

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE: O QUE MUDA COM A NOVA LEI?

A lei 9656/98 veio regulamentar os planos e seguros de saúde que atuavam no mercado há mais de 20 anos sem regras claras que definissem direitos e deveres de empresas e consumidores.

Agora, as empresas passam a ser co-responsáveis pela saúde da população que atende e os consumidores podem comparar antes de se decidir por um plano ou outro, já que, todas as empresas devem ser obrigadas a oferecer, no mínimo, aquilo que a lei determina, ou seja, cada tipo de plano terá a lista de procedimentos que deverá cobrir e os reajustes terão de se enquadrar nos limites fixados pela lei.

Veja as principais diferenças:

Como era antes:

1. Qualquer doença poderia ser, a qualquer tempo considerada preexistente ou congênita. A operadora poderia negar o procedimento adequado, sem fornecer explicações claras.
2. Muitos planos e seguros de saúde simplesmente excluía o tratamento da AIDS e do câncer.
3. Não havia regras claras para reajustes de faixa etária. Alguns planos apresentavam diferenças de preços de até 31 vezes entre a primeira e a última faixa para excluir o cliente na 3ª idade.
4. Não havia obrigatoriedade de ser oferecido pelos planos e seguros de saúde cobertura a portadores de deficiência física.
5. Normalmente, paciente com transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos (alcoólatras e viciados em drogas), não tinham acesso sequer ao tratamento básico de saúde mental.
6. A maioria dos planos e seguros saúde excluía qualquer tipo de transplante.
7. Quanto às internações, muitas operadoras impunham limites no número de diárias, principalmente em UTI.
8. As operadoras poderiam substituir a qualquer tempo e por qualquer motivo os hospitais credenciados sem comunicar sequer à sua clientela.

Como não havia regulamentação, quem precisava reclamar somente podia recorrer aos Órgãos de defesa do consumidor ou ajuizar ação na Justiça Comum.

O que prevê a nova lei:

1 - As operadoras não podem mais deixar de tratar doenças preexistentes ou congênitas. Ao assinar o contrato, o consumidor preenche um formulário, orientado por um médico, declarando ser ou não portador de doença preexistente e/ou congênita.

2 - Hoje, a cobertura dessas doenças são obrigatórias, nos limites do tipo de plano adquirido (ambulatorial, hospitalar, etc). Se o consumidor já era portador dessas doenças quando adquiriu um plano ou seguro, elas serão consideradas preexistentes.

3 - Ficam estabelecidas 7 faixas etárias:

de zero a 17 anos	50 a 59 anos
18 a 29 anos	60 a 69 anos
30 a 39 anos	e mais de 70 anos
40 a 49 anos	

O valor da mensalidade da última faixa etária não pode superar 6 vezes o valor da primeira.

4 - A lei assegura que ninguém pode ser impedido de participar de um plano ou seguro saúde por ser portador de qualquer tipo de deficiência. O atendimento será feito nos limites do plano ou seguro adquirido (hospitalar, ambulatorial, etc).

5 - A lei prevê o atendimento a portadores de transtornos mentais, inclusive nos casos de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química. As operadoras devem cobrir também lesões decorrentes de tentativa de suicídio, já que expressam transtornos psíquicos.

6 - Os planos hospitalares e de referência cobrirão transplantes de rim e córnea e os gastos com procedimentos vinculados à cirurgia, incluindo despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos usados na internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, despesas com captação, transporte e preservação de órgãos.

7 - Não há mais limite no número de diárias em casos de internação, inclusive em UTI.

8 - A operadora passa a ter de comunicar ao consumidor e ao Ministério da Saúde com 30 dias de antecedência a substituição de um prestador do serviço hospitalar de sua rede credenciada ou referenciada.

9 - Todas as operadoras serão fiscalizadas pelo Ministério da Saúde e pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda. As punições vão desde advertências, multa de até R\$ 50 mil e suspensão das atividades até o cancelamento da autorização de funcionamento.

*Para quem já possui plano ou seguro de saúde **individual ou familiar**, firmados até 31 de dezembro de 1998 deverão ser adaptados à nova legislação, na data de sua renovação ou a qualquer tempo a critério do consumidor.*

A exemplo dos novos contratos, todas as operadoras terão de dar cobertura a doenças e lesões preexistentes mesmo para contratos que não previam este tipo de cobertura.

A adaptação não implica em nova contagem de carência ou mesmo parte do prazo que já tenha sido cumprido, porém, deve-se observar a abrangência do tipo de plano ou seguro e o tempo de contrato na data de sua adaptação, para início da cobertura completa, senão vejamos:

1 – Contratos com, no mínimo, 5 anos e naqueles que não prevêem exclusão de doenças e lesões preexistentes, doenças e procedimentos específicos discriminados em contratos – **o consumidor terá direito à assistência imediata a partir da adaptação do contrato.**

2 – Contratos assinados há mais de 18 meses e que estão em vigor há menos de 5 anos – o consumidor terá de esperar 6 meses, a partir da adaptação do contrato, para ter direito à cobertura completa, que inclui eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (por exemplo, internações em UTI) e procedimentos de alta complexidade (por exemplo, radioterapia, hemodiálise, quimioterapia). **Este período de espera é chamado de cobertura parcial temporária.**

3 – Contratos assinados há menos de 18 meses na data da adaptação – **nestes casos, a cobertura parcial temporária se estende até que se completem 24 meses de contrato.**