

Decisão de hoje, 16 de setembro, da 2ª. Seção de Direito Privado do Superior Tribunal de Justiça, pode impactar vida de 50 milhões de brasileiros.

Decisão de hoje, 16 de setembro, da 2ª. Seção de Direito Privado do Superior Tribunal de Justiça, pode impactar vida de 50 milhões de brasileiros.

Para os cerca de 48 milhões de pacientes usuários de planos e seguros de saúde e para os milhares de médicos que os atendem, a cobertura de procedimentos e tratamentos para a prevenção e recuperação da saúde é crucial.

Nas décadas de 80 e 90, as empresas do setor, deliberadamente, ditavam suas coberturas. Cada qual estabelecia seu “rol”, e muitas vezes eram excluídos tratamentos para câncer, HIV/Aids e tantas outras doenças fatais.

Os Tribunais brasileiros eram (e ainda são) os verdadeiros garantidores da assistência à saúde adequada, desde que haja fundamentação clínica e indicação médica para a cobertura.

Neste contexto, de intensa mobilização social pela regulação da garantia das coberturas, foi editada a Lei nº 9.656/1998, conhecida como Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Contemplada na Constituição Federal de 1988, a prestação de serviços de assistência à saúde por empresas privadas deve seguir a 9.656, além de respeitar o Código de Defesa do Consumidor, que decreta a nulidade de cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o usuário em desvantagem exagerada ou seja incompatível com a boa-fé.

A Lei 9.656/98 determina o atendimento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde. Seu texto prevê exclusões, por exemplo, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos

experimentais ou para fins estéticos, bem como órteses e próteses para a mesma finalidade. Tais exclusões são corretas.

Dois anos após a promulgação da Lei, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que passou a editar as regras das coberturas e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: uma lista de procedimentos, exames e tratamentos de cobertura mínima obrigatória. A padronização da cobertura, todavia, não implica a exclusão de todos os outros procedimentos não indicados no rol. A legislação não permite e a atenção à saúde perde sentido.

Recentemente, porém, os ventos voltaram-se ao retrocesso. Em 2 de setembro, foi publicada a Medida Provisória nº 1.067/2021, criando a Comissão de Assessoramento para atualização do rol, restringindo a cobertura aos procedimentos lá previstos (taxatividade) e impondo várias exigências para os proponentes de novas coberturas.

Médicos e pacientes, por meio de suas entidades, dificilmente conseguirão cumpri-las. A Comissão será regulamentada pela ANS, que historicamente tem admitido a participação de representantes das empresas de planos de saúde, embora isso denote evidente conflito de interesse.

Atualmente, também a Comissão Especial de Planos de Saúde da Câmara dos Deputados está a todo o vapor, analisando uma série de projetos de lei que pretendem alterar a Lei 9.656/98, muitos prejudiciais aos pacientes e à boa Medicina.

Vários aspectos precisam, sim, de revisão ou mesmo de previsão na legislação, como o descredenciamento injustificado, a garantia de efetivos reajustes para os prestadores de serviços e à responsabilização em casos de glosa indevida de procedimentos – mesmo já previstos no rol. O rol de procedimentos é benéfico e necessário, mas não pode ser mal – e ilegalmente – interpretado, sob pena de colocar em risco a assistência adequada à saúde dos pacientes, que pressupõe autonomia dos médicos. Na mesma linha, é inadmissível a criação de planos com coberturas subsegmentadas, sob risco de retornarmos ao faroeste do passado, regido pela vantagem excessiva, o contrato abusivo, incompatível com a boa-fé e com a razão de ser dos planos de saúde.

Mais um aspecto atrelado a esta discussão é o equilíbrio econômico-financeiro das empresas

do setor. Aliás, se a lógica do atendimento necessário à saúde do paciente está legislada e devidamente garantida por nosso Poder Judiciário, os aspectos econômicos ainda são uma caixa preta. Para onde vão os recursos dos altos reajustes aplicados pelos planos de saúde?

Não vão para os médicos e demais profissionais, que continuam a prestar serviços sem que os honorários sejam revistos e justos. O assunto deve ser considerado. Contudo, descartando desde logo ameaças de reajustes ainda maiores e de exclusão de mais consumidores. Precisa ocorrer com a transparência necessária.

Por todas essas razões, a AMB confia que a 2ª. Seção de Direito Privado do Superior Tribunal de Justiça, em continuação ao julgamento dos Embargos de Divergência no Recurso Especial nº 1886929/SP, sobre a taxatividade do rol de procedimentos, no próximo dia 16 de setembro, não abrirá brecha para restrições à assistência em saúde e à autonomia médica. O Tribunal Cidadão tem de se manter firme na garantia dos direitos dos pacientes e na autonomia de médicos.

A AMB acredita igualmente que o Congresso Nacional – em especial a Comissão Especial de Planos de Saúde – contemplará as alterações legais necessárias para garantir o atendimento adequado aos pacientes e maior equilíbrio entre empresas de planos de saúde, usuários e médicos.

César Eduardo Fernandes, presidente da Associação Médica Brasileira.

Fonte: [AMB](#), em 16.09.2021.