



**PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO REGIONAL E
INFORMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA EM SAÚDE
SUPLEMENTAR PARA A REGIÃO SUL DO BRASIL**

REDE DE CENTROS COLABORADORES EM SAÚDE SUPLEMENTAR

NÚCLEO SUL

AGOSTO, 2007

5.1. Conhecimento dos responsáveis pela contratação de planos/seguros de assistência privada à saúde relativamente à regulamentação do setor.

Fernando José Medeiros Fossati

Roger dos Santos Rosa

O final dos anos 80 marcou o início da expansão do mercado de atenção suplementar à saúde. A criação do SUS - Sistema Único de Saúde - pela Constituição Federal de 1988, não foi suficiente para dotar o país de um esquema abrangente e de boa qualidade no atendimento médico-hospitalar à população. Na organização do mesmo, um de seus princípios prevê a "complementaridade do setor privado". As principais formas institucionais na área de saúde supletiva que dominam o cenário brasileiro são: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e seguro-saúde. Calcula-se que aproximadamente 40 milhões de brasileiros estão ao abrigo desse tipo de atenção. Um setor, até recentemente, quase sem nenhum mecanismo regulatório, foi dotado de instrumentos de regulamentação a partir da promulgação da Lei nº 9.656/98. O número crescente de empresas que passaram a proporcionar aos seus empregados plano ou seguro-saúde determina a necessidade de maior conhecimento das peculiaridades e parametrização do mercado, por parte de quem gerencia a questão. Através de uma pesquisa junto a empresas da região metropolitana de Porto Alegre, coletaram-se dados que dão um panorama do nível desse conhecimento.

Menos da metade dos que responderam ao questionário proposto conhecem a ANS; 80% deles afirmaram que pouco ou nada sabem a respeito a respeito da Lei nº 9.656/98 (que dispõe sobre planos e seguros de assistência privada à saúde).

A participação privada na atenção à saúde

A grande expansão do setor de seguros privados e planos de saúde no Brasil dá-se a partir da segunda metade da década de 80. Entre as argumentações mais rotineiras a justificar o vertiginoso crescimento no campo da atenção suplementar à saúde está a diminuição da qualidade do atendimento prestado pelo sistema público (ALMEIDA, 1998).

Historicamente, a participação privada na atenção à saúde deve ser relacionada à idéia de modernização que germinara durante o período autoritário de governo. A prática da unificação dos órgãos de previdência deu novo rumo às políticas sociais, um enfoque dramaticamente privatizante, com todas as suas conseqüências.

A Constituição Federal de 1988 tem como grande legado, na questão saúde, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua característica primordial de universalização, por um lado, amplia drasticamente sua meta de atenção e por outro, provoca a exclusão de um grande segmento da população, o qual será absorvido pelo sistema de saúde suplementar (11,7 milhões de pessoas somente em planos de autogestão – Pesquisa CIEFAS 1999).

As formas clássicas de propostas que sustentam a atenção privada à saúde no Brasil são:

- medicina de grupo
- cooperativas médicas
- planos próprios de empresas
- seguro-saúde

Nos dias de hoje a maioria das médias e grandes empresas, nos mais diversos setores econômicos, têm buscado a cobertura de assistência médico-hospitalar para seus empregados no mercado de saúde supletiva.

Durante um grande período, da promulgação da Constituição Federal (1988) até a entrada em vigor da Lei nº 9.656 (03 de junho de 1998), as relações entre operadoras de planos-seguros de assistência privada à saúde e beneficiários dos mesmos eram na maioria das vezes conflituadas e rotineiramente litigiosas.

A inexistência de mecanismos claros de regulamentação, a voracidade dos detentores do “produto” e a ignorância dos “contratantes” sobre direitos e deveres envolvidos na contratação da assistência serviam de combustível a manter um setor sempre problemático e gerador de muitas suspeitas e insatisfações.

Primeiramente, o Código de Defesa do Consumidor serviu (e ainda serve) como tábua de salvação aos que se sentiam de alguma forma prejudicados em questões relativas à saúde suplementar. Hoje, além do CDC, a regulação finalmente proposta pelo poder público através da Lei nº 9.656/98 e Medida Provisória 2.177-44 (marco legal regulatório) busca a proteção do usuário do sistema privado de atenção à saúde.

O que se nota no dia a dia é que ainda pouco sabe o cidadão comum a respeito do seu próprio plano/seguro saúde. Mesmo as médias e grandes empresas, que buscam a cobertura médico-hospitalar aos seus empregados através da contratação dentro do mercado de assistência suplementar, pouco conhecem do que lhes é oferecido. Invariavelmente, questões como as que envolvem a legislação a respeito da matéria, os direitos garantidos aos vários tipos de planos, os dados epidemiológicos da população beneficiária, as resoluções das entidades reguladoras, entre outras, passam ao largo na hora da eleição da cobertura mais adequada e compatível com os anseios do contratante. O distanciamento do Governo em relação às obrigações da prestação de serviços na área da saúde e o conseqüente incremento da participação privada tornam imprescindível a busca de assistência junto ao sistema de saúde supletiva. A opção por um plano de saúde, do ponto de vista da empresa (pública ou privada), não deve mais basear-se exclusivamente no custo da atenção. Avanços sociais, regulamentação do setor com novas regras (ANS),

características epidemiológicas, são alguns fatores que exigem do gestor um conhecimento mais aprofundado da área.

O desconhecimento das regras do mercado, recentemente dotado de instrumentos regulatórios, cria a real possibilidade de escolha de um modelo inadequado ou mesmo a subutilização do plano escolhido.

2. Descrição do tema

2.1. Objetivo

O presente trabalho buscará dar um panorama do grau de conhecimento, sobre as peculiaridades e a regulamentação do mercado de saúde suplementar, dos responsáveis pela escolha, contratação e acompanhamento de um plano ou seguro-saúde privado, em 15 empresas da região metropolitana de Porto Alegre.

2.2. Metodologia

A coleta de dados dar-se-á por meio de pesquisa qualitativa direta, na forma de questionário padronizado. Este envolverá Diretores ou Gerentes da Área de Recursos Humanos (ou pessoas encarregadas da escolha e contratação de plano/seguro-saúde) de quinze empresas da região metropolitana de Porto Alegre (independente do tipo de produção), buscando focar primordialmente o conhecimento específico relacionado à regulamentação do setor, frente à necessidade de contratação de assistência suplementar à saúde.

3. Revisão de literatura

3.1 Histórico

O enfrentamento das dificuldades de implantação de um sistema de saúde justo, abrangente e de boa qualidade remonta aos últimos anos do regime de exceção vivido pelo Brasil. A partida para a elaboração de um projeto nesse sentido dá-se a partir da metade dos anos 70, fruto do interesse de setores organizados da área de saúde e movimentos preocupados com a realidade social do país.

Nesse período o sistema público de saúde priorizava a assistência médica e o hospital, relegando a um segundo plano os aspectos preventivos e de promoção da saúde, excluindo dessa atenção os que não contribuíam com a Previdência Social.

Surgia nessa época a idéia da extensão dos serviços a todos os cidadãos, mesmo aqueles que se encontravam à margem do mercado formal de trabalho, reforçando a idéia da responsabilidade pública sobre o setor.

Germinava um poderoso consenso na sociedade quanto à inadequação e ineficiência do sistema público de saúde. A incapacidade de resolver quadros de doenças típicas do estado de subdesenvolvimento social e econômico do país, a excessiva centralização das decisões, a indefinição quanto às competências dos diversos níveis político-administrativos, o desperdício de recursos e a baixa cobertura assistencial à população, entre outros aspectos negativos, forçaram os Constituintes a envolverem-se diretamente com a questão saúde.

3.2. A constituição federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 formata os serviços públicos de saúde como um sistema único, regionalizado e hierarquizado, apoiado basicamente na descentralização, atendimento integral e participação comunitária.

No ano de 1990, a Lei nº 8080 – Lei Orgânica da Saúde - regulamenta os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. No artigo 4º, defini-se o SUS: “É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos ou instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público, e complementarmente pela iniciativa privada”.

O sentido “único” do sistema deve-se ao fato de que a doutrina e os princípios organizacionais abrangem todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas governamentais: Federal, Estadual e Municipal.

Com o foco nos preceitos constitucionais, o Sistema Único de Saúde é sustentado por três pilares doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade. A sua organização segue princípios bem delineados: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação da sociedade (controle social) e Complementaridade do Setor Privado.

As características dinâmicas do SUS, fruto da necessidade de constantes correções de rumo (naturais em projetos dessa envergadura), geraram a partir de 1991 Normas Operacionais Básicas = NOB-SUS 91, NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96; tais normas fortaleceram o intuito descentralizador, delegando aos estados e municípios responsabilidades, com respectivo aporte de recursos, para gestão do Sistema implantado.

Recentemente entrou em vigor a Norma Operacional da Assistência à Saúde = NOAS-SUS 01/2001, conjunto de propostas que atualiza a regulamentação da assistência, tendo como base o que de bom já foi alcançado e as dificuldades a serem ainda enfrentadas, de modo a consolidar e aprimorar o SUS.

Coincidindo com a época da promulgação da Constituição Federal, mais precisamente nos anos finais da década de 80, demarca-se o início da expansão do acesso aos planos e seguros privados de saúde (ALMEIDA, 1998).

Aponta-se como fator preponderante ao incremento e difusão da assistência médica suplementar a expressiva perda de qualidade dos serviços de saúde prestados pela esfera pública. Some-se a isso a unificação administrativa no âmbito da Previdência Social e os reflexos da Reforma Sanitária nos anos 80, e teremos os elementos principais que excluíram da esfera pública as camadas de médio e alto poder aquisitivo, as quais viriam a ser absorvidas pelas operadoras privadas na atenção às necessidades de saúde.

3.3. A saúde supletiva no Brasil

A delimitação da área sob análise é ditada pela “natureza mercantil-contratual das relações entre os atores”, que assim sendo confere um caráter seletivo à demanda existente. Por esse ponto de vista, o mercado de saúde suplementar é composto por formas de produção e gestão de assistência médico-hospitalar que visa atender certa demanda ou clientela restrita (MÉDICI, 1991^a).

A exigência básica para caracterizar o setor, portanto, é o pagamento pela utilização dos serviços (isso é, sua compra) que pode assumir diferentes modalidades (ALMEIDA, 1998).

Por tratar-se de tema com interesse relativamente recente no meio acadêmico, ainda não existe na literatura brasileira uma conceituação definitiva dos elementos que compõe o mercado privado de saúde supletiva. Médici (1991^a) fez a primeira tentativa de formatar tal mercado, dividindo-o em quatro segmentos: 1- segmento privado contratado pelo setor público (hospitais, clínicas, serviços de diagnóstico, etc.) cuja

venda de serviços atende uma clientela indiferenciada; 2- segmento médico-assistencial das empresas, que visam a clientela específica que faz parte do mercado de trabalho; 3- segmento médico-assistencial das famílias, aonde indivíduos ou grupos familiares buscam diretamente a contratação de seguro ou plano de saúde; 4- segmento beneficente filantrópico, com atenção a clientelas abertas e fechadas.

3.3.1. Formas institucionais de atenção suplementar à saúde.

No Brasil, o setor privado responsável pela compra e venda de serviços suplementares de saúde apresenta as seguintes formas institucionais mais comuns:

3.3.1.1. Medicina de grupo: forma de operadoras dominante no mercado. Primordialmente caracterizam-se por serem “contratadoras” de serviços; administram planos de saúde para empresas e indivíduos, possuindo em sua oferta de atendimentos, rede de serviços próprios e credenciados. Ao longo dos anos tem sido a tendência a diminuição do envolvimento de recursos próprios. Dados da ABRANGE de 1998 mostram que somente 5% do total de leitos oferecidos pelas empresas de Medicina de Grupo eram próprios, sendo os restantes da rede credenciada. Nos casos de planos empresariais (foco de nosso trabalho), quando o custo é assumido em sua integralidade pela instituição compradora, a adesão é automática pela totalidade dos empregados; quando o mesmo é rateado (entre empregador e empregado) a inclusão passa a ser opcional. A negociação de valores, prazos de carência, características especiais de cobertura é comum no mercado, estando na dependência da magnitude e tipo de clientela a ser atendida. Cerca de 80% dos beneficiários de planos de saúde da modalidade em foco (+ ou – 14.500.000 pessoas) têm seus benefícios bancados pela instituição empregadora. A maior concentração de usuários encontra-se no estado de São Paulo, seguindo-se o Rio de Janeiro com 17% e o Rio Grande do Sul com 10% do

total. Quanto ao tamanho das operadoras de Medicina de Grupo, são consideradas de Grande porte aquelas que possuem em sua carteira mais de 300.000 usuários; de 100.000 a 300.000 são de Médio porte e as que contam com menos de 100.000 beneficiários caracterizam-se como de Pequeno porte.

3.3.1.2. Cooperativa médica: tendo na Unimed sua maior representante, nesta modalidade os médicos são ao mesmo tempo gestores e prestadores de serviços. Sua remuneração está relacionada ao serviço prestado, dividindo ao final do período o lucro auferido pela unidade. Oferecem planos de pré-pagamento e têm grande penetração no meio empresarial, de onde a maioria dos beneficiários é proveniente (BAHIA, 1991 apud ALMEIDA, 1998, p.8).

Contrariamente à Medicina de Grupo, as cooperativas médicas têm cada vez mais valido-se da implantação e uso de recursos físicos e equipamentos próprios, na busca da redução de custos. Atualmente a Confederação Nacional das UNIMEDs já tem em funcionamento ou em fase de conclusão mais de 50 hospitais no país.

Tem sido um ponto controverso e alvo de críticas constantes a posição da UNIMED em exigir a exclusividade no atendimento por parte de seus médicos cooperados, fato que ocasiona flagrante desrespeito ao princípio da livre concorrência.

3.3.1.3. Plano Próprio de Empresa: essa modalidade teve um grande impulso no final dos anos 80. Segundo Andreazzi (1991), o aparecimento da previdência complementar incentivou a expansão desses planos. Nesse caso as empresas administram seus próprios planos de assistência médica (autogestão); podem também terceirizar esta atividade (co-gestão ou planos de administração).

No caso de empresas estatais ou da administração pública é comum a presença das caixas e fundações na questão da saúde supletiva, normalmente chamando o funcionário a participar no rateio do custo da atenção. É considerada como principal vantagem da Autogestão a redução de custos na assistência à saúde, pois haveria economia no fato de que a própria empresa se encarregaria da administração do plano proposto. Em termos de regulamentação, a não obrigatoriedade de oferecimento do “plano referência” constitui-se na grande diferença em relação aos demais tipos de planos/seguro-saúde.

No sistema de Autogestão (também conhecido por Autoprograma) a sua organização e oferta de cobertura podem dar-se por: *contratação de serviços*, aonde médicos, laboratórios, hospitais e outros serviços são credenciados e remunerados diretamente pela empresa; *produção própria de serviços*, quando a empresa contrata médicos e oferece ambulatório e hospital próprio (normalmente em áreas sem os serviços necessários); *reembolso*, quando o funcionário é ressarcido pela empresa por gastos relativos à assistência médico-hospitalar.

3.3.1.4. Seguro-saúde: o produto oferecido nessa modalidade equiivale a uma apólice de seguro que serve para cobrir os gastos com assistência médica ou hospitalar, seguindo as normas do contrato previamente acertado. A seguradora não presta o atendimento em si, mas ressarcir o custo da atenção ao segurado. No caso das empresas, o pré-pagamento é homogêneo em relação à força de trabalho, baseando-se o cálculo do mesmo no risco coletivo médio da população envolvida. Trata-se da única modalidade que já tinha alguma forma de regulamentação, atuando desde o início sob a tutela da SUSEP e do CNSP. A questão geradora de maior polêmica no campo do seguro-saúde diz respeito à livre escolha do médico, hospital ou qualquer outro serviço (artigos 129 e 130, Dec.-lei 73) por parte do segurado. Com o passar dos anos as operadoras de seguro-saúde passaram a oferecer listas de referenciados como sugestão a seus segurados, o que segundo alguns juristas fere o direito à livre escolha; por outro lado,

tal postura tem tornado as seguradoras solidariamente responsáveis por eventuais danos causados aos consumidores por profissionais indicados (Pasqualotto, 1999).

Baú (2001) em seu livro – O Contrato de Assistência Médica e a Responsabilidade Civil – considera que o fato do seguro-saúde ser regido pela lei dos seguros e o contrato prever a liberdade de escolha do profissional por parte do segurado, desobriga a seguradora de arcar com o ônus advindo do chamado erro médico; “a empresa não responderá pelos atos do médico que prestar o serviço direto ao paciente, sua responsabilidade só vai até o desembolso das despesas gastas pelo segurado com sua saúde”. Em relação aos demais tipos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, considera a autora que sempre haverá “responsabilidade solidária entre o médico que prestou o atendimento diretamente, o serviço de assistência e a empresa que terceirizou o mesmo”.

Figueiredo, Barroca de Andrea e Checchia em artigo da FIOCRUZ agregam mais uma modalidade institucional, o Plano de Administração. Tal Plano, embora muito próximo da Autogestão, diferencia-se desta pelo fato de que a administração do benefício fica a cargo de uma terceira empresa; a ela compete a implantação (cadastramento dos usuários, credenciamento dos serviços, planejamento dos custos, etc.) e a operacionalização e controle do plano (processamento de contas, auditorias, controle sobre os prestadores de serviços credenciados, etc.).

3.3.2. Números do Sistema.

Os números do setor de saúde supletiva são contundentes. Embora as estatísticas atuais reduzam de um total de 41 milhões para 36 milhões de beneficiários aproximadamente, ainda assim trata-se de um mercado gigantesco. No ano de 1997 o faturamento do setor atingiu a expressiva soma de 16 bilhões de reais, ao redor de 2% do PIB nacional.

Toro da Silva (1998) citando como fonte a ABRAMGE, apresenta um quadro a respeito das operadoras, do qual se retirou alguns indicadores:

TIPO DE OPERADORA	Nº DE EMPRESAS	Nº/BENEFICIÁRIOS
-Medicina de Grupo	670	17.300.000
-Cooperativas Médicas	320	10.000.000
-Autogestão	150	9.000.000
-Seguradoras	140	4.700.000

Em relação ao número de empresas que proporcionam ou não algum tipo de acesso a serviços de saúde suplementar, Bahia (1997, p.61-2) expõe relevante pesquisa realizada em 1996 (BNDES/CNI/SEBRAE). Nela, os números mostram um total de 52,7% de indústrias com alguma modalidade de plano de assistência; destas, a grande concentração da cobertura dá-se nas empresas de médio e grande porte. No caso do micro e pequenas indústrias os números invertem-se, sendo maior a inexistência de planos de saúde relacionados à atenção supletiva.

A pesquisa BNDES/CNI/SEBRAE mostra que as políticas de recursos humanos da maioria das empresas nacionais agregam a sua carteira de benefícios os planos de saúde, com conotação de salário indireto (como o vale-refeição e o vale-transporte) (BAHIA, 1997, apud ALMEIDA, 1998, p.24).

Dados de um trabalho da FENASEG (dezembro de 1996) indicam um total de 74,1 milhões de pessoas compondo a “população economicamente ativa” (PEA) do Brasil (mercado formal + informal de trabalho); 20,5 milhões de pessoas (27,6%) são titulares de planos ou seguros de saúde. A diferença, ao redor de 53 milhões de trabalhadores, representa terra fértil para o desenvolvimento da assistência suplementar à saúde.

Some-se aos dados acima a crescente deterioração da atenção à saúde proveniente dos mecanismos públicos e ficará clara a tendência cada vez mais crescente do viés em direção à oferta de serviços privados.

3.3.3. Classificação quanto ao tipo de contratação.

O Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 Junho de 1998, classifica em Resolução de outubro de 1998 os planos ou seguros de assistência à saúde, quanto ao tipo de contratação junto às operadoras:

3.3.3.1. Contratação individual ou familiar – Art. 2º “Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de *‘contratação individual’* aqueles oferecidos no mercado para livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem grupo familiar”. Parágrafo Único: “Caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar”.

3.3.3.2. Contratação coletiva empresarial – Art. 3º “Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de *‘contratação coletiva empresarial’* aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica”.

§1º - O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical.

§2º - O contrato poderá prever a inclusão dos dependentes legais da massa populacional vinculada de que trata o parágrafo anterior.

§3º - A adesão deverá ser automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor à pessoa jurídica de que trata o caput, de modo a abranger

a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada de que trata o §1º deste artigo.

3.3.3.3. Contratação coletiva por adesão – Art. 4º “Entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde de ‘*contratação coletiva por adesão*’ aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dos dependentes, conforme caracterizado no parágrafo único do Art.2º.

3.4. A regulamentação do setor

Uma das pontas do mercado (as operadoras) flagrantemente tem condições de adequar-se com rapidez às peculiaridades do mesmo. Outros “atores” (órgãos encarregados da regulamentação) têm feito a sua parte. Na outra ponta, os compradores dos serviços (no caso, as empresas) deverão estar aptos a discernir o melhor tipo de assistência médico-hospitalar a ser contratada para seus empregados.

Termos próprios do cenário da saúde suplementar, tais como, *seleção adversa*, *seleção de risco*, *risco moral*, *experience rating*, *managed care*, *assimetria de informação* e tantos outros, deverão imprescindivelmente passar a fazer parte do dicionário dos gestores responsáveis pelas políticas de atenção à saúde das empresas.

O conhecimento dos mecanismos oficiais de regulação, a familiaridade com os órgãos responsáveis pelos mesmos (ANS, CONSU) e um “scanning” mais acurado das necessidades do grupo de empregados (e dependentes) ajudarão expressivamente na escolha do mais adequado plano ou seguro-saúde.

Excetuando-se a fatia de mercado relativa às operadoras que lidam com seguro-saúde, a qual já era passível de algum tipo de regulação (SUSEP – Superintendência de Seguros Privados), o restante do sistema de saúde suplementar carecia de instrumentos mais específicos a regulá-lo.

A lei nº9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os “Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde”, veio trazer ao setor uma característica de ampla regulamentação, enquadrando de forma igualitária as quatro principais formas de operação em assistência supletiva: medicina de grupo, cooperativas, autogestão e seguro-saúde. Até então era quase exclusivamente o Código de Defesa do Consumidor a tentar ordenar de alguma forma as questões controversas que se apresentavam.

O Governo Federal empenhou-se ferrenhamente na aprovação da referida lei, temeroso de irremediável desgaste na relação entre a massa consumidora e as empresas de assistência privada à saúde, o que colocaria de volta ao amparo do sistema público uma grande parcela de um total de 41 milhões de pessoas.

A Lei 9.656/98 promulgada em 03 de junho de 1998 foi alterada, por conveniência política, de forma a agregar alterações propostas pelo Senado, por uma Medida Provisória de nº 1.665/98, a qual viria a ser reeditada em mais de 40 oportunidades. A principal mudança sugerida pelos Senadores dizia respeito a um Sistema de Regulação Bi-partite. Estaria a cargo do Ministério da Fazenda o controle da parte relativa à atividade econômica das operadoras, ficando ao abrigo do Ministério da Saúde a regulação da atividade de produção dos serviços de saúde, da assistência à saúde (MONTONE, 2001).

O Departamento de Saúde Suplementar e o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, além de entidades fiscalizadoras teriam a prerrogativa da autorização de comercialização dos produtos ligados à assistência no mercado de saúde supletiva.

A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP ficariam encarregados das ações regulatórias voltadas a autorização de funcionamento, controle econômico-financeiro, solvência, reajustes de preços, cálculos atuariais, etc, das empresas interessadas nesse segmento.

Ao longo de 1999 a proposta Bi-partite começa a dar sinais de enfraquecimento. A separação dos mecanismos de regulação entre dois ministérios acaba ocasionando sérios problemas estratégicos, proporcionando diminuição de sua efetividade; no fim desse ano, são unificadas todas as ações de regulamentação no Ministério da Saúde (unificação iniciada pela edição da MP nº1.908-18).

A Medida Provisória nº1.928-99 de 25/11/99, convertida em Lei sob nº9.961-00 de 28/01/00 finalmente completa a revisão do modelo regulatório do mercado de assistência à saúde privada, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e a ela transferindo as atribuições de regulação.

A regulamentação “procurou resguardar os interesses do capital privado, mas dotou o aludido setor de um cunho mais social, quase público, procurando salvaguardar principalmente, os direitos dos consumidores, conferindo e atribuindo-lhes direitos, dentro do princípio do dirigismo contratual, pois segundo o mestre francês Champaud, às vezes a liberdade escraviza e a lei liberta” (Toro da Silva, 1998, p.40).

Segundo Rizzardo e colaboradores (1999, p.12) a Lei 9.656 trouxe normas, procedimentos e padrões capazes de expor regras objetivas e claras. “Os usuários passam a ter acesso a planos mais justos, completos e eficientes, submetidos a uma rigorosa fiscalização por parte do Ministério da Saúde; as empresas operadoras poderão com isso ampliar seu quadro de consumidores, bem como estender os serviços que se dispõe a prestar; para os prestadores dos serviços de saúde, por sua vez, a quem também são dirigidos alguns dispositivos da lei, ficaram definidas as obrigações nos atendimentos que realizam”.

Célia Almeida (1998) reinterpreta três objetivos buscados pela regulação pública quanto ao seguro privado em saúde, apresentados por Chollett e Lewis (1997): manutenção da estabilidade do mercado segurador, controle da assimetria de informação e maximização da participação do consumidor no mercado privado de assistência à saúde.

O primeiro objetivo encarrega-se da capacidade financeira e ética das operadoras, regulando a movimentação de entrada e saída do mercado, as questões fiscais, capital mínimo, riscos de insolvência, etc.

O segundo, com vistas ao enfrentamento das assimetrias de informação, típicas desse mercado, busca regular cláusulas contratuais e aspectos de marketing, além das relações entre os operadores e os prestadores de serviços.

O terceiro objetivo, a nosso ver o mais dramático em cenários de países em desenvolvimento, busca, com a regulação, adequar as práticas típicas do mercado privado de seguros às demandas de cunho social, primordialmente o acesso mais equânime aos serviços de assistência médica, necessariamente criando normas de três tipos: proibição de exclusões, proibição ou restrição a condicionar preços em virtude da situação de saúde, idade, sexo, etc. e obrigatoriedade de cobertura para certos serviços e benefícios.

Lima Lopes (1999) ao analisar a regulamentação do mercado de saúde suplementar a partir da promulgação da Lei 9.656/98, posiciona-se pela pequena mudança provocada pela mesma. Prende-se ao fato de que dito documento trata o comprador do plano/seguro saúde como “consumidor”; sendo assim, está inserida no âmbito do direito do consumidor, ao abrigo da Lei 8.078/90(CDC). O mesmo autor ressalta que a própria lei faz expressa referência ao Código de Defesa do Consumidor quando no art. 3º condiciona a regulamentação do mercado privado de assistência à saúde a não exclusão da regulamentação prevista nas Leis 8.078/90 e 8.090/90(Lei

Orgânica da Saúde). No entanto é imprescindível que a saúde seja considerada como um bem distinto de outros bens de consumo, estando a exigir, conseqüentemente, regras próprias para o exercício de sua comercialização.

Toro da Silva (1998, p.52) em comentário sobre o art. 3º da Lei 9.656/98 diz: "obviamente, essas leis (8.078 e 8.090 de 1990) somente poderão ser aplicadas de forma subsidiária, ou seja, quando inexistir norma expressa na regulamentação dos planos de saúde, sob pena de existir verdadeiro conflito jurídico". Ainda segundo o autor, a lei em questão buscou dar ao segmento de assistência privada à saúde uma regulamentação geral, abrangendo de forma igualitária as empresas de medicina de grupo, de autogestão, as cooperativas médicas e as seguradoras, sendo que, somente estas últimas já eram alvo de alguma forma de regulação (SUSEP).

Mesmo em países de concepção amplamente liberal houve a imposição de restrições à atividade privada. Nos Estados Unidos, carentes de um sistema público universal, a indústria médica foi fortemente regulada (LIMA LOPES, 1999).

A regulamentação do sistema norte-americano de assistência privada à saúde apresenta, como característica principal, a baixa interferência da máquina estatal na elaboração e operacionalização dos contratos. Preocupa-se de forma mais efetiva com a sustentabilidade duradoura das operadoras de seguros/planos de saúde (ANDRADE, LISBOA).

É inegável ser o Estado o principal interessado em que o sistema de saúde suplementar possa andar a passos firmes; constitucionalmente é sua obrigação prover assistência à saúde de forma universal, com atendimento integral e gratuito. Num país como o nosso, geograficamente gigantesco e de inegáveis desigualdades sociais, é tarefa quase utópica para a máquina pública a boa atenção à saúde à totalidade ou à maioria da população. Sendo assim, o setor privado torna-se aliado inestimável. A Lei 9.656/90 não fecha os olhos a essa questão. Não nega, hipocritamente, o lado mercantil

da prestação de serviço privado, embora busque em sua essência um equilíbrio com o interesse social que deve prevalecer no campo da saúde.

A regulamentação da forma como foi proposta tenta dar ao consumidor do plano/seguro saúde a possibilidade de melhor conhecer o “produto” que está comprando, podendo compará-lo com outros ofertados, tendo para isso parâmetros bem definidos e claros, tanto em termos de características como de custos do plano. Avanço significativo ocorreu na proteção ao usuário quanto à higidez financeira e solvência das empresas, visto que a lei promove um caráter fiscalizador e repressivo em relação às operadoras de planos e seguros de saúde.

Grande é o desafio da efetiva regulação do sistema de saúde suplementar no Brasil. A quebra de paradigmas, a mudança de postura das operadoras dos planos (há anos acostumadas a um mercado desregulado) e a necessidade das mesmas de adequarem-se a normas e exigências específicas, alteram positivamente o cenário da atenção à saúde no campo privado.

Em época de inúmeras mudanças no mercado de assistência privada à saúde é imperioso que os atores responsáveis pela “compra” do plano ou seguro também estejam familiarizados com as regras vigentes. Nesse aspecto, há dúvidas se esse conhecimento existe de forma significativa. O longo tempo sem qualquer tipo de regulação, a escassa familiarização com as especificidades e peculiaridades do mercado de saúde (que faz deste, um sítio completamente diferenciado dos demais) e o relativo pouco tempo da legislação reguladora, são elementos dificultadores à tomada de decisão quando da contratação de um plano ou seguro-saúde. Mais complexa ainda a tarefa quando tal escolha envolve a atenção a um número maior de pessoas, como nos casos de planos empresariais.

Os dias de hoje exigem do gestor responsável pela operacionalização da política de atenção à saúde de uma empresa um aprofundado domínio das leis específicas, das

formas institucionais de prestação de serviços mais comuns no Brasil e dos produtos ofertados pelo mercado, de modo a conduzir da forma mais adequada e interessante, social e financeiramente, a opção por um tipo de cobertura médico-hospitalar.

As empresas modernas, independentemente do seu porte, vêm reconhecendo no oferecimento de uma boa cobertura médico-hospitalar a seus empregados, algo muito além do aspecto social; motivo de satisfação e de sentimento de segurança por parte dos trabalhadores, com forte apelo de salário indireto, é causa importante na diminuição da rotatividade de mão-de-obra, com reflexos diretos na produtividade.

A questão “plano/seguro de assistência à saúde” deixou de ser somente mais um número nos relatórios de custo das empresas, passando a exigir um enfoque mais atento e profissional, requerendo daqueles responsáveis por sua contratação e acompanhamento um entendimento claro e atualizado dos regulamentos do setor.

4. Principais resultados da pesquisa e comentários

4.1. Características da amostra

Quadro 1

<i>4.1.1 Tempo de existência da empresa</i>	
- até 05 anos	3 empresas (20%)
- acima de 05 anos	12 empresas (80%)
<i>4.1.2 Número de empregados</i>	
- até 50	3 empresas (20%)
- de 51 a 100	2 empresas (13,3%)
- acima de 100	10 empresas (66,6%)
<i>4.1.3 Tipo de plano/seguro saúde contratado*</i>	
- Medicina de grupo	5 empresas
- Cooperativa médica	5 empresas
- Autogestão	4 empresas
- Seguro-saúde	5 empresas

* 4 empresas têm contratados mais de um tipo de plano/seguro.

O quadro nº 1 mostra que 80% das empresas pesquisadas têm mais de 5 anos de atividade, sugerindo certo grau de estabilidade no mercado. A grande maioria (66,6%) possui mais de 100 empregados. As 4 principais formas institucionais de plano/seguro de assistência privada à saúde apareceram na pesquisa de modo equitativo.

4.2. Quesitos relacionados à escolha do plano/seguro de assistência à saúde.

Quadro 2

<i>4.2.1 Quanto às formas de operadoras (Medicina de grupo, Cooperativa médica, Autogestão e Seguro-saúde) você:</i>	
- conheço	8 pesquisados (53,3%)
- não conheço	0 pesquisados
- já ouvi falar	7 pesquisados (46,7%)
<i>4.2.2 Na escolha do plano/seguro saúde, o que mais “pesou” na decisão?</i>	
- custo	10 pesquisados
- tipo de cobertura	10 pesquisados
- credenciados	5 pesquisados

As questões “custo” e “tipo de cobertura” foram os pontos mais citados na pesquisa como os de maior importância no momento da escolha. Não há, aparentemente, grande preocupação com a lista de credenciados. Quanto à familiaridade com as formas de operadoras, 8 pesquisados afirmaram conhecê-las, enquanto 7 somente delas “ouviram falar”.

4.3. Quesitos relacionados à regulamentação do setor de saúde suplementar.

Quadro 3

<i>4.3.1 Sobre quais órgãos de regulação você tem algum grau de conhecimento?</i>	
- ANS	7 pesquisados
- CONSU	1 pesquisado
- SUSEP	9 pesquisados
- NENHUM	4 pesquisados
<i>4.3.2 Quanto à Lei nº 9.656/98, você conhece:</i>	
- muito	3 pesquisados (20%)
- pouco	7 pesquisados (46,7%)
- não conhece	5 pesquisados (33,3%)

Esse quadro é claro em demonstrar o desconhecimento sobre a estrutura oficial de regulação e da norma máxima de regulamentação do mercado de assistência privada à saúde. Menos da metade dos pesquisados sabem o que é a ANS, sendo que quatro deles não conhecem nenhum dos organismos citados na pergunta. Doze dos que responderam a pesquisa pouco ou nada sabem sobre a Lei nº 9.656/98.

4.4. Outros quesitos

Quadro 4

<i>4.4.1 Você recebe de sua operadora do plano/seguro dados epidemiológicos da população beneficiária:</i>	
- mensalmente	3 pesquisados (20%)
- eventualmente	2 pesquisados (13,3%)
- não recebo	10 pesquisados (66,6%)
<i>4.4.2 Quanto a doenças e lesões pré-existentes, seria mais interessante para a empresa:</i>	
- cobertura parcial temporária	3 pesquisados (20%)
- agravo ao contrato	1 pesquisado (6,6%)
- não sei	11 pesquisados (73,3%)

O quadro 4 mostra que 10 do total de 15 empresas não têm um panorama mensal das ocorrências de ordem médica que geraram a utilização do plano. Quanto a doenças e lesões pré-existentes é significativo o grau de desconhecimento sobre a regulamentação do atendimento as mesmas.

5. Discussão

Para análise dos elementos coletados pela pesquisa, de um questionário padronizado com 15 perguntas, foram escolhidas 9 delas, as quais se revestiam de maior interesse aos objetivos do trabalho.

A caracterização da amostra apresenta um percentual de 80% das empresas pesquisadas (12) com mais de cinco anos de atuação, dando a idéia de solidez e estabilidade em seus ramos de produção. Em relação ao tamanho de seus quadros de pessoal, 66,6% (10 empresas) possuem mais de 100 empregados; 13,3% (02 empresas) entre 51 e 100 e 20% (03 empresas) até 50. O número total de trabalhadores gira ao redor de 6.500, cifra relevante em termos de assistência privada à saúde (ainda que não estejam computados os dependentes).

A escolha, por parte das empresas, do tipo de plano/seguro-saúde, apresentou-se de forma praticamente equânime; medicina de grupo, cooperativa médica e seguro-saúde foram as preferidas, embora a autogestão apresente números praticamente iguais na preferência dos gestores (ver quadro 1).

Quando foi perguntado sobre o conhecimento em relação às operadoras de saúde supletiva, somente 53,3% dos que responderam à pesquisa afirmaram conhecê-las, enquanto o restante, 46,7%, “já ouviram falar”. A opção por determinada forma de assistência baseou-se primordialmente no custo do plano/seguro e no tipo de cobertura oferecido (ver quadro 2).

A parte da pesquisa relativa à familiarização com questões de regulação e regulamentação do setor foi a mais eloqüente em mostrar os poucos conhecimentos em relação às regras do mercado. Menos da metade (46,6%), dos gestores pesquisados, conhecem a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 1 pesquisado conhece o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); 9 conhecem a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), embora no contato verbal, muitos deles flagrantemente não a associem à questão de saúde supletiva; 4 pesquisados afirmaram não conhecer nenhum dos três órgãos apresentados na pergunta (ver quadro 3).

Quanto à Lei nº 9.656/98, o resultado é ainda mais significativo, pois 80% dos pesquisados pouco ou nada conhecem a respeito da mesma (ver quadro 3).

O quadro 4 mostra que as empresas não têm conhecimento da realidade epidemiológica da população assistida pelo plano/seguro contratado, visto que 80% dos responsáveis recebem eventualmente ou não recebem dados sobre as ocorrências que geraram a utilização dos serviços de assistência. No mesmo quadro, o quesito elaborado sobre doenças e lesões pré-existentes chama atenção pelo fato de que 73,3% dos pesquisados não sabiam se posicionar sobre o fato.

Os resultados alcançados levam a uma profunda reflexão sobre a necessidade de aprimoramento dos responsáveis pelo tópico “saúde suplementar” dentro das empresas, visando uma melhor adequação do plano/seguro a ser contratado ou a ser mantido.

6. Conclusão

O mercado de assistência privada à saúde é um setor que nas duas últimas décadas experimentou um crescimento vertiginoso em nosso país. Inicialmente com poucos mecanismos de regulação e escassas normas de regulamentação, era uma área de constante conflito entre operadoras e usuários. Tais discórdias não raras vezes

geravam demandas judiciais, quando o beneficiário lançava mão do Código de Defesa do Consumidor para ampará-lo.

A Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998 (dispõe sobre “Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde”) e a criação de organismos tais como a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e o CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) deram ao setor condições de ampla regulamentação.

Talvez por tratar-se de assunto relativamente recente, onde até mesmo a pesquisa acadêmica ainda apresenta poucos resultados, o conhecimento a respeito do mercado e suas normatizações são insuficientes, por parte daqueles responsáveis pela escolha, contratação e acompanhamento de um plano/seguro de assistência à saúde.

Os principais resultados auferidos na pesquisa proposta por esse trabalho são significativos. Quase a metade dos pesquisados (46,7%) somente “ouviu falar” sobre as formas de operadoras; 53% não conhecem a ANS e 26,6% desconhecem qualquer tipo de órgão regulador; sobre a Lei nº 9.656/98 80% dos gestores consultados pouco ou nada sabem da mesma; igual índice reflete o não recebimento ou o, recebimento eventual, de dados epidemiológicos da população atendida pelo plano/seguro saúde da empresa; 73,3% dos pesquisados responderam “não sei” à pergunta sobre doenças e lesões pré-existentes; 66,6% atribuíram à questão “custo” o maior peso na hora da escolha do plano.

Fica claro que o nível de conhecimento sobre a regulamentação do setor de assistência privada à saúde, por parte daqueles indicados a gerir tal questão em âmbito empresarial, e que responderam ao questionário proposto nesse trabalho, ainda é muito baixo.

Tal fato reveste-se de enorme importância, pois o desconhecimento das regras poderá levar à escolha ou à manutenção de um plano/seguro de assistência à saúde inadequado às necessidades de determinada empresa. Além disso, um maior domínio

das questões pertinentes ao mercado será arma preciosa na hora de negociar a melhor alternativa.

Sendo a assistência suplementar uma realidade na atenção à saúde, devem as empresas buscar o aprimoramento daqueles responsáveis pela escolha e contratação de um plano/seguro privado, pois com certeza os demais atores desse processo, as operadoras, encontram-se já muito bem preparadas.

7. Referências

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, 1998 (Texto para Discussão, nº 599).

ANDRADE, M.; LISBOA, M.B. **Sistema Privado de Seguro-Saúde: lições do caso americano**. www.itam.mx/lames/. [199-?].

ANDREAZZI, M.F.S. **O seguro saúde privado no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 1991. Dissertação de mestrado.

BAHIA, L. **Planos e seguros saúde no Brasil: Características da população coberta**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. Artigo apresentado no exame de qualificação no doutorado em medicina social. mimeo.

BAHIA, L. **Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80**. Um estudo exploratório do caso AMIL. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. Dissertação de Mestrado.

BAÚ, Marilise K. **O contrato de assistência médica e a responsabilidade Civil**. 2º ed. – Rio de Janeiro, Forense, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República federativa do Brasil**. Brasília, D.F.: Senado. 1988.

CIEFAS. **Acompanhamento e desenvolvimento dos planos de assistência à saúde**. 1996. Pesquisa CIEFAS

CIEFAS. **Pesquisa nacional sobre assistência à saúde nas empresas**. abr. 1998. Publicação especial editada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS).

FIGUEIREDO, L.F.; ANDREA, J.L.; CHECCHIA, C.M. **O Mercado das Principais Estruturas Operadoras do Setor Supletivo de Assistência à Saúde e a Legislação e Organização da Regulação Estatal para Planos e Seguros**. Capturado na Internet em 08/01/2002. File: //A: saude%supletiva%20-%20fiocruz.htm.

LOPES, J.R.L. et al. **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo, Revista dos Tribunais (Biblioteca de Direito do Consumidor – v. 13), 1999.

MÉDICI, A. C. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 1991^a (Relatórios Técnicos).

MENDONÇA, Antônio Penteadó. **Planos de saúde: cadê a luz no fim do túnel?** Folha de São Paulo, 05/03/2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Saúde Suplementar. **Guia dos Direitos do Consumidor de Seguros e Planos de Saúde: Uma nova era para a saúde de milhões de brasileiros**. www.saude.gov.br. 1999.

MONTONE, Januário. **Cinco mitos sobre a saúde suplementar**. Folha de São Paulo, 02/03/2001.

MONTONE, Januário. **Painel “Tendências Globais na Área da Saúde”** - Tema “Visão Brasileira”. Palestra proferida em 23/11/2001. Capturado no site www.abramge.org.br.

PASQUALOTTO, Adalberto. A Regulamentação dos Planos e Seguros de Assistência à Saúde: uma interpretação construtiva. In: LOPES, J.R.L. **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo, Revista dos Tribunais (Biblioteca de direito do consumidor - V. 13), p.36-64, 1999.

RIZZARDO, Arnaldo et al. **Planos de Assistência e Seguros de Saúde** : Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Porto Alegre, Livraria do Advogado, 1999.

SABATOVSKI, Emilio – FONTOURA, Iara P.. **Planos e Seguros de Assistência à Saúde**. 3º ed. – Curitiba, Juruá, 1999.

SILVA, José Toro da. **Comentários à lei dos planos de saúde**. 2º ed. – Porto Alegre, Síntese, 1998.

Um Balanço da Regulamentação dos Planos de Saúde. Jornal do Conselho Federal de Medicina. Março de 2002.

Anexo

QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELA PESSOA RESPONSÁVEL PELA CONTRATAÇÃO DE PLANO OU SEGURO SAÚDE.

1)NOME DA EMPRESA: _____

2)LOCALIZAÇÃO: Cidade _____

3)RAMO DE ATIVIDADE: _____

4)Nº DE EMPREGADOS: _____

5)CARGO/FUNÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA CONTRATAÇÃO:

6)ATUALMENTE QUAL É O PLANO/SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CONTRATADO PELA EMPRESA (NOME): _____

DESDE QUANDO: _____

7)QUANDO DE SUA ESCOLHA, O QUE MAIS PESOU:

CUSTO ()

TIPO DE COBERTURA ()

CREDENCIADOS ()

8)VOCÊ CONHECE OU JÁ OUVIU FALAR DE:

- MEDICINA DE GRUPO, - COOPERATIVAS MÉDICAS, - AUTOGESTÃO, - SEGURO SAÚDE;

CONHEÇO ()

NÃO CONHEÇO ()

JÁ OUVI FALAR ()

9)EM QUAL TIPO SE INSERE O PLANO/SEGURO SAÚDE DE SUA EMPRESA?

MEDICINA DE GRUPO ()

COOPERATIVA MÉDICA ()

AUTOGESTÃO ()

SEGURO-SAÚDE ()

10)QUANTO AO TIPO DE CONTRATAÇÃO, ENQUADRA-SE EM:

CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL ()

CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO ()

11)ASSINALE O ÓRGÃO SOBRE O QUAL TEM ALGUM GRAU DE CONHECIMENTO:

ANS ()

CONSU ()

SUSEP ()

12) SOBRE A LEI 9.656/98, VOCÊ CONHECE:

MUITO ()

POUCO ()

NÃO CONHECE ()

13) A REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR, A SEU VER, AJUDA NA CONTRATAÇÃO DO PLANO/SEGURO SAÚDE:

MUITO ()

POUCO ()

NÃO SEI ()

14) VOCÊ RECEBE DA OPERADORA DE SEU PLANO/SEGURO SAÚDE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SUA POPULAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS;

MENSALMENTE ()

EVENTUALMENTE ()

NÃO RECEBO ()

15) ASSINALE O TIPO DE PLANO CONTRATADO PELA SUA EMPRESA:

PLANO REFERÊNCIA ()

PLANO HOSPITALAR ()

PLANO HOSPITALAR C/OBSTETRÍCIA ()

PLANO AMBULATORIAL ()

PLANO ODONTOLÓGICO ()

16) QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA ESTIPULADOS EM CONTRATO, OS MESMOS SÃO:

DE DIFÍCIL COMPREENSÃO ()

DE FÁCIL COMPREENSÃO ()

POUCO CLAROS ()

17)QUANTO A DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES, AS MESMAS SÃO COBERTAS:

EM SUA TOTALIDADE ()

EM ALGUNS CASOS ()

NÃO SÃO COBERTAS PELO PLANO ()

18) AINDA QUANTO A DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES, SERIA MAIS INTERESSANTE PARA EMPRESA:

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA ()

AGRAVO AO CONTRATO ()

NÃO SEI ()

19) O PLANO CONTRATADO PREVÊ LIMITES NO TEMPO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS OU CTI (CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO):

SIM ()

NÃO ()

NÃO TENHO CERTEZA ()

20) QUAL A SUA MAIOR DÚVIDA EM RELAÇÃO A PLANO/SEGURO SAÚDE?
