

Em setembro, o STF fará audiência pública para debater a questão da cobertura obrigatória dos planos de saúde. Presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios destaca que casos excepcionais, como os de pacientes autistas, devem ser resolvidos com regulamentação da própria ANS que, como agência reguladora, tem a legitimidade para tal

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) enviou esta semana ao Supremo Tribunal Federal (STF) manifestação em defesa do rol taxativo dos planos de saúde. Uma série de recursos tenta derrubar a decisão recente do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que definiu pela taxatividade do rol. Está previsto para o final de setembro uma audiência pública no STF para debater a questão. O presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), o advogado Alessandro Acayaba de Toledo, reforça o entendimento da agência de que o rol taxativo é a melhor opção para o país. O especialista esclarece que ao contrário deste modelo, os custos com os planos de saúde inviabilizariam o acesso da população ao benefício.

“A decisão favorável pelo rol taxativo, conforme entendimento relatado pelo ministro Luiz Felipe Salomão, o beneficiário ganha mais. Isto porque será possível que os beneficiários possam ter garantida as coberturas assistenciais mínimas para todo e qualquer tipo de plano de saúde. Fora isso, as operadoras de saúde podem manter a previsibilidade de custos e riscos decorrentes da utilização médica, o que evita aumento substancial do preço para novos produtos e torna possível evitar um grande desequilíbrio econômico-financeiro das mensalidades vigentes”, destaca o presidente da ANAB, Alessandro Acayaba de Toledo.

É preciso compreender que o plano de saúde privado no país é de saúde suplementar e não complementar ao SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, quem adquire o produto de forma individual ou coletiva deve ter condições de arcar com o tipo de contrato e benefício, ou exercer a portabilidade para encontrar um produto que atenda às suas necessidades. A competência da ANS como órgão regulador é justamente estabelecer o rol mínimo obrigatório de procedimentos para a cobertura assistencial. De acordo com as segmentações assistenciais contratadas, já que para cada tipo haverá uma composição diferente de cobertura oferecida, mas seguindo a lista estabelecida pela ANS.

O rol taxativo estabelece uma lista determinada de coberturas. No entanto, a decisão do STJ sustenta uma “taxatividade mitigada”, que permite situações excepcionais para que os planos custeiam determinados procedimentos não previstos na lista, como por exemplo, terapêuticas com recomendação médica e amparadas nos critérios técnicos e aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

“A exemplo do que aconteceu a partir da mobilização de familiares de autistas, o caminho não pode ser liberar tudo para todos. O caminho é entender situações que merecem atenção especial - como neste caso - e resolver isso via regulamentação da própria agência. Não é possível negar a legitimidade da ANS como órgão competente para definir produtos e procedimentos médicos mínimos obrigatórios na cobertura assistencial dos planos de saúde”, reforça o advogado Alessandro Acayaba de Toledo.

Prioridade para as famílias, brasileiro tem medo de perder o plano de saúde - Recente Pesquisa ANAB de Assistência Médica analisou a relação do brasileiro com acesso à saúde, seja ela pública ou privada. Um em cada 4 brasileiros precisou acessar mais sistemas de saúde no último ano do que antes da pandemia de Covid-19, iniciada em 2020. De acordo com este estudo nacional, 83% dos brasileiros valorizam, desejam ou temem perder o benefício.

Em 2021, o plano de saúde era considerado a 3ª maior conquista do brasileiro. Na faixa etária acima de 50 anos, benefício só perde para a casa própria em importância. Para aposentados, é prioridade absoluta e supera a moradia. De acordo com pesquisa feita pela ANAB em parceria com o Instituto Bateiah.

Sobre ANAB

A Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) representa as empresas que fazem a gestão e comercialização de planos de saúde coletivos, aquela em que o benefício é vinculado a alguma empresa ou entidade de classe a que o consumidor pertença. De acordo com a ANS, há 168 administradoras de benefícios cadastradas no país. Levantamento da ANAB aponta que, nos últimos 10 anos, quem tinha uma administradora de benefícios na gestão do plano de saúde economizou mais de R\$ 7 bilhões. Esse valor representa a diferença entre o reajuste pedido pelas operadoras anualmente e o efetivamente cobrado dos clientes das administradoras de benefícios após a atuação dessas empresas na negociação em prol dos consumidores.

Fonte: Danthi, em 25.07.2022