



Educação Corporativa

Introdução - Plano de Saúde

TESTE INICIAL	3
TEXTO CONCEITUAL	5
Breve Histórico sobre Planos de Saúde e Empresas Médicas	5
Conhecendo de Forma Genérica os Processos Funcionais	10
TEXTO DE JUSTIFICATIVA	17
FLUXO OPERACIONAL DA INTEGRAÇÃO DO MÓDULO PLS	18
FLUXO DOS SUBPROCESSOS QUE COMPÕEM O MÓDULO	19
TESTE FINAL	20

TESTE INICIAL

1) O que é um Plano Antigo ou Não Regulamentado?

- a)** São aqueles contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e que foram adaptados à Lei nº 9.656/98.
- b)** São aqueles contratados depois de 1º de janeiro de 1998 e que foram adaptados à Lei nº 9.656/98.
- c)** São aqueles contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e que não foram adaptados à Lei nº 9.656/98.
- d)** São aqueles contratados depois de 1º de janeiro de 1998 e que não foram adaptados à Lei nº 9.656/98.

Resposta c)

2) Quais são as modalidades da operadora de saúde?

- a)** Autogestão patrocinada, cooperativa de grupo, medicina odontológica, instituição filantrópica, administradora de seguros, seguradora especializada em plano de saúde, cooperativa odontológica, odontologia médica.
- b)** Cooperativa médica, seguradora de planos, autogestão coletiva, odontologia de grupo, administradora, filantropia, medicina coletiva, cooperativa odontológica.
- c)** Medicina de grupo, cooperativa odontológica, administradora de produtos, seguradora de planos, autogestão coletiva, odontologia médica, cooperativa médica, filantropia.
- d)** Administradora de planos, cooperativa médica, seguradora especializada em saúde, medicina de grupo, autogestão, odontologia de grupo, cooperativa odontológica, instituição filantrópica.

Resposta d)

3) A partir de quando o beneficiário passa a ter direito à utilização do seu plano de saúde regulamentado?

- a)** A partir da assinatura do contrato;
- b)** Quando recebe o cartão de identificação;
- c)** A partir da data de inclusão do beneficiário, na base de dados da operadora;
- d)** A partir de passadas 24 horas após da assinatura e aprovação do contrato.

Resposta d)

4) Quais os prazos máximos de carência estabelecidos pela lei 9656/98?

- a)** Urgência/emergência – 24 horas, consultas – 30 dias, parto – 300 dias, exames – 180 dias, doenças preexistentes 720 dias.
- b)** Urgência/emergência – 12 horas, consultas – 180 dias, parto – 340 dias, exames – 180 dias, doenças preexistentes 700 dias.
- c)** Urgência/emergência – 24 horas, consultas – 30 dias, parto – 300 dias, exames – 90 dias, doenças preexistentes 700 dias.
- d)** Urgência/emergência – 12 horas, consultas – 60 dias, parto – 300 dias, exames – 90 dias, doenças preexistentes 720 dias.

Resposta a)

5) Quais as formas de contratação disponíveis para planos regulamentados?

- a)** Individual, familiar por adesão, empresarial patrocinado, coletivo.
- b)** Coletivo com patrocinador, individual, familiar, coletivo sem patrocinador.
- c)** Coletivo empresarial, empresarial por adesão, familiar patrocinado, individual.
- d)** Nenhuma das anteriores.

Resposta: b)



Anotações

Breve Histórico sobre Planos de Saúde e Empresas Médicas

Desde seu início, a saúde suplementar exibe uma enorme diversidade estrutural. As chamadas empresas de medicina de grupo foram mundialmente as pioneiras nesse mercado e começaram nos Estados Unidos, por volta de 1920.

No Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 60 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados, evitando os afastamentos temporários de funcionários que impactavam diretamente nos resultados da sua produtividade. Nesse período também surgiram as cooperativas médicas em reação à mercantilização da medicina e da proletarização do médico, sujeito a ação centralizadora e dominante do Estado ou de grupos mercantilistas cartelizados. O tipo de prestação de serviço nesse segmento está embasado na relação médico/dono-paciente em seus procedimentos clínicos.

No fim dos anos 70 com as diversas reformas que estavam ocorrendo no Brasil e já com a área da saúde suplementar estando mais evoluída, os convênios-empresa deixaram de ser intermediados pela Previdência Social, passando a ser celebrados diretamente entre empresas empregadoras e empresas médicas.

No início da década de 90 o SUS (Sistema Único de Saúde) que foi criado na constituição de 1988, tendo como meta a cobertura universal e gratuita de toda população brasileira, passou por dificuldades, diminuindo assim, ainda mais, a qualidade da saúde pública. Esse cenário motivou uma tendência natural do grupo de pessoas com condições financeiras mais favoráveis em buscar os chamados Sistemas Privados de Saúde Supletiva, dando origem ao crescimento desse tipo de empresa, atualmente conhecidas como Operadoras de Saúde.

As Operadoras de Saúde oferecem Planos de Saúde, em que há a prestação de serviços de assistência a saúde, seja médica e/ou odontológica e hospitalar.

Legislação do Mercado de Planos de Saúde

Com as enormes taxas de crescimento que marcaram o setor da saúde privada suplementar nos anos 90, as empresas de saúde criavam regras próprias para seus planos, coisa que o consumidor não satisfeito passou a reclamar junto ao PROCON (Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor), órgão de autoridade vigente para o setor na época.

A falta de regulamentação desse mercado, que estava em franco crescimento, gerava conflitos entre as operadoras, prestadores de serviços e beneficiários.

As principais reclamações eram:

- Restrições de cobertura e exclusão de procedimentos;
- Cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes;
- Exigências indevidas para admissão de pacientes;
- Prazos e carências irregulares;
- Condições de validade e rescisão de contratos;
- Falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas;
- Insuficiência na abrangência geográfica do plano de saúde;
- Reajuste de mensalidade sem critérios;
- Descumprimento das normas de atendimento de urgência e emergência.

Diante desse cenário as discussões em torno da regulamentação da saúde suplementar ficaram focadas principalmente para o bem da garantia da saúde.

Veio então a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, publicada no Diário Oficial em 04/06/98, para regulamentar, normatizar e fiscalizar os planos de assistência à saúde.

Esta Lei estabelece o principal marco da regulação da saúde suplementar, definindo as relações entre operadoras, produtos, prestadores e seus beneficiários.

Inicialmente o controle foi feito pela entidade - SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), mas a partir da Lei 9961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), a mesma passa a assumir essas funções.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:

É uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde com atuação em todo território nacional e que trabalha para promover o equilíbrio nas relações entre esses segmentos para construir, em parceria com a sociedade, um mercado sólido, equilibrado e socialmente justo.

É um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

Por definição institucional, promove a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais que contribuem para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Pincelada na Legislação – Lei 9656/98

Ampliação das coberturas assistenciais e proteção do consumidor	
✓ Rol de Procedimentos.	✓ Carências – períodos máximos.
✓ Plano de Referência.	✓ Reembolso obrigatório (urgência/emergência).
✓ Coberturas dos Planos Previstos na Lei.	✓ Proibição de reajuste por idade - pessoas com 60 anos e + 10 anos no plano.
✓ Padronização das exclusões de tratamentos e procedimentos.	✓ Rede Assistencial.
✓ Conceituação – Regras Doenças Preexistentes e CPT – Declaração de Saúde, Agravado.	✓ Continuidade de assistência a ex-empregados e aposentados.
✓ Segmentação dos planos e abrangência.	✓ Mecanismos de regulação.

Relações entre Setores Públicos e Privados nos Planos de Saúde:

- Ressarcimento ao SUS pelos atendimentos aos usuários em instituições públicas, conveniadas e contratadas.
- Envio de informações periódicas a ANS.

Funcionamento das Operadoras de Planos de Saúde e Fiscalização Governamental:

- Ordem jurídica única para vários tipos de Operadora.
- Condições de funcionamento e viabilidade econômica.
- Fiscalização pelo governo das Operadoras, Planos e Reajustes.
- Revisão técnica e alienação de carteiras para sanar irregularidades.
- Regras para liquidação judicial e extrajudicial de Operadoras.
- Co-responsabilidade de administradores de planos por prejuízos causados a terceiros.

As Agências Reguladoras:

- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar

Conhecendo as Entidades Relacionadas na Gestão de uma Operadora de Saúde



• **Cliente / Consumidor - Beneficiário**

É o consumidor final dos serviços. Pode ser Pessoa Física ou Jurídica.



• **Prestador de Serviços**

É quem dará atendimento ao cliente. Pode ser Pessoa Física (médico) e Pessoa Jurídica (clínicas, laboratórios, hospitais, outros).



• **Operadora de Saúde**

Empresa que atua no setor de saúde suplementar e oferece aos consumidores planos ou produtos privados de assistência à saúde, por meio de rede própria, credenciada ou contratada.



• **ANS (agência nacional de saúde suplementar)**

Órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar para saúde e das relações entre operadoras, prestadores e consumidores.

Dica: Sugestão de leitura complementar sobre a legislação vigente para planos de saúde. Acesse o site: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>

Como interagem essas Entidades

Cliente e Operadora de Saúde	
Benefícios	Obrigações
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquisição de um plano/produto - contrato. ✓ Atendimento aos serviços cobertos na rede de atendimento definida. ✓ Cartão de identificação. ✓ Guia de referência da rede de atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pagamento por meio de boleto ou fatura do valor estipulado em contrato (mensalmente e/ou a cada utilização).

Cliente e Prestador de Serviços	
Benefícios	Obrigações
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acesso aos atendimentos previstos em sua cobertura contratual, para a rede de atendimento especificada. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No ato do atendimento o beneficiário/usuário deverá assinar uma guia, ou se utilizar do cartão ou senha de autorização, caracterizando que o serviço foi realizado pelo prestador de serviço.

Prestador de Serviços e Operadora de Saúde	
Benefícios	Obrigações
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recebimento pelos atendimentos realizados aos beneficiários/usuários, mediante sua produção médica. ✓ Apresentação de justificativas necessárias para ações de glosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Celebração de contrato de prestação de serviço. ✓ Atendimento aos beneficiários/usuários da operadora.

Prestador de Serviços e ANS	
Benefícios	Obrigações
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilização do Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro no CNES.

Operadora de Saúde e ANS	
Benefícios	Obrigações
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comercialização de planos/produtos registrados na ANS. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro da Operadora junto à ANS. ✓ Registro de Produtos junto à ANS. ✓ SIP: entregue trimestralmente à ANS. ✓ SIB: entregue mensalmente à ANS. ✓ DIOPS: entregue trimestralmente à ANS. ✓ Taxa Saúde / RPC / FIP.

Operadora de Saúde com Operadora de Saúde	
Benefícios	Obrigações
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Celebração de contratos de atendimento mútuo (reciprocidade) de assistência médica aos beneficiários/usuários. ✓ Pagamento e Cobrança referente à prestação de serviços 	



Anotações

Conhecendo de Forma Genérica os Processos Funcionais da Operadora de Saúde

Credenciamento de Prestadores: Envolve a validação das qualificações e contratação dos prestadores de serviços que compõem a Rede de Atendimento disponível aos beneficiários/usuários, assim como direitos, obrigações e valores ou índices de serviços negociados entre operadora e prestador de serviço. Englobam especialmente as regras de negócio (serviços contratados, locais de atendimento, especialidades médicas), regras de valorização (tabelas, preços) e atividades operacionais (cronograma de entrega de produção, protocolos clínicos e condutas éticas).

- **Área Técnica – Produto e Vendas:** Atua na formatação e comercialização dos produtos (plano de saúde) oferecidos no mercado; na definição das regras de comissionamento e formação da equipe de vendas interna/própria ou terceirizada, e na geração de proposta comercial.

- **Gestão de Contratos e Clientes:** Rotina de manutenção de informações cadastrais e contratuais da entidade cliente (empresas, beneficiários / usuários), para efetivação dos contratos, assim como as regras de negócio específicas para autorização.

- **Central de Regulação (Atendimento - Autorização):** Ato de liberação de atendimento/autorização (consulta, exame, internação) para beneficiários/ usuários, da operadora e de outras operadoras vinculadas, após a validação do autorizador – contém as regras de negócio da operadora, estabelecidas para o cliente e para o prestador de serviço executante.

- **Central de Regulação (Auditoria Médica):** A auditoria envolve um conjunto de atividades e ações na avaliação independente e de assessoramento voltada ao exame, análise da adequação, eficiência, redução de custos e qualidade dos prestadores de serviços de saúde. Um dos seus principais papéis é a mediação entre as necessidades dos beneficiários/usuários em relação às coberturas contratuais e as solicitações dos prestadores de serviços, por meio de protocolos clínicos e/ou de conduta médica na execução de cada procedimento.

- **Processamento de Contas Médicas:** Rotina responsável pelo processamento de todos os atendimentos batch (digitação manual de guias de atendimento remetidas pela rede credenciada) consultas, exames, internações, validando toda a entrada de dados, por meio da crítica/checagem de informações cadastrais, regras de negócios junto ao cliente, prestador de serviços, e situação financeira. O resultado dessa atividade pode gerar glosas – não conformidades com as regras de negócios cadastradas, sendo necessário à revisão dessas contas; após esse processo, é executado o cálculo da valorização de cada evento/procedimento, obedecendo aos parâmetros negociados junto a cada prestador de serviço.

- **Reembolso:** Controle do reembolso de valores efetuado pela operadora ao beneficiário que pagou diretamente ao prestador de serviço (não pertencente à Rede de Atendimento) pelo atendimento realizado numa situação de urgência ou porque o seu contrato de plano de saúde cobre.

- **Faturamento/Cobrança – Receitas:** Envolve os processos de cálculo e emissão de cobrança, gerando os respectivos demonstrativos e documentos fiscais (fatura e/ou boleto) aos usuários do plano de saúde, e de outras operadoras pelos serviços contratados de prestação de serviços à assistência médica.

- **Pagamento – Despesas:** Envolve os processos de cálculo e geração do demonstrativo de pagamento e respectivo holerite (extrato), para os prestadores da rede de atendimento, fornecedores e operadoras, pelos atendimentos realizados – produção médica do mês com os impostos incidentes já deduzidos ou algum adicional.

• **Integração Contábil / Financeira / Folha de Pagto:** Após o fechamento das rotinas de cobrança e pagamento, será feita a integração com os módulos do ERP – MICROSIGA: Gestão Financeira que controlará os títulos a receber e a pagar, Gestão Contábil para a contabilização off-line da movimentação ocorrida no Plano de Saúde e Folha de Pagamento, que administrará o desconto da assistência médica em Folha de Pagamento do funcionário; o pagamento da produção médica do prestador quando o mesmo é funcionário e o pagamento de comissões para vendedores que são funcionários da operadora.

O Sistema junto à integração contábil disponibilizará toda informação necessária para a atualização do plano de contas da operadora, ressaltando o envio de documentações obrigatórias para ANS (DIOPS/ Livros Fiscais).

• **Painéis de Gestão - Informações Gerenciais:** Visão gerencial para a tomada de decisões e ações preventivas junto aos clientes e aos prestadores de serviço, focado nas principais áreas de controle da operadora de saúde, por meio da monitorização de indicadores e da utilização dos recursos.

Algumas Terminologias do Segmento de Plano de Saúde:

• **Abrangência do Plano:** Área de cobertura do produto comercializado. É a determinação da área geográfica na qual o consumidor terá atendimento. Ex: nacional, regional por grupo de estado, regional por grupo de municípios, estadual, município.

• **Agravo:** É o aumento de preço no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade), do plano de saúde do portador de doenças ou lesão preexistentes.

• **ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar a saúde do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde, e com usuários de planos de saúde para o desenvolvimento das ações de saúde do país.

• **Autorização:** Ato de liberação de atendimento após validação das regras de negócio da operadora, estabelecidas para o cliente e para o prestador de serviço executante.

• **Beneficiário:** É a pessoa física que, de acordo com os termos do contrato, tem o direito de usufruir qualquer parte dos serviços de assistência à saúde contratada, de acordo com seu plano junto à operadora.

• **Bloqueio:** Suspensão de atendimento ao beneficiário/usuário e/ou da rede de atendimento.

• **Carência:** É o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.

• **CID – Código Internacional de Doenças:** Cadastro com a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.

É utilizado na identificação de informação diagnóstica para finalidades gerais, a partir da anamnese/exame médico realizado no paciente. Tem sua divulgação através de revisões (CID-9 ou CID-10).

• **Cobertura:** Conjunto de procedimentos que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora.

• **Cobertura Parcial Temporária:** É aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato para o usuário portador de doenças ou lesões preexistentes.

- **Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU):** É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
- **Contraprestação pecuniária (mensalidade):** Cada um dos pagamentos periódicos efetuados pelos associados, para custeio do seguro ou plano de assistência à saúde.
- **Contrato:** Documento que regulamenta o relacionamento entre o contratante dos serviços de assistência à saúde e a operadora do plano de saúde.
- **Contrato não-regulamentado:** São os planos negociados anteriores à lei 9656/98.
- **Contrato regulamentado:** São os contratos comercializados a partir de 01 de janeiro de 1999, de acordo com a lei 9.656/98, contemplando as segmentações: ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológica.
- **Co-Participação ou Participação Financeira:** É um sistema de pagamento facultativo, que pode ser ou não oferecido pelas operadoras. É a parte percentual (%) do custo que cabe ao Participante, quando da utilização do plano.
- **CPT (Cobertura Parcial Temporária):** Estipulação contratual que permite a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em leitos de alta tecnologia (equipados ou preparados com tecnologia de ponta), de procedimentos de alta complexidade (não integrados à rotina), por determinado prazo. O prazo máximo de cobertura parcial temporária é de 24 meses. Após esse período, a cobertura passará a ser integral, nos moldes do plano contratado, não cabendo nenhum tipo de acréscimo/aumento.
- **Credenciados:** São estabelecimentos (hospitais, clínicas, laboratórios, centros de diagnósticos) contratados pela operadora para compor sua rede de atendimento.
- **Credenciamento:** Homologação de contrato para prestação de serviços médicos e ou hospitalares.
- **Doença ou Lesão Preexistente:** É todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de sua inclusão no plano. Doença crônica manifestada no usuário e/ou beneficiário antes da data de contemplação do plano de saúde. Doença que já possui antes de assinar o contrato.
- **Eletivo:** É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- **Emergência:** Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. É o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- **Enfermaria:** Acomodação coletiva com dois ou mais leitos, sem direito a acompanhante, a exceção do menor de 18 (dezoito) anos.
- **Especialidades Médicas:** Título que reconhece uma diferenciação a que corresponde um conjunto de saberes específicos em medicina. A especialidade deve ser pelo Conselho Federal de Medicina para efeito de registro de qualificação de especialistas.

- **Franquia:** O valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento a rede credenciada ou referenciada. Define o limite de participação financeira do beneficiário na conta médica e/ou hospitalar.
- **Glosa:** É a quantidade e/ou valor de um evento recusado pelo plano de saúde durante o processamento de contas médicas. Diferença entre os itens e valores cobrados e os efetivamente pagos.
- **Mecanismos de Regulação:** São recursos adotados pelas operadoras de planos e seguros-saúde para controlar a demanda ou utilização dos serviços assistenciais prestados aos usuários.

Exemplos:

- Autorizações prévias
- Direcionamento: O usuário só pode realizar os procedimentos previamente determinados no credenciado/referenciado escolhido pela operadora.
- Porta de Entrada: O usuário tem de passar por um médico avaliador que autorizará ou não a realização de um determinado procedimento antes de dirigir-se a um especialista.
- Fator Moderador/Co-Participação: É quando o consumidor, por contrato, arca com parte do custo do procedimento. Normalmente, é estipulada em percentagem ou valor. É um sistema de pagamento facultativo que pode ser ou não oferecido pelas operadoras.
- A co-participação não pode ser integral (100%) ou ser tão alta a ponto de impedir o acesso do usuário ao tratamento necessário. Nas internações, a co-participação não pode ser em forma de percentual, exceto nos tratamentos psiquiátricos.
- Franquia: É o valor estabelecido no contrato, de plano ou seguro de saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. Neste caso, o valor é de responsabilidade do usuário.
- **Mensalidade:** É o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.
- **Modalidades de Cobrança:** As formas de cobrança usuais praticadas pela operadora junto às contratações de prestação de serviços de assistência à saúde ao cliente são:
 - **Pré-pagamento:** São contratos individuais, familiares ou coletivos nos quais cobra-se uma mensalidade por beneficiário, podendo ser fixa de acordo com a faixa etária, independentemente da utilização dos serviços.
 - **Custo operacional (Pós-pagamento):** São contratos coletivos em que se cobram os serviços prestados à pessoa jurídica contratante, acrescidos de taxa de administração e/ou taxa de manutenção/RDM (Remuneração pela Disponibilidade Médica).

• Modalidade de Operadoras de Saúde:

- **Medicina e Odontologia de Grupo:** A medicina de grupo tem como característica ser um sistema de atendimento médico-hospitalar de elevado padrão técnico-profissional de serviços e hospitais próprios e de terceiros, com estrutura que inclui médicos e serviços auxiliares de diagnóstico credenciado.
- **Cooperativas Médica e Odontológica - Unimed:** Regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo. Prestam assistência aos beneficiários por meio de contratos coletivos, familiares e

individuais. As cooperativas prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados (médicos e outros profissionais da área de saúde), segundo suas contribuições ao esforço comum.

- **Autogestão:** Modalidade de operadora de plano de saúde criada por empresas, associações ou sindicatos, que por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão semelhante tem o objetivo de prestar diretamente assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, associados e sindicalizados e respectivos grupos familiares.

A empresa que implanta a autogestão estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e coberturas.

A administração desses programas pode ser de responsabilidade da própria empresa instituidora ou ser entregue a uma administradora.

- **Administradoras de Planos:** São as empresas que administram exclusivamente planos privados de assistência à saúde, não assumindo o risco decorrente da operação desses planos.

Não possuem rede própria credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras.

- **Entidade Filantrópica:** São as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e que possuem certificado de entidade filantrópica do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, declaração de utilidade pública federal ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal.

- **Operadoras de Saúde:** São pessoas jurídicas de direito privado, com liberdade de forma societária, que comercializam, administram ou disponibilizam planos de saúde, através de serviços próprios ou através de terceiros, mediante contraprestações pecuniárias (mensalidade).

- **Órtese:** Acessório (peça ou aparelho) usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não ser retirado posteriormente.

- **Pacotes:** São acordos firmados entre operadora e prestadores de serviços para alguns procedimentos cirúrgicos (ex. parto, cirurgia cardíaca etc.) com valor fechado, nos quais já estão incluídos os procedimentos, materiais, medicamentos, taxas e diárias envolvidas no evento.

- **Planos Adaptados:** São aqueles firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e, posteriormente, adaptados às regras da Lei nº 9.656/98, passando a garantir ao consumidor as mesmas regras dos planos novos.

- **Planos Antigos:** São aqueles contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e que não foram adaptados à Lei nº 9.656/98. Portanto, não se submetem às regras estabelecidas na Lei e os reajustes seguem os termos expressos no contrato.

- **Plano de Saúde:** É um serviço oferecido por operadoras, empresas privadas, com intuito de prestar assistência médica e/ou odontológica e hospitalar.

- **Planos Novos:** São aqueles comercializados a partir de 1º de janeiro de 1999. Portanto, deve obedecer a todas as regras da Lei nº 9.656/98.

• **Plano Referência de Assistência a Saúde:** Plano que oferece cobertura assistencial médico hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, correspondendo à segmentação ambulatorial, acrescida da segmentação hospitalar com cobertura obstétrica realizados exclusivamente no Brasil com padrão de acomodação na enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar quando necessária a internação hospitalar.

• **Procedimentos de alta complexidade:** É uma lista de procedimentos que apresentam custo elevado, condutas e equipamentos de ponta (avanços tecnológicos), que ainda não foram incorporados às rotinas de tratamento.

À medida que tais procedimentos se tornam rotineiros, saem da lista de alta complexidade.

• **Rede de Atendimento:** Relação dos prestadores de serviço (médicos, laboratórios, clínicas, hospitais, etc.) disponibilizados pela operadora para prestar atendimento aos seus beneficiários. A rede de atendimento pode ser “própria” quando é composta de prestadores que são recursos próprios/pertencem à operadora, “credenciada” quando os prestadores são contratados ou “mista”, quando há prestadores que são recursos próprios e contratados.

• **Rede Referenciada:** Ambulatórios e prestadores determinados para fins deste instrumento, constantes no Guia de Ambulatórios e Serviços, para determinados procedimentos.

• **Rede Restrita:** É a formação de uma rede limitada de prestadores em que o beneficiário somente poderá ser atendido nesta rede.

• **Reembolso:** Restituição monetária para o beneficiário por pagamentos efetuados a prestadores não credenciados na operadora, pela execução de procedimentos com cobertura no Plano de Saúde. Refere-se às coberturas médico-hospitalar-odontológicas estipuladas em contrato de prestação de serviços de assistência à saúde.

• **Rol de Procedimentos da ANS:** É uma lista de procedimentos (exames, cirurgias, tratamentos etc.) editada pelo Conselho de Saúde Suplementar que serve como referência básica para cobertura assistencial, conforme cada modalidade de plano ou seguro.

• **Saúde Suplementar:** É a saúde que complementa a saúde pública, ou seja, a saúde privada onde o beneficiário paga pelo atendimento prestado.

• **Segmentação Assistencial:** São os diversos tipos de cobertura oferecidos pelos planos privados de assistência a saúde. Exemplo: ambulatorial; hospitalar; ambulatorial+hospitalar+odontológico etc.

• **SIB:** Sistema de Informações de Beneficiários. Por meio desse sistema, serão alimentadas informações dos beneficiários/usuários da operadora para a Agência Nacional de Saúde.

• **SIP:** Sistema de Informações do Produto. Por meio desse sistema, serão alimentadas informações de eventos da operadora para Agência Nacional de Saúde.

• **Tabela de Honorários:** É uma tabela contendo lista de procedimentos médicos e/ou diagnósticos e/ou terapêuticos de uma entidade de classe afim como, por exemplo, AMB (Associação Médica Brasileira). Tem por finalidade estabelecer referências para remuneração dos profissionais, conforme o grau de complexidade, nível de atuação, entre outros atributos de cada procedimento. Ex: AMB, CBHPM.

• Tipo de Contratação (Natureza) do Produto:

- **Individual ou Familiar:** É o plano com características de assistência à saúde de contratação individual oferecido no mercado para livre adesão de consumidores (pessoas físicas), com ou sem grupo familiar.
- **Plano coletivo empresarial:** É o plano com características de assistência à saúde na forma de contratação coletiva aos usuários com vínculo empregatício, associativo ou sindical, oferecendo cobertura automática a uma população delimitada, com adesão global e vinculada a uma pessoa jurídica. Poderá ser prevista a inclusão de dependentes legais.
- **Plano coletivo por adesão:** É o plano com características de assistência à saúde de contratação coletiva com adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a inclusão do grupo familiar de uma referida pessoa jurídica.
- **Urgência:** É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional. Ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. § 1º - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
- **Usuário/Beneficiário:** É a pessoa física, inscrita e aceita pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, dependente, ou agregado.



Anotações

TEXTO DE JUSTIFICATIVA

Após a regulamentação, as operadoras de saúde foram obrigadas a se adequar à nova legislação, o que impactou diretamente na reformulação geral das suas atividades administrativo-operacionais e conseqüentemente nos seus sistemas de gestão.

O Ambiente Gestão de Planos de Saúde foi desenvolvido para atender aos segmentos de cooperativas médicas e odontológicas, autogestão, medicina de grupo de assistência médica e odontológica e seguradoras especializadas em plano de saúde, atendendo toda a regulamentação da Lei 9.656/98 e contemplando todas as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Integrado às demais funcionalidades da plataforma de interação - Protheus, ele dispõe de todos os recursos necessários para um perfeito gerenciamento dos processos, tornando mais eficiente e competitiva a administração das empresas do setor.

Possui um alto poder de parametrização, permitindo grande flexibilidade para definição de coberturas, carências, taxas e preços de planos, formas de cobrança e regras negociadas com as diversas classes de prestadores, como médicos, clínicas, hospitais e laboratórios, sendo que estas parametrizações podem ocorrer em diversos níveis, permitindo a criação de regras genéricas para toda a empresa como também regras específicas até o nível de beneficiário.

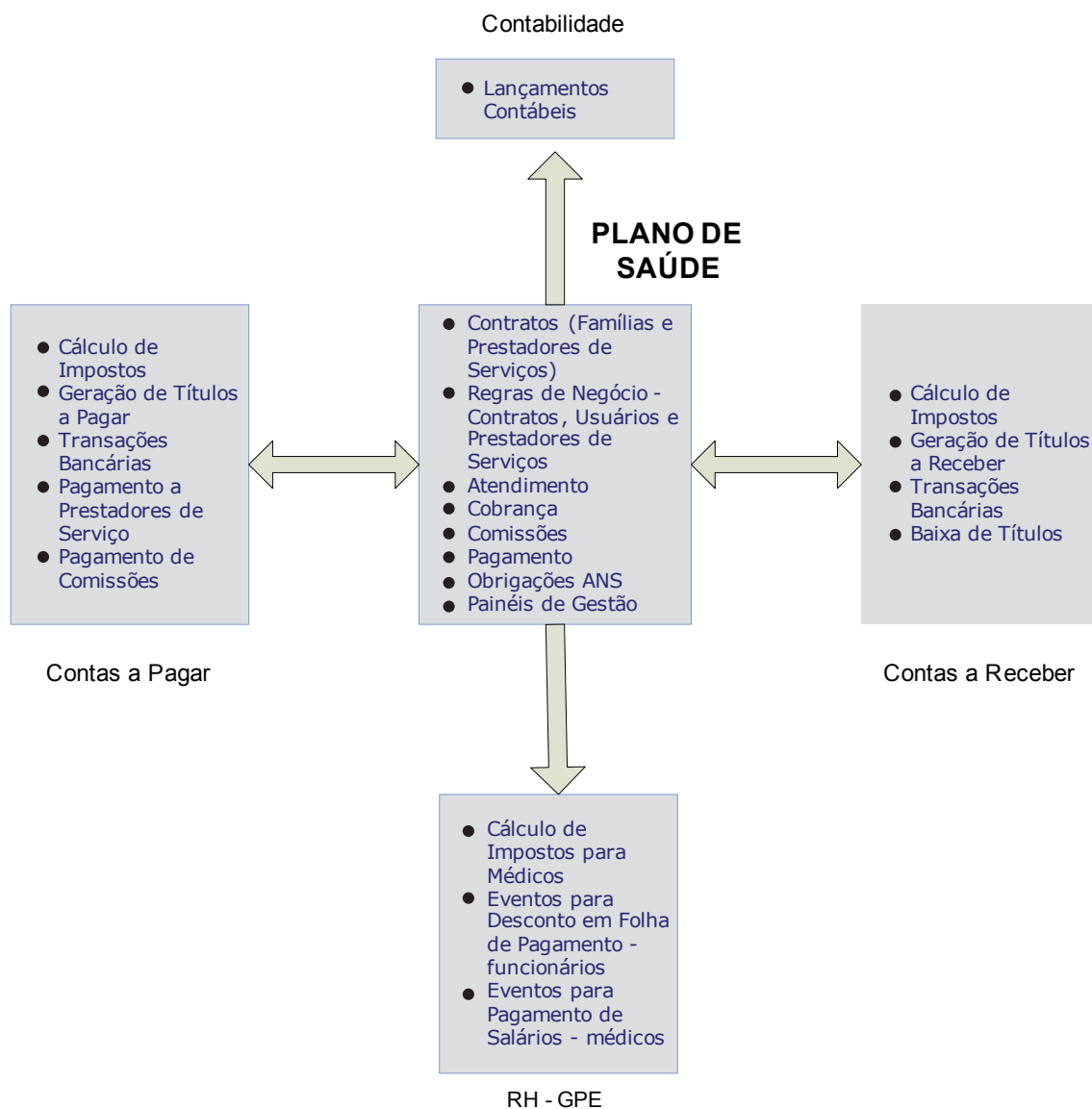
As funcionalidades do Ambiente Gestão de Planos de Saúde têm como principais objetivos prover a empresa com ferramentas para aumentar a produtividade em atividades operacionais como credenciamento da rede de prestadores, gestão de vendas e contratos, processos de atendimento e autorizações, controle de contas médicas, cobrança e pagamento, bem como oferecer meios para um efetivo processo de auditoria nas autorizações, com informações on-line de todo o histórico de beneficiário, prestador e procedimentos.

Suas principais funções operacionais e controle são:

Operacionais	Controle
Credenciamento de Clínicas / Médicos / Prestadores - Parceiros	Regras de Valorização de serviços e procedimentos
Gestão de Vendas	Regras de Coberturas
Gestão de Contratos e Clientes	Regras de Carências
Atendimento / Autorização	Regras de Atendimento dos Prestadores
Auditoria Médica	Agenda Médica
Controle de Contas Médicas	Obrigações Legais da ANS
Controle de Reembolso	Integração on-line com Financeiro e Folha de Pagamento
Receitas - Cobrança	Regras de contabilização da ANS integrada c/ ERP
Despesas - Pagamento	Controle Gerencial por Naturezas Financeiras
Portal	Painéis de Gestão

FLUXO OPERACIONAL DA INTEGRAÇÃO DO MÓDULO PLS

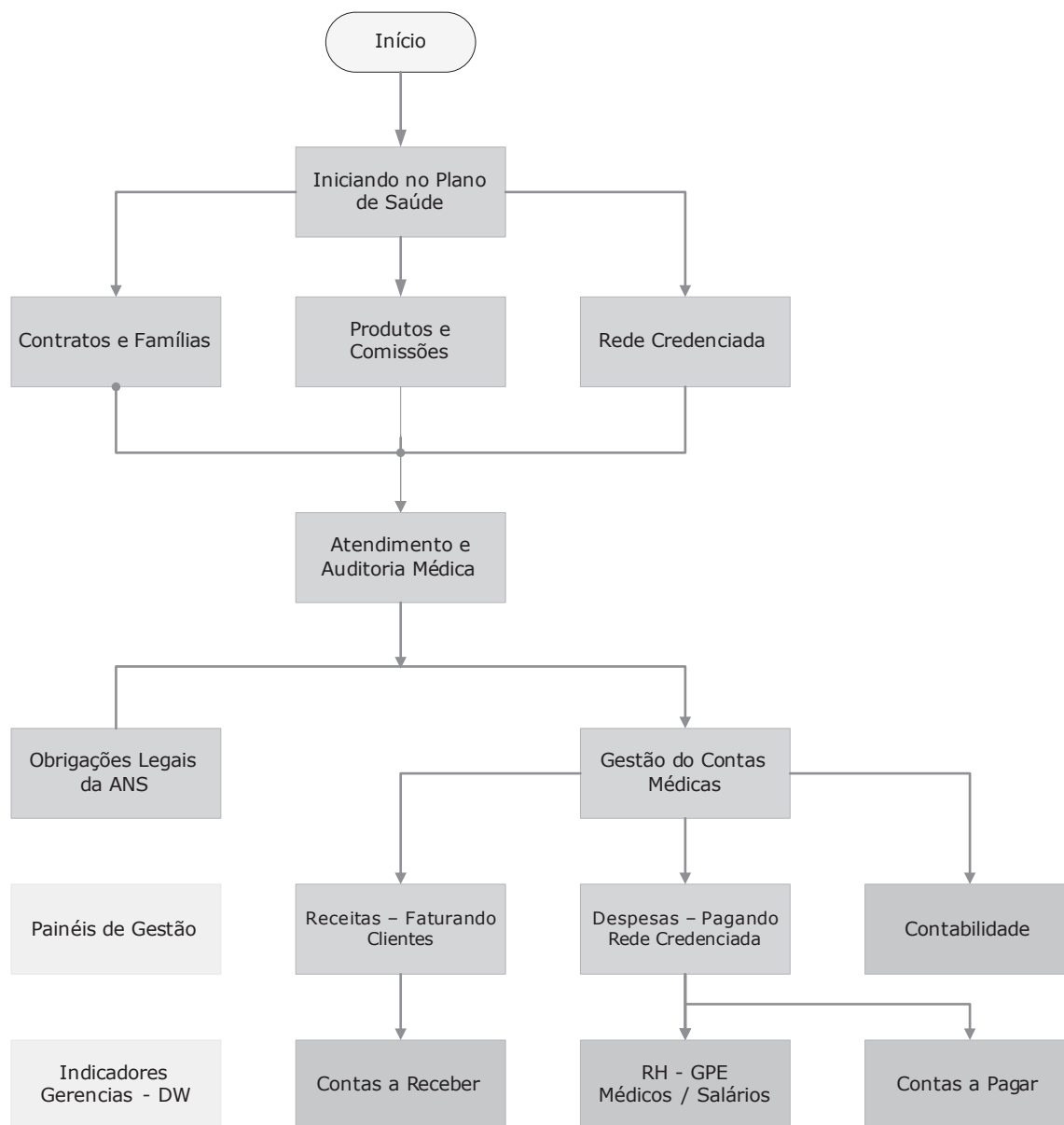
A seguir é apresentado o fluxo operacional das integrações existentes junto ao módulo Plano de Saúde.



FLUXO DOS SUBPROCESSOS QUE COMPÕEM O MÓDULO

A seguir, é apresentado um fluxo dos sub-processos que compõem o módulo de PLANO DE SAÚDE.

Ele deve ser utilizado como base para a sequência da realização dos cursos e para visualização de todos os treinamentos deste módulo.



TESTE FINAL

- 1) Indique a alternativa que contenha os principais processos funcionais de uma operadora de saúde?
- a) Atendimento/autorização, pagamento, faturamento, auditoria médica, contas médicas, credenciamento, contratos, comercial.
 - b) Portal, faturamento, perícia, call center, pagamento, credenciamento, comercial, contratos.
 - c) Compras, pagamento, call center, cadastro, cobrança, vendas, portal, auditoria de contas.
 - d) Pagamento, faturamento, vendas, portal, autorização, revisão de contas, cadastro de prestador.

Resposta: a)

- 2) Sobre Agravo é correto afirmar que é:
- a) Gravidade de um acidente ocorrido com o beneficiário.
 - b) Cobertura parcial para eventos de alta complexidade e leitos de alta tecnologia.
 - c) Valor complementar a mensalidade a ser cobrado decorrente de doenças preexistentes.
 - d) Prazo determinado de suspensão de cobertura para doenças conhecidas antes da aquisição do plano.

Resposta: c)

- 3) O que é glosa?
- a) Justificativa de um evento bloqueado pela operadora.
 - b) Diferença entre os itens e valores cobrados e os efetivamente pagos.
 - c) Carência para execução de um determinado procedimento.
 - d) Valor estabelecido em contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.

Resposta: b)

- 4) Assinale a alternativa que contenha os mecanismos de regulação mais usuais de uma operadora de saúde.
- a) Agravo, franquia, fator moderador.
 - b) Senha, glosa, carência.
 - c) Direcionamento, senha, glosa.
 - d) Porta de entrada, franquia, co-participação.

Resposta: d)

- 5) Sobre o rol de procedimentos é correto afirmar:
- a) Tem como objetivo contemplar todas as redes de atendimento pertencentes à ANS.
 - b) Tem como objetivo estabelecer os procedimentos bloqueados para alta complexidade.
 - c) Tem como objetivo indicar os procedimentos ativos para plano não regulamentado.
 - d) Tem como objetivo contemplar a lista, de procedimentos mínimos, que a ANS exige, para um produto regulamento comercializado pela operadora.

Resposta: d)

Número de registro:

P10_241008