UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

CAIO IOSSI DONI

CARLOS MARIO RICO FRANCO

EDUARDO MERLIN SPONCHIADO

LUCAS CAMPELO RIBEIRO

GUILHERME AUGUSTO MARINZEK SILVA

**ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS II**

**BENEFÍCIOS**

Ribeirão Preto

2018

**Plano de saúde e check up**

**Conceito:**

De início, vale ressaltar que a assistência à saúde é um direito de todos, fornecida pelo Estado, assegurada pela constituição federal de 1988. Contudo, devido às questões que não são do escopo do presente trabalho, tal assistência não é prestada de forma eficiente e que disponibilize acesso a todos, como foi concebida. Para suprir a discrepância entre a demanda por esses serviços e a oferta pública, surge a iniciativa privada, que oferece entre outras tantas opções, os Planos de Saúde Privados.

O Plano de Saúde Privado é uma ferramenta criada para atender os clientes que necessitam de atendimento médico, oferecido por operadoras e prestadoras reguladas pela lei 9.656/98 e pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que possui a função de fiscalizar o cumprimento de diversas normas de saúde. Estão inseridas no conceito as modalidades de Plano Privado de Assistência à Saúde, Operadora de Plano de Assistência à Saúde e Carteira, de acordo com os incisos I, II e III do parágrafo primeiro da referida lei. Observação relevante é o fato de ser vedada a comercialização de tais serviços por pessoas físicas.

A partir de então, acordado qual será o prestador do serviço e o conteúdo do contrato, o contratante passa a pagar mensalmente pelo benefício do seguro, utilize ele ou não. O valor será pago para que o funcionário tenha acesso a atendimentos médicos, hospitalares e ambulatoriais, que serão prestados pelas unidades de saúde vinculadas ao plano em questão. Algo importante, e que deve ser tido em mente, é que sempre há restrições, e no caso algumas delas são: procedimentos estéticos, tratamentos experimentais, inseminação artificial, fornecimento de próteses, entre outros.

**Importância do Benefício:**

**Empregado:** A principal vantagem do empregado escolher o plano de saúde oferecido pela empresa é a maior cobertura quanto aos procedimentos médicos e um valor menor a se pagar do que se ele fosse contratar o plano por conta própria, além disso a possibilidade de incluir dependentes (Cônjuge, filhos) também pesa muito na aceitação do benefício. Gastando menos dinheiro com a saúde, o empregado tem mais dinheiro para gastar com outras necessidades básicas.

**Empresa:** A empresa que não oferece plano de saúde vem perdendo espaço para a concorrência que oferece esse benefício, já que a garantia de um plano de saúde aumenta a motivação dos funcionários. Afinal, qualquer empregado trabalha muito mais tranquilo quando tem a garantia de que as pessoas com que ela se importa muito estão seguras. O acesso a esses serviços de prevenção também diminui o absenteísmo, pois é possível prevenir e tratar problemas crônicas.

**Políticas e Práticas do Mercado:**

Existem diferente tipos de financiamento que consolidam o tipo de operadoras com os planos de saúde oferecidos no mercado.

* *Tipos de Operadoras*

- Medicinas de Grupo: São aquelas que possuem uma rede própria de médicos, hospitais e serviços. Essas podem trabalhar unicamente dentro da sua rede ou ter parcerias com outras redes credenciadas.

*-* Cooperativas Médicas: São empresas que contratam seus médicos como “cooperados” e os serviços auxiliares e hospitais são terceirizados.

- Seguradoras: Essas entidades podem oferecer o reembolso das despesas médicas e hospitalares ou planos de saúde mediante seguro (Seguro-Saúde). Geralmente não possuem uma rede própria de prestação de serviços.

- Administradoras de planos: Essas empresas ficam encarregadas da gestão da prestação de serviços médico-hospitalares e as empresas que trabalham com planos auto segurados, cobrando uma taxa pela administração sem assumir riscos do plano.

- Autogestão: Acontece quando a própria empresa assume a administração do benefício. Ela mesma executa todas as atividades necessárias para à viabilização da saúde dos empregados.

* *Padrões de Plano*

Cada empresa escolhe as diferentes categorias de planos de saúde para seus cargos e suas exigências, o mercado geralmente divide em:

- Básico: Aplica para o uso de rede própria com internações em enfermaria ou quarto coletivo.

- Intermediário: Esse plano tem direito a internações em apartamento privativo e uso de uma rede credenciada.

- Superior: Além de internações em apartamento privativo, tem direito a uso de uma rede credenciada padrão.

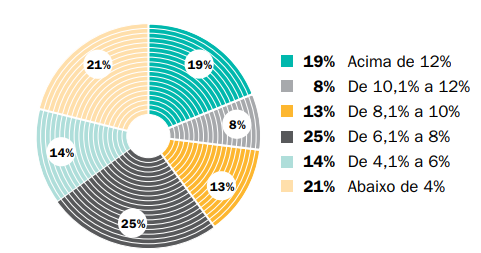
- Executivo: Esse plano tem o privilégio de usar uma rede credenciada diferenciada além de internações em apartamento privativo com os melhores equipamentos hospitalares.

* *Regimes de Financiamento*

- Planos Segurados: É quando uma operadora de plano de saúde assume o risco de plano de uma empresa mediante um pré-pagamento mensal por cada beneficiário.

- Planos auto segurados: São aqueles onde a própria empresa assume o risco integralmente, pois só paga pelos serviços utilizados, esse sistema de pós-pagamento geralmente a empresa não está encarregada da gestão do plano de saúde

- Planos mistos: Acontece quando uma empresa possui contratos em ambas modalidades com uma ou mais operadoras.

**Números do Benefício:** Segundo a pesquisa da Tower Watson o benefício de check up é oferecido por cerca de 71% das empresas, ainda segundo a pesquisa 93% da alta direção**,** 73% da gerência, 18% da supervisão e 7% de vendas possuem esse benefício. O custo desse benefício fica em média 2.400.

Sobre o plano de saúde 100% das empresas entrevistadas pela Towers Watson oferecem esse benefício, sobre os tipos de financiamento 63% são pré-pagos, 31% são auto segurados e 6% de híbridos (empresas possuem os dois modelos).

O gráfico mostra o custo de plano de saúde em relação à folha de pagamento

Cerca de1238 empresas estão cadastradas no site da ANS no dia quatro de julho de 2017, das seguintes modalidades: Administradora de Benefícios, Autogestão, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Filantropia, Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo e Seguradora Especializada em Grupo.

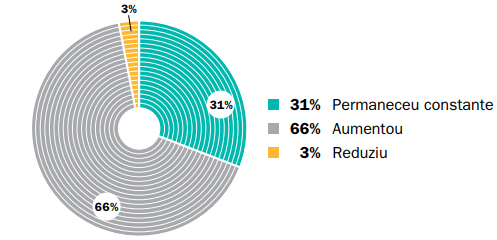


Fonte: Portal ANS

**Histórico:**

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o marco inicial da previdência social no Brasil se deu com a Lei Eloy Chaves em 1923, que estipulava a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados das estradas de ferro da época, que serviam também para atender necessidades médicas, além das mencionadas no próprio nome. A partir de então, a prática foi se propagando até chegar nos padrões atuais. O modelo atual de planos coletivos empresariais surgiu em 1950, com a modalidade Medicina de Grupo no ABC paulista.

O gráfico abaixo demonstra o comportamento dos custos em comparação à última pesquisa feita pela Towers Watson.



Já se tratando de anos recentes, foi evidente no setor a queda dos planos contratados, reflexo da crise econômica que abalou o país. Nos anos de 2015, 16 e 17 houve retração de até 3,2% de beneficiários, apenas se recuperando no início do ano presente.

**Caso:**

Para análise de caso prático, o grupo optou por avaliar o caso da NBS (Nestlé Business Services) Ribeirão Preto, levando em conta o tamanho da empresa, sua estabilidade no mercado e o fato de ela não ter suspendido o benefício, como ocorreu com diversas empresas em tempos de crise passada. A empresa oferece o benefício de “Plano de Saúde” a todos seus funcionários, que ainda possuem a vantagem de escolher entre duas modalidades: Pacote básico e Pacote Master; contudo, algumas informações mais detalhadas a respeito dos pacotes, embora de certa relevância para a análise final, não serão divulgadas a pedido da companhia. Referente a tais modalidades, há a possibilidade de coparticipação do funcionário, caso o mesmo opte por cobertura maior (Pacote Master), ou se preferir, será coberto pelo Plano Básico, provido integralmente pela empresa.

Com isso, o empregado garante segurança no seu dia-a-dia e a empresa garante a saúde de seu colaborador e seu bem-estar, o que será retornado em produtividade e, mais importante, sentimento de valorização do indivíduo. Tal sentimento se mostra ainda mais presente, ao passo que o benefício é acompanhado de serviços médicos extras, com intuitos preventivos e não apenas remediativos, auxiliados por ferramentas tecnológicas que tornam o acesso mais rápido e prático a todos, agilizando o atendimento e diminuindo o gasto total da operadora do plano e do contratante.

**Perguntas:**

1. É obrigatório uma empresa oferecer plano de saúde privado?

**R:** Não, a empresa não é obrigada por lei a oferecer plano de saúde, mas oferecer esse benefício funciona como um incentivador ao empregado.

1. Uma pessoa física pode oferecer um plano de saúde?

**R:** Pela lei 9.659/98 e pela ANS os planos de saúde privados só podem ser oferecidos por pessoas jurídicas

1. Cite 3 tipos de operadoras de plano de saúde.

**R:** Todas as seguintes respostas estão corretas - Medicinas de Grupo, Cooperativas médicas, Seguradoras, Administradoras de Planos e Autogestão.

1. Aproximadamente, qual a porcentagem de pessoa beneficiadas por planos de saúde empresariais no país?

**R:** De acordo com dados da ANS no período de Outubro de 2017, o valor é de 15,2% (Aproximadamente 15%).

**Fontes:**

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: (<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>) .

Portal eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): (<http://www.ans.gov.br/>)

Pesquisa da Towers Watson de 2012:

<https://www.towerswatson.com/pt-BR/Insights/IC-Types/Survey-Research-Results/2014/05/pesquisa-sobre-planos-de-beneficios-no-brasil>

**Complementação do Auxílio-Doença**

**Conceito:**

Antes de se tratar do tema de complementação do auxílio-doença, é importante definirmos o próprio conceito de auxílio-doença.

Auxílio-Doença é um benefício trabalhista obrigatório que é concedido a um trabalhador (segurado do INSS) quando esse se encontra incapaz de trabalhar devido a uma doença ou um acidente. Para que o benefício seja dado ao funcionário, é necessário que ele comprove, através de perícia médica, que de fato não se encontra apto para realizar o trabalho.

Existem dois tipos de auxílio-doença: o previdenciário (comum) e o acidentário. O auxílio-doença previdenciário engloba os segurados empregados (urbanos ou rurais) e o segurado empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, facultativo e segurado especial. Ao primeiro grupo, cabe pedir o benefício após 15 dias de afastamento, ao passo que ao segundo, o pedido deve ser feito no momento da incapacitação. O tempo trabalhado exigido é de 12 meses e a empresa não é obrigada a depositar o FGTS no período do recebimento. Já o auxílio-doença acidentário engloba o empregado vinculado a uma empresa e o empregado doméstico. A eles, cabe pedir o benefício estando afastados há pelo menos 15 dias. Não é exigido tempo de trabalho nesse caso e a empresa é obrigada a depositar o FGTS mesmo no período de recebimento do benefício.

Tendo ficado claro o que é o auxílio-doença, define-se agora a complementação do auxílio doença como sendo o valor pago em dinheiro pela empresa ao funcionário que representa a diferença entre o valor do auxílio-doença e o valor do salário usual do trabalhador (quando aquele for menor que este). Nesse sentido, a complementação não é um benefício obrigatório -não está previsto em lei-. Esse benefício é concedido seja pela liberalidade da empresa, seja por determinação do documento coletivo sindical da categoria. É a empresa (ou o sindicato, se for o caso) que define as regras do pagamento, prazos, etc.

**Importância do Benefício:**

* **Para o Empregado:** Um benefício como esse tem um papel importante para o empregado, porém é uma importância circunstancial e que não possui o mesmo peso do que, por exemplo, os benefícios obrigatórios e o auxílio-doença em si. Isso ocorre, pois é um benefício “a mais”, é um valor extra além do que ele recebe pelo benefício do auxílio-doença. Ou seja, para um funcionário que se afaste, ele já vai receber um valor que o auxiliará durante o período de recuperação. A complementação vem como algo a mais que pode lhe dar mais “folga” e segurança, especialmente caso seu período de afastamento seja muito longo.
* **Para a Empresa:** Do ponto de vista da empresa, dependendo de sua estratégia de negócio e de sua estrutura de cargos, pode ser interessante oferecer esse benefício ao funcionário. No mercado cada vez mais acirrado dos dias de hoje, muitas vezes as empresas precisam buscar meio de atrair e reter talentos e benefícios como a complementação de auxílio-doença são uma ótima maneira de se alcançar isso.

**Políticas e Práticas do Mercado:**

Visto que a complementação do auxílio doença é um benefício opcional, sua manifestação no mercado de trabalho não ocorre de maneira uniforme e constante. Não há uma regra a ser seguida pelas empresas e, portanto, o máximo que se pode dizer são as formas mais comuns que esse benefício assume.

Sabe-se que a maior parte das empresas oferece a complementação integral (ou seja, o valor concedido é exatamente a diferença entre o salário e o valor do auxílio-doença); além disso a grande maioria das empresas estipula um limite de tempo de concessão do benefício. Sabe-se também que na maior parte dos casos, é a empresa que gere o plano de complementação de auxílio-doença e também é ela que, na maioria dos casos, custeia o benefício a seus empregados.

**Números do Benefício:**

A pesquisa realizada pela Tower Watson contou com 194 empresas, das quais foi possível estabelecer os seguintes números:

* Dentre as empresas que oferecem o benefício de complementação do auxílio-doença, 79% (153) oferecem o benefício de forma integral.
* 63% (122) das empresas participantes oferecem um plano de complementação de auxílio-doença a seus empregados.
* Apenas 6% (11) das empresas informaram que mantêm o benefício sem qualquer limitação de duração, assegurando o pagamento enquanto houver a manutenção da renda pelo INSS.
* Observamos que em 88% (170) dos casos, o plano de complementação de auxílio-doença é gerido pela própria empresa. Em 8% (15) das empresas o benefício é gerido pelo fundo de pensão e em 4% (7) o benefício é gerido por terceiros.
* Em 79% (153) dos casos, a empresa é responsável pelo custeio integral do benefício de complementação auxílio-doença.

**Histórico:**

Quando comparamos os resultados da pesquisa feita em 2010 com essa pesquisa estudada (em 2012), podemos observar os seguintes aspectos:

* Antes, 69% das empresas entrevistadas (163) ofereciam o benefício. Em 2012, apenas 63% (122) das empresas pesquisadas ofereciam.
* Em 2010, 78% das empresas pesquisadas (184) arcavam totalmente com os custos do benefício. Em 2012, apenas 79% das empresas (153) o faziam.
* Na pesquisa anterior, 14 empresas (6%) mantinham o benefício sem prazo de duração. Nessa, apenas 11 empresas.

De forma geral, podemos observar que o benefício, entre os anos de 2010 a 2012 se tornou menos popular nas empresas, possivelmente dando lugar a outros investimentos, até mesmo em outros benefícios.

**Caso de uma Empresa:**

Reportagem retirada do site “Consultor Jurídico”, com a seguinte manchete: “Aposentada consegue complementação paga a quem recebe auxílio-doença”.

O TST (Tribunal Superior do Trabalho) condenou a empresa Petrobras a pagar a diferença entre a remuneração mensal de uma assistente administrativa e o valor que receberia pelo auxílio-doença. Essa funcionária havia se aposentado voluntariamente e depois retornou às atividades.

A complementação estava prevista em normas coletivas (sindicais), porém, a empresa se recusou a conceder o benefício a aposentados. Mesmo assim, o tribunal considerou a conduta da empresa discriminatória e exigiu que se fizesse o pagamento.

**Perguntas:**

1. A complementação de auxílio-doença é um benefício obrigatório (pela legislação)?
2. Quem toma as decisões a respeito de como será entregue o benefício (em relação a valor, prazo, etc.)?
3. Sabe-se que o empregado, sendo o receptor dos benefícios, claramente dá valor aos benefícios que pode receber. E quanto às empresas? Por que elas devem valorizar benefícios como este?
4. No caso dos segurados empregados (sejam eles urbanos ou rurais), depois de quantos dias de afastamento eles deve requerer o benefício? E quanto tempo de trabalho é exigido que ele tenha para estar apto a receber o benefício?

**Respostas:**

1. Não, a legislação é omissa quanto à obrigatoriedade desse benefício.
2. Pode ser tanto a empresa, se o benefício estiver sendo dado por escolha dela, como pode ser o sindicato, se o benefício estiver sendo dado por determinação sindical da categoria.
3. Do ponto de vista da empresa, dependendo de sua estratégia de negócio e de sua estrutura de cargos, pode ser interessante fornecer esse benefício ao funcionário. No mercado cada vez mais acirrado dos dias de hoje, muitas vezes as empresas precisam buscar meio de atrair e reter talentos e benefícios como a complementação de auxílio-doença são uma ótima maneira de se alcançar isso.
4. Devem pedir depois de 15 dias de afastamento. E devem possuir um tempo de serviço de 12 meses.

**Fontes:**

<https://www.inss.gov.br/beneficios/auxilio-doenca/>

<https://www.inss.gov.br/beneficios/auxilio-doenca/auxilio-doenca-comum-ou-acidente-de-trabalho/>

<https://www.empresario.com.br/legislacao/edicoes/2011/pagamento_complementacao_aux.html>

<http://blog.divicom.com.br/o-que-sao-os-beneficios-trabalhistas/>

<http://www.towerswatson.com/pt-BR/Insights/IC-Types/Survey-Research-Results/2014/05/pesquisa-sobre-planos-de-beneficios-no-brasil>

<https://www.conjur.com.br/2017-jan-03/aposentada-complementacao-paga-quem-recebe-auxilio-doenca>