

Benefits News 2



UIBB Consultoria – Uma forma mais avançada de cuidar dos benefícios



Benefício Pós Emprego

Os riscos da contribuição fixa e os passivos que ela esconde.

Falamos mal
Falar com os usuários não é apenas falar constantemente, mas ter um propósito na comunicação.



ANS
Os dados do novo mapa assistencial divulgado.



A busca pelo parceiro ideal – falando do benefício saúde

As empresas ainda insistem em trocas de operadoras buscando algo que não existe.

Toda empresa busca o reembolso pago no dia estabelecido, a carteirinha que chega em sete dias e que o toque do telefone seja o prenúncio de boas notícias ou aviso que algum evento importante, de alto custo, irá acontecer, mas que está sendo acompanhado de perto. Tudo isso preferencialmente acompanhado por um aumento abaixo da inflação do país ou, quem sabe, um desconto. Pois é, este cenário existe em alguns sonhos ou situações para lá de hipotéticas, mas ainda assim estes desejos continuam a permear relações entre empresas, operadoras e seus intermediários.

Já é chegada a hora de colocarmos alguma luz neste relacionamento, assim saberemos exatamente o que esperar e o que podemos cobrar. A maioria das discussões, muitas delas por mim presenciadas ao longo destes 26 anos de carreira, são pautadas por informações quase etéreas... “Muitas carteirinhas chegaram atrasadas?”, pergunta a empresa. Qual a definição de “muitas”? A operadora certamente dirá que foram poucas. Poucas quantas? Quem decide o que é muito ou pouco? Se fôssemos para a mesa com dados mais precisos, poderíamos sair com informações mais consistentes e, talvez, melhores negociações. É preciso criar um padrão, tal como: consideramos fora do prazo os reembolsos que ultrapassaram cinco dias da data do suposto recebimento, ou seja, esta seria uma condição onde poderíamos determinar limites e responsabilidades ao operador, pois hoje é ele quem pede o reajuste pautado em suas razões, mas não sofre nenhuma cobrança pela prestação de serviços, muitas vezes, precária e duvidosa. Com mapas e mensurações mais objetivas seria possível pressionar a operadora e seu corretor a ter padrões mais adaptados.

“ Se fôssemos para a mesa com dados mais precisos, poderíamos sair com informações mais consistentes. ”



Benefício Pós- Emprego

Um cuidado ou apenas uma relação criada pela contribuição fixa aos benefícios? Benevolência da empresa ou imposição de acordos sindicais? O fato é que pouco se reflete sobre os impactos destas ações ao longo do tempo na economia e na própria empresa. Muitas vezes, a possibilidade de ganhar hoje pode inviabilizar o amanhã de muitos.

Por Ricardo Lobão



As empresas não acreditavam que tal pacote de benefícios poderia a longo prazo ser convertido em gastos muito altos e passivos atuariais que devem ser contabilizados e lançados nos balanços anuais.

Uma tarde de sol, dezembro de 1984, as partes decidem que é hora de Zé Duarte deixar a companhia depois de 38 anos de trabalho árduo, todos dedicados a uma só empresa e a um só ideal. Sendo assim, nada mais justo do que garantir uma cesta de benefícios ao Zé Duarte e sua família, numerosa com cônjuge e sete filhos(as). A empresa forneceu a Zé Duarte e sua família um pacote recheado, incluindo seguro de vida, plano de saúde, previdência privada, alimentação e odontológico. Este pacote não será custoso e, com o crescimento da empresa, será rapidamente revertido. O tempo passa, Zé Duarte está com cinquenta e seis anos, três após se aposentar, quando descobre um tumor e a partir de então sua vida se resume a entradas e saídas dos recursos médico e hospitalares, além de outras intercorrências.

O caso acima é bem peculiar e conhecido por diversas empresas e funcionários, que ou estão nesta situação ou têm seus pais nesta condição. As empresas não acreditavam que tal pacote de benefícios poderia a longo prazo ser convertido em gastos muito altos e passivos atuariais que devem ser contabilizados e lançados nos balanços anuais. A Lei Brasileira é uma das únicas a gerar passivo para as empresas que cobram de seus usuários um valor mensal, de forma fixa e independente da sua utilização ou não: a famosa contribuição fixa. Pela Lei 9656/98 que regulamenta os planos de saúde, é garantido aos usuários desligados sem justa causa a extensão da cobertura integral por um período de tempo que varia entre seis meses e vitalício – nos casos de aposentadoria e contribuição fixa por mais de 10 anos. Os passivos atuariais do benefício pós-emprego são obrigatórios para empresas nas seguintes condições:

- A. Coligadas de empresas americanas ou canadenses, com capital aberto e ações em bolsa – são regidas pelas normas do FAS 106*;**
- B. Coligadas de empresas europeias ou asiáticas, com capital aberto e ações em bolsa – são regidas pelas normas do IAS 19*;**
- C. Empresas brasileiras com capital aberto e ações em bolsa – são regidas pelas normas da CVM 600;**

Apesar de parecerem inofensivos, estes passivos levaram uma importante montadora a ter que efetuar uma grande operação para manter sua saúde financeira e, até mesmo, as portas abertas.

Outro fator importante do passivo é seu crescimento anual, muitas vezes descolado dos índices de inflação do país, sendo pressionado por situações fora do âmbito saúde – taxas de juros, taxas de retorno dos investimentos, dentre outros.

Os custos de saúde apresentam importante empuxo para o crescimento do passivo, além do perfil dos usuários. Há um caso célebre de uma empresa que possuía 9 usuários com extensão do plano de saúde, mas todos vitalícios e com idade média de setenta e nove anos. O passivo contabilizado pela empresa ultrapassou USD 9 milhões e, frente a tal resultado, ficou evidente que a decisão de fornecer benefícios de forma vitalícia demorou, mas acabou custando.

** FAS – Financial Accounting Standards

* IAS – International Accounting Standards

* CVM – Comissão de Valores Imobiliários

Mapa assistencial da Saúde Suplementar ANS

Por Ricardo Lobão

Neste mês tivemos a divulgação do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar – 2016, que reúne dados de utilização informada pelas operadoras de saúde e odontologia cadastradas e com movimentação na ANS (Agência Nacional de Saúde).



Destacamos alguns itens interessantes, sendo:

- a) O número de consultas por usuários vem se mantendo estável no período entre 2014-2016. Os usuários apontavam 5,6 consultas/ano em média e agora passaram a 5,7 consultas/ano. Cabe ressaltar que o número de usuários no período diminuiu devido ao cenário econômico atual, o que pode ser interpretado como um aumento de utilização, mas o impacto foi muito reduzido;
- b) As cooperativas médicas e filantrópicas continuam com índices acima dos padrões médios, muito pelo formato de sistemas que possuem, privilegiando o atendimento pelos seus médicos participantes;
- c) As consultas tem caráter ambulatorial/consultório em mais de 80% dos casos, sendo que desde 2014 tal patamar continua registrando a mesma média e a mesma representatividade, dando a entender que os usuários tem se adequando às alterações das redes de credenciados e/ou lista de médicos;
- d) As consultas são muito dispersas quando tratamos das especialidades disponíveis, visto que o Brasileiro é reconhecido pelo seu hábito de auto diagnóstico, buscando por especialistas diretamente antes de um clínico geral, este com 16% das consultas realizadas;
- e) Os profissionais não-médicos representaram 3,0 consultas/ano em média, sendo fisioterapeutas 31% e psicólogos 9% os de maior incidência;
- f) As terapias ascenderam 28% desde 2014 segundo o levantamento da ANS, sendo quiroterapia o maior representante com 24,1 para cada mil usuários;
- g) Os exames tiveram um aumento de 14% no período 2014-2016;
- h) As internações tiveram um aumento de 6% no período de 2014-2016;

O interessante é verificar que os dados não refletem o aumento de utilização justificado pelas operadoras, quando em alguns casos são determinados incrementos de 40 a 50% em relação ao ano anterior. Cabe sempre uma reflexão de quanto as análises feitas de forma pontual podem acarretar maiores custos aos usuários e as empresas.

Assunto rápido

Agregados – sim ou não

A inclusão de agregados nas apólices de saúde empresariais pode soar como um excelente atrativo para os profissionais e uma forma adequada manter o clima entre os colaboradores. Entretanto, a empresa deve pesar muito bem tais riscos, pois a utilização das pessoas de terceira idade não é muito maior dos usuários mais jovens, mas os custos médios e o tempo de internação prolongada são bem mais altos e muito mais prováveis de ocorrer.

Outro ponto importante é da aceitação por parte das operadoras destes grupos sem que os mesmos acarretem aumentos e/ou agravos nos custos dos ativos e mais jovens.

UIBB Benefícios Consultoria

A UIBB nasceu em 2013 focada num conceito de utilização de base tecnológica, conhecimentos e estruturas matemáticas e teorias de neuro economia na administração e financiamento dos programas de benefícios. Somos uma empresa com profissionais preparados para administração de modelos de benefícios, estruturas de pós-pagamento e pré-pagamento, para grandes empresas e com recursos tecnológicos diferenciados. Somos associados a UIB Intl. empresa especializada em programas e estruturas de resseguros pelo mundo inteiro. Venha conhecer nossos programas e conceitos que podem trazer máxima capacitação para seus benefícios e ganhos financeiros compensadores.

Entre em contato:

+55 11 4858-1707

Rua Gomes de Carvalho,
1.581 - conjunto 707
Vila Olímpia
São Paulo – SP
CEP 04547-006

www.uibbeneficios.com.br



O boletim informativo é distribuído bimestralmente e contém informações importantes para os administradores de RH, financeiros e profissionais do mercado de recursos humanos e consultoria. Sua distribuição e reprodução somente poderão ocorrer com autorização da UIBB.