

28 de fevereiro de 2018

NOVA COBRANÇA DO ISS REPRESENTA PERDAS À SAÚDE DA POPULAÇÃO E DOS MUNICÍPIOS

Consultor Jurídico –28/02/2018

Por Reinaldo Scheibe

O novo modelo de cobrança do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (mais conhecido como ISS), em vigor desde o primeiro dia do ano, é motivo de grande preocupação entre as operadoras de planos de saúde. Com razão, afinal ele embute ao setor mais uma enorme dificuldade na árdua missão de operar em meio às já demasiadas obrigações tributárias e burocráticas.

Falando especificamente do setor de saúde, pode-se afirmar que cerca de 70% dos municípios do Brasil serão afetados, uma vez que, das mais de 5.570 cidades, aproximadamente 3.800 possuem menos de mil beneficiários inscritos em planos de saúde.

Com isso, cerca de 1 milhão de beneficiários podem ser afetados, chegando a ficar sem plano de saúde, o que pressionará ainda mais o inflado Sistema Único de Saúde (SUS), com impacto negativo na população local. Há, ainda, o risco iminente de haver limitação da oferta de serviços, para a população que reside no interior das diversas regiões do país. É certo que não haverá condições econômicas de prestar cobertura nessas regiões.

A impactação negativa aos municípios se dá por causa dos elevados custos operacionais para o recolhimento do ISS, o que implica em abrir filial, estabelecer endereço fixo, solicitar inscrição municipal e adaptar sistemas de informação ao modelo de cobrança local.

Cabe frisar que a maior parte do ISS sobre planos de saúde não fica no município em que a operadora tem sede administrativa. Para cada R\$ 100 recebidos a título de contraprestação pecuniária, a operadora de plano de saúde utiliza R\$ 85 para custear as despesas assistenciais, sendo que, neste caso, o ISS é recolhido no município onde efetivamente ocorre a prestação do serviço de saúde, como consultas, internações e exames.

Tendo consciência de que o modelo antigo de cobrança é a única solução viável, e na tentativa de manter o acesso a mais de um milhão de pessoas aos planos de saúde, a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNS) questiona

no Supremo Tribunal Federal as novas regras para a tributação e tenta a concessão de uma liminar para suspender os processos e decisões judiciais relacionados ao tema. Por motivos semelhantes, outras entidades, como a Associação Nacional dos Prefeitos, também ajuizaram ações junto ao STF solicitando a suspensão e a extinção da nova Lei do ISS.

Na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 499, a CNS argumenta justamente que a nova regra vai impor dificuldades e maior custo às operadoras, uma vez que elas terão de se relacionar com todos os Fiscos municipais onde existem beneficiários de planos de saúde, ou seja, potencialmente todos os municípios brasileiros. A alteração, de acordo com a CNS, resultará na multiplicação por milhares de obrigações acessórias a serem cumpridas pelas operadoras. Alega que a norma significa violação aos princípios constitucionais da capacidade colaborativa do contribuinte, da praticabilidade tributária, livre iniciativa e da razoabilidade e proporcionalidade na tributação, além de permitir que município divorciado da prestação de serviço de planos de saúde cobre o imposto.

Fica nítido que a implantação do novo modelo de cobrança do ISS ainda é muito incipiente, faltando inclusive esclarecimentos quanto à forma e aos conceitos aplicáveis ao recolhimento do referido imposto. É importante ressaltar que a lei não previu um modelo único de recolhimento em um país continental, com mais de 5 mil municípios, o que impossibilita a sua operacionalização.

A nova Lei do ISS não poderia gerar aumento de arrecadação porque a LC 157/16 alterou o local do recolhimento. A legislação é bastante problemática porque, apesar de não tratar de aumento de imposto, dá margem para cobrança do mesmo ISS por vários municípios. Aliás, muitos municípios continuam a cobrar no modelo da lei antiga, o que acarretará em conseqüente bi ou até tritributação sobre um único fato gerador.

O que dá para concluir é que para o setor de saúde a nova cobrança, que havia sido vetada pelo presidente da República, vai se voltar justamente contra os municípios — a quem supostamente se pretende beneficiar com a medida. Diferentemente do que diz o representante da Confederação Nacional dos Municípios, a arrecadação, em vez de maior, pode ser zerada com a saída dos planos de saúde.

Mais do que aos municípios, a conta vai recair, mais uma vez, aos cidadãos, que pagarão por um serviço mais caro caso as operadoras decidam ou consigam permanecer ou, pior, não poderão mais contar com um plano de saúde. Todo mundo sai perdendo.

PARANÁ, FAROL PARA O BRASIL

FenaSaúde –27/02/2018

Confira o artigo da presidente da FenaSaúde no Jornal Diário Indústria & Comércio, do Paraná

No mercado de planos de saúde, o estado do Paraná pode servir de exemplo para mostrar a estreita relação entre o desenvolvimento econômico e o número de beneficiários de planos de assistência médica. No Brasil, em 2017, o setor perdeu, aproximadamente, 281,6 mil consumidores do serviço. No mesmo período, o estado do Paraná ganhou 21 mil – totalizando 2,8 milhões de beneficiários em planos de assistência médica, sendo um dos 13 estados que apresentou

crescimento. Apesar de tímida, essa elevação do número de beneficiários mostra tendência de recuperação no estado, que voltou, praticamente, ao patamar do fim de 2015.

A contratação de um plano de saúde depende basicamente de dois fatores: renda e emprego. Há uma clara relação entre a dinâmica do mercado de trabalho formal e o desenvolvimento do setor de Saúde Suplementar – vale lembrar que 66% dos vínculos de planos de saúde no país são por meio dos coletivos empresariais, quando as empresas contratantes oferecem o serviço como benefício e diferencial competitivo aos seus colaboradores. No Paraná, essa relação é de 61%.

Não por acaso, essa retomada de beneficiários do serviço no Paraná se dá a partir de um novo ciclo de ascensão da economia local.

Segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho, o estado teve – entre admissões e demissões – um saldo positivo de 7.740 empregos, contra o fechamento de 123 mil postos de trabalho no país, em 2017. Um dado interessante é que o Paraná gerou 64.539 empregos com carteira assinada para jovens de até 24 anos – nessa faixa etária, o estado foi o terceiro maior gerador de empregos, atrás apenas de São Paulo e Minas Gerais.

Nos dados gerais de emprego e consumidores de planos de saúde, portanto, o Paraná serve como um farol para o país, demonstrando uma direção a partir do viés gradual de alta desses dois indicadores. A fórmula paranaense passa pela diversidade de sua economia, que apresenta solidez em diversos setores, como na agropecuária, comércio, indústria e serviços. Mais trabalho e renda, mais cuidado à saúde, com a qualidade e segurança do atendimento dos planos.

Solange Beatriz Palheiro Mendes é presidente da FenaSaúde

NOTREDAME INTERMÉDICA FAZ PEDIDO DE OFERTA INICIAL DE AÇÕES NA CVM

Valor Econômico –26/02/2018

SÃO PAULO - A NotreDame Intermédica entrou, nesta segunda-feira, com pedido de oferta inicial de ações (IPO, na sigla em inglês) na Comissão de Valores Mobiliários (CVM). A companhia pretende fazer uma oferta primária, em que os recursos vão para o caixa da empresa, e secundária, com venda de participação dos atuais

acionistas. O volume de papéis a serem vendidos, no entanto, não foi definido no prospecto preliminar da operação.

Segundo o documento, os recursos da oferta primária serão usados para reforço do caixa de forma a permitir investimentos nas subsidiárias operacionais da companhia.

O cronograma da oferta não foi definido. Atuam como coordenadores da emissão de ações o Citi, Credit Suisse, Itaú BBA, J.P. Morgan, Bradesco, Morgan Stanley e o UBS.

A Intermédica chegou a protocolar pedido para fazer IPO em maio do ano passado, mas acabou abortando o processo diante de um panorama político e econômico instável.

DESCUBRA QUEM ESTÁ CONTRATANDO PLANOS DE SAÚDE

IESS – Blog –26/02/2018

Divulgamos recentemente a [Análise Especial - Saúde Suplementar em Números](#). A publicação traz diferentes dados sobre beneficiários de planos médico-hospitalares no país com base nos números disponibilizados pelo ANS Tabnet.

Um dos principais apontamentos do estudo diz respeito ao crescimento de vínculos por faixa etária em todo o país: três delas apresentaram variação positiva nesse período. De 34 anos a 38 anos; 39 a 43 anos e 59 anos ou mais, sendo 0,8%, 2,1%, e 1,9%, respectivamente.

Em todo o país, 16 Estados apresentaram crescimento nas duas faixas etárias com melhor desempenho - 39 a 43 anos e 59 anos ou mais – mesmo naqueles em que houve variação total negativa no número de beneficiários, como foi o caso de Bahia, Distrito Federal e Minas Gerais.

Como já dissemos [aqui](#), o Amazonas foi o que o apresentou o maior crescimento proporcional de beneficiários médico-hospitalares, com avanço de 7,5% no período de 12 meses encerrado em setembro de 2017. Esse resultado foi fortemente influenciado pelas duas faixas etárias com maior crescimento. No Estado, a faixa etária de 39 anos a 43 anos apresentou crescimento de 10,2%, e a de 59 anos ou mais, teve um aumento de 23,3%, ambas muito superior ao segundo Estado com maior variação: o Ceará apresentou avanço de 5,5% para 39 anos a 43 anos, e 4,8% para 59 anos ou mais. Piauí, Tocantins e Sergipe também foram destaques positivos.

Vale lembrar que a análise leva em consideração a variação proporcional de beneficiários. Sendo assim, Estados com uma amostra menor no total de vínculos tendem a apresentar grandes variações. Outro ponto a se reforçar é de que a taxa de cobertura dos planos de saúde ainda é inferior nas regiões Norte e Nordeste com relação ao restante do país, sendo de 10,7% e 12,3%, respectivamente. Ou seja, o mercado ainda está em expansão nesta região e ainda há um grande espaço para crescimento.

Continuaremos a apresentar os resultados da [Análise Especial - Saúde Suplementar em Números](#) nos próximos dias. Não perca.

COM RETOMADA DO PAÍS, BUSCA POR PLANO DE SAÚDE BATE RECORDE

O Estado de S. Paulo –23/02/2018

Depois do forte impacto da crise econômica, o setor de saúde privada no Brasil começa a demonstrar fôlego. A procura por planos bateu recorde no início deste ano, dando sequência a um movimento de melhora iniciado em 2017. O indicador de Interesse por Planos de Saúde (IPS), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), alcançou 64,9 pontos na última semana de janeiro, o maior patamar da base histórica calculada pela entidade que representa o sistema privado de prestação de serviços médicos. No mesmo mês de 2017, o indicador estava em 59,9 pontos.

NOVAS REGRAS PARA CLÍNICAS POPULARES

IESS – Blog –22/02/2018

Nós já falamos, aqui no [Blog](#), sobre como os planos mais acessíveis ou “populares” propostos pelo Ministério da Saúde, podem ser um

bom instrumento para que mais brasileiros possam ter acesso ao sonho do plano de saúde. No entanto, é importante reforçar que esta modalidade – que ainda está em debate – traz cobertura mais restrita em relação aos planos vendidos hoje no mercado.

Na mesma linha de facilitar o acesso da população a saúde privada, outro assunto que tem ganhado cada vez mais destaque é a procura por clínicas médicas populares. A novidade neste cenário é a

Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), que definiu critérios para o funcionamento destas unidades.

Publicada no último mês no Diário Oficial da União (DOU), a Resolução traz uma série de diretrizes para estes estabelecimentos. A principal mudança está relacionada a divulgação de valores dos serviços de saúde. Apesar de a clínica poder informar previamente ao paciente os valores, fica proibida de fazer publicidade sobre os preços dos procedimentos como consultas, exames e outros. O uso de cartões de desconto também foi vetado.

Um ponto fundamental da Resolução é que a clínica não pode ter conexão com outros serviços e produtos médicos, como venda de órteses, próteses e medicamentos. Como já abordamos aqui, esta questão é de grande importância na transparência do setor, evitando

conflitos de interesse entre a clínica médica e distribuidores, fornecedores e produtores de OPMEs.

Por mais que esse seja um importante passo, ainda há um longo caminho para se alcançar o nível esperado de transparência dentro da cadeia da saúde. A agenda de medidas para o setor é extensa. Ela pode começar com a criação de regulação específica para estes estabelecimentos, mas necessariamente deve passar pela maior conscientização do paciente e a adoção de indicadores de qualidade para hospitais, como também já tratamos no [Blog](#).

Claro, qualquer passo nesse sentido, como este dado pelo CFM, merece ser reconhecido e elogiado. Nós continuaremos acompanhando o assunto e trazendo as novidades.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE VOLTA A CRESCER EM JANEIRO DE 2018

FenaSaúde –21/02/2018

Atualmente são 47,4 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares, 119,5 mil a mais que em dezembro

O número de beneficiários de planos de saúde voltou a crescer no Brasil, de acordo com os dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 16/2. Atualmente, são 47,4 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares, 119,5 mil a mais que o número registrado em dezembro e cerca de 64 mil a mais em relação a janeiro do ano passado.

Os planos exclusivamente odontológicos também seguem a trajetória de crescimento. Em janeiro o setor registrou 23,06 milhões de beneficiários, aumento de cerca de 49,1 mil usuários na comparação com o mês anterior e de 1,4 milhão em relação a janeiro de 2017.

Em 16 Unidades Federativas houve aumento de beneficiários em planos de assistência médica no último ano. São eles: Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. Paraná foi o estado com o maior crescimento em números absolutos: 50.645 usuários. Em segundo lugar ficou Minas Gerais, com crescimento de 49.483 usuários, e em terceiro, Ceará com 43.115 beneficiários a mais. Os números, porém, podem sofrer modificações retroativas em função das revisões que são efetuadas pelas operadoras de planos de saúde mensalmente.

No ano de recuperação inicial, lenta e gradual da economia brasileira, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) avaliou os recentes dados sobre números de beneficiários, no mês de janeiro, divulgados pela ANS. Em comparação ao mesmo mês de 2017, o

aumento nesse indicador foi alavancado pelo crescimento de beneficiários de planos coletivos empresariais – mais 333 mil vidas. Na contramão desse crescimento, houve perda de consumidores dos planos coletivos por adesão e de individuais – essas duas segmentações perderam, respectivamente, 69 mil e 174 mil consumidores, no mesmo período. No fim, o saldo do setor foi positivo em 64 mil vidas ou 0,14%. Ao se comparar com o mês de dezembro de 2017, o crescimento de consumidores de planos de assistência médica foi de 119,5 mil.

“O ano de 2017 apresentou certa estabilidade nos números de beneficiários de planos de saúde, em comparação aos períodos anteriores que registraram evasão acentuada de consumidores em razão da crise econômica. Para efeito de comparação, os planos coletivos empresariais assinalaram, em janeiro, 31,666 milhões de beneficiários contra 31,333 milhões do mesmo mês de 2017. Trata-se de um crescimento tímido, mas é um importante sinal para o setor do que o pior já passou”, destaca Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

No ano passado, diversos segmentos da economia brasileira tiveram resultados positivos, como indústria (4,30%), comércio (3,30%) e serviços (0,50%). O reflexo dessa recuperação das atividades econômicas contribuiu para o saldo positivo do segmento. Vale pontuar que os planos coletivos empresariais representam 66% dos vínculos e são responsáveis por impulsionar o crescimento da contratação de planos de saúde, por meio das empresas que oferecem esse benefício como um diferencial competitivo ao colaborador.

Em janeiro, o setor de Saúde Suplementar registrou 70,4 milhões de beneficiários, sendo 47,4 milhões de consumidores de assistência médica privada e 23,0 milhões de clientes de planos exclusivamente odontológicos – mais um ano de crescimento para o segmento odontológico (2,02%). Os planos de saúde registraram 31,6 milhões de planos empresariais; 6,4 milhões de planos coletivos por adesão; e 9,1 milhões de planos individuais.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto ‘Remover’ no campo assunto.

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br