

Dúvida:

Quais as diferenças por tipo de produto para aplicação de carência?

Parecer Unimed do Brasil:

Prezados,

De plano é importante esclarecer o conceito de carência. Ao contratar um plano de saúde, a pessoa física ou jurídica está aderindo à prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecidos, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde.

Essa assistência se dá através de atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente pela operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador de saúde.

Como se sabe, o setor de planos de saúde funciona num sistema mutualista, ou seja: várias pessoas contribuem para que algumas pessoas utilizem os serviços. Dessa maneira, os beneficiários pagam uma mensalidade fixa - de acordo com o tipo de cobertura assistencial, a faixa etária e a rede conveniada - e os custos da utilização dos procedimentos pelos integrantes da carteira são diluídos entre o grupo. Não funciona como uma caderneta de poupança ou como qualquer outro mecanismo financeiro em que os valores são reservados para uma eventualidade futura.

Assim, a função do plano de saúde é cobrir ocorrências futuras e imprevistas, ou seja, que independam da vontade das partes.

Nesse contexto, a existência do **instrumento da carência** se justifica para garantir a condição incerta, aleatória e futura das ocorrências de assistência à saúde, sendo importante para assegurar a viabilidade do mercado de planos de saúde. A não existência de carência possibilitaria a contratação do plano de saúde para ocorrências já decorridas, e não para as incertas, aleatórias e futuras.

Dito isso, temos algumas diferenças na aplicação de carências a depender do tipo de produto. Vejamos:

No caso dos planos de saúde contratados antes de janeiro de 1999, as regras de carência obedecem ao disposto em cada contrato. Já para os chamados “planos novos” - contratados a partir de 2/01/1999 - ou para os que foram adaptados à legislação, valem as regras de carência estabelecidas na Lei nº 9.656/98, descritas abaixo:

Planos individuais ou familiares: há aplicação de carência.

Planos coletivos empresariais:

Com até 29 beneficiários: poderá haver aplicação de carência.

Com 30 ou mais beneficiários: isenção de carência desde que o beneficiário solicite o ingresso em até 30 dias da celebração do contrato ou da sua vinculação à empresa contratante.

Planos coletivos por adesão: pode haver aplicação de carência.

Há isenção de carência nos seguintes casos:

Se o ingresso do beneficiário acontecer até 30 dias após a celebração do contrato.

Se o ingresso acontecer no aniversário do contrato.

Por fim, como regra geral (ausentes casos de exceção ou isenção) a operadora de planos de saúde pode exigir:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias
Demais situações	180 dias