

## **ABA JURÍDICO**

### **TEMA – URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E CARÊNCIA EM PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL.**

Tema sempre recorrente nas demandas judiciais, a *carência* nos contratos de planos de saúde é definida como o período de tempo durante o qual a operadora estará isenta de pagamento dos riscos segurados pelas apólices contratadas pelo usuário.

A aplicação da carência ocorre nos planos individuais e familiares; poderá ser aplicada também nos coletivos empresariais e nos coletivos por adesão, embora nestes possam existir situações de isenção.

Nos coletivos empresariais, haverá isenção de prazo de carência quando os planos tiverem 30 ou mais beneficiários se o beneficiário solicitar o ingresso em até 30 dias da celebração do contrato ou, da sua vinculação à empresa contratante. E nos coletivos por adesão a isenção ocorrerá se o ingresso do beneficiário ocorrer até 30 dias após a celebração ou, se o ingresso ocorrer no aniversário do contrato.<sup>1</sup>

A carência é um mecanismo de regulação financeira dos planos de saúde para evitar que uma pessoa contrate e passe a utilizar o plano apenas quando tem certeza de que é portador de uma moléstia, ou, que precisa realizar um procedimento de saúde como parto.

Planos de saúde se estruturam com a formação e gerenciamento de um fundo mutual, para o qual contribuem todos os usuários e de onde saem os recursos para todos os procedimentos e eventos em saúde autorizados pelos médicos assistentes. Não há outra fonte de pagamento para as operadoras de saúde, somente os recursos do fundo mutual.

---

<sup>1</sup> Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia>. Acesso em 29 de maio de 2020.

Quando um novo usuário contrata com uma operadora de saúde ele ingressa no fundo mutual depositando recursos e, ao final do período de carência poderá utilizar os serviços que serão custeados pelos recursos do fundo.

Não é viável para a saúde do fundo mutual que o usuário ingresse utilizando recursos sem ter depositado nenhum valor. Isso pode estimular práticas negativas para os fundos mutuals de saúde como, por exemplo, o usuário só ingressar após constatar que está doente ou, que precisa utilizar recursos médicos e hospitalares, por exemplo, para um parto. Se uma pessoa sabe que está grávida e não tem contrato de saúde poderia efetivar a contratação, utilizar durante o período de gestação, parto e pós-parto e, em seguida, deixar de contribuir para provocar a rescisão do contrato.

Esse comportamento provocaria **forte desequilíbrio na solvência do fundo mutual**, por isso os prazos de carência atuam como uma proteção para a mutualidade, para os usuários que estão contribuindo regularmente com o pagamento de suas mensalidades e, têm direito a ter segurança de que os recursos estarão disponíveis quando for preciso utilizá-los.

Os principais prazos de carência fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS são:



Partos a termo são os que ocorrem entre a **38<sup>a</sup> e 42<sup>a</sup> semana de gestação**; partos pré-termo são os que ocorrem **22<sup>a</sup> e 37<sup>a</sup> semana de gestação**.

**Urgência e emergência** foram definidas na Lei n.º 11.935, de 2009, da seguinte forma:



Urgência e emergência são conceitos que devem ser aplicados por médicos assistentes do usuário, únicos profissionais com autorização legal para definir diagnósticos.

Nos casos de **urgência e emergência o prazo de carência é de 24 horas.**

Após o prazo de carência o atendimento será efetuado em consonância com a modalidade contratada pelo usuário. Assim:

**Plano Hospitalar = a operadora de saúde deverá garantir o que for necessário. A critério da operadora durante o período de carência de 24 horas, o atendimento poderá ocorrer, porém limitado a 12 horas e somente para casos de emergência. Cessada a carência não existem restrições para internação, se necessária conforme indicação médica.**

**Plano Referência = o atendimento após o período de carência de 24 horas será todo aquele necessário conforme recomendação médica.**

**Plano Ambulatorial = o atendimento ficará limitado às primeiras 12 horas após o vencimento do período de carência que é de 24 horas a contar da assinatura do contrato.**

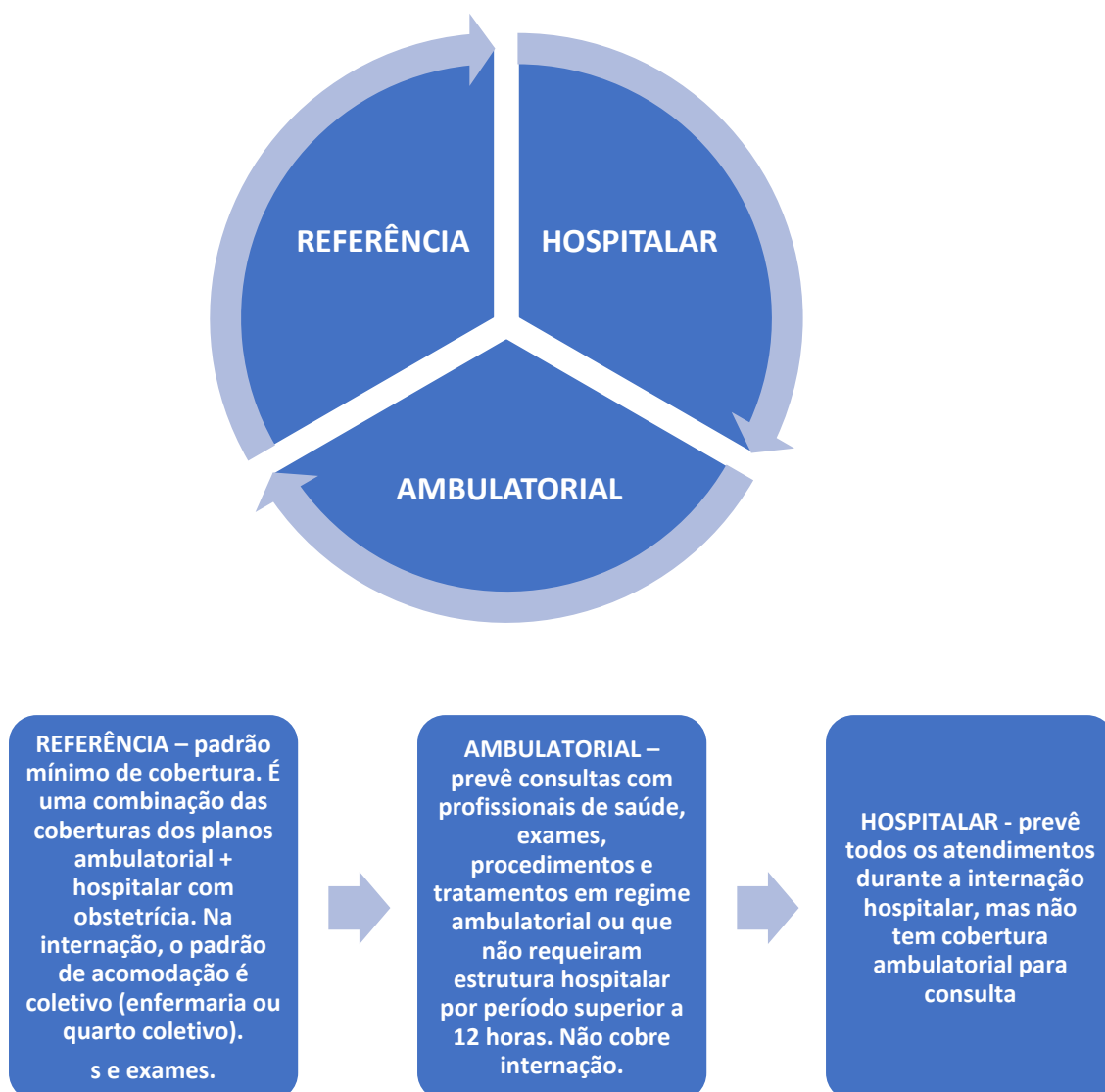
Nos planos de cobertura **ambulatorial** ultrapassado o prazo de 12 horas de atendimento após vencimento do prazo de carência de 24 horas, **cessa a responsabilidade financeira da operadora de saúde.** Porém, cabe a operadora arcar com a remoção do paciente para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde, para garantir que haja a continuidade do atendimento. A responsabilidade da operadora só cessa quando o paciente estiver com o registro efetuado na unidade pública de destino.

Caso o paciente ou seus representantes legais optem e autorizem a continuidade do atendimento em uma unidade de saúde que não

pertença ao SUS, a operadora de saúde estará desobrigada da responsabilidade médica e financeira da remoção.

Se a remoção não for autorizada pelo médico em razão de risco de morte, o usuário ou seus representantes legais, deverão negociar com o hospital os valores financeiros necessários para a continuidade do atendimento, ficando a operadora desobrigada em razão da inexistência de cobertura contratual.

No Brasil os planos podem adotar combinações a partir das seguintes modalidades de coberturas:



Durante o período de pandemia os prazos de carência e os prazos máximos de atendimento de urgência e emergência estão mantidos, assim como a segmentação contratada pelo usuário. Não houve alteração das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar para esses aspectos.<sup>2</sup>

Os direitos coletivos dos usuários que contribuem para a formação dos fundos mutuais estão sendo respeitados e garantidos, mesmo durante o período da pandemia. Com essa garantia de solvência e sustentabilidade fica mais viável atender os direitos individuais dos usuários dos planos de saúde.

Na dúvida, entre em contato com a operadora de saúde pelo Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC, que funciona 24 horas por dia, durante 7 dias da semana e atende às determinações da legislação específica.

Informação é a melhor forma de contribuir para diminuir os efeitos negativos da pandemia que estamos vivendo.

---

<sup>2</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5448-ans-adota-medidas-para-que-operadoras-priorizem-combate-a-covid-19>. Acesso em 29 de maio de 2020.