Caxias, estamos dando uma solução para o consumidor e de alguma forma tirando do mercado uma empresa que não se mostrou apta a dar garantias de sustentabilidade para aquela carteira. E isso se agrava mais com as pequenas.

Isso demanda mais fiscalização?

CESCHIN: Não tenha dúvida. Estamos desenvolvendo um programa, o "Olho vivo", que vai identificar boa parte do mercado, nos próximos anos, numa fiscalização preventiva. O número de empresas fiscalizadas vai aumentar muito e isso vai trazer um pouco mais de garantia e segurança para o consumidor.

Há críticas à falta de transparência da ANS e uma resistência das entidades de defesa do consumidor a sua nomeação pela sua ligação com as operadoras. O que o senhor pretende fazer nesse sentido?

CESCHIN: Mais recentemente a ANS adotou uma prática, que tem que ser aprofundada, de antes de definir uma nova regra abrir a discussão pública para que todos possam contribuir. Em relação às entidades de defesa do consumidor, isso é preconceito, pois ainda não estivemos juntos. O engraçado é que as operadoras também temem, por conhecê-las por dentro. O que posso dizer é que minha porta estará sempre aberta.

*Brasília, 08 de maio de 2010
O Globo - Rio de Janeiro/RJ
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | ANS*

Planos de saúde terão que aceitar como dependentes parceiros do mesmo sexo

ECONOMIA

*Empresas deverão exigir apenas uma certidão de união estável em cartório
Gilberto Scofield Jr.*

SÃO PAULO. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, na edição do Diário Oficial da União (DOU) do dia 4 de maio, uma súmula normativa que obriga a todas as empresas de seguro e plano de saúde do país que aceitem como dependentes parceiros de casais homossexuais estáveis. A ANS explicou que a súmula se trata, na verdade, de um entendimento sobre uma norma já existente, mas que, por falta de clareza, não era seguida por algumas empresas, que interpretavam parceiro apenas nos casos de uniões entre casais heterossexuais.

Segundo a própria agência, a súmula apenas segue uma interpretação da Constituição e do Código Civil já evidenciada em vários tribunais federais do país: o de garantir aos homossexuais direitos civis dados a heterossexuais. Em 2005, por exemplo, os ministros do Superior Tribunal de Justiça (STJ) negaram à Caixa Econômica Federal um recurso que pretendia impedir um funcionário portador de HIV de pôr seu parceiro estável como dependente no plano de saúde. Segundo parecer do ministro Humberto Gomes de Barros, o casal tinha uma relação provada de mais de sete anos, com divisão de despesas de casa e, portanto, não poderiam ser tratado como "cidadãos de segunda classe".

Federação diz que empresas ficarão atentas às fraudes

Para o presidente da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), Tony Reis, trata-se de uma decisão histórica na luta pela garantia dos direitos de homossexuais no Brasil.

- É um momento animador para a comunidade - disse ele. – Assim como o STJ garantiu recentemente a um casal de lésbicas a adoção de crianças, esta decisão da ANS é uma vitória na nossa busca da igualdade. Não queremos nem menos, nem mais, apenas os mesmos direitos que possuem os heterossexuais no país. A diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde, que reúne as empresas de plano e seguro de saúde), Solange Beatriz Mendes, afirmou que as empresas acatarão a normatização da ANS, mas afirmou que a regra se aplica aos planos e seguros contratados a partir da entrada em vigor da Lei 9.656 (que regulamentou o setor no Brasil), em janeiro de 1999, ou os antigos planos adaptados à nova regra. - Vemos como um avanço na legislação e não achamos que haverá aumento de custos por conta disso, até porque o preconceito no país ainda é muito grande. O que não significa que as empresas não ficarão atentas a possíveis casos de fraude, porque maior do que o preconceito são os problemas com o sistema oficial de saúde - afirmou ela.

Empresa fixará as exigências para aceitar o dependente Pela ANS, cada operadora vai definir o que será exigido dos casais homossexuais como prova da relação estável, mas tanto na SulAmérica quanto na Unimed-Rio, o documento exigido será o mesmo pedido de casais heterossexuais que não se casam oficialmente, ou seja, o contrato de união civil registrado em cartório.

*Brasília, 08 de maio de 2010
Aquidauana News/MS
Organismos Internacionais | OMS*

Congresso aprova R\$ 1 mi para Saúde

O Congresso Nacional aprovou na última semana crédito de R\$ 1 milhão para o Ministério da Saúde pagar precatórios. Os pagamentos desses precatórios serão feitos com recursos da Previdência Social. O governo alega, no entanto, que não haverá prejuízos, pois esses recursos poderão ser compensados em orçamentos futuros. Os precatórios são ações judiciais transitadas em julgado que obrigam a União a pagar dívidas a contribuintes. O crédito está previsto no Projeto de Lei do Congresso Nacional (PLN) 2/10.

Expediente

Carta Eletrônica do CNS

Publicação do Conselho Nacional de Saúde - Ano VI – 10 de maio de 2010.

Secretaria Executiva do CNS

Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde