

# Plano de Saúde Coletivo



**Critérios  
para uma  
boa escolha**



# O desafio de contratar um bom plano de saúde

**Contratados** pelas empresas e instituições que se preocupam em oferecer cobertura assistencial aos funcionários e colaboradores, os planos de saúde coletivos representam hoje 77% do total de planos privados de assistência à saúde do País.

Para ajudar a definir alguns critérios na hora da escolha do plano elaboramos esta cartilha para que o investimento atenda ao perfil da equipe e resulte não só em melhoria na qualidade de vida dos funcionários e colaboradores, como nos resultados da empresa.

Nesta modalidade em que a negociação entre as partes define o índice de reajuste é importante assegurar as necessidades da empresa para garantir o padrão e a amplitude da cobertura médica e/ou odontológica, como da segmentação assistencial (ambulatorial/hospitalar) que se quer oferecer. Assim como a disponibilização de relatórios gerenciais, que prestem o necessário apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano.

O desafio de contratar um bom plano, portanto, resulta de um conjunto de ações, que vai da seleção, da gestão e do controle dos resultados que se quer alcançar desse benefício, tão valorizado pela sociedade contemporânea.

## **Regina Parizi**

presidente do Instituto ÁGORA EPQV

## **Maria Inês Dolci**

coordenadora institucional da PROTESTE

# Sumário

<b>A saúde suplementar</b> .....	5
<b>A escolha adequada / Caracterização da entidade contratante</b> .....	6
<b>Caracterização do público beneficiário</b> .....	7
<b>Formas de contratação do Plano de Saúde Coletivo / Segmentação assistencial do Plano de Saúde</b> .....	8
<b>Modalidades de operadoras de Planos de Saúde</b> .....	9
<b>Abrangência geográfica do Plano de Saúde / Perfil epidemiológico e de risco / Modelo de atenção à saúde</b> .....	11
<b>Rede assistencial e Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças</b> .....	12
<b>Avaliação e controle / Cuidados ao contratar</b> .....	14
<b>Reajuste</b> .....	15
<b>Extensão da permanência no Plano de Saúde</b> .....	16
<b>Instituto Ágora EPQV</b> .....	17
<b>PROTESTE: a serviço do consumidor</b> .....	18

## Expediente

### Cartilha de Plano de Saúde Coletivo

**Realização:** INSTITUTO AGORA EPQV e PROTESTE

**Coordenação editorial:**

Maria Inês Dolci; Regina Parizi e Iolanda Ramos

**Projeto Gráfico:** Marcus Vinicius Pinheiro;

**Diagramação:** André Mucheroni;

**Ilustrações:** Perkins;

**Assessoria de Imprensa e jornalista responsável:**

Vera Lúcia Ramos, MTB: 769;

**Conteúdos e apoio editorial:** Regina Parizi, Iolanda Ramos, Polyanna Carlos e Vera Lúcia Ramos.

### PROTESTE

**Sede:**

Avenida Lúcio Costa, 6.240

Barra da Tijuca

CEP 22630-013

Rio de Janeiro – RJ

**Escritório em São Paulo:**

Rua Dr. Bacelar, 173 – cj. 52

Vila Clementino

CEP 04026-000

São Paulo – SP



## A saúde suplementar

No período anterior a publicação da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, o mercado da saúde suplementar não tinha normas homogêneas que pudessem assegurar ao contratante de planos de saúde, a certeza do atendimento esperado.

A nova regulamentação, que entrou em vigor em janeiro de 1999, estruturou o segmento da saúde suplementar. Foram criadas normas para atuação das operadoras de planos no mercado, regras do plano assistencial, políticas de reajustes de mensalidades e padrões de coberturas assistenciais mínimas, o que garantiu maior transparência e segurança para o beneficiário.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia coordenada pelo Ministério da Saúde, foi criada em 28 de janeiro de 2000 pela Lei nº 9.961, com atribuições de registro, regulação, normatização e fiscalização do cumprimento da legislação na área da saúde suplementar.

Todas as publicações da ANS, bem como informação e avaliação de desempenho das operadoras de planos de saúde podem ser acessadas pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

## A escolha adequada

Escolher o plano ou seguro de saúde adequado às características da contratante e ao perfil do grupo de beneficiários é uma etapa importante para assegurar o melhor resultado em relação ao investimento realizado.

Além de avaliar a forma de contratação e modalidade da operadora, é recomendado checar a abrangência geográfica para atender às necessidades da contratante, como verificar o padrão e a amplitude da cobertura médica e/ou odontológica e da segmentação assistencial (ambulatorial/hospitalar) que se quer disponibilizar.

Outro diferencial ao escolher uma Operadora de Planos de Saúde para a organização é a disponibilização de relatórios gerenciais, que prestem o necessário apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano.

## Caracterização da entidade contratante

A definição da melhor forma de contratação de um plano privado de assistência à saúde depende do ramo de atividade da contratante (indústria, comércio, serviços). Devem ser levados em conta também: os locais onde ela está instalada, a frequência de deslocamento de seus empregados ou associados e o tipo de cobertura assistencial que foi definido como mais adequado à demanda existente.

O investimento deverá ser proporcional aos serviços que o plano de saúde irá ofertar, assim é importante avaliar o padrão da rede de prestadores de serviços (clínicas, laboratórios e hospitais) e o tipo de acomodação, para os planos hospitalares (quarto ou enfermaria).

Há, inclusive, consultorias especializadas que prospectam o mercado, sugerindo o desenho de plano e o modelo de gestão mais adequado para a empresa/associação contratante.



## Caracterização do público beneficiário

Avaliar o perfil etário e os riscos de saúde dos seus beneficiários, relacionados ou não à atividade laboral, ajuda na definição dos programas de promoção à saúde, prevenção e assistência às doenças, que deverão integrar o contrato do plano privado de assistência à saúde.

Ao disponibilizar assistência à saúde aos seus beneficiários, a contratante investe não só na qualidade de vida dos funcionários e colaboradores, como obtém melhores resultados na produtividade da empresa. Se o benefício for adequadamente dimensionado e monitorado, os resultados diretos serão:

- Melhoria nas condições de saúde;
- Redução de riscos de acidentes de trabalho;
- Aumento de produtividade;
- Maior integração entre trabalhador e empresa;
- Redução do absentéismo (atrasos e faltas);
- Redução da rotatividade;
- Aumento no nível de satisfação dos empregados e colaboradores.

# Formas de contratação do plano de saúde coletivo

- 1. COLETIVO EMPRESARIAL** – plano ou seguro de assistência à saúde contratado por empresas para assistência à população de empregados ou servidores públicos, podendo ou não abranger os dependentes.
- 2. COLETIVO POR ADESÃO** - plano ou seguro de assistência à saúde contratado por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais, sendo de adesão espontânea e opcional, com ou sem a inclusão do grupo familiar ou de dependentes.

## Segmentação assistencial do plano de saúde

A assistência contratada pela empresa/ associação pode prever coberturas diferentes, de acordo com o objetivo estratégico estabelecido. As segmentações podem ser contratadas de forma isolada ou combinadas entre si, sendo elas:

- **AMBULATORIAL** – compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, (Resolução Normativa ANS nº 211/10) e em contrato.
- **HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA** – regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto (inclusive ao recém-nascido por até 30 dias), às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Rela-



cionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Resolução Normativa ANS nº 211/10) e em contrato.

- **HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA**– idem ao anterior, com exceção da atenção ao parto.
- **REFERÊNCIA**– cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria.
- **ODONTOLÓGICA**– compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos Odontológicos (Resolução Normativa ANS nº 211/10) e em contrato.

## Modalidades de operadoras de planos de saúde

### Cooperativa médica

Sociedade de médicos cooperados, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, sem fins lucrativos, que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.

### Cooperativa odontológica

Associação de odontólogos cooperados, sem fins lucrativos nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que comercializa ou opera planos exclusivamente odontológicos.

### Medicina de grupo

Se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos de saúde, excetuando-se as classificadas nas outras modalidades.

### Odontologia de grupo

Empresa ou entidade que opera exclusivamente planos odontológicos, exceto aquelas classificadas como cooperativa odontológica.

### Seguradora especializada em saúde

Conhecida como seguro saúde, para fins da Lei nº 9.656/98, enquadra-se como plano privado de assistência à saúde, enquanto a sociedade seguradora especializada em saúde, como operadora de plano privado de assistência à saúde. Constituída em so-

cidade seguradora com fins lucrativos, comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas que garanta a assistência à saúde.

### Filantrópica

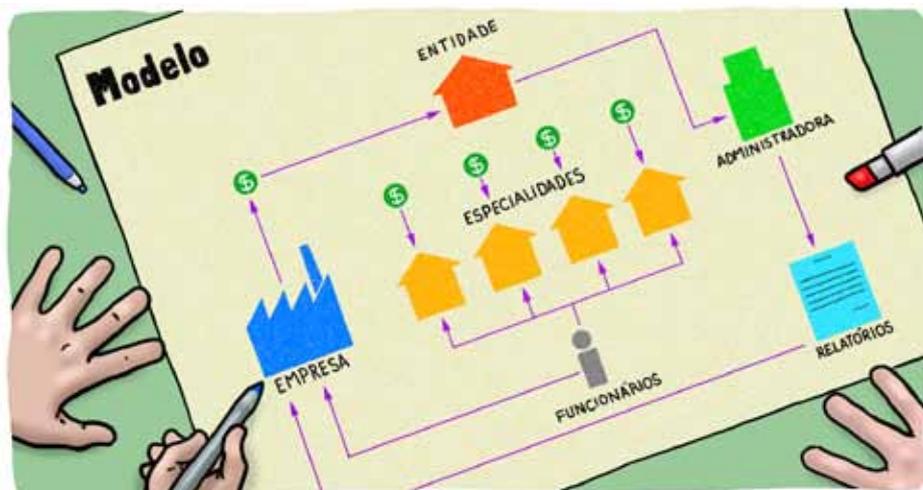
Entidade sem fins lucrativos que opera planos de assistência à saúde e que tenha obtido a certificação de entidade beneficente de assistência social, junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

### Administradora de Benefícios

Se a empresa preferir, poderá contar com uma Administradora de Benefícios - operadora de saúde que apenas administra planos de assistência à saúde, cuja responsabilidade financeira cabe à outra operadora de saúde. Não mantém rede credenciada própria de serviços médicos, hospitalares ou odontológicos.

### Autogestão

A empresa/associação pode ainda criar seu próprio plano de saúde, na modalidade de Autogestão. Sem fins lucrativos, essa modalidade opera serviços de assistência à saúde para um grupo fechado de pessoas, composto exclusivamente por empregados, aposentados, pensionistas ou ex-empregados de empresas, associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas, incluindo-se também os dependentes.



## Abrangência geográfica do plano de saúde

A empresa/associação deve estabelecer em contrato a área geográfica de cobertura do plano. Essa cobertura varia em função da localização de seus endereços, podendo prever locais adicionais para maior disponibilidade de serviços médicos/hospitalares de referência. A abrangência pode ser: nacional, estadual, grupo de estados, municipal e grupo de municípios.

A gestão da rede assistencial tem sido um dos maiores desafios na Saúde Suplementar e, atualmente, é um dos principais motivos de queixas dos beneficiários tanto na ANS quanto nos PROCONS. A empresa contratante deve certificar-se das medidas adotadas pela operadora em relação ao acesso à prestação de serviços.

## Perfil epidemiológico e de risco

Conhecer a distribuição e os determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde do grupo de empregados/associados permite uma gestão mais customizada e eficiente dos benefícios oferecidos e, assim, atingir o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos seus colaboradores/beneficiários.

Se não houver acompanhamento da efetividade da assistência contratada e do desempenho dos programas vinculados, a contratante poderá se deparar com uma contínua elevação dos custos assistenciais, sem o impacto esperado nas condições de saúde dos seus empregados beneficiários.

## Modelo de atenção à saúde

O modelo de assistência, conforme previsto na Lei nº 9656/98, tem como referência a lista de doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de cobertura obrigatória, que passou a ser denominado, no Art. 10 da lei, de Plano Referência de assistência à saúde.

A oferta desse plano básico de assistência é, atualmente, condição mínima obrigatória, para registro e funcionamento das operadoras no mercado.

A discussão dos contratos coletivos de saúde deve levar em consideração o perfil demográfico, o epidemiológico e os riscos relativos à atividade da empresa, além do modelo de atenção que a empresa quer que o plano de saúde ofereça aos beneficiários. Não deve se limitar, apenas, à análise de preço, pois um valor aparentemente baixo pode sair caro se houver pequeno impacto nos resultados de saúde dos empregados.

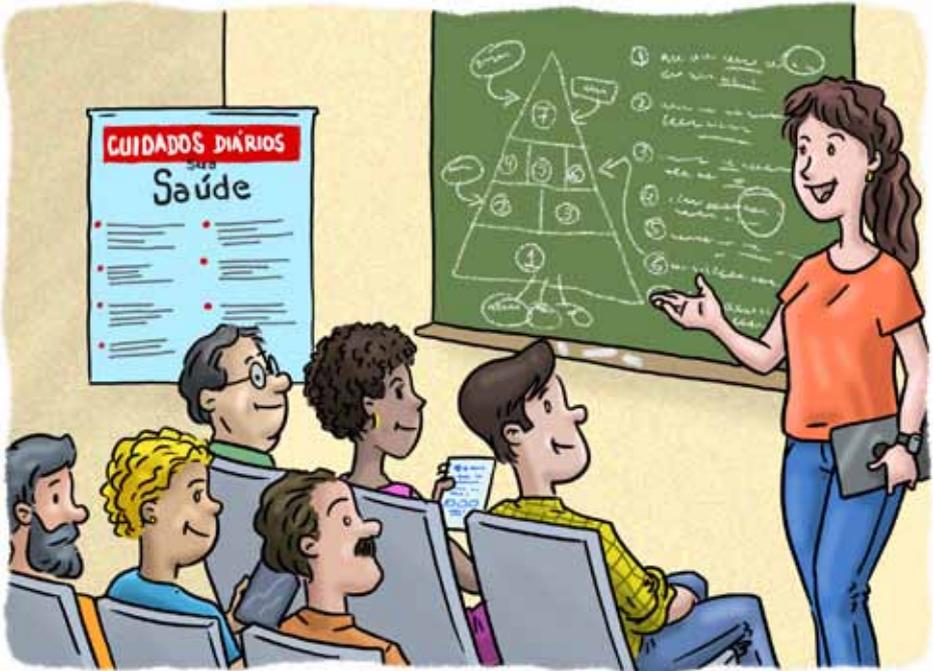
Assim, além da cobertura da lista de doenças e procedimentos voltados para a prevenção e tratamento desses agravos, é importante que estejam incluídos outros itens. São fundamentais programas de promoção da saúde, que orientem e estimulem os beneficiários em relação aos cuidados com a dieta, atividades físicas e cognitivas, que dão impacto na qualidade de vida, além de auxiliar no enfrentamento dos malefícios do uso do tabaco, do álcool e outras drogas.

Os programas e o plano de assistência também precisam estar integrados com outras políticas da empresa, como a de saúde do trabalhador, do Ministério do Trabalho e Emprego, para que possa maximizar resultados na saúde e mesmo nos recursos financeiros.

## Rede assistencial e programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças

A rede assistencial oferecida pelo plano de saúde tem que ser dimensionada de acordo com os objetivos, para que traga os resultados esperados e consiga disponibilizar programas nas áreas de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Assim, é importante observar tanto os dados quantitativos em relação ao número de profissionais, consultórios, pronto socorros e hospitais credenciados, quanto sua distribuição geográfica, que deve ser compatibilizada, o máximo possível, com a inserção domiciliar dos empregados beneficiários do plano.

O nível de complexidade da rede também é outra característica que deve ser observada. Se o plano contratado oferece programas nas áreas de promoção, prevenção, assistência e reabilitação de saúde; é necessário dispor de equipe multiprofissional e



multidisciplinar com médicos, dentistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas. Além de médicos de diversas especialidades para atendimentos mais complexos nas áreas de diagnóstico por imagem, unidades de terapia intensiva, cirurgias cardíacas, neurológicas e ortopédicas, entre outras.

Programas de promoção da saúde, para um bom resultado, exigem envolvimento intersetorial, com perfil multidisciplinar, para que consiga fazer intervenções e atender diferentes necessidades das pessoas nas áreas técnica, emocional, social, entre outras.

A área de recursos humanos da empresa contratante deve atuar com a operadora do plano de saúde, com as prestadoras de serviços, inclusive do setor de saúde do trabalhador e outras disponíveis na comunidade.

A especificação dessas questões no contrato, bem como o acompanhamento periódico do desempenho do plano e os resultados alcançados, são fundamentais para um bom nível de satisfação dos assistidos e um melhor retorno do investimento realizado.

## Avaliação e controle

As análises periódicas de avaliação e controle são importantes para todos os segmentos envolvidos na assistência à saúde. Além de beneficiar o assistido propriamente dito, elas auxiliam a operadora a aperfeiçoar os serviços e o contratante avaliar melhor o investimento, obtendo um nível de satisfação mais amplo entre os diversos segmentos.

A avaliação das propostas de planos não deve se restringir ao menor preço. Caso o desempenho do plano de saúde seja insuficiente, na avaliação final do custo/benefício ele será considerado caro, pelo pouco retorno que trará tanto no nível de satisfação dos empregados, quanto em relação ao investimento financeiro feito.

Para uma boa avaliação dos resultados é importante que no contrato já estejam especificados a periodicidade e o tipo de dados que o gestor contratante do plano deseja receber nos relatórios. As informações devem permitir análises tanto quantitativa como qualitativa.

Essas análises, além dos níveis gerais de satisfação e queixa, devem explicitar os motivos mais frequentes das reclamações, número e justificativa das negativas de cobertura, números de atendimentos realizados nas áreas ambulatoriais, hospitalares e de emergência. Também devem possibilitar a análise das reinternações, das complicações, das demoras entre os diagnósticos e os tratamentos, entre outras informações que possibilitem avaliar a qualidade da prestação de serviços ofertada.

Os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças devem, obrigatoriamente, ser avaliados quanto à cobertura e impacto na melhoria das condições de saúde dos participantes. Devem apresentar análise e comparação de dados anteriores com o número de intercorrências nas emergências, nas internações hospitalares e de controle das doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão Arterial, Obesidade, etc.

## Cuidados no contrato

O instrumento jurídico que registra o acordo firmado entre uma pessoa jurídica com uma operadora de plano privado, para garantir a assistência à saúde, deve conter de forma detalhada os direitos e obrigações entre as partes.

Para ter certeza de que a operadora e o plano a ser contratado são adequados à finalidade da empresa ou associação, recomenda-se obter o número de registro (da

operadora e do plano) e consultar com antecedência as informações e avaliações disponíveis no site da ANS. Outro cuidado é a atenção com as cláusulas de negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde e alterações na rede assistencial.

Lembrete: os contratos de planos privados coletivos de assistência à saúde, por adesão ou empresarial, somente poderão ser rescindidos imotivadamente, após a vigência do período de doze meses, mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

## Reajuste

Na contratação do plano deve ser negociada a forma de aplicação do reajuste por variação de custos, de maneira que ambas as partes possam calcular o novo valor dos serviços, decorrido o período para sua aplicação. A periodicidade do reajuste de preço é anual, no aniversário do contrato, como ocorre com os planos individuais. Os índices de reajustes não são definidos pela ANS. A Agência apenas acompanha os aumentos de preços. O índice de reajuste deve ser comunicado à ANS 30 dias após sua aplicação. Em outubro de 2012 a ANS definiu que os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários devem ser agrupados para efeito de cálculo de reajuste.

A responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados pelo plano coletivo recairá sobre a empresa ou associação contratante que repassará os custos para o usuário, quando for o caso.



## Extensão da permanência no plano de saúde

Na escolha do plano a contratante deve avaliar se vale a pena adotar o sistema de participação financeira do funcionário no custeio do plano. A contribuição mesmo que parcial possibilitará ao beneficiário permanecer no plano de saúde ao se aposentar ou na ocorrência de demissão ou exoneração sem justa causa.

Qualquer valor pago pelo empregado (mensalidade) é considerado contribuição, exceto os valores cobrados única e exclusivamente na utilização dos serviços médicos/hospitalares, conhecidos como coparticipação ou franquia.

A opção de manutenção no plano de saúde deve ser formalizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o desligamento da empresa, sendo que o aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado deve assumir o pagamento integral do plano, ou seja, a soma das contribuições da empresa (patronal) e aquela paga como empregado durante a vigência do contrato de trabalho.

O direito de permanência se extingue com a admissão do beneficiário, aposentado ou demitido/exonerado sem justa causa, em novo emprego, com o término do período de extensão, inadimplência ou cancelamento do contrato de plano de saúde pela empresa contratante.





O INSTITUTO ÁGORA - Estudos e Projetos em Qualidade de Vida é uma organização privada sem finalidade lucrativa concebida por um grupo de pessoas com formação multidisciplinar e experiências profissionais diversificadas, sobretudo na área da saúde.

Tendo como escopo a qualidade de vida, a instituição tem como arena de debates e de desenvolvimento de estudos e projetos, questões relacionadas com a pluralidade da sociedade contemporânea no que diz respeito aos conceitos de bem estar social, bioética, saúde, envelhecimento, cultura, meio ambiente, direito do consumidor, entre outros.

Destina-se, também, à promoção do ensino, pesquisa e eventos, bem como no desenvolvimento de métodos e ações que auxiliem pessoas e instituições na elaboração e avaliação de sistemas e serviços, públicos ou privados, que atuem na melhoria da qualidade de vida.

Promove, coerente com os objetivos e princípios da organização, a ética, a paz, a cidadania, os direitos humanos, a democracia, entre outros; entendidos como valores essenciais na sociedade atual para a dignidade da pessoa humana.

Tem como missão contribuir para a disseminação de conhecimentos, que promovam melhorias na qualidade de vida. Conheça mais no site : [www.institutoagoraepqv.org.br](http://www.institutoagoraepqv.org.br)



A PROTESTE completa 12 anos sempre a serviço do consumidor brasileiro. É a maior organização privada de defesa do consumidor da América Latina, com quase 300 mil associados.

Seus testes comparativos têm ajudado a acelerar mudanças em práticas produtivas e de vendas de produtos e serviços, aumentando a segurança e melhorando a relação custo-benefício nas relações de consumo.

No site [www.proteste.org.br](http://www.proteste.org.br) é possível conhecer mais o trabalho da entidade. Além de três publicações em que divulga direitos do consumidor e resultados dos testes que realiza, a entidade também dá orientação e media acordos dos associados com os fornecedores com os quais tenham problemas de consumo. Também representa o consumidor em diversas instâncias como câmaras técnicas, consultas públicas etc .

Ajuda o consumidor brasileiro se tornar, a cada dia, mais consciente dos seus direitos. Suas publicações periódicas são fundamentais a este trabalho.

Em março de 2002, foi lançada a primeira delas, a revista PROTESTE, na qual são publicados testes de produtos e serviços. Em abril de 2006, a associação intensificou esse apoio aos consumidores com a revista DINHEIRO & DIREITOS.

A mais recente publicação é a PROTESTE Saúde, que enfoca temas relevantes para saúde e qualidade de vida.

A associação também elaborou, ao longo de sua existência, dossiês que têm auxiliado o consumidor.

Mais recentemente, tem produzido cartilhas de esclarecimento sobre temas de interesse do consumidor.





**[www.institutoagoraepqv.org.br](http://www.institutoagoraepqv.org.br)**



**[www.proteste.org.br](http://www.proteste.org.br)** 