

**TUDO QUE VOCÊ  
PRECISA SABER  
ANTES DE  
CONTRATAR UM  
PLANO DE SAÚDE  
PARA A SUA  
EMPRESA.**

Contratar um plano de saúde para uma empresa seja ela pequena, média ou grande, não é uma tarefa fácil.

**Mas o que você deve saber antes mesmo de comprar um plano de saúde?**

## 01. Perfil dos Colaboradores

Conheça o perfil dos seus colaboradores e dependentes antes de fechar a contratação de qualquer plano de saúde. Por exemplo: localização (ajuda na escolha da área de cobertura e rede credenciada), faixa etária, momento de vida.

## 02. Reputação da operadora

A ANS, Agência Nacional de Saúde, que é o órgão que regulamenta o mercado de planos de saúde no Brasil, possui uma avaliação de cada operadora e plano do mercado.

## 03. Faixa de preços

Analise a sua disponibilidade financeira para não comprometer o caixa da empresa. Existem diferentes tipos de planos de saúde com variadas composições e custos.

Vale ressaltar que, em geral, o custo dos planos de saúde varia de **10% a 12% do valor da sua folha de pagamento**.

## 04. Coberturas

Existem basicamente 03 tipos de coberturas:

- **Ambulatorial:** Nesta cobertura está garantida a prestação de serviços de saúde que compreende

consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais (não inclui internação hospitalar/cirurgias). Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento.

- **Hospitalar sem Obstetrícia:** Garante a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Além de garantir a prestação de serviços em regime de internação hospitalar/cirurgias, com exceção da atenção ao parto. A legislação não admite previsão de limite de tempo de internação.
- **Hospitalar com Obstetrícia:** Garante a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Além de garantir a prestação de serviços em regime de internação hospitalar/cirurgias, inclusive a atenção ao parto.

## 05. Rede de atendimento

Verifique se o plano cobre procedimentos em hospitais, clínicas e consultórios, além de redes de exames laboratoriais mais próximo da empresa e/ou da residência de seus colaboradores.

## 06. Abrangência

A abrangência é a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário. Existem 05 tipos:

- **Nacional:** em todo o território nacional;
- **Estadual:** em todos os municípios do Estado;
- **Municipal:** em um município específico;
- **Grupo de Estados:** em todos os municípios dos Estados que compõem o grupo, sendo que este deve conter pelo menos dois Estados, não atingindo a cobertura nacional.
- **Grupo de Municípios:** em mais de um município, de um ou mais Estados, desde que não ultrapasse o limite de 50% dos municípios de cada Estado.

Em geral, os planos de saúde com abrangência nacional e/ou regional possuem as melhores redes de atendimento. Fique atento para não decidir por um plano que possui uma abrangência limitada.

## 07. Tipo de acomodação

A acomodação é usada no momento da internação seja decorrente de uma urgência que gera uma internação ou em decorrência de uma cirurgia eletiva. Durante a internação o paciente pode ficar em Quarto (também chamado de Apartamento) ou Enfermaria. Planos que não cobrem internação não têm padrão de acomodação (também chamados de planos sem Acomodação).

## 08. Carências

A Carência é o período previsto em contrato entre a assinatura e o acesso imediato do uso do serviços pelos segurados. Para empresas **com mais de 30 beneficiários**

**não existe carência** mas para empresas com menos de 30 funcionários, os prazos variam. Exemplo de carências:

Urgência e emergência:	24 horas
Consultas básicas (clínica, pediatria, ginecologia, obstetrícia e cirurgia geral):	07 dias
Consultas com especialidades médicas:	14 dias
Procedimentos de complexidade alta:	21 dias
Consultas com outros profissionais do setor (nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo):	10 dias
Internação hospitalar:	21 dias
Gravidez:	300 dias

A maioria dos planos possui critérios de redução de carência. Sempre verifique essa possibilidade antes de adquirir um plano de saúde.

## 09. Coparticipação

Coparticipação é o pagamento parcial do Plano de Saúde pelo colaborador por cada serviço utilizado: consulta, exame médico ou procedimento médico. Ou seja a mensalidade é paga pela empresa mas se o colaborador for no médico, ele pagará um percentual da consulta (coparticipação) quando chegar a próxima mensalidade. Se ele não usar o plano, ele não pagará nada e a empresa apenas a mensalidade.

Com a escolha por coparticipação, as mensalidades tendem a ser menores, diminuindo o custo do plano para a empresa, além de ser uma alternativa para incentivar o uso mais

além de ser uma alternativa para incentivar o uso mais consciente do plano e trabalhar a gestão da saúde.

## 10. Compulsório

São planos de saúde empresariais, que devem ser feito com 100% dos sócios e diretores, ou 100% dos funcionários. Ou seja, se entrar um novo sócio ou funcionário na empresa, ele(a) deve ser incluído automaticamente no plano.

## 11. Reajustes de preços

O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN 63/2003.

## 12. Vigência do contrato

A vigência do contrato é geralmente de 12 a 24 meses e será renovado automaticamente, salvo manifestação em contrário de qualquer das partes.

No caso de renovação não cabe incidência de taxas ou qualquer período adicional de carências. Normalmente, a vigência inicia a partir do pagamento da primeira mensalidade.

## Dica do especialista

Os planos de saúde solicitam o preenchimento da Declaração de Saúde dos titulares e de seus dependentes ANTES de formalizar os valores dos contratos empresariais.

A Declaração de Saúde é um formulário com perguntas que investiga a preexistência de doenças ou lesões.

Esse formulário tem que ser respondido pelo titular do plano que se responsabiliza também pelas respostas de todos os seus dependentes. Não se deve omitir informações para não ter problemas de atendimento ou a recusa da operadora em um tratamento.

As operadoras e seguradoras podem ajustar o custo de seus planos para determinados clientes (empresas) com base na identificação de titulares/dependentes com preexistência de doenças graves.

### Preste atenção na definição da contribuição do funcionário:

Se a empresa optar por dividir parte do custo do plano mensal com o funcionário (conhecido como contribuição), no momento de um desligamento sem justa causa ou aposentadoria, a empresa é obrigada por lei a dar a opção ao ex-funcionário de continuar no plano por um prazo máximo de 2 anos.

Vale ressaltar que nesses casos, todos os custos ficam a cargo do ex-funcionário porém impactam na sinistralidade e ajustes de preço anuais.