



Características e Orientações

Planos de saúde COLETIVOS

PERGUNTAS E RESPOSTAS

O que caracteriza o plano coletivo?

O plano de saúde coletivo é aquele contratado por uma pessoa jurídica junto à operadora para ofertar assistência médica ou odontológica à população vinculada a essa pessoa jurídica, podendo ser um plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

Quem pode figurar como beneficiário em um plano coletivo empresarial?

Os empregados ou servidores, demitidos e aposentados, sócios, administradores e estagiários da pessoa jurídica contratante. Como dependentes, podem participar familiares daqueles citados, respeitando os graus de parentesco previstos na regulamentação: até o 3º grau de parentesco consanguíneo, até o 2º grau de parentesco por afinidade e cônjuge ou companheiro.

O que a operadora deve entregar no ato da assinatura do contrato de um plano coletivo?

As operadoras são obrigadas a entregar à pessoa contratante do plano uma cópia do contrato e, a cada beneficiário, cópia do regulamento ou condições gerais do plano, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual, ferramentas que facilitam o acesso e a compreensão de informações constantes no contrato. Entre outras informações, deverão conter: prazos de carência, vigência do contrato, critérios de reajuste, segmentação assistencial e abrangência geográfica.

É possível ter o contrato suspenso ou rescindido pela operadora?

Nos contratos coletivos, as condições de rescisão ou de suspensão de cobertura deverão estar previstas no documento. Entretanto, o mesmo só poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Além disso, a operadora só poderá excluir a assistência à saúde dos beneficiários de planos coletivos, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nos casos de fraude, de perda do vínculo do titular à pessoa jurídica contratante ou de término da dependência. Nas duas últimas hipóteses, deve ser obedecida a condição de estarem previstas em regulamento ou contrato, ressalvados, entretanto, os casos do demitido e do aposentado.

O que acontece na contratação quando o beneficiário é portador de alguma doença ou lesão pré-existente?

A operadora poderá aplicar ao beneficiário a cobertura parcial temporária nos casos previstos em lei. Isto significa que a operadora não é obrigada a oferecer, pelo período máximo de 24 meses, a cobertura para cirurgias, internações em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI) e procedimentos de alta complexidade exclusivamente relacionados à doença ou lesão pré-existente de que o beneficiário seja portador. Passado o período máximo de 24 meses, a cobertura de tais procedimentos passa a ser obrigatória.

Há exigência de carência nos planos coletivos empresariais?

Nos planos empresariais com número de participantes igual ou maior que 30, os beneficiários que aderirem em até 30 dias da assinatura do contrato estarão isentos de carência e cobertura parcial temporária. Novos funcionários ou dependentes terão 30 dias de sua vinculação à pessoa jurídica contratante para ingressar no plano para poderem usufruir as mesmas condições.

Caso o ingresso no plano ocorra após esses períodos ou o plano empresarial tenha menos de 30 participantes, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, cujos períodos máximos são definidos pela Lei nº 9.656/98. No caso de urgência ou emergência, o atendimento poderá ser feito a partir de 24 horas da assinatura do contrato. Para consultas, exames, internação e cirurgias, o prazo é de até 180 dias e, para partos a termo, até 300 dias.

A operadora pode reajustar a mensalidade dos planos de saúde quando quiser?

Não. Os planos podem ter aumento quando houver mudança de faixa etária, de acordo com critérios definidos pela ANS e, uma vez ao ano, por variação de custos na data de aniversário do contrato. Nos planos coletivos, o índice de reajuste por variação de custos é definido conforme as normas contratuais livremente acordadas entre a operadora e a pessoa jurídica contratante e deverá ser comunicado à ANS no máximo até 30 dias após sua aplicação.



A ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Em 1998, foi editada a Lei nº 9.656 com a finalidade de regular especificamente o mercado de saúde suplementar. Posteriormente, em 2000, a ANS é criada pela Lei nº 9.961, e passa a definir regras para a atuação das operadoras de planos de saúde, garantindo uma melhor eficiência e solidez desse mercado e, conseqüentemente, mais segurança para os consumidores.

O MERCADO DE PLANOS COLETIVOS

Existem dois tipos de planos coletivos: os empresariais, que prestam assistência à saúde de população vinculada à pessoa jurídica contratante por vínculo empregatício ou estatutário; e os coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas, de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais.

No Brasil, o mercado de saúde suplementar teve origem com empresas e instituições se organizando para oferecer uma cobertura assistencial a seus funcionários e colaboradores. Atualmente os planos coletivos representam mais de 75% do total de planos de saúde no Brasil.