

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA CAMPUS JOINVILLE CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA
EM GESTÃO HOSPITALAR

ANA PAULA NASCIMENTO SANTOS

ANÁLISE DAS REGRAS PARA CONTRATAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE

JOINVILLE

2016

ANA PAULA NASCIMENTO SANTOS

ANÁLISE DAS REGRAS PARA CONTRATAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE

JOINVILLE, 2016

2016	ANA PAULA NASCIMENTO SANTOS	<table border="1"><tr><td data-bbox="737 757 737 1559">ANÁLISE DAS REGRAS PARA CONTRATAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE</td></tr></table>	ANÁLISE DAS REGRAS PARA CONTRATAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE	IFSC
ANÁLISE DAS REGRAS PARA CONTRATAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE				

ANA PAULA NASCIMENTO SANTOS

ANÁLISE DAS REGRAS PARA CONTRATAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE

Submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Francis Renata Pimentel Gonçalves
Co-orientador: Jaqueline Vicentin Patel Gabardo.

JOINVILLE

2016

Santos, Ana Paula Nascimento.

Análise das regras para contratação de um plano de saúde / Ana Paula Nascimento Santos – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. 43 pág.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Francis Renata Pimentel Gonçalves.

1. Operadora de Planos Privados de Assistência a Saúde 2. Contratos de Plano Privados de Assistência a Saúde 3. Saúde Suplementar.

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu noivo, Rodrigo Lorenzi, aos meus pais Alessandra Nascimento Dalla Líbera e Onei Paulo dos Santos, ao meu padrasto Sezar Luiz Dalla Líbera e à minha avó Amélia Maria do Nascimento que sempre me incentivaram para a realização dos meus sonhos, encorajando-me a enfrentar todos os momentos difíceis dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Á Deus por ter ajudado a manter a minha fé nos momentos mais difíceis. Aos meus pais, padrasto, avó e ao meu noivo que compartilharam o meu ideal e os alimentaram, incentivando a prosseguir na jornada. À professora, Francis Renata Pimentel Gonçalves que dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que minha formação fosse também um aprendizado de vida, meu carinho e meu agradecimento. Enfim, a todos que ouviram os meus desabafos e que presenciaram e respeitaram o meu momento.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

RESUMO

Devido ao grande crescimento pela procura por planos de saúde e as reclamações geradas, fez-se necessário à criação da Lei n. 9.656 que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde a qual foi criada a fim de regulamentar esse mercado. Dois anos depois é aprovada a Lei n. 9.661 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, agência reguladora de plano de saúde no Brasil. O objetivo do presente trabalho é analisar as regras para contratação de um plano de saúde considerando a evolução histórica do sistema privado de saúde no Brasil até o sistema atual, por meio de revisão bibliográfica e pesquisa documental. Sendo realizada uma pesquisa quantitativa referente aos dados coletados na Operadora de Plano de Saúde estudada, dados que dizem a respeito à quantificação de contratos realizados e a quantidade de contratos identificados não conformidade no período de maio de 2014 a maio 2015, através desses dados, foi levantada as possíveis causas das falhas e em seguida serão discutidas algumas sugestões para ocorrer à melhoria desse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Operadora. Plano de Saúde. Regras.

ABSTRACT

Due to the large growth the demand for health plans and generated complaints, it was necessary for the creation of Law n. 9656 which provides for private insurance plans and health care which was created in order to regulate this market. Two years later approved the Law n. 9661 establishing the National Agency of Supplemental Health regulator health insurance in Brazil. The objective of this study is to analyze the rules for hiring a health plan considering the historical development of the private health care system in Brazil to the current system, through literature review and desk research. A quantitative research for the data collected in the Health Plan Carrier studied data say about the quantification of contracts made and the amount of non-compliance identified contracts from May 2014 to May 2015, through such data being held, was raised the possible causes of the failures and then will discuss some suggestions for improving this process to occur.

KEYWORDS: Operator. Health plan. Rules.

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

PROCON – Programa Estadual de Defesa do Consumidor

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Justificativa.....	12
1.2 Problema da pesquisa.....	12
1.3 Objetivo geral.....	13
1.4 Objetivos específicos.....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 O sistema privado de saúde no Brasil.....	14
2.2 Tipos de Operadoras de Plano de Saúde.....	19
2.3 Tipos de Planos Comercializados e as regras para comercialização de planos de saúde	20
3. METODOLOGIA.....	29
3.1 Tipo de pesquisa.....	29
3.2 População e Amostra.....	29
3.3 Coleta de Dados.....	30
3.4 Análise dos Dados.....	31
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	32
4.1 Obtenção dos Resultados.....	32
4.2. Sugestão de Melhora para o processo.....	35
5. CONCLUSÕES.....	38
REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

A comercialização de planos de saúde no Brasil está em constante crescimento devido à grande procura por parte dos brasileiros. Mais de 47 milhões de brasileiros possuem planos de saúde. Cerca de 30 milhões fazem parte de convênios empresariais, aqueles oferecidos pelos empregadores aos seus funcionários. Os demais são clientes de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão, que são formados por profissionais liberais que atuam no mesmo ramo, organizados em sindicatos ou associações (PORTAL, 2012).

Anteriormente quando começou a se pensar em saúde privada, não havia normatização ou leis que regulamentassem esse tipo de comercialização. Passaram-se anos até que por fim foi criada a Lei nº 9.656/98, que se refere a planos e seguros privados de assistência à saúde. Com a criação da Lei nº 9.656 entra em vigor uma série de regras, dentre elas, a obrigação da existência de contratos escritos entre operadoras de plano de saúde e beneficiários, cujo objetivo é promover a transparência, equilíbrio e controle nas contratações de plano de saúde. A Lei possibilitou mudanças estruturais profundas no setor, que refletiram diretamente na ampliação da assistência à saúde. Antes da regulamentação do setor, havia a livre definição da cobertura assistencial, dos reajustes e de períodos de carências, contratos pouco claros para o consumidor e situações que possibilitavam até mesmo a exclusão de beneficiários.

Atualmente para se realizar uma contratação de um plano de saúde deve ser observada uma série de cláusulas contratuais obrigatórias, como: a identificação e endereço da contratada; tipos de atendimento; preços e prazos; índice de reajuste; foro; entre outros. Além disso, o consumidor deverá ter acesso a uma cópia do contrato assinado (contendo todas as condições de utilização), um manual com a relação de todos os profissionais da área da saúde (hospitais, clínicas e laboratórios), a carteira do plano de saúde contendo todas as informações obrigatórias, como: o nome do consumidor, nome e número de registro da operadora, nome e código do plano adquirido, e por fim um guia de leitura contratual o qual auxilia o consumidor a compreender o contrato (ANS, 2011). E, quando os contratos não estão de acordo com a norma em algum aspecto, as operadoras de plano de saúde podem ser penalizadas com a suspensão da venda de alguns planos ou até mesmo com multas. Portanto às operadoras precisam dispor de

ferramentas eficazes para a gestão dos riscos em relação às normativas da agência reguladora em contratos realizados com seus beneficiários.

O presente trabalho refere-se à análise do processo de contratação de plano de saúde entre a operadora localizada da cidade de Joinville/SC e os beneficiários no período de maio de 2014 a maio de 2015. Foi realizada essa análise com o intuito de dimensionar o volume de contratos realizados na operadora os quais não estão conforme às normativas estabelecidas pela agência reguladora das operadoras de plano de saúde, a fim de levantar as causas do problema e sugerir ações que levassem à diminuição do número de contratos com não conformidades.

O trabalho será apresentado em cinco partes as quais serão divididas em introdução, revisão de literatura, metodologia, apresentação dos resultados e conclusão. Será apresentado no desenvolvimento um breve histórico sobre o sistema privado de saúde no Brasil e os tipos existentes de operadoras, bem como os tipos do plano comercializados e quais as normas que regem esse mercado. Na metodologia serão ilustrados os métodos aplicados, bem como o tipo de pesquisa, população e como ocorreu a coleta e análise dos dados para então apresentar os resultados e a conclusão do trabalho.

1.1. Justificativa

O mercado dos planos de saúde segue uma rigorosa legislação, fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no entanto ainda ocorrem não conformidades na contratação de um plano de saúde. As não conformidades neste processo geram transtornos para os beneficiários que, por vezes, são prejudicados por não conhecer a legislação vigente no país. As operadoras também saem prejudicadas, pois na maioria das vezes essas são penalizadas com multas e com suspensão da comercialização de alguns planos de saúde, o que pode denegrir a imagem da organização.

Para que não ocorra uma não conformidade na contratação de um plano de saúde, é importante que a operadora trabalhe de forma transparente e que siga a legislação imposta pela agência reguladora.

1.2. Problema da Pesquisa

Qual a quantidade de contratos realizados na operadora de planos de saúde localizada na cidade de Joinville/SC que foram identificados não conformidades?

1.3. Objetivo Geral

Analisar os contratos realizados entre a operadora de planos de saúde localizada na cidade de Joinville/SC e beneficiários no período de maio de 2014 a maio de 2015.

1.4. Objetivos Específicos

- Dimensionar o volume de contratos de plano de saúde realizados e dentre eles, quantos foram identificados não conformidade;
- Sugerir ações para melhoraria do processo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será abordado o sistema privado de saúde. Será apresentado um breve histórico do sistema até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, também serão apresentados os tipos existentes de operadoras, bem como os tipos de planos de saúde comercializados e algumas das normas que as regem.

2.1 O sistema privado de saúde no Brasil

O atual sistema de saúde no Brasil é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, desta forma, acabam competindo entre si. O sistema de saúde possui três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado, com fins lucrativos ou não, no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Vale ressaltar que os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM, et.al, 2011).

Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil ao qual promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Uma parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas. A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários (BAHIA, 2010).

Nos cenários anteriores, segundo Zucchi & Ferraz (2010) por volta de 1930 ocorreu o surgimento da instituição do sistema CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) e a oferta, por determinadas caixas, de serviços médicos aos seus assistidos. Essa Caixa de Aposentadorias e Pensões foi criada especificamente para os servidores públicos e organizado segundo os princípios da seguridade social, dependendo de contribuição por parte dos segurados. As CAPs eram organizadas pelas empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma CAP, pois esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas, sua atuação restringia-se à legalização de uma organização que já vinha se dando de maneira informal desde 1910, e ao controle a distância do funcionamento dessas caixas, mediando possíveis conflitos de interesses. Com as CAPs, uma parcela mínima dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à saúde neste período estava restrito à condição de segurado (FIGUEIREDO NETO et al., 2015).

Tempos depois houve a suspensão das aposentadorias das CAPs durante seis meses e ocorreu uma reestruturação que acabou por substituí-las pelo sistema IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões), os quais, diferentemente das antigas Caixas, são organizados por categorias profissionais, não mais por empresas. A mudança que ocorreu não foi somente nas siglas, mas também na forma de administração. Enquanto as CAPs eram formadas por um colegiado de empregados e empregadores, a direção dos IAPs cabia a um representante do Estado, sendo assessorado por um colegiado sem poder deliberativo, o qual ainda era escolhido pelos sindicatos reconhecidos pelo governo. Cabe salientar que os recursos dos IAPs eram arrecadados através do desconto salarial compulsório, para criar um fundo que, investido, gerava a massa de recursos necessários para pagar as aposentadorias e pensões, sendo administrado por representantes dos trabalhadores. Desta forma, os IAPs eram financiados pela contribuição do trabalhador, das empresas e, teoricamente, também pelo Estado (PERES, 2000).

Entre os anos de 1940 e 1950, empresas do setor privado tinham como preocupação com a assistência à saúde de seus funcionários ao qual implantavam ambulatórios médicos em suas unidades fabris, algumas ofereciam um benefício a

mais, que era a extensão de atendimento para os familiares (ZUCCHI & FERRAZ, 2010). Em meados de 1960, com a implantação do convênio-empresa através do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), as indústrias que participavam do sistema, passaram a ser atendidas por empresas prestadoras de serviços médicos. Nessa época, surgem às medicinas de grupo, o Sistema de Cooperativas Médicas e ocorre o crescimento da assistência médico-hospitalar (UNIDAS, 2005).

Em 1966, através do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, foram reguladas todas as operações de seguros e resseguros e instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados, constituído pelo CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados); SUSEP (Superintendência de Seguros Privados); IRB (Instituto de Resseguros do Brasil); sociedades autorizadas a operar em seguros privados; e corretores habilitados (SUSEP, 1997). Nos anos de 1976, ocorreu à normatização do seguro-saúde e a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) tornou-se responsável pela regulação do setor, e, em 1980, o sistema privado já contava cerca de 18 milhões de usuários. Em meados de 1990, iniciou-se a comercialização de planos individuais e familiares (ZUCCHI & FERRAZ, 2010).

Foi elaborado ainda, em 1990, o Código de Defesa do Consumidor que deu origem ao Procon (Programa Estadual de Defesa do Consumidor), entidades que passaram a receber um volume gradativo de reclamações de consumidores em relação aos planos de saúde o que acabou dando início a crescentes conflitos entre a sociedade e as empresas de saúde privada (SANTOS, 2006). Segundo dados do Procon, foi realizado um levantamento de dados entre os anos de 1992 a 1997, e o maior número de reclamações referiam-se a reajustes de mensalidade e, em menor escala, à exclusão de tratamentos e prazos de carência (MALIK & VECINA NETO, 2012).

Com a expansão do setor que chegou a atingir cerca de 35 milhões de usuários, discutiu-se a regulamentação do sistema privado de saúde ao qual em 30 de junho de 1998 aprovou-se a Lei n. 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Com a criação da Lei pôde-se observar grandes mudanças no setor, que refletiram diretamente na ampliação da assistência à saúde. Foram definidos os períodos de carências, os reajustes passaram a ter critérios de controle, além da proibição dos limites quanto à internação dos beneficiários, da rescisão unilateral dos contratos e da possibilidade de seleção dos beneficiários

quanto ao risco, garantindo acesso amplo aos planos de saúde. Antes da regulamentação do setor, havia a livre definição da cobertura assistencial, dos reajustes e de períodos de carências, contratos pouco claros para o consumidor e situações que possibilitavam até mesmo a exclusão de beneficiários (BRASIL, 2015). É criado também, ainda em 1998, o Departamento de Saúde Suplementar na estrutura do Ministério da Saúde, dois anos depois, em 2000 é aprovada a Lei n. 9.661, que cria uma agência reguladora, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) (ZUCCHI & FERRAZ, 2010).

Segundo Batista Junior (2013):

“As agências reguladoras nasceram da necessidade de regular e fiscalizar as atividades econômicas que o Estado exercia em regime de monopólio e os serviços públicos delegados aos particulares, devendo garantir a normalidade e eficiência na prestação dos serviços e atividades não mais realizadas diretamente pelo Estado”.

Devido à criação da ANS, a fundamentação na legislação para a regulação do setor se completa, tendo como principais finalidades estabelecer regras para defesa do interesse público na assistência suplementar em saúde, regular as ações das Operadoras de qualquer natureza e cooperar para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BAHIA, 2006).

As regras estabelecidas pela ANS mudou o cenário em que as operadoras de plano de saúde viviam. Somente produtos com autorização da ANS e garantia das coberturas estabelecidas na legislação poderiam ser ofertados no mercado. Essas coberturas estabelecidas são conhecidas como Segmentação Assistencial que foi um dos requisitos obrigatórios pela ANS, a qual classificou em forma de “pacotes”, com a finalidade de atender as necessidades de cada consumidor, ou seja, o plano poderia ser: Ambulatorial; Hospitalar sem obstetrícia; Hospitalar com obstetrícia; Exclusivamente Odontológico; Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia; Ambulatorial + Odontológico; Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia; Hospitalar com obstetrícia + Odontológico; Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico; Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico; e Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico; desta forma, cada segmentação, possui uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória descrita no Rol de Procedimentos.

Outra regra estabelecida foi que as operadoras não poderiam mais impedir os consumidores de contratar plano de saúde em razão da condição de saúde, no entanto, as operadoras poderiam aplicar carência, bem como por doença ou lesão preexistente conforme previsto em lei (SANTIAGO, 2015).

Segundo a ANS (2005, p. 16) doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde. A Carência é o tempo de espera para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento. Esse tipo de informação está presente no contrato. Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis) 24 horas; Consultas e Exames Simples, 30 dias; Partos, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional, 300 dias; Doenças e lesões preexistentes, 24 meses; Demais situações: 180 dias. Cabe ressaltar que esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação (MONJARDIM, 2015).

Além da aplicação de carências, foi estabelecido também, que as operadoras deveriam estipular o valor da mensalidade de acordo com a faixa etária do consumidor, e os reajustes anuais, também deveriam seguir um padrão, alterando, a cultura das operadoras de impedir um idoso de adquirir um plano de saúde ou cobrar reajustes abusivos, como acontecia anterior à regulação do setor. Atualmente, as operadoras ofertam duas formações de preço do plano de saúde, pré-estabelecido e pós estabelecido (opção rateio ou custo operacional). O preço pré-estabelecido é o valor a ser cobrado definido previamente pela operadora (por faixa etária), sendo este cobrado mensalmente do beneficiário independente da utilização e se aplica para todos os tipos de plano. O preço pós-estabelecido, é o valor mensal a ser pago e é definido após a utilização das coberturas contratadas, e se aplica somente para os planos coletivos, este valor possui dois seguimentos, opção rateio e custo operacional. Na opção rateio, todos os beneficiários inscritos no plano, participam do rateio, independente de ter ou não utilizado os serviços, enquanto na opção custo operacional, os beneficiários participam no pagamento das despesas assistências geradas por ele, a título de coparticipação limitado a 30% (SANTIAGO, 2014).

Devido às regras estabelecidas pela ANS, as operadoras tiveram que se adaptar ao novo mundo, vedando assim, a comercialização de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresentasse as características definidas na Lei 9656/98.

2.2 Tipos de Operadoras de Plano de Saúde

Operadora é a pessoa jurídica que opera (administra, comercializa ou disponibiliza), a partir do registro na ANS, o Plano de Assistência à Saúde que dispõe de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir a assistência à saúde, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica (BARBOSA, 2011).

Todos os tipos de Operadoras seja ela uma cooperativa, entidade de autogestão ou empresas comerciais devem possuir registro na ANS, as mesmas são classificadas nas seguintes modalidades:

Cooperativas médicas ou odontológicas: São sociedades sem fins lucrativos, formadas de acordo com a Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971 que é a lei das cooperativas (OLIVEIRA, 2014).

Autogestão (patrocinadas ou não patrocinadas): São entidades que operam serviços de assistência à saúde, ou ainda empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, se responsabilizam pelo plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas e até mesmo ex-empregado, abrangendo o seus familiares limitando ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe, profissionais ou assemelhados (MALIK & VECINA NETO, 2012).

Entidade Filantrópica: São entidades beneficentes de assistência social (definida originalmente na Lei Orgânica de Assistência Social, Lei nº 8.742 de 08/12/1993, Art. 3º, como “aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como atuam na defesa e garantia de seus direitos”) e operam planos suplementares (Santos. I.S. et al, 2007).

Medicina de grupo: Empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde (FenaSaúde, 2012).

Seguradoras especializadas em saúde: São empresas que operam seguro saúde em caráter exclusivo. Em seu estatuto deve possuir a proibição expressa de atuarem em quaisquer outros ramos (OLIVEIRA, 2014).

Administradoras de benefícios: São companhias que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante, oferecendo-o aos associados de pessoas jurídicas, ou que atuam na prestação de serviços para pessoa jurídica, o apoio na administração do plano ou na assessoria técnica sobre negociação, regulação, entre outros (MALIK & VECINA NETO, 2012).

Odontologia de grupo: Companhias que operam planos privados e pertencem a um grupo empresarial específico para o setor odontológico (VIEIRA & COSTA, 2008).

2.3 Tipos de Planos Comercializados e as regras para comercialização de planos de saúde.

Conforme disposto na Resolução Normativa nº 195 de 14 de julho de 2009:

[...] a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:

I – individual ou familiar;

II – coletivo empresarial; ou

III – coletivo por adesão.

O Plano individual ou familiar é destinado para pessoas físicas. O plano individual é quando o contrato possui apenas um beneficiário, o titular, e o familiar, é formado por mais de um beneficiário, ou seja, titular (responsável pelo contrato) e dependentes, que neste caso, são os cônjuges, companheiros, filhos, enteados e outros, conforme constar no contrato (DRUMOND, 2016).

Ao contratar o plano individual ou familiar, a pessoa física deverá escolher dentre uma série de quesitos, como: a segmentação do plano que define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998, e se possuir na segmentação a opção hospitalar, a acomodação poderá ser individual (quarto, pagando mais e tendo mais privacidade) ou coletiva (enfermaria, economizando mais e ficando no mesmo ambiente que outros pacientes); a abrangência, ao qual aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios; a rede credenciada do plano, que são os hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde que prestarão o atendimento (ANS, 2009).

Para esse tipo de contratação há uma carência, que é o tempo de espera para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento. Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis) 24 horas; Consultas e Exames Simples, 30 dias; Partos, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional, 300 dias; Doenças e lesões preexistentes, 24 meses; Demais situações: 180 dias. Cabe ressaltar que esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação (MONJARDIM, 2015).

As faixas de idade do titular e dependentes, e a escolha da segmentação, acomodação e abrangência, serão determinantes para definir o preço final do plano de saúde. Há planos de saúde que cobram um valor fixo por mês, usando ou não os serviços do plano, a mensalidade será a mesma. Outros planos de saúde cobram uma mensalidade menor, porém acrescentam um valor adicional a ser pago por cada atendimento, consulta ou exame realizado naquele período, esse são chamados de planos com coparticipação. Cabe destacar, que todos os quesitos

citados anteriormente, deverão constar no contrato, principalmente as regras de reajustes, que deverão estabelecer de forma clara os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias. O reajuste do contrato individual ou familiar acontece a cada um ano e é definida pela agência reguladora através de normativa e a aplicação dependente da autorização prévia desta (PRIES, 2013).

O beneficiário deverá ter acesso a uma cópia do contrato assinado, contendo todas as condições de utilização, ao Guia de Leitura Contratual, criado pela agência reguladora e entregue pela operadora de planos de saúde para ajudar a compreender o contrato e ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde também criado pela agência reguladora e entregue pela operadora de planos de saúde, e a Carteirinha, contendo o nome e código do beneficiário, tipo e número de registro do plano, segmentação, acomodação e abrangência do plano e prazos de carência, bem como a Cobertura Parcial Temporária em caso de doença ou lesão preexistente (ANS, 2013).

A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, no entanto, é assegurada a manutenção do contrato pelos dependentes já inscritos nas mesmas condições, com a assunção das obrigações decorrentes, e a indicação do dependente que irá assumir a titularidade, devem ser formalizadas na solicitação da exclusão do atual titular. O contrato individual ou familiar somente poderá ser extinto em caso de fraude ou não pagamento da mensalidade, e neste caso, não caberá transferência de titularidade (SANTIAGO, 2015).

Em se tratando de plano para pessoas físicas, estes possuem direito a Migração, Adaptação e Portabilidade do plano. A Migração é para beneficiários de plano de saúde que contratou os serviços até 1º de janeiro de 1999, e que querem trocar o plano antigo (não regulamentados) por um novo (plano regulamentado), neste caso, o processo consiste no cancelamento do contrato antigo e assinatura de um novo contrato nas condições da migração e na mesma operadora, conforme definido pela agência reguladora. A Adaptação também é para beneficiários de plano de saúde que contratou os serviços até 1º de janeiro de 1999, neste caso, o beneficiário permanece com o mesmo plano, na mesma operadora, alterando apenas algumas características para que ele seja adaptado à Lei 9656/98. Entretanto, não há nenhuma lei dizendo que as operadoras possuem a obrigação de oferecer a migração ou adaptação ao beneficiário. Existem três tipos de Portabilidade, Portabilidade de Carências, Portabilidade Especial de Carências e

Portabilidade Extraordinária. A Portabilidade de Carências é a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de CPT (cobertura parcial temporária) exigível e já cumprida no plano de origem, neste caso, deverá ser observado algumas regras, como: o direito a portabilidade, que deverá ser comunicado pela operadora no mês anterior ao reajuste do contrato; esse tipo de portabilidade cabe somente para os planos regulamentados ou adaptados; o beneficiário deverá possuir dois anos de plano na operadora de origem sem CPT e três anos com CPT na primeira portabilidade, a partir da segunda portabilidade, basta ter um ano de plano na operadora de origem. Na Portabilidade Especial, independente do tipo de plano de saúde e da data de assinatura do contrato, esse tipo de portabilidade poderá ser utilizado em três casos: por beneficiários de operadora com registro cancelado ou em falência; por dependente que perdeu seu vínculo com o plano, seja por falecimento do titular, ou em decorrência de perda da condição para continuar no plano como dependente. Já na Portabilidade Extraordinária, é decretada em situações excepcionais, quando há necessidade de intervenção regulatória para garantir opções ao beneficiário, como, por exemplo, nos casos em que os planos disponíveis no mercado são insuficientes ou incompatíveis com o plano de origem (LÍBERA, 2015).

Os planos coletivos empresariais segue uma regra pouco divergente do plano individual ou familiar, esse corresponde a pessoas jurídicas, e é ofertada para indivíduos vinculados a determinada pessoa jurídica, em face de uma relação empregatícia ou estatutária, sendo composto ou de empregados de uma empresa, ou de associados, ou de sindicalizados, com ou sem a inclusão de dependentes. (RIZZARDO, 1999).

Ao contratar o plano coletivo empresarial, a pessoa jurídica deverá estabelecer a segmentação, acomodação e abrangência assim como no plano individual ou familiar citada anteriormente (ANS, 2009).

As carências para esse tipo de plano segue as seguintes regras: Se no contrato possuir menos de trinta beneficiários, é aplicado as carências normais, urgência e emergência, 24 horas, Consultas e Exames Simples, 30 dias; Partos, 300 dias, doenças e lesões preexistentes, 24 meses, demais situações: 180 dias; Se o contrato possuir trinta beneficiários ou mais, todos os beneficiários são isentos das carências, desde que formalizem o pedido de ingresso em até trinta dias da

celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante, caso contrário, este cumprirá as carências normais, mesmo que o contrato possua mais de trinta beneficiários. (SANTIAGO, 2015).

A quantidade de beneficiários para este tipo de plano e a escolha da segmentação, acomodação e abrangência, será o que define o valor da mensalidade o qual é de responsabilidade da pessoa jurídica contratante. Igualmente como acontece no plano de saúde individual ou familiar, também há planos de saúde que cobram um valor fixo por mês e outros a mensalidade menor, no entanto, cobram uma coparticipação. Todavia, para esse tipo de plano, há a opção de rateio de custos, no qual a pessoa jurídica contratante poderá contribuir com o pagamento da mensalidade de seus funcionários, através de uma porcentagem estipulada na contratação do plano de saúde, o qual deverá constar no contrato, mas independente da participação total ou parcial da pessoa jurídica contratante no custo da mensalidade, esta permanece responsável pelo pagamento integral dos valores. Assim como a definição referente à mensalidade, o contrato deverá possuir cláusula quanto as regras de reajuste, essas deverão ser expressamente claras. Ainda sobre o reajuste do plano coletivo empresarial, este acontece a cada doze meses e poderá ser seguido o percentual estipulado em contrato, ou poderá ser livre negociação entre as partes, depois de estabelecido a forma de reajuste, deverá ser aplicado a todos os beneficiários inscritos no contrato mediante a comunicação do reajuste que deverá constar no boleto ou fatura, conforme estabelece a Resolução Normativa nº 171/2008. Cabe ressaltar, que os comunicados de reajuste dos planos coletivos são monitorados pela agência reguladora, através da prestação de informações enviadas anualmente por meio de um sistema (PRIES, 2013).

A pessoa jurídica contratante deverá ter acesso a uma cópia do contrato assinado, contendo todas as condições de utilização, ao Guia de Leitura Contratual, criado pela agência reguladora e entregue pela operadora de planos de saúde para ajudar a compreender o contrato e ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde também criado pela agência reguladora e entregue pela operadora de planos de saúde, e as Carteirinhas individuais dos integrantes do contrato, contendo a razão social da contratante, o nome e código do beneficiário, tipo e número de registro do plano, segmentação, acomodação e abrangência do plano e

prazos de carência, bem como a Cobertura Parcial Temporária em caso de doença ou lesão preexistente (ANS, 2013).

Os beneficiários do plano coletivo empresarial possuem o direito em continuar com plano de saúde, caso sejam demitidos e exonerados sem justa causa, ou aposentados, através da Lei 9656/98, artigos 30 e 31, no entanto, torna-se totalmente responsável pelo contrato, bem como quanto ao pagamento integral das mensalidades. Esse direito é assegurado para todos que contribuíram ou tenha contribuído no pagamento do seu plano de saúde coletivo empresarial regulamentado, com valor pré-estabelecido ou pós-estabelecido na modalidade rateio, desde que requerido no prazo máximo de trinta dias. Ao empregado que se aposentar e continuar trabalhando na mesma empresa, no desligamento da empresa, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9656/98 e Resolução Normativa nº 279. Fica assegurado aos dependentes, o direito à manutenção do plano na condição de ex-empregado, inclusive após o período de remissão, em caso, de: falecimento do titular durante a vigência do plano na condição de ex-empregado – direito assegurado aos dependentes inscritos pelo tempo restante a que o titular tinha direito; Falecimento do empregado aposentado que continuou trabalhando, na mesma empresa – os dependentes possui direito a manutenção do plano na condição de aposentado, nos termos do artigo 31 da Lei 9656/98. Inclusive após o período de remissão (SANTIAGO, 2014).

Segundo Gabriela Guerra, 2014:

A remissão é um benefício bastante agradável ofertado aos segurados dependentes de planos familiares. A partir do momento que ocorrer o falecimento do titular do plano, o cônjuge sobrevivente e os dependentes recebem o direito à manutenção do contrato de plano de saúde, gratuitamente, por um período de três a cinco anos, dependendo da operadora.

O direito a manutenção do plano na condição de ex-empregado ou aposentado possui o tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde. No caso do demitido ou exonerado sem justa causa o tempo é correspondente a um terço do tempo de contribuição na mensalidade do plano de saúde mantido pela empresa, sendo que a permanência mínima é de seis meses e máximo de 24

meses. Para aposentados com rescisão do contrato de trabalho, a regra se dá em cima da contribuição na mensalidade do seu plano de saúde mantido pela empresa, por: dez anos ou mais – permanência por tempo indeterminado; menos de dez anos – permanência equivalente ao período de contribuição.

Quanto à suspensão do plano coletivo empresarial, este poderá ser suspenso ou rescindido caso ocorra atraso do pagamento dos valores devidos, relativos a mensalidades e coparticipação superior a sessenta dias ininterruptos ou não, nos últimos doze meses. Poderá também ser rescindido imotivadamente após a vigência mínima de doze meses por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito de sessenta dias, porém, caso a rescisão do contrato ocorra por iniciativa do contratante antes de completados doze meses de vigência do contrato, este deverá sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária equivalente a uma percentagem prevista no contrato que deverá ser aplicada em cima do valor das mensalidades restantes, ou a rescisão poderá ser motivadamente a qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de trinta dias se qualquer das partes infringirem as cláusulas presentes no contrato; por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do contratante; se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades; se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido na contratação (SANTIAGO, 2015).

A Adaptação, Migração e Portabilidade para o plano coletivo empresarial, as regras são pouco divergentes em comparação ao plano individual ou familiar. Na adaptação, de acordo com a legislação vigente, quando solicitado pelo responsável pelo contrato, é obrigatório o oferecimento da proposta de adaptação pela operadora em até cinco dias úteis. A cobertura assistencial deve respeitar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, dentro da segmentação do contrato e a ampliação de cobertura decorrente da adaptação não pode alterar as cláusulas do contrato de origem em relação aos procedimentos já cobertos e às demais cláusulas que sejam compatíveis com a legislação em vigor, que devem ser mantidas. A ampliação das coberturas no âmbito da adaptação de contratos deve observar a segmentação do plano de saúde do contrato originário. Quando a adaptação de contratos incluírem aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo do ajuste da adaptação deve ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura. O ajuste da adaptação a ser aplicado sobre a contraprestação pecuniária vigente à época da adaptação fica limitado a

20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento). A cláusula de reajuste por mudança de faixa etária do contrato adaptado deve obedecer às regras estabelecidas na legislação em vigor. A data do reajuste anual do contrato adaptado, no caso do contrato coletivo, é livre a sua negociação, desde que respeitada a periodicidade mínima de doze meses a cada reajuste. A Migração para esse tipo de contrato não se aplica nenhuma regra, ou seja, livre negociação. Sobre a Portabilidade para planos coletivo empresarial, a única que poderá ser aplicada é a portabilidade especial, esta, independente do tipo de plano de saúde e data de assinatura do contrato, essa portabilidade poderá ser utilizada em três casos, por beneficiário de operadora com registro cancelado pela agência reguladora ou que está em processo de liquidação extrajudicial; por dependentes que perdeu seu vínculo com o plano, ou ex-empregados demitidos e exonerados sem justa causa ou aposentados durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida por lei (SOARES, 2011).

Referente ao plano coletivo por adesão, este também é destinado para pessoas jurídicas, e é oferecido para à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; Sindicatos, centrais sindicatos e respectivas federações e confederações; Associações profissionais legalmente constituídas; Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução; Entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985 (Ensino Superior as Uniões Estaduais dos estudantes, Diretórios Centrais dos estudantes), e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985 (1º e 2º grau – Grêmios Estudantis) (SANTIAGO, 2014).

Ao contratar o plano coletivo por adesão, o contratante deverá estabelecer a segmentação, acomodação e abrangência assim como ocorre no plano individual ou familiar e coletivo empresarial. As regras aplicadas para este tipo de contrato quanto ao período de carência, definição de preços, reajuste, extinção ou rescisão do contrato e adaptação, são as mesmas aplicadas para o plano coletivo empresarial, o que difere, é apenas que os beneficiários deste contrato não possuem direito a continuidade do plano através da manutenção do plano na condição de ex-

empregado ou aposentado. E, as regras quanto a migração e portabilidade, seguem as mesma regras aplicadas para o plano individual ou familiar (SANTIAGO, 2015).

3. METODOLOGIA

Neste capítulo, serão estabelecidos os meios técnicos da investigação, onde será apresentado o tipo da pesquisa, população e amostra, coleta de dados e a análise dos dados.

3.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa é classificada, quanto à abordagem, como quantitativa. A pesquisa quantitativa possui caráter objetivo, e neste caso, coletou, quantificou e tratou os dados obtidos, apresentando os resultados através de tabelas e gráficos. A pesquisa quantitativa normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população. Esse tipo de pesquisa usa medidas numéricas para testar estudos científicos e hipóteses, ou busca padrões numéricos relacionados a conceitos cotidianos (DIAS, 1999).

Quanto aos objetivos, constitui uma pesquisa descritiva que segundo Moresi (2003), tem por finalidade expor características de determinada população ou de determinado fenômeno. Uma de suas modalidades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Em relação ao procedimento técnico, preferiu-se a pesquisa documental. Gil (2008, p. 07) explica que:

[...] pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc.

3.2 População e Amostra

A pesquisa é ambientada numa Operadora de Planos de Saúde localizada na cidade de Joinville/SC ao qual foi fundada em 1982, resultado do desenvolvimento

de três prestadoras pioneiras. Nomeada como Federação, a Operadora atende quinze singulares prestadoras as quais estão distribuídas em todo território do estado de Santa Catarina.

A Operadora foi escolhida devido ao Regimento dos Trabalhos de Conclusão de Curso dos Cursos Superiores em Tecnologia do Instituto Federal de Santa Catarina – Campos Joinville no qual determina que o trabalho de conclusão do curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar deve estar relacionado às atividades realizadas durante o estágio curricular obrigatório.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante o estágio curricular do curso de graduação em Gestão Hospitalar. O estágio curricular obrigatório ocorreu no período de março de 2015 a junho de 2015, no entanto as informações coletadas correspondem aos dados de maio de 2014 a maio de 2015.

A referida coleta de dados se deu através de indicadores mensais realizados na operadora, onde são armazenadas por meio de planilhas em formato XLS e ilustradas por gráficos as informações da quantidade de contratos realizados por mês e a quantidade de contratos que não estavam de acordo com as regras de comercialização. Das quinze singulares foram selecionadas apenas oito singulares prestadoras vinculadas à Operadora estudada, as quais se obtiveram autorização para acesso dos dados.

Segundo Araujo (2011, p. 8) singular prestadora é:

Uma cooperativa de trabalho médico que presta serviços em sua área de ação, vinculada a uma Operadora de Plano de Saúde que faz toda a sua operação.

Dos contratos realizados, foram quantificados somente os Individuais/Familiares e Coletivo Empresarial aos quais possuem todos os tipos de abrangência e coberturas, foram selecionados apenas esses tipos de plano devido a Operadora receber em grande fluxo somente essas duas modalidades.

É importante salientar que a Operadora estudada esta ciente e de acordo com a pesquisa realizada em sua instituição.

3.4 Análise dos dados

Realizado a compilação das informações necessárias, os dados coletados foram interpretados através de métodos estatísticos, exposto em tabelas e gráficos, apresentando a quantidade de contratos realizados e a quantidade de contratos que apresentaram não conformidade.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Esse capítulo apresenta e discute os dados coletados referentes ao caso estudado. Inicialmente, apresenta a obtenção dos resultados que expõe a quantidade de contratos realizados no período de maio de 2014 a maio de 2015 e a quantidade de contratos que apresentaram não conformidades, bem como as prováveis causas das falhas. Conforme descrito no item 3.3 do presente trabalho, foram selecionadas oito singulares (descritas como “S1”, “S2”, “S3”, “S4”, “S5”, “S6”, “S7” e “S8”), todas essas, estão localizadas no estado de Santa Catarina e comercializam todos os tipos de plano de saúde, individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo adesão. As singulares “S1”, “S2”, “S3”, “S4”, e “S6”, são de pequeno porte, a “S5” e “S8” são de médio porte e a “S7”, grande porte.

Prossegue-se com a sugestão de melhoria para o processo de contratação, a fim de diminuir o número de contratos com não conformidades.

4.1 Obtenção dos resultados

Por meio do levantamento dos dados, foi possível obter os seguintes resultados:

A tabela 1 apresenta a QUANTIDADE DE CONTRATOS, que se refere à quantidade de contratos realizados e a quantidade de contratos identificados não conformidade no período de maio de 2014 a maio de 2015 das referidas singulares.

TABELA 1 – QUANTIDADE DE CONTRATOS

Período: Maio de 2014 a Maio de 2015				
Singulares	Individual/ Familiar		Coletivo Empresarial	
	Contratos Realizados	Contratos não conformes	Contratos Realizados	Contratos não conformes
S1	113	82	0	0
S2	94	81	27	27
S3	34	28	8	7
S4	89	68	2	2
S5	286	195	66	62

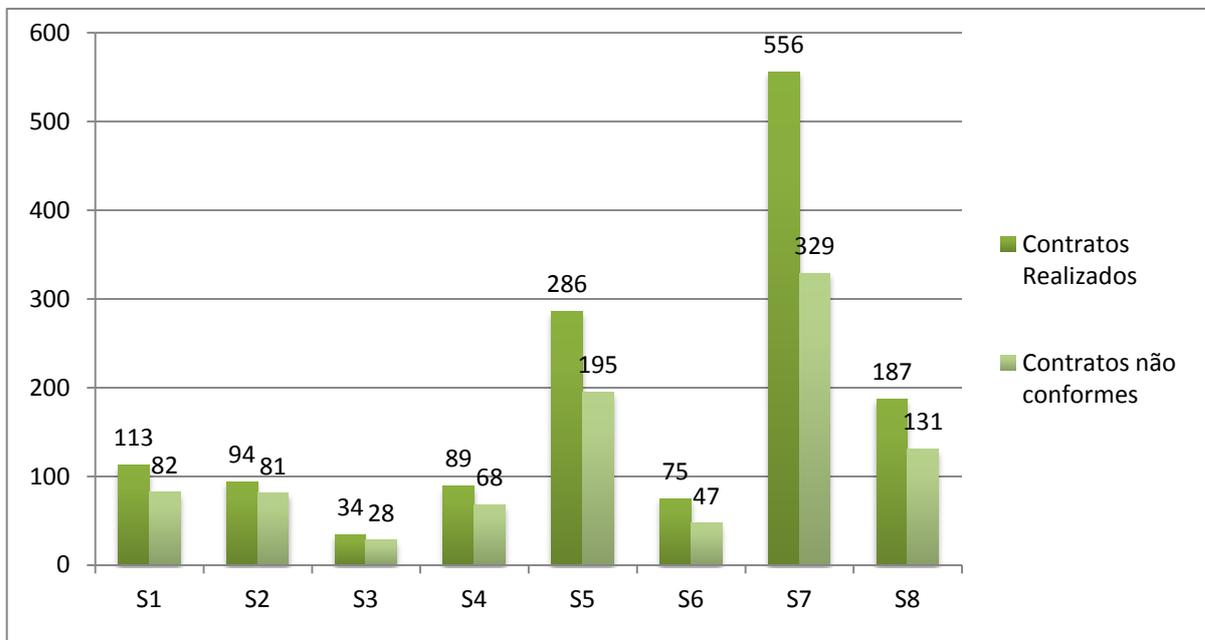
S6	75	47	2	2
S7	556	329	117	105
S8	187	131	5	5

Ana Paula Nascimento Santos, 2015.

Os gráficos a seguir foram criados para melhor comparação e entendimento dos dados da Tabela 1.

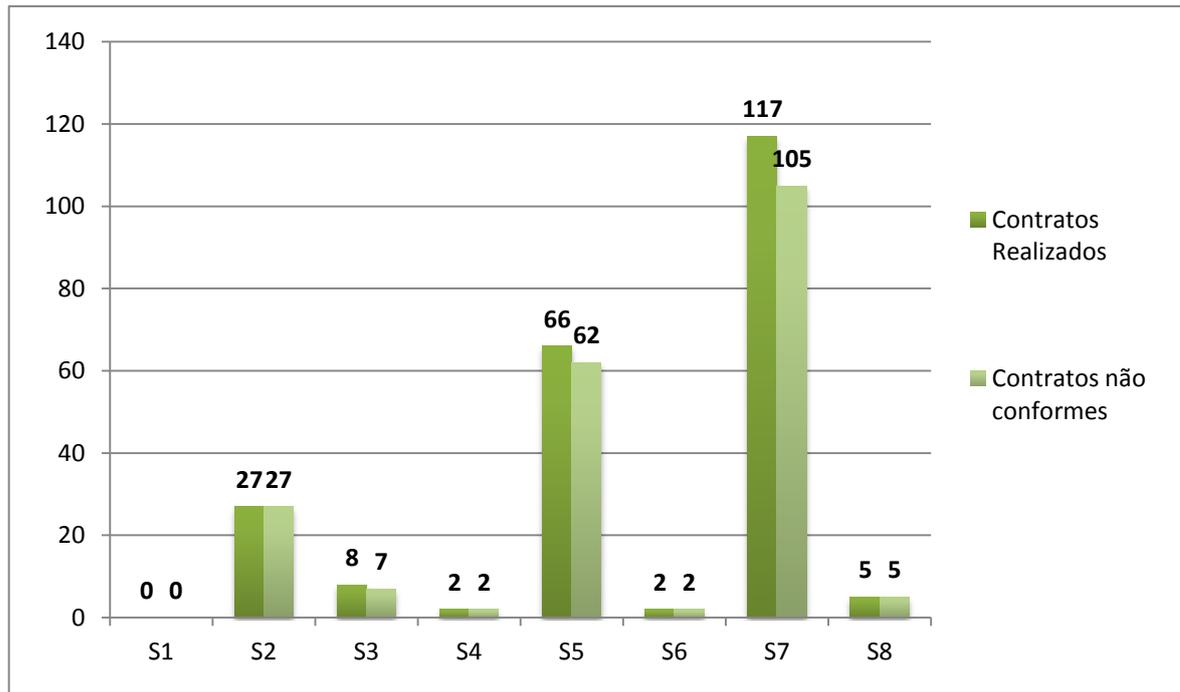
O GRAFICO 1 ilustra os dados da quantidade de contratos realizados e a quantidade de contratos com não conformidade do plano Individual/ Familiar no período de maio de 2014 a maio de 2015.

GRAFICO 1: INDIVIDUAL/ FAMILAR



Ana Paula Nascimento Santos, 2015.

O GRAFICO 2 ilustra os dados da quantidade de contratos realizados e a quantidade de contratos com não conformidade do plano Coletivo Empresarial no período de maio de 2014 a maio de 2015.

GRAFICO 2: COLETIVO EMPRESARIAL

Ana Paula Nascimento Santos, 2015.

A partir dos dados coletados, foi possível observar que em mais de 50% dos contratos realizados no período de maio de 2014 a maio de 2015 foram identificadas não conformidades. Essas não conformidades identificadas foram evidenciadas através do processo de auditoria realizada nos contratos e documentações. Para a realização desta auditoria, é utilizado um manual desenvolvido pela operadora, no qual possui todas as informações necessárias, bem como as regras estabelecidas pela agência reguladora, e também são realizados treinamentos de capacitação duas vezes ao ano para a equipe que desenvolve a auditoria. Cabe destacar que o manual citado é atualizado sempre que a agência reguladora estabelece ou altera alguma norma.

Através do processo de auditoria, notou-se que as falhas identificadas no processo ocorrem devido as seguintes causas:

1. Falta de conhecimento das regras de comercialização;
2. Falta de atenção;
3. Muita documentação para o cliente assinar (Burocracia);
4. Falta de checklist;
5. Muita demanda para pouco corretor de plano de saúde.

O primeiro item elencado está ligado diretamente ao corretor de plano de saúde, onde foi observado que o conhecimento técnico, ou seja, venda, se sobressai em reação ao conhecimento das regras na íntegra e isso faz com que ocorram não conformidades. No item seguinte, pôde-se verificar falta de documentos impostos como obrigatórios pela operadora ou a agência reguladora e erros de digitação como: CPF ou CNPJ do contratante incorreto, nome ou razão social incompleto ou incorreto, acomodação e abrangência incorretas, valor da mensalidade incorreta, entre outros. No item três, verificou-se que a quantidade de documentação a ser preenchida e assinada pelo cliente favorece na falha devido às documentações possuírem muitos campos repetidos, tornando o processo burocrático desnecessariamente. Quanto ao item quatro, foi notado que se houvesse um checklist realizada pelos próprios vendedores antes do envio da documentação à equipe de auditoria da operadora, eles iriam absorver melhor sobre toda a documentação necessária para cada tipo de plano. No último item elencado, foi constatado que a demanda atendida por cada corretor é alta e isso faz com que estes tenham mais de três contratos para ministrar ao mesmo tempo, o que acaba favorecendo nas falhas identificadas.

4.2 Sugestão de melhoria para o processo

Um pequeno erro pode resultar em grandes transtornos para a Operadora e até mesmo para o beneficiário que esta contratando um plano de saúde. Deste modo, é essencial que a operadora faça uma revisão de processos e acompanhe o desempenho das vendas.

Diante dos dados expostos no item anterior, foi observada a necessidade de uma ferramenta de melhoria no processo, desta forma, foi escolhido o plano de ação 5W2H.

O plano de ação é uma ferramenta muito utilizada pelos gestores, para definição de estratégias de ação, porém, antes de sua elaboração aspectos importantes devem ser analisados para definição das etapas necessárias e os resultados desejados. Segundo Drucker (2006):

O plano de ação é uma declaração de intenção, e não compromisso. Não deve virar uma camisa de força. Deve ser reavaliado com frequência, pois todo o sucesso abre novas oportunidades. O mesmo vale para

mudanças no ambiente de negócios, no mercado e, em especial, no capital humano da empresa.

Já Chiavenato (2014), preconiza a aplicação do plano de ação para correção de desempenho dos colaboradores, sua elaboração deverá prever a descrição das etapas e recursos necessários, bem como o monitoramento e controle do progresso do mesmo por meio de feedbacks ou retroalimentação.

A seguir apresenta-se a ferramenta utilizada.

TABELA 2: PLANO DE AÇÃO

PLANO DE AÇÃO						
O QUE?	POR QUE?	QUEM?	QUANDO?	ONDE?	COMO?	QUANTO?
Capacitação dos corretores de plano de saúde.	Diminuição de inconformidades.	Equipe da auditoria.	Após aprovado pelo gestor dos auditores.	Sala de treinamento de cada singular.	Através de apresentação por meio de slide e material de apoio, como apostila. Ao final, aplicação de um teste.	R\$ 400,00 para cada treinamento (neste valor, está embutido gastos com transporte, estadia e refeição de um membro da equipe de auditoria).
Flexibilizar quanto ao preenchimento das informações.	Diminuição de inconformidades.	Gestor da equipe da auditoria.	A definir.	Sala de reuniões da operadora.	Deverá ser alinhado com o departamento jurídico juntamente com o setor de regulação ANS quais os impactos.	Sem custos.
Redução da quantidade de documentação.	Diminuição de inconformidades e burocracias desnecessárias.	Gestor da equipe da auditoria.	A definir.	Sala de reuniões da operadora.	Descartando as documentações cujo os campos com os dados do cliente se repetem e acoplando alguns dos documentos avulsos na proposta de contratação ou contrato.	Sem custos.

Realização de checklist.	Identificação de falhas no processo de contratação de planos de saúde; Intervenção para correção de falhas antes da efetivação da venda e envio para a operadora.	Corretores de plano de saúde.	Após aprovado pelo gestor dos corretores.	Nas singulares.	Utilizando o mesmo manual da equipe de auditores o qual se encontra disponível para consulta.	Sem custos.
Redução da demanda de clientes para cada corretor.	Diminuição da sobrecarga para com os corretores.	Gestor dos corretores.	Após aprovado pelo gestor dos corretores.	Nas singulares.	Realizando a contratação de mais corretores de acordo com a realidade de cada singular.	Um salário de um corretor + comissão + vale alimentação ou refeição + ajuda de custo (gasolina).

Ana Paula Nascimento Santos, 2016 – Adaptado de Wekerma

5. CONCLUSÕES

A aprovação da Lei n. 9.656 e Lei n. 9.661, foram de suma importância para o setor, pois estas possuem como principais finalidades estabelecer regras para defesa do interesse público na assistência suplementar em saúde e regular as ações das operadoras de qualquer natureza fazendo com que a regulação desse setor se complete.

Após avaliar os dados coletados na Operadora de Plano de Saúde localizada na cidade de Joinville/SC percebeu a necessidade de sugerir ações de melhoria para que diminuísse o número de contratos com não conformidade.

A melhoria de um processo de trabalho nem sempre está relacionado a grandes investimentos, neste caso, foi utilizado o plano de ação 5W2H no qual foi realizado um planejamento de futuras melhorias.

Por meio deste trabalho de conclusão de curso, pôde-se observar que apesar da aprovação da lei n. 9.656 e lei n. 9.661 as quais regulamentam o setor, ainda existem problemas quando o assunto é plano de saúde, pois essas leis estão em constante aperfeiçoamento e é de extrema importância que as Operadoras de Plano de Saúde fiquem atentas a essas mudanças para que não corram riscos de sofrerem penalidades.

REFERÊNCIAS

_____. AGENCIA Nacional De Saúde Suplementar. **ANS amplia e padroniza informações para consumidores de planos de saúde.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2831-ans-amplia-e-padroniza-informacoes-para-consumidores-de-planos-de-saude>>. Acesso em 14 mai. 2015a.

_____. AGENCIA Nacional De Saúde Suplementar. **Prazos de espera para usar o Plano de Saúde e prazos máximos de atendimento.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-de-espera-para-usar-o-plano-de-saude-e-prazos-maximos-de-atendimento>>. Acesso em 28 de mai. 2016a.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Carência, doenças e lesões preexistentes, urgência e emergência: prazos de carência, cheque-caução, preenchimento da declaração de saúde.** – 3. ed. rev. ; ampl. – Rio de Janeiro : ANS, 2005.29 p.

_____. ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.** Rio de Janeiro, 2009.

_____. ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Planos de Saúde: guia prático.** Rio de Janeiro, 2011.

_____. ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Planos de Saúde: guia prático.** Rio de Janeiro, 2013.

_____. **A ANS: Lei nº 9.656/98 completa 15 anos.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/2107-lei-no-965698-completa-15-anos>>. Acesso em: 14 mai. 2015a.

ARAUJO, Edevard; **Federação como Operadora**. Unimed de Santa Catarina, Joinville, 2011.

BAHIA, Ligia; LUIZ, Ronir Raggio; SALM, Cláudio; COSTA, Kale P.L., CAVALCANTE, Maria de Lourdes T.. **Ciência e Saúde**. 2006; (11) 4: 951-966.

BAHIA, L & SCHEFFER, M. **Planos e Seguros de Saúde: o que todos deve saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: UNESP, 2010.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **O que é operadora**. 2011. Disponível em: <https://epmjunior.files.wordpress.com/2011/08/operadoras_saude.pdf>. Acesso em 14 mai. 2015a.

BATISTA JUNIOR, Marcio Roberto Montenegro. **AGÊNCIAS REGULADORAS**. Disponível em: <<http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?idh=11832>>. Acesso em: 17 mai. 2015a.

BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar. www.ans.gov.br. Acesso em: 30 de Maio de 2015.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2014.

DIAS, Cláudia. **Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas**. Nov, 1999.

DRUMOND, Anna Raphaela. **Plano de Saúde Familiar, Individual ou Empresarial**. Disponível em: <http://www.planodesaude.net/familiar-individual-empresarial> Acesso em: 15 mai. 2016a.

DRUCKER, Peter F. Drucker - O Homem que Inventou a Administração. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

_____. FENASAÚDE. O que é Saúde Suplementar. Disponível em <<http://www.cnseg.org.br/fenasaude/sobre-o-setor/>> Acesso em: 27 de abr. de 2015a.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente et al. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas.** Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781>. Acesso em: 17 mai. 2015a.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LIBERA, Osvaldo Augusto. **Planos de Saúde.** Joinville: Apostila, 2015, p. 21.

MALIK, Ana Maria, VECINA NETO, Gonzalo. **Gestão em Saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2012.

MONJARDIM, Rosane. **Prazos de espera para usar o plano de saúde e prazos máximos de atendimento.** Disponível em: <<http://rmonjardim.jusbrasil.com.br/noticias/180765745/prazos-de-espera-para-usar-o-plano-de-saude-e-prazos-maximos-de-atendimento>>. Acesso em: 30 de mai.2016a.

MORESI, Eduardo, **Metodologia da Pesquisa.** Brasília, 2003, Universidade Católica De Brasília – UCB, Pró-Reitoria De Pós-Graduação – PRPG Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu Em Gestão Do Conhecimento E Tecnologia Da Informação. Disponível em: <http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>. Acesso em: 06 de Jun. 2015a.

OLIVEIRA, Apoliana. **Planos de Saúde: conceito e tipos de operadoras.** Piauí, 2014. Disponível em <<http://180graus.com/artigos/planos-de-saude-conceito-e-tipos-de-operadoras>> Acesso em: 27 de abr. de 2015a.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011; DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60054-8.

PERES, Laerte Aparecido. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil.** 2000. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>>. Acesso em: 17 mai. 2015a.

_____. PORTAL Brasil. **Cresce o número de cidadãos que têm algum tipo de cobertura privada.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/plano-de-saude-privado> Acesso em: 16 de mai. 2015a.

PRIES, Jéssica. **Contratação de Planos de Saúde.** Joinville: Apostila, 2013, p. 4.

RIZZARDO, Arnaldo. **Planos de Assistência e Seguros de Saúde.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999, p. 49.

SANTIAGO, Margit Rúbia Schulze; **NORMAS DA ANS – 2014.** Joinville, SC: Apostila, 2014.

SANTIAGO, Margit Rúbia Schulze; **RECICLAGEM E ATUALIZAÇÕES DAS NORMAS DA ANS – 2015.** Joinville, SC: Apostila, 2015.

SANTOS, Fausto Pereira. **.SAÚDE SUPLEMENTAR – IMPACTOS E DESAFIOS DA REGULAÇÃO.** Proec, 2006.

SANTOS, Isabela Soares; PORTO, Silvia Marta; UGÁ, Maria Dominguez. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.** 2007.

SOARES, Jauro. **MIGRAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PLANOS NÃO REGULAMENTADOS.** Joinville, SC: Apostila, 2011.

_____. SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). **História do Seguro**. Anuário Estatístico da SUSEP. Disponível em < <http://www.susep.gov.br/menu/a-susep/historia-do-seguro>> Acesso em: 12 abr. 2015a.

UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde). **Autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo: Unidas, 2005.

VIEIRA, Cristine; COSTA, Nilson Rosário. **Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Scielo, 2008.

ZUCCHI, Paola; FERRAZ, Marcos Bosi (coord.) **Guia de economia e Gestão em saúde**. Barueri, SP: Manole, 2010.