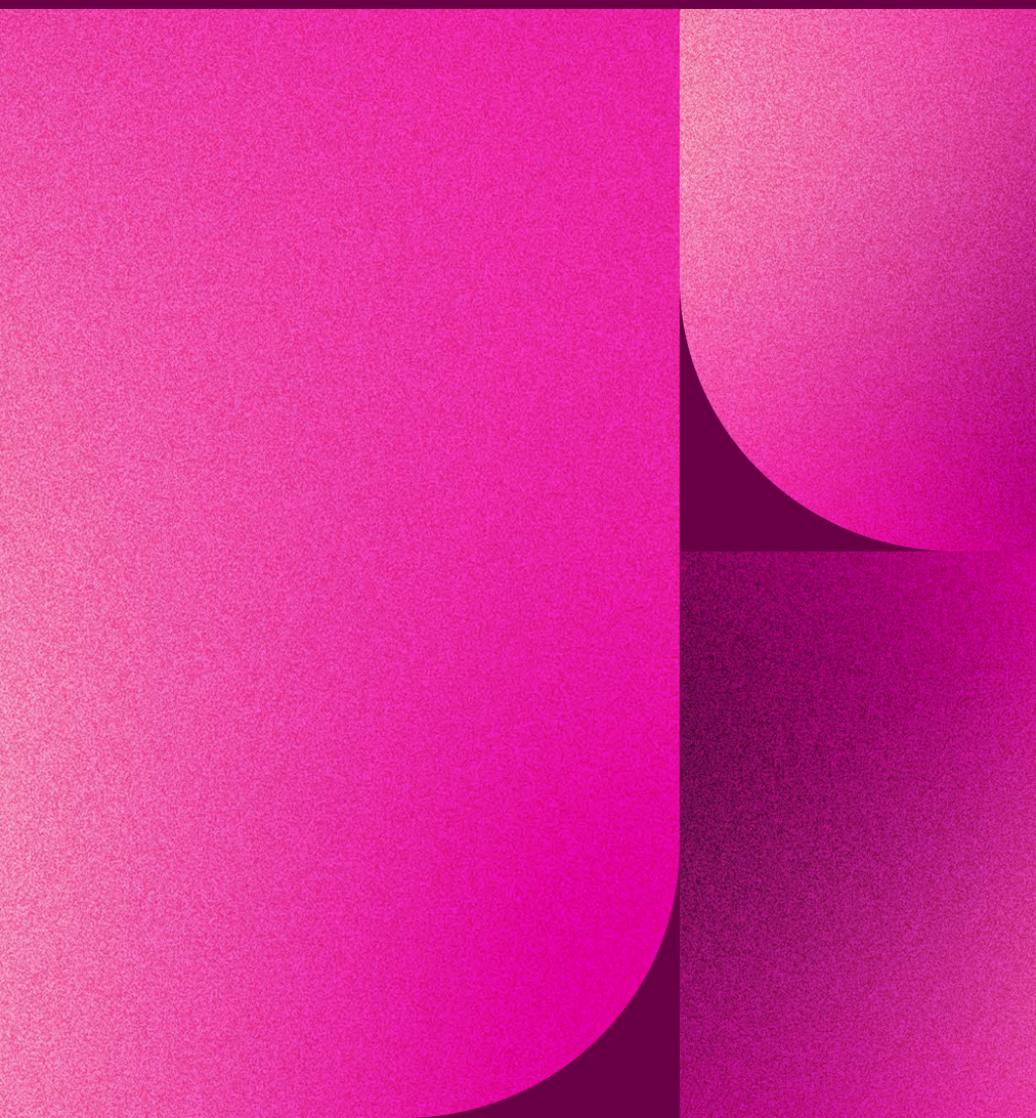


alice

**Guia do RH
para o plano
de saúde
empresarial**



Capítulo 1

Dicionário essencial dos planos de saúde

Capítulo 2

Como escolher um plano de saúde?

Capítulo 3

Contratei um plano empresarial: e agora?

Capítulo 4

Qual é o jeito certo de usar o plano de saúde?

Capítulo 5

Como a Alice te ajuda a oferecer a melhor saúde aos seus colaboradores, sem extrapolar o reajuste?



Dicionário essencial dos planos de saúde

Quem é que sabe de cor e salteado os principais jargões e termos próprios usados pelos planos de saúde? Carência, CPT, cobertura assistencial... Não é difícil se perder e acabar precisando dar aquele Google na hora de lidar com a operadora ou tirar uma dúvida levantada por um colaborador.

Para facilitar a sua vida, selecionamos 10 dos conceitos mais importantes para entender os planos de saúde.

Dicionário

1. Carência: Carência é o nome do período em que o usuário de plano de saúde precisa esperar para poder fazer alguns procedimentos ou receber alguns serviços após a assinatura do contrato. Cada operadora pode determinar os períodos de carência para diferentes tipos de serviço (consultas, exames, parto etc.), desde que não ultrapasse os prazos máximos previstos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Os prazos máximos são:

- 24 horas para casos de urgência e emergência;
- 300 dias para partos a termo;
- 180 dias para demais situações.

Entre os planos de saúde empresariais, pode ou não haver carência de acordo com o número de colaboradores da empresa beneficiados com o plano:

- **Empresas com 30 ou mais funcionários:** não têm carência, desde que o colaborador seja incluído em até 30 dias após a celebração do contrato ou em até 30 dias após sua admissão na empresa contratante.
- **Empresas com até 29 funcionários:** há carência, e a operadora do plano pode exigir o cumprimento da mesma (os prazos máximos seguem a regra da ANS).

2. Cobertura: É um termo coringa nos planos de saúde porque pode se referir a diferentes questões:

- **Cobertura geográfica:** se refere à extensão geográfica em que a pessoa está coberta, como um município, região, estado ou o país todo {no caso da cobertura nacional};
- **Coberturas assistenciais:** conjunto de procedimentos e serviços a que a pessoa tem acesso, como uma cobertura ambulatorial ou hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, entre outros;
- **Cobertura Parcial Temporária:** essa merece uma explicação à parte, que detalharemos na sequência.

3. Cobertura Parcial Temporária: A chamada CPT (Cobertura Parcial Temporária) é, na prática, uma restrição da cobertura do plano de saúde durante até 24 meses para alguns procedimentos de doenças ou lesões que já existiam antes de a pessoa ser beneficiada com um plano de saúde. Essas doenças ou lesões preexistentes (DLPs) devem estar na declaração de saúde ou podem ser constatadas durante uma perícia médica. Entram na lista das DLP:

Dicionário

- Câncer;
- Hipertensão;
- Diabetes;
- Doenças cardíacas;
- Doenças respiratórias.

Vale lembrar que a CPT só é aplicável para planos individuais e familiares, planos coletivos por adesão e planos empresariais com até 29 vidas (com algumas exceções para planos com mais de 30 vidas). No caso dos planos empresariais com mais de 30 vidas, não há carência, agravo ou CPT, de acordo com as regras da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), desde que a pessoa seja incluída até 30 dias após a celebração do contrato ou até 30 dias após a admissão na empresa contratante.

4. Coparticipação: É o pagamento de uma parte dos serviços usados pelos clientes de planos de saúde (como consultas, exames, uso do pronto-socorro e internações), além da mensalidade, como uma forma de estimular o uso consciente dos serviços e também de baratear o plano. As regras devem estar descritas em contrato.

Nos planos empresariais, quem paga a coparticipação é o colaborador.

5. Declaração de saúde: É o documento em que a pessoa favorecida pelo plano de saúde declara se tem alguma doença ou lesão existente antes da contratação do plano e outras informações do histórico médico que forem requisitadas. A declaração é solicitada aos funcionários quando a empresa possui 29 ou menos vidas ou, quando tiver 30 ou mais, desde que a pessoa tenha entrado no plano depois dos 30 dias da celebração do contrato ou 30 dias depois da admissão na empresa. A regra é a mesma para os dependentes

6. Franquia: Franquia de plano de saúde é similar à franquia do seguro de um carro: até um determinado valor, descrito em contrato, a operadora de saúde não tem responsabilidade de cobertura, seja para casos de reembolso ou de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada. Se a franquia for de R\$ 1 mil e a pessoa precisar de um serviço médico que custe mais do que isso, os primeiros mil reais serão pagos pela pessoa. O restante, pela operadora.

Dicionário

7. Perícia médica: Instrumento estipulado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) que permite que a operadora de saúde confirme se uma pessoa possui doenças e/ou lesões preexistentes (DLPs) à contratação do plano. Caso uma DLP seja detectada, a operadora poderá oferecer a Cobertura Parcial Temporária, conhecida como CPT.

A perícia médica vale para os planos individuais e empresariais com menos de 30 beneficiários. No caso dos planos empresariais com mais de 30 vidas, não há carência, CPT, agravo ou perícia médica, desde que a pessoa seja incluída até 30 dias após a celebração do contrato ou até 30 dias após a admissão na empresa contratante.

8. Portabilidade: Contratação de um plano de saúde novo em substituição ao atual sem precisar cumprir de novo os períodos de carência e de cobertura parcial temporária para doenças ou lesões preexistentes.

9. Reajuste: Reajustar os planos de saúde significa aumentar o valor da mensalidade paga pelo usuário. A justificativa para o reajuste se baseia em alguns fatores, como aumento nos custos de saúde, novas tecnologias em procedimentos e exames, inclusão de novos procedimentos no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), inflação, entre outros. Por isso, há diferentes tipos de reajustes. Os dois mais comuns são: anual e por faixa etária. Para os planos empresariais, há regras da ANS para o reajuste anual:

- **Planos coletivos com até 29 pessoas:** todos os contratos coletivos com até 29 pessoas de uma mesma operadora recebem o mesmo percentual de reajuste anual. Ao invés de considerar cada empresa de forma isolada, soma-se o custo e a receita de todos os negócios com até 29 vidas, em um pool, e calcula-se um valor único de reajuste.
- **Planos coletivos para mais de 29 pessoas:** todos os contratos estabelecem um percentual para as despesas médicas, o que normalmente varia de 50% a 80% do valor da mensalidade. Se esse percentual for ultrapassado pela empresa, o reajuste pela

diferença é negociado. Isso acontece porque, se o plano é mais usado do que o previsto, as despesas que a operadora de saúde têm com aquela empresa ultrapassam o valor da mensalidade — o que gera um desequilíbrio financeiro.

10. Sinistralidade: Sinistralidade (ou índice de sinistralidade) significa a relação entre as despesas e a receita das operadoras de saúde. Ou seja, é a taxa de utilização dos serviços de saúde. Na prática, o índice de sinistralidade descreve qual porcentagem das receitas dos planos foi consumida para cobrir as despesas com atendimentos e procedimentos, como consultas, exames, cirurgias, internações, entre outros serviços.

A sinistralidade é um dos itens analisados na hora do reajuste. Por isso, o uso consciente dos planos é bom para todo mundo — principalmente para o colaborador, que não precisa se submeter a consultas, filas de PS e procedimentos desnecessários.



Como escolher um plano de saúde?

Se você acha que plano de saúde é tudo igual {ou muito parecido}, saiba que, na verdade, há muitos detalhes para avaliar na hora de decidir quem vai cuidar da saúde dos seus colaboradores — olha só que responsabilidade!

Pensando nisso, selecionamos 10 tópicos que devem ser olhados com atenção por quem está buscando o melhor plano de saúde para a sua empresa.

A contratação é simples e sem burocracia?

Sabe aquela expressão “a primeira impressão é a que fica”? Se for difícil manter contato com a operadora de saúde na hora de contratar o plano, imagine depois, quando os seus colaboradores precisarem de suporte?

Capítulo 1

Esse é o primeiro ponto que todo RH precisa ficar atento na hora de buscar por um plano de saúde, e alguns sinais dão bons indicativos:

- As informações sobre os planos estão claras e diretas no site da operadora?
- Se você tem dúvidas, é fácil entrar em contato com os representantes do plano e sanar as questões?
- Tudo é debatido com clareza e sem meias-palavras durante o processo de negociação, inclusive as regras do reajuste e das carências?
- A operadora tem interesse em quem são os colaboradores da sua empresa, ou são só “números” para ela?
- Depois de contratado o plano, o RH consegue fazer a gestão dos membros do plano de forma simples e sem intermediários?

Dependendo da resposta para as questões acima, a empresa consegue ter um vislumbre de como será o cuidado oferecido pelo plano de saúde!

Como é a rede credenciada?

O tamanho e a qualidade da rede credenciada são fatores superimportantes para a tomada de decisão do melhor plano de saúde empresarial, certo?

Por isso é importante olhar para esses detalhes abaixo, que vão além de uma lista imensa de hospitais, laboratórios e especialistas.

- Os profissionais especialistas da rede possuem um currículo renomado? Passaram por algum tipo de avaliação antes de serem incorporados à rede?
- O plano exige alguma certificação nacional ou internacional dos hospitais e laboratórios?
- Como o plano garante que os hospitais e laboratórios tenham uma cultura de segurança do paciente?
- Os hospitais e laboratórios da rede são reconhecidos e bem avaliados pelo setor?
- Quais são os serviços e a tecnologia oferecidos aos pacientes?

Como os usuários navegam no sistema do plano de saúde?

Às vezes, o que os funcionários querem é uma lista infinita de profissionais de saúde, de diferentes especialidades. E, na maioria dos casos, muitos desses não conhecem outra maneira de usar os planos de saúde. Mas há novidades no mercado.

Para entender melhor, um bom exemplo: a Alice é um plano de saúde que oferece um Time de Saúde formado por médicos de família e comunidade e uma equipe de enfermagem, que estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana, via app.

Qualquer queixa ou demanda de saúde, basta o funcionário acionar o Alice Agora e, em até 35 segundos nos casos de urgência e emergência, receber um retorno do profissional de saúde da Alice. E a cada 10 demandas de urgência ou emergência, 6 são resolvidas ali mesmo no app — sem ninguém precisar passar horas na sala de espera de um pronto-socorro.

Capítulo 1

Mesmo que a pessoa precise ser encaminhada para um especialista ou PS, todo o cuidado é coordenado. Isso significa que, quando o funcionário pisar no hospital ou consultório, o profissional que estiver ali já terá acesso às informações de saúde e repassará ao Time de Saúde da Alice quais foram os cuidados tomados. É isso que garante a coordenação do cuidado.

Somando essa atenção especial com uma lista completa de profissionais especialistas, hospitais e laboratórios em todo o Brasil, a Alice é um exemplo de como o plano de saúde pode ser promotor da saúde dos funcionários e, por consequência, da empresa.

Qual é a cobertura assistencial que eu quero?

Nos jargões dos planos de saúde, cobertura pode se referir a coisas diferentes ((e quem tiver dúvidas pode consultar o nosso dicionário essencial lá no começo do guia). No caso da cobertura assistencial, o que está sendo debatido são os procedimentos e serviços aos quais os beneficiários terão acesso, como consultas, exames, internações, etc.

Capítulo 1

De acordo com a ANS, os planos de saúde podem oferecer diferentes tipos de coberturas assistenciais. São elas:

Cobertura ambulatorial

São cobertas consultas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos, terapias e demais procedimentos ambulatoriais. Casos de emergência só estão cobertos nas primeiras 12 horas de atendimento.

E se precisar de um atendimento hospitalar? Os procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar são pagos pela própria pessoa de forma particular, pois não são responsabilidade da operadora de saúde.

Cobertura hospitalar sem obstetrícia

Neste caso, a cobertura vale apenas para internações. Entram nessa lista as cirurgias, cuidados na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e outros procedimentos que pedem internação, exceto partos. Esse tipo de cobertura também não cobre consultas ambulatoriais.

Capítulo 1

Entram nesta cobertura:

- Internações, incluindo em UTIs, CTIs e similares;
- Honorários médicos de cirurgia, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia realizados durante o período de internação.

Cobertura hospitalar com obstetrícia

Além da cobertura de internações, este segmento também cobre os procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto, incluindo as consultas obstétricas e exames relacionados, ainda que sejam feitos em ambiente ambulatorial.

Referência

Consultas, exames, terapias, internações e parto são incluídos neste segmento. Também pode incluir cobertura para outros serviços não obrigatórios, como terapia ocupacional, fisioterapia e psicologia.

Neste caso, a acomodação é na enfermaria, e o beneficiário tem cobertura total, seja ambulatorial ou hospitalar, para urgência

Capítulo 1

e emergência após as primeiras 24 horas da adesão ao plano. Para além desses casos, é preciso se atentar aos prazos de carência e CPTs (Cobertura Parcial Temporária).

Cobertura exclusivamente odontológica

O próprio nome já deixa claro: a cobertura, neste tipo de segmento, está relacionada apenas à saúde odontológica — sejam consultas, exames, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos ou outros procedimentos, como cirurgias orais menores.

Tratamentos ortodônticos, como o uso de aparelhos ortodônticos ou alinhadores, não estão incluídos, necessariamente, neste tipo de cobertura — mas alguns planos podem, sim, oferecer esse bônus.

Coberturas combinadas

- Ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia;
- Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia;
- Ambulatorial + odontológica.

Enfermaria ou apartamento?

Caso opte por um plano de saúde que traga uma cobertura hospitalar, outro ponto a se considerar é qual é o tipo de acomodação nos hospitais que a empresa quer oferecer aos funcionários:

- Enfermaria, ou acomodação coletiva;
- Apartamento, ou acomodação individual.

A diferença entre as duas opções é que, na enfermaria, o funcionário divide o espaço com uma ou mais pessoas, dependendo do caso — por isso, o plano costuma ser mais barato. Já no apartamento, o espaço é de uso exclusivo de uma pessoa.

Vale mais um plano com ou sem coparticipação?

Não há uma única resposta, e o melhor caso vai depender de cada empresa.

Só para relembrar, a coparticipação é quando o beneficiário do plano de saúde paga uma parte dos serviços realizados, como consultas, exames ou internações, além da mensalidade. Esse valor pode ser fixo ou variar de um

Capítulo 1

percentual para cada serviço ou procedimento, e tudo deve estar descrito no contrato.

Nos planos com coparticipação, a mensalidade tende a ser mais barata e há o incentivo para o uso mais consciente do plano de saúde — que explicaremos melhor ao longo deste guia.

Como funcionam as carências?

Carência se refere ao período em que os beneficiários precisam esperar para terem acesso a certos serviços ou procedimentos ofertados pelos planos de saúde.

Os prazos máximos seguem as regras da ANS, que variam conforme a quantidade de funcionários beneficiados pelo plano:

Empresas com 30 ou mais funcionários: não há carência, agravo ou CPT, desde que a pessoa seja incluída em até 30 dias após a celebração do contrato, ou em até 30 dias após sua admissão na empresa contratante.

Empresas com 29 colaboradores ou menos: há carência, segundo a ANS, e a operadora pode

Capítulo 1

exigir o cumprimento do período. Nestes casos, os períodos máximos previsto pela ANS são:

- 24 horas para urgência e emergência;
- 300 dias para parto a termo;
- 24 meses para cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia (como UTI ou CTI) e procedimentos cirúrgicos relacionados às doenças ou lesões preexistentes, listadas no contrato;
- 180 dias para consultas.

Mas atenção: as operadoras podem oferecer prazos menores do que esses, por isso é importante perguntar sobre o assunto.

Ah, e o período de carência passa a contar a partir da assinatura do contrato.

Como fazer uma portabilidade de carências?

O termo portabilidade é mais conhecido no mercado da telefonia, mas a ideia é basicamente a mesma: trocar de plano sem perder os benefícios já conquistados. No caso dos planos de saúde, as carências ou CPTs já cumpridas!

E quando se fala em portabilidade de planos empresariais há outros benefícios, como:

- Não é exigido que o novo plano de saúde tenha uma compatibilidade por faixa de preço com o plano antigo (regra que existe dentro dos planos individuais);
- Não há mais “janelas” ou prazos curtos para exercer a troca dos planos. Desde a Resolução Normativa - RN nº 438, que passou a valer em junho de 2019, as empresas podem solicitar a portabilidade em qualquer momento do ano, e não apenas em um período de quatro meses específicos, como era feito antes.

Caso o novo plano traga coberturas não previstas no plano antigo, os beneficiários poderão cumprir as carências para esses novos procedimentos cobertos.

Qual é a reputação da operadora de saúde?

Quem nunca deu uma checada no Google para saber o que outros consumidores reclamaram sobre um hotel, um restaurante ou mesmo uma loja de eletrônicos? Então, por que não fazer o mesmo com a operadora de saúde?

Uma das ferramentas disponíveis para esse tipo de pesquisa é o Reclame Aqui. Além de disponibilizar as reclamações dos usuários e as respostas das empresas, a página dá uma nota para a reputação — ao lado de um emoji superintuitivo do que aquela nota significa.

Vale também buscar as informações que saíram na imprensa sobre a operadora. Para isso, basta buscar o nome da empresa na aba de “notícias” do Google mesmo e verificar quais veículos de notícias falaram sobre a operadora e o que foi dito em cada um. Com certeza isso dará um panorama geral da reputação daquela empresa, e ajudará na decisão final do RH.

Reajuste: por que acontece, como é calculado?

De tempos em tempos, as operadoras de saúde promovem um reajuste dos planos, seguindo as regras da ANS. Na prática, reajustar os planos significa aumentar o valor da mensalidade, o que é feito, geralmente, uma vez por ano.

A justificativa para isso se baseia em alguns fatores, como o aumento dos custos de saúde, novas tecnologias, a inclusão de novos procedimentos no rol da ANS, a inflação, o envelhecimento da população, entre outros.

Para os planos empresariais, há dois motivos principais:

- Mudança de faixa etária (quando o beneficiário muda a faixa etária, que explicaremos melhor na sequência);
- Aniversário de contrato, o que acontece a cada 12 meses.

Para calcular como esses reajustes serão feitos, as operadoras de saúde levam em consideração uma fórmula com dois critérios:

1. Reajuste financeiro.
2. Reajuste técnico.

Capítulo 1

Dependendo da operadora de saúde, os índices usados para os cálculos variam. Por isso, vale sempre conferir como o plano calcula o reajuste, se é algo mais previsível ou não, além de quais índices e fatores são levados em consideração!

Reajuste financeiro: é o critério responsável por prever os gastos futuros e está relacionado aos custos para cuidar da saúde dos funcionários daquela empresa. Em geral, são usados índices de inflação, como o VCMH (Variação do Custo Médico Hospitalar), que sai uma vez por ano. Na Alice, usamos o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), que é um índice mais previsível, já que pode ser acompanhado mensalmente.

Reajuste técnico: enquanto o reajuste financeiro olha para os gastos futuros, o reajuste técnico verifica o que já foi gasto no passado com os funcionários daquela empresa. Esse critério ajuda a corrigir gastos passados e, por isso, leva em consideração o uso do plano (ou, em termos técnicos, a sinistralidade). Todo contrato de plano empresarial tem uma meta de sinistralidade, ou de uso. Se a empresa ultrapassar essa meta, haverá um reajuste

Capítulo 1

técnico. Mas, se não ultrapassar, o reajuste técnico não fará parte do cálculo do reajuste anual!

Todas as empresas passam pelo reajuste técnico?

Sim, todas, mas o tamanho da empresa influencia no reajuste técnico, seguindo as regras da ANS:

- **Empresas com menos de 30 colaboradores:** por determinação da ANS, contratos empresariais com menos de 30 beneficiários não podem ter um reajuste técnico individualizado (feito de acordo com o uso do plano por uma única empresa). Aí o cálculo se baseia num pool de empresas com menos de 30 funcionários, da mesma operadora de saúde. Ou seja, é somado todo o custo e a receita de todas as empresas com essa característica e calcula-se a sinistralidade, comparando com a meta e colocando na fórmula do reajuste.

Capítulo 1

- **Empresas com mais de 30 colaboradores:**
aí sim o reajuste técnico pode ser individualizado. Ou seja, leva-se em consideração o uso/sinistralidade apenas daquela empresa.

E o reajuste por faixa etária?

Se um dos motivos para o reajuste dos planos é a mudança de faixa etária, onde entra esse critério? Assim que o funcionário fizer aniversário e mudar de faixa etária, a próxima fatura já é reajustada para calcular essa mudança.

Os planos contratados a partir do dia 1º de janeiro de 2004 seguem a seguinte ordem para a aplicação do reajuste:

- 0 a 18 anos;
- 19 a 23 anos;
- 24 a 28 anos;
- 29 a 33 anos;
- 34 a 38 anos;
- 39 a 43 anos;
- 44 a 48 anos;
- 49 a 53 anos;
- 54 a 58 anos;
- 59 anos ou mais.

Capítulo 1

Quantos reajustes a empresa tem por ano?

Um só, que leva em consideração os fatores acima (exceto o reajuste por faixa etária, que depende da mudança de idade do funcionário, e tem o valor reajustado na fatura seguinte ao aniversário).

Se uma empresa não ultrapassar a meta determinada em contrato para o uso do plano, o reajuste anual leva em consideração apenas o reajuste financeiro.

Agora, se ultrapassar a meta de sinistralidade, aí os 2 critérios (reajuste financeiro e técnico) são calculados na hora do reajuste anual.



Contratei um plano empresarial; e agora?

Depois de ter refletido sobre diferentes itens como preço, rede credenciada, coparticipação e acomodação, você enfim fechou o contrato com o melhor plano para a sua empresa!

Mas foi-se o tempo em que isso significava apenas comunicar as pessoas sobre esse benefício, sem nenhuma ou com pouca orientação sobre como ele funciona e como utilizá-lo da melhor maneira.

Neste guia a gente te ajuda a organizar os primeiros passos após a contratação e com o que é preciso se preocupar.

Entenda em detalhes como o plano funciona

É preciso, em primeiro lugar, saber na ponta da língua quem é a operadora contratada e o que ela preconiza, além dos detalhes do(s) plano(s) contratado(s) — se é com ou sem

Capítulo 2

coparticipação, se com ou sem reembolso (e, caso haja, de quanto é o valor e como é o processo para requisitá-lo, por exemplo) etc.

Nessa etapa é essencial já conversar com a operadora para saber quem será seu ponto de contato por lá para tirar dúvidas e pedir ajuda.

Aproveite e pergunte como e quando será a integração dos novos membros, para que vocês possam comunicá-los quando estiver tudo valendo, como a sua empresa terá acesso aos dados do plano (como e quanto os colaboradores estão utilizando-o) e tire eventuais dúvidas práticas sobre pagamento e contrato.

Também é preciso definir quem será o ponto focal dentro da sua empresa para falar com os colaboradores sobre o plano.

Planeje como será feita a comunicação

É importante planejar como a contratação do novo plano vai ser comunicada aos colaboradores atuais e como o benefício será apresentado a quem entrar na empresa. Dependendo do número de membros, a própria operadora pode fazer essa apresentação.

Aqui podem ser apresentadas informações como:

- Acesso básico ao plano — há um app para baixar? É preciso apresentar carteirinha (física ou digital)? Onde verificar a rede credenciada?
- Como funcionam as carências;
- Se há ou não coparticipação e como funciona;
- Se há ou não reembolso e como ele funciona;
- Se há opção de upgrades;
- Se o plano tem um foco em Atenção Primária à Saúde e como utilizá-la;
- Como fazer um bom uso do plano {mais detalhes a seguir!};
- Quem é a pessoa do RH que os colaboradores podem procurar em caso de dúvidas.

Capítulo 2

Que tal montar uma apresentação com esses pontos, de forma resumida? Para os colaboradores atuais, ela pode ser exibida em uma reunião all-hands {presencial ou virtual} ou então enviada no canal de comunicação mais utilizado (e-mail, Slack, etc.). Abra espaço para as perguntas e esteja preparado(a) para respondê-las de forma clara e objetiva.

Para os novos colaboradores, vale enviar essas informações no onboarding.

Incentive o uso correto e pertinente do plano de saúde

Este talvez seja o ponto mais importante {e, cá entre nós, menos lembrado pelas empresas}, porque o uso pertinente do plano de saúde traz uma série de benefícios para todos os envolvidos.

E aqui vai um spoiler do capítulo seguinte, que trata especificamente desse assunto. O tal do uso pertinente do plano traz os seguintes benefícios:

Capítulo 2

- Mais saúde para o colaborador, que pode ter sua queixa resolvida da melhor forma, sem intervenções ou exames desnecessários;
- Mais tempo para o colaborador, que não perde horas preciosas fazendo exames ou indo a consultas ou ao PS desnecessariamente;
- Menor sinistralidade e, portanto, menor reajuste.

Como o uso correto do plano ajuda no controle do reajuste?

Lembra que a gente explicou no dicionário e no capítulo 1 que o uso do plano de saúde pode afetar o reajuste lá na frente? Empresas com menos de 29 pessoas e as com mais de 29 pessoas têm regras diferentes de cálculo, mas em todas elas esse custo do cuidado é calculado e pode ser repassado depois.

A ideia não é coibir o uso — e é claro que há situações em que o plano precisa mesmo ser acionado! — mas, sim, evitar desperdícios, inclusive porque isso será melhor para a saúde do seu colaborador no fim, e é isso que mais importa, né?

Capítulo 2

Vale fazer comunicados explicando, por exemplo, que o pronto-socorro é para ser usado em casos de urgência e emergência {ninguém merece ficar um tempão na fila, ao lado de pessoas em situações graves, para tratar algo simples, né?} e que a Atenção Primária deve ser acionada primeiro.

E mesmo se seu plano de saúde não tiver foco em Atenção Primária, é possível buscar médicos de família ou clínicos gerais na rede credenciada, para ter alguém que olhe para os colaboradores por inteiro, possa acompanhar sua saúde e indicar outros especialistas quando necessário.

Se organizar direitinho, todo mundo sai com mais saúde — incluindo as finanças da sua empresa.



Qual é o jeito certo de usar o plano de saúde?

Por muito tempo, ter um plano de saúde no Brasil era sinônimo de uma lista de hospitais, laboratórios e profissionais de diferentes especialidades, todos acionados sem muito critério. E cabia ao paciente a decisão sobre com qual médico se consultar ou ir ou não ao PS.

Mas essa não é a melhor maneira de cuidar da própria saúde ou de usar o plano.

Deixar essa avaliação exclusivamente para o usuário do plano pode gerar alguns problemas, como:

- Ir ao médico da especialidade errada para aquele caso e entrar num vaivém de consultas, perdendo tempo sem resolver a queixa adequadamente;

Capítulo 3

- Consultar-se com um médico especialista, quando na verdade o caso era mais simples e poderia ter sido resolvido por um médico de família por teleconsulta, do conforto de casa;
- Resolver cada queixa com um médico diferente, em vez de ter a orientação de um médico de família, que olha para a pessoa por inteiro, acompanha a sua jornada e conhece seu histórico de saúde;
- Ir ao pronto-socorro sem necessidade (ou deixar de ir no PS em caso de necessidade!).

Todos esses usos inadequados do plano não só são prejudiciais para o paciente como podem acabar impactando a sinistralidade do plano empresarial e, conseqüentemente, o reajuste {mais sobre isso no capítulo seguinte}.

Qual é a solução? O modelo de saúde usado em diferentes países, como Canadá e Reino Unido, e destacado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como o mais alto nível de cuidado com a própria saúde:

a **Atenção Primária à Saúde.**

Atenção Primária à Saúde: o que é e como usá-la no plano de saúde?

A APS, sigla para Atenção Primária à Saúde, é um modelo de cuidado que foca na atenção contínua à pessoa, priorizando a prevenção e a manutenção da saúde. Isso inclui desde manter a carteira de vacinação em dia, incentivar hábitos de vida mais saudáveis, evitando doenças crônicas, mas também atendendo as primeiras e principais queixas de saúde.

O nome de “primária” não é à toa. Ela deve ser usada primeiro, antes da Atenção Secundária (as consultas com os especialistas, por exemplo) ou da Terciária (pronto-socorro, internações ou cirurgias em hospitais). Por isso, é considerada uma das mais importantes etapas do cuidado com a saúde.

E quem coloca isso em prática? Todos os profissionais de saúde que tenham um olhar mais integral do paciente, e que se preocupam com os sintomas, mas também com o contexto em que a pessoa vive. Na prática, médicos e enfermeiros de Família e Comunidade se destacam nessa função.

10 dicas para incentivar os colaboradores a usarem o plano de saúde do jeito certo

- 1. Tenha um médico ou enfermeiro de Família e Comunidade:** se o plano não oferecer um cuidado com um Time de Saúde, como a Alice (que conta com uma equipe médica e de enfermagem disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para qualquer queixa de saúde, via app), destaque a importância do profissional da Atenção Primária para os funcionários.
- 2. Use a rede credenciada do plano:** dependendo do tipo de plano, o uso dos especialistas, hospitais e laboratórios que já fazem parte da rede credenciada, e sempre que for realmente necessário, reduz o custo para a pessoa e, conseqüentemente, para a empresa.

3. **Acione a telemedicina ou teleconsulta:**

uma forma de economizar tempo e deslocamento das pessoas é usar a opção de teleconsultas com os profissionais de saúde. Além de resolver o problema rapidamente (na Alice, por exemplo, os membros são atendidos em até 35 segundos), as consultas digitais previnem idas desnecessárias aos prontos-socorros ou aos especialistas.

4. **Sempre pergunte:** não existe pergunta boba, especialmente quando o assunto é a própria saúde. Incentive os colaboradores a sempre questionarem os profissionais de saúde durante as consultas sobre dores, incômodos ou mesmo dúvidas gerais sobre hábitos de vida. A educação em saúde também é parte importante da prevenção!

- 5. Pronto-socorro é apenas para urgências e emergências:** sintomas de gripe ou resfriado não deveriam ser diagnosticados ou tratados nas salas de pronto-atendimento dos hospitais. Vale orientar os colaboradores sobre as diferenças entre as urgências e emergências de condições comuns do dia a dia, e detalhar as opções dos planos para evitar a ida desnecessária ao PS. Na Alice, por exemplo, o Alice Agora é o canal de comunicação com os membros disponível 24/7 via app com acesso ao Time de Saúde.
- 6. Mantenha registros de saúde:** se o plano não colocar em prática um cuidado coordenado da saúde do paciente, como é feito na Alice, uma solução é pedir que a própria pessoa mantenha o registro de resultados de exames, cirurgias e consultas realizadas. Isso ajuda a manter o histórico dos cuidados e facilita o acompanhamento pelos profissionais de saúde.

- 7. Confira se está na hora de um exame de rotina:** é comum achar que os exames de rotina devem ser feitos todos os anos, mas nem sempre é o caso — a depender da idade da pessoa e do tipo de exame. Sobre isso, detalhamos em um checklist específico para este Guia.
- 8. Seja honesto com relação a doenças já existentes:** dependendo do tipo de plano e do tamanho da empresa que o contratar, os funcionários podem ter que preencher uma Declaração de Saúde. Nesta, deverá ser informada qualquer doença que a pessoa já tenha conhecimento, como diabetes ou uma condição cardíaca, que afetará as carências para determinados exames ou procedimentos cobertos pelo plano. Caso a pessoa não informe corretamente, a ANS pode considerar fraude e levar à rescisão do contrato.

9. Mantenha os cuidados com as doenças crônicas: se o funcionário tiver diabetes, hipertensão ou qualquer doença que demande cuidados diários, incentive a manutenção dos tratamentos — sejam medicamentosos ou de hábitos de vida saudáveis.

10. Procure programas de bem-estar do plano: alguns planos de saúde oferecem programas de nutrição e exercícios físicos. Confira se for o caso e incentive que o colaborador entre em contato para melhorar ainda mais a saúde e até prevenir condições mais graves. A Alice, por exemplo, tem rodas de conversa com nutricionistas sobre diferentes temas, desde como começar uma alimentação vegetariana a até como fazer uma boa lista de compras para o mercado!

Checklist dos exames de rotina

Exame do Papanicolau: usado para o rastreamento do câncer do colo do útero. Não há regra única na indicação, mas as principais entidades de referência destacam algumas orientações:

- A partir dos 21/25 anos de idade (a depender da entidade);
- Apenas quem já iniciou a vida sexual;
- Caso dois exames consecutivos tragam resultados considerados bons (sem lesões) e a pessoa tenha um sistema imunológico saudável, o terceiro pode ser feito dali a três anos.
- O exame deve ser feito até os 64 anos e, se apresentar pelo menos dois exames com resultados negativos para lesões nos últimos 5 anos, não é necessário continuar o rastreamento.

Capítulo 3

Exame da mamografia: usado para o rastreamento do câncer de mama. As regras, de acordo com as principais entidades de referência, são:

- Rastreamento começa a partir dos 40 ou 50 anos (a depender da entidade);
- Antes dos 40, em geral, há mais tecido mamário, o que dificulta a avaliação de possíveis nódulos e prejudica os resultados da mamografia;
- Caso de câncer de mama na família, o início do rastreamento é antecipado. Em geral, não antes dos 30 anos;
- Frequência do exame pode ser feito anualmente ou a cada dois anos, a depender da orientação da entidade;
- Se o exame for solicitado em caso de suspeita de doença, a frequência muda para a cada seis meses ou menos, caso seja necessário acompanhar a evolução.

Capítulo 3

Exame do toque retal: usado para identificação de possíveis nódulos e aumento da próstata, o que pode indicar o câncer de próstata. As orientações para o exame são:

- Pessoas acima dos 50 anos, já que a idade aumenta o risco de desenvolvimento do câncer de próstata;
- Pessoas com histórico familiar de câncer de próstata;
- Caso a doença tenha aparecido de forma precoce, antes dos 50 anos, em algum familiar, o exame pode ser antecipado para os 45 anos;
- Em geral, é acompanhado do exame de PSA, que identifica, via coleta de sangue, o antígeno prostático específico.
- Entre os 50 e 69 anos, o exame de PSA pode ser feito a cada dois anos. Antes dos 50, apenas em casos de maior risco da doença e, acima dos 70, não é mais recomendado o rastreamento.

Capítulo 3

Exame da tireoide: exame de imagem da tireoide não é indicado para quem não tem sintomas, e vale apenas para quem tiver:

- Histórico de exposição à radiação na cabeça e pescoço durante a infância;
- Exposição à chuva radioativa;
- Histórico de câncer de tireoide em familiares de primeiro grau, como pais ou irmãos;
- Condições genéticas, como carcinoma medular da tireoide ou síndromes neoplásicas endócrinas múltiplas.

Exame ergométrico: chamado de teste de esforço físico ou estresse cardíaco, o exame é indicado apenas em alguns casos, como:

- Diagnosticar doenças cardiovasculares;
- Prevenir doenças cardiovasculares em casos suspeitos;
- Início de exercícios de alta intensidade.

Quem pretende começar a fazer exercícios de forma leve, o exame não é necessário.



Como a Alice te ajuda a oferecer a melhor saúde aos seus colaboradores, sem extrapolar o reajuste?

Com a Alice, os seus colaboradores não terão apenas o benefício de um plano de saúde. Por meio de tecnologia própria, nós entregamos um cuidado 360°, personalizado e, o melhor de tudo, de qualquer lugar.

Não à toa, os resultados dos membros da Alice são incríveis:

- 86% dos membros dizem ter uma saúde “boa” ou “excelente”;
- 76% dos membros melhoraram seus indicadores de qualidade de vida depois de serem cuidados pela Alice;
- 72% dos membros com sintomas de depressão e 67% com sintomas de ansiedade apresentaram melhoras nos quadros.

Capítulo 4

E como a gente consegue entregar tudo isso?

A gente conta com algumas ferramentas.

Vem conhecê-las:

Time de Saúde disponível 24 horas por dia, 7 dias na semana: nenhum funcionário precisa perder o dia todo na fila do PS para saber se os sintomas são graves ou não. No Alice Agora, canal de comunicação com os membros disponível 24/7 via app, o membro tem acesso ao Time de Saúde, que é formado por médicos e enfermeiros renomados e capacitados para atenderem qualquer queixa de saúde (inclusive as urgências e emergências!).

Cobertura nacional de qualidade! Sua empresa tem colaboradores fora de São Paulo? Sem problemas! Os planos empresariais da Alice contam com uma cobertura nacional completa (presente nos 26 Estados e no Distrito Federal), além de uma rede credenciada de excelência com os melhores hospitais e laboratórios, e especialistas que atendem com experiência de consulta particular.

Capítulo 4

Rede credenciada de primeira. Sabe o processo seletivo que vocês fazem antes de contratar um funcionário novo? Pois aqui na Alice todos os especialistas passam por uma seleção parecida, com destaque aos méritos acadêmicos e à experiência! Por isso que, aqui, os seus colaboradores só terão acesso aos melhores profissionais, seja qual especialidade for necessária.

Planos de saúde para empresas de qualquer tamanho! Se a empresa é MEI, pequena, média ou grande, não importa. A Alice cuida de todos os colaboradores que você precisar. Vem fazer uma cotação com a gente!

Portal do RH fácil de usar. Inclua e exclua colaboradores beneficiados pelo plano com poucos cliques. Por meio do Portal do RH, você faz a gestão do plano de saúde de um jeito simples e, o melhor de tudo, sem intermediários.

Contrato detalhado e sem letras miúdas. Nada de jargões impossíveis de entender! Na Alice, tudo é explicado e conversado para que você fique tranquilo com relação ao cuidado que os seus colaboradores vão receber!

Capítulo 4

Reajuste previsível? Temos! E atenção empresas entre 30 a 100 membros: o reajuste tem um teto de até duas vezes o IPCA (que é um índice superprevisível, podendo ser acompanhado mensalmente).

Quer saber mais sobre a Alice? Faça uma cotação com a gente!

Chame aqui

alice