

**Toda doença tem
cobertura pelos planos**

O rol taxativo deixa doenças sem cobertura por parte dos planos de saúde, expondo pacientes a riscos.

VERDADE

Todas as doenças classificadas pela Organização Mundial da Saúde por meio da CID são cobertas pelos planos de saúde. Atualmente, 3.379 itens constam do rol obrigatório da ANS. No Brasil, a lista é atualizada de maneira contínua e ininterrupta, em processos que agora levam, no máximo, nove meses, tornando-os o mais rápido do mundo.

#somospartedasolução



Esta semana, a série Mitos e Verdades – ação de comunicação voltada a desmistificar temas que envolvem o funcionamento da saúde suplementar – trata do caráter taxativo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

A partir da vigência Lei 9.656, todas as doenças listadas na CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), da Organização Mundial da Saúde (OMS), passaram a ter cobertura obrigatória. Ou seja, nenhuma doença reconhecida pela OMS pode ser excluída. Antes da lei, os contratos dos planos de saúde não cobriam diversas doenças, como cardíacas, neurológicas, psiquiátricas e outras. Por sua vez, o Rol da ANS, que sempre foi taxativo, estabelece quais são os eventos cobertos em cada uma das segmentações: ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Isto porque não é possível garantir a cobertura de todo o arsenal tecnológico disponível. Este Rol taxativo permite a realização dos cálculos para definição do prêmio e todo planejamento necessários para garantir o atendimento de excelência, assegurando a sustentabilidade do setor e, portanto, a manutenção da assistência em saúde. Em 1998, o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), contemplava 1234 itens (medicamentos, cirurgias, exames e consultas). Hoje, já são mais de 3300 itens, um aumento de 172%, com atualizações contínuas.

A atualização do Rol é contínua, realizada a partir de análise técnica, que considera questões como benefício clínico, superioridade terapêutica e impacto financeiro. Afinal, os custos dos tratamentos são compartilhados entre todos os beneficiários. As novas tecnologias para diagnóstico ou tratamento precisam ser avaliadas antes de incorporar ao Rol para demonstrar que são seguras e eficazes. Para isso, o fabricante ou a entidade que propõe a incorporação precisa apresentar os estudos com as evidências científicas que comprovam os benefícios clínicos e os resultados comparados aos exames ou tratamentos disponíveis e já cobertos. Também precisa demonstrar qual será o impacto financeiro, caso seja incorporado ao Rol, porque isto poderá impactar nas mensalidades.

Fonte: FenaSaúde, em 08.06.2022

