

FenaSaúde avalia que não haverá impacto na operação das empresas nem nos preços dos planos

O Supremo Tribunal Federal (STF) manteve, nesta quarta-feira (07), o dispositivo que regula a obrigatoriedade dos planos de saúde de reembolsarem o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Lei 9656/98. Na análise da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a decisão do Supremo não trará impacto prático na operação das operadoras nem nos valores das mensalidades dos planos de saúde. Do início da regulação – a partir da criação da ANS – até o ano passado, as associadas à FenaSaúde já desembolsaram R\$ 371,6 milhões ao SUS.

A Federação lembra que suas empresas afiliadas já levavam em consideração – nos cálculos atuariais das mensalidades dos planos – os custos assistenciais referentes ao ressarcimento ao sistema público. “A decisão do Supremo não vai trazer qualquer modificação para o que hoje as operadoras já vêm cumprindo. As empresas obedecem rigorosamente a regulamentação da ANS, que se dá com base nos dispositivos da Lei 9.656. Portanto, esses pontos questionados – no processo de ação judicial da ação de inconstitucionalidade, que foi objeto da decisão – foram no sentido de validar esses dispositivos legais. As associadas à FenaSaúde já vêm cumprindo essas obrigações desde a edição da Lei dos Planos de Saúde e da regulamentação da ANS”, afirma Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação.

Importante esclarecer que, no caso das associadas à Federação, a utilização do SUS por seus beneficiários decorre, geralmente, quando vítimas de acidentes em vias públicas são levadas, inicialmente, a hospitais do SUS, seguindo determinações previstas em legislação vigente.

De acordo com a presidente da FenaSaúde, é uma inverdade a afirmação de que todas as operadoras tenham interesse em direcionar seus beneficiários para a rede do sistema público. “As operadoras foram responsáveis por cerca de 1,3 bilhão de procedimentos em 2016 segundo dados da ANS, muitos deles de alta complexidade. Precisamos ser informados quando um consumidor do serviço dá entrada no SUS, para promover sua transferência para a rede privada o mais rápido possível, levando sempre em consideração seu estado de saúde. Isso diminuiria consideravelmente os valores de ressarcimento”, explica Solange Beatriz.

Vale pontuar, ainda, que a alegação de que os beneficiários de planos de saúde sobrecarregam a rede pública é uma descrição completamente invertida dos fatos, já que é obrigação do poder público oferecer atendimento integral e com acesso universal. Antes de serem beneficiários de planos de saúde, brasileiros que contratam a saúde privada também são cidadãos e podem optar pelo meio de atendimento público. Esse é um direito constitucional.

“Na questão conceitual, entendemos que há dupla cobrança aos beneficiários de planos de saúde. Esses recursos que as empresas desembolsam o ressarcimento são oriundos das mensalidades pagas pelos consumidores, que já contribuem com a quitação de impostos para financiar o sistema público de saúde. Mas esse não foi o entendimento do STF. Na prática, de fato, nada muda para as associadas à FenaSaúde e seus beneficiários”, destaca a presidente da FenaSaúde.

Na mesma sessão do STF, foram definidas outras ações relacionadas aos planos de saúde, como a informação ao consumidor sobre as eventuais negativas de atendimentos, de acordo com a cobertura contratual; a vedação ao reajuste dos planos de saúde para idosos; e a confirmação de que planos anteriores à edição da Lei 9.656/98 não são regulamentados por essa norma.

[Clique aqui para acessar o boletim informativo da ANS sobre Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS - dez/2017](#)

Fonte: [CNseg](#), em 09.02.2018.

