

Por Priscila Cassoli Morandi

A negativa de cobertura para procedimentos e medicamentos não previstos no Rol da ANS, levam os beneficiários dos planos de saúde a buscarem apoio Judiciário

O setor de Saúde Suplementar, por muito tempo (de meados dos anos 60 ao início dos anos 2000), operou sem regras e cresceu sem nenhum referencial do Estado. A população brasileira convivia num mercado desregulado e competitivo, que agia segundo sua própria lógica, estabelecendo suas próprias regras, praticamente sem interferência governamental.

Inicialmente, o contrato de seguro saúde foi regulado e definido pela lei específica dos seguros - o decreto-lei 73/96. A partir de 1998, a nova lei 9656/98, passou a regular qualquer produto, serviço e/ou contrato que oferecesse no mercado brasileiro a garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, incluindo-se o custeio de despesas, oferecimento de rede credenciada ou referenciada e reembolso de despesas. Posteriormente, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - por meio de publicação da lei 9961/00, com função primordial de normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando a garantia de qualidade da prestação dos serviços prestados aos milhões de vínculos - atualmente são 83.749.193 milhões de beneficiários, sendo 51.081.018 beneficiários em planos de assistência médica e 32.668.175 em planos exclusivamente odontológicos .

[Leia aqui na íntegra.](#)

Fonte: Migalhas, em 07.05.2024