



7 PASSOS PARA **SUA SAÚDE FINANCEIRA EM 2022**

CEO Renato Gregório
Gerente geral Sâmya Nascimento
Gerente editorial Marcello Manes
Gerente de Marketing Thamires Cardoso
Gerente de novos negócios Thaís Novais
Editor-chefe Bruno Aires
afiliado à



Coordenador técnico-científico Guilherme Sargentelli (CRM 541480-RJ)

Repórteres Ana Pula Costa, Daniel Santos, Jéssica Costa, Juliana Temporal, Matheus Vilariño, Mariana Lopes, Nayara Simões e Yuri Cunha

Designers gráficos Douglas Almeida, Ivo Nunes, Mariana Matos e Monica Mendes

Gerentes de relacionamento Fabiana Costa, Karina Maganhini e Thiago Garcia

Assistentes comerciais Heryka Nascimento e Jéssica Oliveira

Gerente do Pró-DOC Alice Selles

Assistente de varejo Rodrigo Miceli

Produção gráfica Viviane Telles

Financeiro Abraão Araújo

Assistente administrativa Sabrina Silva

Fale com a redação

Comentários sobre o conteúdo editorial, sugestões e críticas a matérias:

universo@universodoc.com.br

Publicidade e projetos especiais

universo@universodoc.com.br

Publicidade em Brasília

Marketing 10 - José Hevaldo

(61) 3326-0110 / 3964-2110

jh@marketing10.com.br

Trabalhe conosco

Faça parte da equipe da Revista DOC:

universo@universodoc.com.br

A Revista DOC é uma publicação exclusiva para a classe médica. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução sem autorização prévia e escrita. Todas as informações técnicas e opiniões expressas em colunas são de responsabilidade dos respectivos autores e colunistas.

Uma difícil equação

Toda vez que um novo ano se aproxima, muitas pessoas decidem renovar suas expectativas e fazem as chamadas “resoluções de Ano Novo”. Para os médicos, com certeza, 2022 nem começou, mas já carrega muitas expectativas. Espera-se que a pandemia de Covid-19 chegue ao final, que a economia brasileira melhore e que muitos setores do mercado consigam se reerguer após dois anos bem difíceis. Essa equação, no entanto, pode não ter um resultado tão positivo quanto se espera.

Nessa edição da **Revista DOC**, que encerra o ano de 2021, estamos olhando para o futuro. Nada melhor, para isso, do que colocar a “casa em ordem”. Por isso, o tema dessa edição são as finanças dos profissionais médicos. A matéria principal traz um passo a passo do que o profissional precisa cuidar nos próximos meses para garantir a saúde financeira do seu negócio. Controle de contas, treinamento da equipe, contratação de seguros, investimento em ativos financeiros e reflexão sobre previdência e aposentadoria são algumas dessas orientações.

Mas nas próximas páginas também pensamos sobre outras questões que mexem no bolso dos médicos: primeiro, os novos modelos de remuneração que muitas operadoras vêm implementando. Que modelos são esses? Seriam vantajosos? Outro tema que também abordamos: a pejetização. Cada vez mais, os profissionais precisam migrar de CLT para CNPJ. O que isso traz de positivo? Por fim, orientamos a respeito do Imposto de Renda. Sim, a entrega da declaração só começa em março, mas é bom já começar a se organizar para não deixar tudo para cima da hora.

Boa leitura!

Renato Gregório
Diretor-geral da DOC





7 PASSOS PARA SUA **SAÚDE FINANCEIRA** **EM 2022**

Com a chegada de um novo ano, é hora de o médico refletir sobre a saúde financeira do seu consultório. Apresentamos os sete passos para organizar as finanças, não só para os próximos 12 meses, mas para os próximos anos

Prestes a entrarmos em um novo ano, as expectativas não são das melhores. Com inflação alta e crescimento baixo no país, o que impacta em todos os segmentos, inclusive na Saúde, estima-se que 2022 será um ano difícil. Porém, também acredita-se que este será o ano da retomada da normalidade na Medicina, com uma produção muito parecida ou até um pouco superior à de 2019, devido ao represamento de procedimentos eletivos que ocorreram em 2020 e 2021.

A análise é do diretor executivo da XHL Consultoria, Eduardo Regonha, doutor em Ciências – Custos em Oftalmologia e pós-graduado em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. Portanto, diante do atual cenário econômico, é fundamental que o médico se prepare para manter a saúde financeira do seu negócio pelos 12 meses do ano que se aproxima.

Para o especialista, como existe uma tendência para 2022 de aumento da produção, no entanto sem a respectiva elevação dos resultados (redução do tíquete médio), a necessidade de informações que demonstrem para a clínica quais os serviços e operadoras mais atrativos, em que se encontram as possibilidades de redução de custos, torna-se fundamental para uma visão de curto prazo de quais exames, cirurgias e procedimentos deve-se estimular e quais os custos que podem ser diluídos a fim de propiciar uma utilização melhor da estrutura, reduzindo o custo médio (fixo) por paciente atendido.

“Uma metodologia ou sistema que proporcione informações de custos de exames, consultas e cirurgias seria de grande valia no processo de tomada de decisão, gerenciamento de custos e maximização de receitas. Além disso, seria importante um fluxo de caixa bem elaborado, que propicie uma visão das movimentações passadas, mas principalmente uma previsão de caixa coerente e confiável, pelo menos para os próximos meses, municiando os gestores com informações sobre a saúde financeira da empresa e possibilitando uma visão de curto prazo para decisões”, explica.

No que se refere às fontes pagadoras, diante de tantas reivindicações de mudanças nos meios de remuneração, como pagamentos por pacotes, captação, entre outros, Eduardo Regonha enfatiza que a informação de custos torna-se uma condição *sine qua non* para que as instituições tenham instrumentos que demonstrem o real custo dos serviços e consigam negociar de forma transparente, conhecendo efetivamente os custos de cada um dos serviços prestados, facilitando também a formação de preços e o processo de negociação.

Com o objetivo de ajudar o médico a se planejar melhor para o novo ano, a **Revista DOC** apresenta a seguir os sete passos para organizar a saúde financeira em 2022.



Uma metodologia ou sistema que proporcione informações de custos de exames, consultas e cirurgias seria de grande valia no processo de tomada de decisão, gerenciamento de custos e maximização de receitas. Além disso, seria importante um fluxo de caixa bem elaborado.

EDUARDO REGONHA

1 ORGANIZAÇÃO NO DIA A DIA

De acordo com o neurocirurgião e educador financeiro Francinaldo Gomes, para o sucesso financeiro de uma clínica, o médico precisa ter conhecimento, planejamento e dedicação. Quanto ao conhecimento, o médico precisa aprender sobre finanças e gestão para poder gerenciar adequadamente sua clínica, evitando desperdícios, pagamentos de juros, descasamento do fluxo de caixa e também o ralo tributário.

Sucesso financeiro = Conhecimento + Planejamento + Dedicação



Quanto ao planejamento, o médico precisa estar atento ao dimensionamento adequado do orçamento para que os gastos e investimentos sejam devidamente avaliados e deem o retorno esperado. Cuidados para não sobredimensionar o orçamento farão com que não se desperdice os recursos. Cuidados para não subdimensionar o orçamento farão com que não se perca espaço para os concorrentes.

“Além disso, o correto gerenciamento das contas do consultório permitirá que se reduzam os gastos fixos e, com isso, aumente a lucratividade do consultório. Nesse sentido, manter as contas de PJ e PF separadas permitirá que o médico evite as contingências fiscais e o pagamento de multas, e também que o mesmo consiga precificar adequadamente os serviços prestados, melhorando a eficiência. Quanto à dedicação, o médico precisará estar presente no seu consultório, liderando e qualificando sua equipe e ditando os rumos e fazendo os ajustes necessários para que o consultório se torne próspero”, afirma.

2

RELAÇÃO COM AS FONTES PAGADORAS

É fundamental que o médico tenha controle sobre os recebimentos dos serviços prestados. Segundo Gomes, um bom relacionamento com as fontes pagadoras é essencial para que não haja confusões. Dessa forma, todas as fontes pagadoras deverão estar devidamente contratualizadas e regularizadas.

Para evitar glosas, o médico deverá contar com profissionais qualificados e que entendam como funcionam as diferentes fontes pagadoras para preencher corretamente as guias de atendimento e para que não haja erros. Além disso, se for o caso, podem ser usados *softwares* de gestão para melhorar o desempenho e aumentar a eficiência.

“Uma questão importante que cada consultório deve atentar é a precificação correta dos serviços prestados. É aconselhável que as fontes pagadoras que pagam menos do que o custo do serviço sejam trocadas pelas que pagam a mais, para que o consultório possa continuar lucrando”, observa o educador financeiro.

3

ENGAJAMENTO E TREINAMENTO DA EQUIPE

Para Francinaldo Gomes, o médico precisa liderar sua equipe e fazer com que seu time se sinta parte do negócio e não somente prestadores de serviço. Quando o time se sente parte do negócio, as pessoas trabalham para que o consultório dê certo.

“Caso não se sintam parte do negócio, elas trabalharão para receberem um salário. Os colaboradores precisam estar alinhados com os valores do consultório e devem sempre ser lembrados e treinados a trabalhar em prol desses valores. Recompensas por desempenho, treinamento e aprimoramento, existência de um propósito bem estabelecido, que vai além da prestação de serviços e que tenha caráter humano, também ajudam a manter o time engajado e motivado”, considera.



Caso não se sintam parte do negócio, as pessoas trabalharão para receberem um salário. Os colaboradores precisam estar alinhados com os valores do consultório e devem sempre ser lembrados e treinados a trabalhar em prol desses valores.

FRANCINALDO GOMES

4

LIDANDO COM TAXAS E IMPOSTOS

Gomes ressalta, ainda, que o contador é um profissional essencial para o sucesso do consultório. Ele deve organizar as demonstrações financeiras, os balanços e o planejamento tributário de forma que não sejam pagos tributos desnecessariamente. O contador precisa fazer o enquadramento tributário correto do consultório. Tal enquadramento deve ser revisto anualmente, pois, conforme o faturamento, o regime tributário mais adequado pode mudar.

“O contador também deve dar a devida atenção às formas lícitas de reduzir a carga tributária do consultório por meio dos benefícios fiscais que poderão ser usados. Mais ainda: é preciso dar atenção especial ao vencimento das Darfs conforme o regime tributário, para que não se pague juros ou mesmo incorra em contingências fiscais. No regime de lucro presumido, os impostos que merecem mais atenção são o FGTS, INSS, ISS, IRPJ e CSLL, dado que esses tributos têm datas diferentes de vencimento, podendo gerar confusão em seus pagamentos”, explica.

Para os consultórios com fluxos de caixa incertos, o educador financeiro afirma que o médico deve deixar uma reserva de emergência para o pagamento dos tributos e de gastos emergenciais caso haja demora nos recebimentos. Com isso, evitam-se atrasos, pagamentos de juros e contingências fiscais.



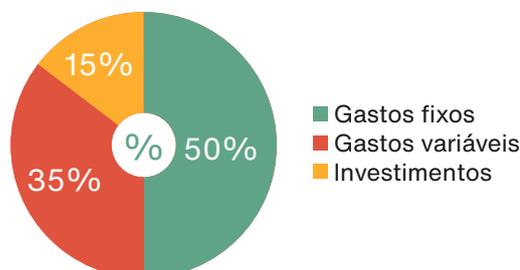
Se seu consultório tem o regime tributário de lucro presumido, tenha atenção aos seguintes impostos:
FGTS, INSS, ISS, IRPJ e CSLL

5

APRENDER A INVESTIR

“Nós, médicos, sabemos ganhar dinheiro, mas não aprendemos a fazer o dinheiro trabalhar para nós. Aprender a investir é muito importante para construir fontes de renda passiva e garantir uma vida tranquila. Existe uma regra chamada 50-35-15. Segundo essa regra, até 50% dos ganhos podem ser usados para gastos fixos (aluguel, condomínio, plano de saúde etc.); até 35% podem ser comprometidos com gastos variáveis (viagens, lazer etc.) e 15% devem ser usados para investimentos”, ressalta Francinaldo Gomes.

O que fazer com os ganhos?



De acordo com o educador financeiro, os recursos para os investimentos devem ser alocados em uma carteira eficiente de ativos, que contenha renda fixa, ações e fundos imobiliários. Entre os produtos de renda fixa, existem os CDBs, LCIs, LCAs, títulos públicos e debêntures.

Existem ações de cerca de 500 empresas na Bolsa de Valores, inclusive algumas empresas do setor de saúde. Vale sempre escolher as empresas que mais se adequam ao perfil de cada investidor. Da mesma forma, existem cerca de 100 fundos imobiliários variados, dos quais é possível ser cotista e receber rendimentos mensais. Também vale ressaltar que deve ser usada uma corretora de valores para os investimentos, pois elas têm vantagens em relação ao uso dos bancos.

“Por fim, a melhor forma de iniciar os investimentos é aprender uma estratégia de enriquecimento que não interfira no cotidiano e que permita obter rendimento diferenciado no mercado. Isso é feito por meio de cursos, livros e mentorias com profissionais devidamente qualificados. Ressalto que a melhor pessoa para cuidar do seu dinheiro é você mesmo, pois somente você sabe o que passou e do que teve que abrir mão para ganhá-lo. Portanto, invista no seu aprimoramento como investidor”, orienta Gomes.

6

SEGUROS GARANTEM TRANQUILIDADE

A proteção financeira patrimonial, feita por meio de seguros, é essencial para o enriquecimento e sucesso na carreira médica. Dado que o profissional da Saúde costuma ser o provedor da sua família e a Medicina é uma profissão que envolve riscos, ter seguros que garantem tranquilidade é fundamental.

A escolha e a contratação dos produtos para a proteção financeira patrimonial devem ser orientadas por um corretor de seguros devidamente qualificado. Esse profissional conseguirá determinar a combinação mais adequada e com melhor custo benefício para cada médico.

“O primeiro seguro é o de vida resgatável vitalício. Esse seguro garante proteção em casos de doenças graves, invalidez acidental, internação hospitalar e outros, além de que uma parte do valor que foi pago pode ser resgatado ou transformado em proteção vitalícia. Além disso, o produto é impenhorável, inalienável, livre de inventário e sem a cláusula de não contestação, o que o torna um produto adequado também à sucessão patrimonial”, explica Francinaldo Gomes.

“O segundo seguro é o DIT (diária de incapacidade temporária). Esse produto garante indenização em caso de ocorrências que geram incapacidade temporária, como, por exemplo, fratura e imobilização de um membro. Tal indenização é feita enquanto a incapacidade existir. O terceiro produto é o seguro de responsabilidade civil profissional, que garante indenização em caso de processo ético profissional, além de custos com cartório e assessoria jurídica conforme a seguradora contratada”, frisa.

Além dos produtos mencionados, é essencial que os médicos tenham plano de saúde e também seguros de automóvel e de apartamento, caso possuam tais bens.



Seguros recomendados para o médico

- Seguro de vida resgatável vitalício
- Diária de incapacidade temporária (DIT)
- Seguro de responsabilidade civil profissional
- Plano de saúde, seguro de automóvel e de apartamento

7

CONSTRUIR A APOSENTADORIA

“Muitos médicos acreditam que o governo, os bancos ou mesmo os filhos proverão os cuidados quando chegar a aposentadoria. Entretanto, isso não acontecerá simplesmente porque o governo, por meio do INSS, vem criando barreiras para os aposentados; os bancos brasileiros costumam ter os piores produtos para os clientes; e os filhos já terão que enfrentar muitas dificuldades para conseguirem seu lugar no mercado de trabalho e terem sucesso em suas carreiras”, avalia Gomes.

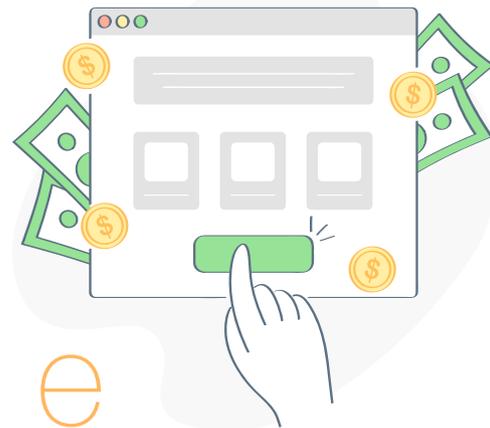
Para o especialista, cabe a cada médico, enquanto ainda jovem, saudável e ativo, construir sua aposentadoria com investimentos. Existem alguns planos de previdência privada oferecidos por bancos, mas esses planos costumam ter elevadas taxas de administração e taxas de carregamento, bem como costumam ter baixo rendimento. “Por isso, não é aconselhável deixar sua aposentadoria aos cuidados de terceiros. O médico deve educar-se financeiramente, aprender a gerenciar seus negócios e construir, ele mesmo, sua aposentadoria”, enfatiza.



“ Não é aconselhável deixar sua aposentadoria aos cuidados de terceiros. O médico deve educar-se financeiramente, aprender a gerenciar seus negócios e construir, ele mesmo, sua aposentadoria.

FRANCINALDO GOMES

Novos modelos, novos caminhos e muitas dúvidas



Novos modelos de remuneração na área da Saúde vêm sendo adotados no Brasil, mas muitos médicos ainda têm dúvidas se há mesmo vantagens em mudar. Veja, a seguir, quais são esses novos modelos e os cuidados necessários para essa possível migração

Nos últimos anos, o setor da Saúde vem passando por uma transformação no Brasil quando o assunto é a remuneração dos médicos. Novos modelos vêm sendo adotados e, no mesmo compasso, muitas dúvidas estão surgindo. Afinal, essas novas formas de remuneração trazem vantagens aos médicos ou somente para as fontes pagadoras, como as operadoras de saúde?

Segundo Adriano Londres, um dos sócios-fundadores da consultoria técnica Arquitetos da Saúde, os novos modelos de remuneração ganham cada vez mais espaço pela necessidade de se gerar mais eficiência na utilização de recursos, evitando desperdícios. “As vantagens, seja para quem for ou em que modelo, devem ser pensadas sob a ótica do paciente em primeiro lugar. Alterar o modelo de remuneração precisa considerar a medição de desfechos, ou seja, o ganho de qualidade de vida para os pacientes”, explica.

O médico César Abicalaffe, mestre em Economia da Saúde, MBA em Estratégia e Gestão Empresarial e presidente do Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (IBRAVS), explica que os novos modelos de remuneração começaram a ser pensados porque o modelo tradicional do *fee-for-service* estava gerando uma ineficiência no sistema. No *fee-for-service*, o médico é remunerado por cada atendimento ou procedimento que realiza. Quanto menos o profissional atender, menos ele recebe.

“A tendência é não precisar investir na eficiência do sistema, porque quanto mais ineficiente ele for, mais dinheiro é gerado. Se o paciente é internado mais de uma vez ou passa por nova cirurgia, a conta do hospital se multiplica por dez, muitas vezes por conta de uma ineficiência no atendimento, que leva a um desfecho inadequado. Com os novos modelos, o que a operadora quer é transferir para o prestador do serviço parte do risco que ela tem, principalmente o risco financeiro causado por um evento adverso ou uma ineficiência. Com isso, o sistema como um todo se torna mais sustentável”, explica Abicalaffe.

Pagamento por performance

O médico continua ganhando conforme o modelo *fee-for-service* (recebe por atendimento ou procedimento realizado), apenas se acrescenta um percentual adicional com base no valor gerado por paciente.



O presidente eleito da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), Julio Peclat, autor do livro *Honorários médicos*, publicado pela DOC, conta que as operadoras de saúde alegam que o *fee-for-service* torna o sistema de saúde suplementar insustentável. Porém, as novas alternativas propostas, mesmo que sejam interessantes para médicos e pacientes, ainda não associam a remuneração ao desfecho clínico ou resultado.

“As operadoras propõem modelos que não são baseados em valor para o paciente, como é o caso do *capitation*. Muito ainda precisa ser feito para que esses novos modelos de remuneração sejam adotados de fato – e os debates requerem a participação das entidades médicas. O que não pode acontecer é uma imposição por parte das fontes pagadoras”, defende Peclat.

“Se o paciente é internado mais de uma vez ou passa por nova cirurgia, a conta do hospital se multiplica por dez, muitas vezes por conta de uma ineficiência no atendimento. Com os novos modelos, o que a operadora quer é transferir para o prestador do serviço parte do risco que ela tem”

CESAR ABICALAFFE



O que significa “cuidados de Saúde baseados em valor” (VHBC, em Inglês)?

O “valor em Saúde” é um conceito, hoje, discutido em todo o mundo. Ele coloca o paciente no centro do cuidado. A proposta é construir o modelo de atenção em saúde a partir das necessidades do paciente.

Valor, na essência, significa produzir um bom desfecho para o paciente, com o mais baixo custo possível.

Mudar ou não mudar?

Para mudar seu modelo de remuneração de maneira mais vantajosa possível, Adriano Londres recomenda que o médico busque algum grau de conhecimento sobre gestão, seja diretamente ou sendo assessorado por quem entende do assunto. “O profissional deve, ainda, conhecer seus custos para, assim, avaliar os impactos de um novo modelo de remuneração, além de avaliar o potencial de volume daquela operadora. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza dados públicos que podem ajudá-lo”, orienta.

No entanto, o especialista ressalta que o importante é o médico construir uma relação de respeito e parceria com suas fontes pagadoras. “Caso as condições não sejam consideradas minimamente razoáveis, cabe ao médico tomar a decisão de não aceitar a continuidade daquela relação. Médico algum é obrigado a atender pacientes de operadoras de planos de saúde. Uma alternativa pode ser deixar de atender determinadas operadoras. O médico deve sempre avaliar o custo-benefício daquilo que está sendo proposto, sobre a sua ótica de serviços éticos e de qualidade”, afirma Londres.

Um ponto que Cesar Abicalaffé ressalta como muito importante se o médico optar por migrar para um novo modelo de remuneração é que ele precisará mudar a sua prática clínica. “Os novos modelos são sempre baseados, mesmo que em parte, no pagamento pelo valor gerado ao paciente. Um ponto fundamental disso é que será necessário ao médico compartilhar os registros clínicos com as operadoras, claro, seguindo o que determina a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Hoje, o sistema de saúde não sabe o que está acontecendo, porque não há transparência. Com a mudança, o médico terá que melhorar a sua prática de registro. Isso é uma mudança de paradigma”, explica.

Pagamento por *bundle* (ou por episódio)

A remuneração é feita por um conjunto de procedimentos e intervenções realizadas por um período de tempo. O *bundle* cirúrgico, por exemplo, é um valor fechado por paciente, independentemente do volume de serviços – se ele for operado novamente ou for para a UTI ou se fizer fisioterapia pós-cirúrgica, o valor é o mesmo acordado. No *bundle* clínico, o pagamento é feito para pacientes crônicos (como diabéticos ou obesos, por exemplo) por um período, independentemente do número de atendimentos realizados. Sozinho, esse modelo não é baseado em valor. Por isso, parte das operadoras atrelam o pagamento a resultados.



Segundo Julio Peclat, o que pode ajudar o médico a decidir sobre propostas de mudanças no modelo de remuneração é uma consulta a sua sociedade de especialidade, pois as entidades médicas vêm trabalhando para avaliar o que as operadoras têm proposto aos médicos. “Isso é importante porque a forma como as operadoras fazem suas propostas pode sugerir que se trata de uma enorme vantagem. O médico pode, por exemplo, ser seduzido no *capitation* pela ideia de receber um valor robusto, independentemente do número de atendimentos, e desconsiderar que isso pode se transformar em prejuízo, quando houver pacientes precisando de procedimentos mais complexos”, afirma.

Impacto das crises

Hoje, a saúde suplementar atende cerca de 48 milhões de beneficiários, dois milhões a menos do que em 2014. O interessante, no entanto, é que na pandemia de Covid-19, iniciado em 2020, esse número voltou a crescer, em mais de 1,5 milhão de beneficiários. Os dados mostram como o setor vem flutuando nos últimos anos, mas, para Adriano Londres, isso não é motivo de preocupação para os médicos, independentemente do modelo de remuneração adotado. “O que temos que praticar é a adoção de resultados médicos medidos de maneira isenta e técnica, compartilhando isso com as fontes pagadoras. Assim, a flutuação do mercado não atinge os médicos”, avalia Londres.

“Médico algum é obrigado a atender pacientes de operadoras de planos de saúde. O médico deve sempre avaliar o custo-benefício daquilo que está sendo proposto, sobre sua ótica de serviços éticos e de qualidade”

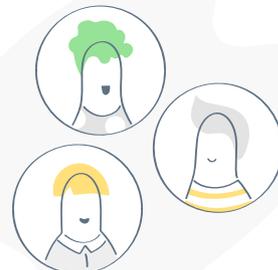
ADRIANO LONDRES

Cesar Abicalaffe também concorda que novos modelos de remuneração podem dar mais segurança aos médicos, principalmente em momentos de crise, como a causada pela pandemia, quando vários consultórios não puderam abrir as portas e muitos profissionais deixaram de atender ou operar seus pacientes. “Em momentos difíceis assim, simplesmente acaba-se a fonte de receita, porque o consultório não funciona. Conheço médicos que ficaram até um ano e meio sem poder trabalhar”, lamenta.

O médico explica como uma nova forma de pagamento poderia ajudar a situação: “Se houver uma contratualização da equipe da clínica com um novo modelo de remuneração para cuidar, por exemplo, de um paciente diabético, essa equipe acaba buscando formas de se reinventar para atender esse paciente, seja em casa ou por Telemedicina. O valor de remuneração já está definido, o que a equipe precisa fazer é mostrar que está chegando no resultado esperado. Isso minimiza o impacto das crises para os prestadores”.

Pagamento por *capitation*

O pagamento é feito por uma população atendida em uma área de abrangência e uma série de serviços é negociada para esse atendimento. O valor é por vida (*per capita*). Sozinho, esse modelo não é baseado em valor. Por isso, parte das operadoras atrelam o pagamento a resultados.



Para Julio Peclat, há muito o que se debater quando o assunto são os novos modelos de remuneração. “Para nós, médicos, não há nenhuma garantia de melhor remuneração com os novos modelos. Na teoria, os modelos baseados em valor remuneram melhor pelos resultados satisfatórios, mas a falta de uma definição do que é valor nos deixa na insegurança do que será definido pelas fontes pagadoras como critério para complementar a remuneração dos prestadores a partir de resultados”, critica.



“Na teoria, os modelos baseados em valor remuneram melhor pelos resultados satisfatórios, mas a falta de uma definição do que é valor nos deixa na insegurança do que será definido pelas fontes pagadoras como critério para complementar a remuneração dos prestadores a partir de resultados”

JULIO PECLAT

O impacto dessa indefinição tende a se refletir, principalmente, no paciente. “Novos modelos, como o *capitation*, podem impactar negativamente no atendimento, pois estimulam a não realização de alguns procedimentos e, ainda, desvalorizam a fidelização de pacientes aos seus médicos, por concentrar a rede em poucos prestadores. O paciente que se sente atingido pode – e deve – denunciar o problema à ANS. Ele é quem tem mais poder de denunciar e reverter a situação”, conclui Peclat.

Pagamento por orçamento global

Modelo mais usado por hospitais, em que o pagamento é feito com base no histórico de quanto esse hospital vem cobrando da operadora. O hospital recebe um valor para prestar o serviço, independentemente do número de pacientes atendidos ou procedimentos realizados. Esse modelo, em geral, é associado a métricas de valor, para evitar queda na qualidade do atendimento se o hospital tiver um aumento de demanda.





Ser ou não ser PJ?

Eis a questão

Um movimento crescente na área da Saúde, a pejetização gera dúvidas, traz vantagens e desvantagens e constrói um novo cenário para os profissionais. Confira uma entrevista especial sobre esse assunto

Um fenômeno que vem crescendo nos últimos anos na área da Saúde é a chamada “pejetização”. Antes de mais nada, é preciso entender o que significa esse termo. A palavra pejetização deriva da sigla PJ, cujo significado é “pessoa jurídica”. Esse movimento ocorre porque, na contratação da mão de obra dos médicos, não é a própria pessoa física do profissional que presta os serviços, mas, em tese, uma pessoa jurídica por ele constituída.

Para entendermos mais sobre o tema, convidamos o médico Nelson Nahon, ex-presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj). Na entrevista, o médico faz uma avaliação do movimento de pejetização, comenta sobre o impacto disso na carreira do profissional de Saúde, orienta quais cuidados o médico deve ter aos assinar um contrato de prestação de serviço como PJ. Nahon explica, ainda, como a Justiça do Trabalho vem se posicionando sobre a pejetização dos médicos.

DOC – Hoje, há um movimento em vários setores, inclusive na Saúde, de incentivar a chamada “pejetização”. Como o senhor avalia esse movimento?

Nelson Nahon – Os médicos no setor privado eram contratados normalmente pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), com diversos benefícios. No setor público, era através de concursos públicos. Mas em 2016, com a reforma da lei trabalhista decidida pelo Congresso, passou-se ao processo de pejetização, que está em franca expansão na rede privada. Várias redes hospitalares passaram a só contratar por PJ. Esse é um processo que vem ocorrendo a largos passos, e hoje raramente você tem a contratação pela CLT.

Dúvidas frequentes*

Principal vantagem de se tornar PJ: o imposto de renda de PJ é menor em relação ao de pessoa física.

Mulheres grávidas: não podem tirar licença-maternidade com duração de quatro a seis meses, tendo que voltarem ao trabalho com 20 ou 30 dias, porque, à medida que não trabalham, não recebem.

Férias do trabalhador PJ: não tem direito de gozar 30 dias de férias e nem recebem por isso.

Afastamento por doença: não tem auxílio porque deixa de ter obrigação do empregador. É preciso que ele desconte o valor do INSS, para que tenha acesso ao seguro-saúde.

Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS): o médico PJ precisa guardar 8% do que ganha em uma aplicação para ter seu próprio fundo de garantia.

* Informações baseadas nas respostas do entrevistado

DOC – Além da privação dos direitos e garantias trabalhistas, que o médico teria com a contratação “com carteira assinada”, que outras desvantagens a pejetização traz consigo?

NN – Além das privações dos direitos e garantias trabalhistas, outro grande prejuízo que o médico enfrenta com a pejetização é que ele não terá vínculo nenhum com a empresa. Então, a empresa pode quebrar o contrato a qualquer momento. Isso faz com que não se consiga formar grandes equipes nos hospitais como era antigamente. Outro prejuízo que pode ocorrer é em relação às ações na Justiça. Quando o médico responde como pessoa física, como empregado, a obrigação de provar que o médico errou passa a ser do paciente. Ao se tornar um PJ, isso muda: é o chamado ônus da prova. Em algumas situações, pode ocorrer de uma organização social (OS) ser processada e o médico, contratado pela OS como PJ, acaba sendo envolvido nas falhas que essa empresa possa apresentar no seu atendimento.



“Quando o médico responde como pessoa física, a obrigação de provar que o médico errou passa a ser do paciente. Ao se tornar um PJ, isso muda: é o chamado ônus da prova”.

NELSON NAHON

DOC – A pejetização é um mecanismo usado apenas no setor privado ou já existem iniciativas desse tipo no setor público?

NN – É muito comum nos hospitais federais contratos provisórios por um ou dois anos. O médico vai para um hospital, fica lá por um ou dois anos, depois é dispensado porque já não pode renovar o contrato. O cenário é pior nas OS, onde muitas vezes o profissional é contratado nas unidades de pronto atendimento (UPAs) do município, pela chamada terceirização. Essa é uma relação sem nenhum vínculo. O que a gente encontrava antigamente nos grandes hospitais públicos eram equipes de médicos com vários anos de serviço. Hoje, nas UPAs, encontramos normalmente médicos com pouco tempo de formado, deixando de ter uma continuidade no seu trabalho. Então, também no setor público estamos vendo a pejetização de uma forma extremamente precária.

DOC – O que o médico deve ter atenção ao atuar como PJ?

NN – Atualmente, o médico mais jovem não tem outra opção: ou ele vira a PJ ou não será contratado. A grande ilusão é que, em curto prazo, como não se tem o desconto de 27,5% do imposto de renda, o médico está ganhando mais dinheiro.

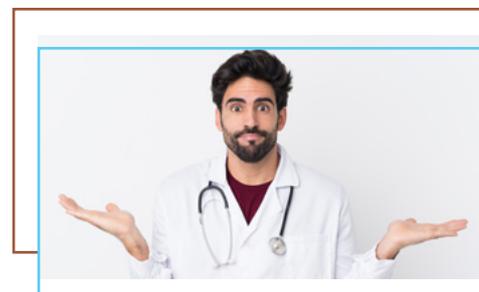
O dinheiro que entra líquido para o médico é maior do que quando ele tem a carteira assinada. Mas isso é um benefício de curto prazo imediatista, mas que em longo prazo pode trazer prejuízo. O cuidado que se deve ter ao assinar o contrato de trabalho na prestação de serviço é ler direitinho. Nesses contratos, o grande perigo são as entrelinhas. Por isso, é importante que um advogado olhe o contrato para ver se tem alguma armadilha. O maior perigo ao assinar o contrato como PJ é o que tem ocorrido com algumas OS, principalmente em algumas UPAs, em que o médico é chamado a ingressar em uma PJ já criado por aquela empresa que tem diversos médicos. Já aconteceu de a OS perder o contrato, então essa PJ deixa de existir porque parou de prestar serviço e não foi dado baixa no CNPJ. Quando o médico pensa que não tem mais vínculo, ele é chamado a prestar contas de uma coisa na qual não participou.

DOC – No atual cenário político no Brasil, como você enxerga esse processo de pejetização?

NN – O que está acontecendo, na verdade, é um processo que começou em 2016, quando se mudou a lei trabalhista. A grande preocupação que a gente tem conversado é que a equipe médica precisa de uma estrutura de anos. Vamos pegar como exemplos o Instituto Nacional de Cardiologia e o Instituto Nacional do Câncer. Os médicos estão lá há alguns anos. Então, são equipes que estão estudando, se aprofundando, se conhecendo e o grande receio é que, com esse sistema de pejetização, em que se deixa de ter o concurso público, se deixe de criar equipes que ficarão juntas por anos.

“Atualmente, o médico mais jovem não tem outra opção: ou ele vira a PJ ou não será contratado. A grande ilusão é que, em curto prazo, o médico está ganhando mais dinheiro. Mas isso é um benefício de curto prazo imediatista, mas que em longo prazo pode trazer prejuízo”.

NELSON NAHON



DOC – Como a Justiça do Trabalho se posiciona sobre a pejetização do médico?

NN – Uma questão que tem acontecido é que, muitas vezes, em ações jurídicas, alguns juízes têm colocado o médico PJ do hospital tão responsável pelo ocorrido quanto a própria instituição. O primeiro passo que o advogado trabalhista tem que fazer na Justiça é dizer que, embora o médico seja PJ, na verdade é como ele fosse um empregado da lei trabalhista, porque ele tem hora de chegar e sair, tem que seguir o protocolo do hospital e não tem autonomia. Na Justiça do Trabalho, já há juízes dizendo que encaram este médico com PJ como um “uniprofissional”, como se ele fosse um empregado, mas de forma burlada pela lei trabalhista.

DOC – Com a pandemia de Covid-19, esse movimento de pejetização se intensificou. Esse crescimento era algo natural e esperado ou foi, de fato, ampliado pelo cenário pandêmico?

NN – Em relação à pandemia, não acredito que tenha intensificado ou não a contratação por PJ. Na verdade, o que está faltando no Brasil – e isso não depende da pandemia – é que o Governo não tem realizado concursos para médicos ocuparem as vagas que existem. No caso do médico que vai para o interior, esse profissional é contratado por dois ou três, anos com salário ou contrato provisório e, quando acaba, aquele contrato pode ou não ser renovado. Acredito que, tendo concursos na rede municipal, estadual e federal, com salários dignos e compatíveis com a profissão e que se tenha uma carreira para seguir, se conseguiria fixar o médico em todos os lugares. No Brasil, faltam médicos no interior, principalmente na região Norte do país. Porém, a relação de médicos por população das grandes capitais, como Rio e São Paulo, principalmente, é acima da relação médico-população da Europa e, mesmo assim, faltam médicos.

“O primeiro passo que o advogado trabalhista tem que fazer na Justiça é dizer que, embora o médico seja PJ, na verdade é como ele fosse um empregado. Já há juízes dizendo que encaram este médico com PJ como um ‘uniprofissional’, como se ele fosse um empregado, mas de forma burlada”.

NELSON NAHON



Imposto de renda: como se preparar?

Convidamos os contadores Edeno Tostes e Vitor Marinho, especialistas na área médica, para esclarecer as principais dúvidas sobre o tema

Geralmente, entre os meses de março e abril, surgem as inseguranças a respeito da prestação de contas ao Governo. Ano após ano, a declaração de imposto de renda (IR) segue gerando dúvidas na população como um todo, seja por pequenas burocracias e taxas, ou pelo que deve ser declarado e o que não deve ser.

Com a possível aprovação do projeto de lei 2.337, que poderá entrar em vigor em 2022, inúmeras alterações podem ser realizadas na carga tributária de pessoas jurídicas, acentuando ainda mais a necessidade de esclarecimentos sobre o tema. Diante disso, a Revista DOC convidou os contadores Edeno Tostes e Vitor Marinho, especialistas na área da Saúde, para esclarecer as principais dúvidas a respeito do assunto.

Que cuidados o médico deve ter ao reunir a documentação necessária para o IR?

De acordo com Tostes, o médico deve estar atento às seguintes situações na comprovação do IR:

- Verificar suas fontes de receitas
- Juntar os comprovantes de rendimentos
- Verificar dados dos dependentes a serem informados
- Averiguar se houve alteração dos seus bens em relação à declaração do ano anterior
- Juntar a comprovação de todos os pagamentos que servirão para abatimento na declaração



Outro cenário importante de se destacar é no caso de profissionais da Saúde que possuem idade acima de 65 anos e recebem mais de uma aposentadoria ou pensão. Só será permitido usar o limite da isenção uma vez, com o excesso sendo tributado.

“Lembrando que o valor do bem existente na declaração não pode ser corrigido sem que seja apurado ganho de capital e pago o IR correspondente. É preciso juntar a comprovação de todos os pagamentos que servirão para abatimento na declaração, inclusive os Darfs pagos”, reforça o contador.

Quais os documentos necessários para o médico declarar o IR?

O contador Vitor Marinho explica de forma segmentada quais são os documentos necessários para que a declaração seja feita de forma efetiva pelos médicos:



Rendimentos: informes de rendimentos das fontes pagadoras, tributáveis, isentos e exclusivos na fonte; rendimentos do livro-caixa; ganhos de capital e renda variável; rendimentos decorrentes de ações judiciais, indenizações, resgate de previdência complementar e capitalização e os previstos na lei 7.713/88; e isenção aos contribuintes com enfermidade grave, que recebem aposentadoria, pensão ou reforma.



Despesas: plano de Saúde, mesmo o corporativo; despesas com saúde, mesmo que reembolsadas; instrução; previdência complementar (PGBL); pensão alimentícia por ordem judicial; nome e CPF dos dependentes; doações de bens; e o livro-caixa com as despesas necessárias à percepção dos rendimentos, revestidas das formalidades legais necessárias e exigidas.



Bens e direitos: bens e direitos adquiridos e alienados no ano; se houve ganho de capital, informe bancário e aplicação financeira no último dia do ano; posição da bolsa de valores; movimentação mensal se houve ganho de rendas variáveis; e doações, heranças e adiantamento de legítima.



Dívidas e ônus reais: informações de dívidas e ônus reais contraídos e/ou pagos no ano; e saldo negativo de banco, financeira e de empréstimos em geral.

Que informações não precisam ser declaradas?

Os médicos não precisam declarar seus gastos com cartões de crédito, como em casos de viagens, despesas particulares e manutenções feitas em seu lar, visto que a Receita Federal possui diversas ferramentas que investigam as informações enviadas anualmente pelas empresas que administram os cartões. Ainda assim, existem inúmeros outros casos que podem gerar dúvidas no momento da declaração. Por isso, a receita possui o portal e-CAC (Centro Virtual de Atendimento ao Contribuinte), que possibilita a comunicação entre o contribuinte e a Receita.

“Sugiro entrar no e-CAC e verificar a declaração pré-preenchida, pois os dados que lá aparecerão servirão de base para saber o que existe de informação no seu CPF e fazer a complementação necessária. Para acessar o e-CAC especificamente no item da declaração pré-preenchida, o contribuinte terá que ter o Certificado Digital e-CPF. Sem esse certificado, o contribuinte não consegue fazer a importação dos dados da Receita para a declaração, orienta Tostes.

Fique ligado!

Especialistas recomendam que os médicos juntem os documentos e informações necessárias no início de fevereiro. A declaração deve ser entregue, em geral, até 30 de abril. Após essa data, pode-se fazer uma declaração retificadora para complementar informações.



O que muda na declaração, caso o médico seja pessoa física ou jurídica?

Os contadores ressaltam que o médico deve se atentar às diferenças de alíquotas que podem incorrer entre pessoa física e jurídica na hora de declarar. “O médico, quando sócio de uma PJ, deve informar em sua declaração de pessoa física seus rendimentos de pró-labore, lucros e, na parte de bens, as quotas, valor de capital, nome e CNPJ da sua PJ. O seu contador fará a declaração do IRPJ e, se o médico desejar, também a declaração do IRPF, pois será necessário fazer as duas declarações”, elucida Marinho.

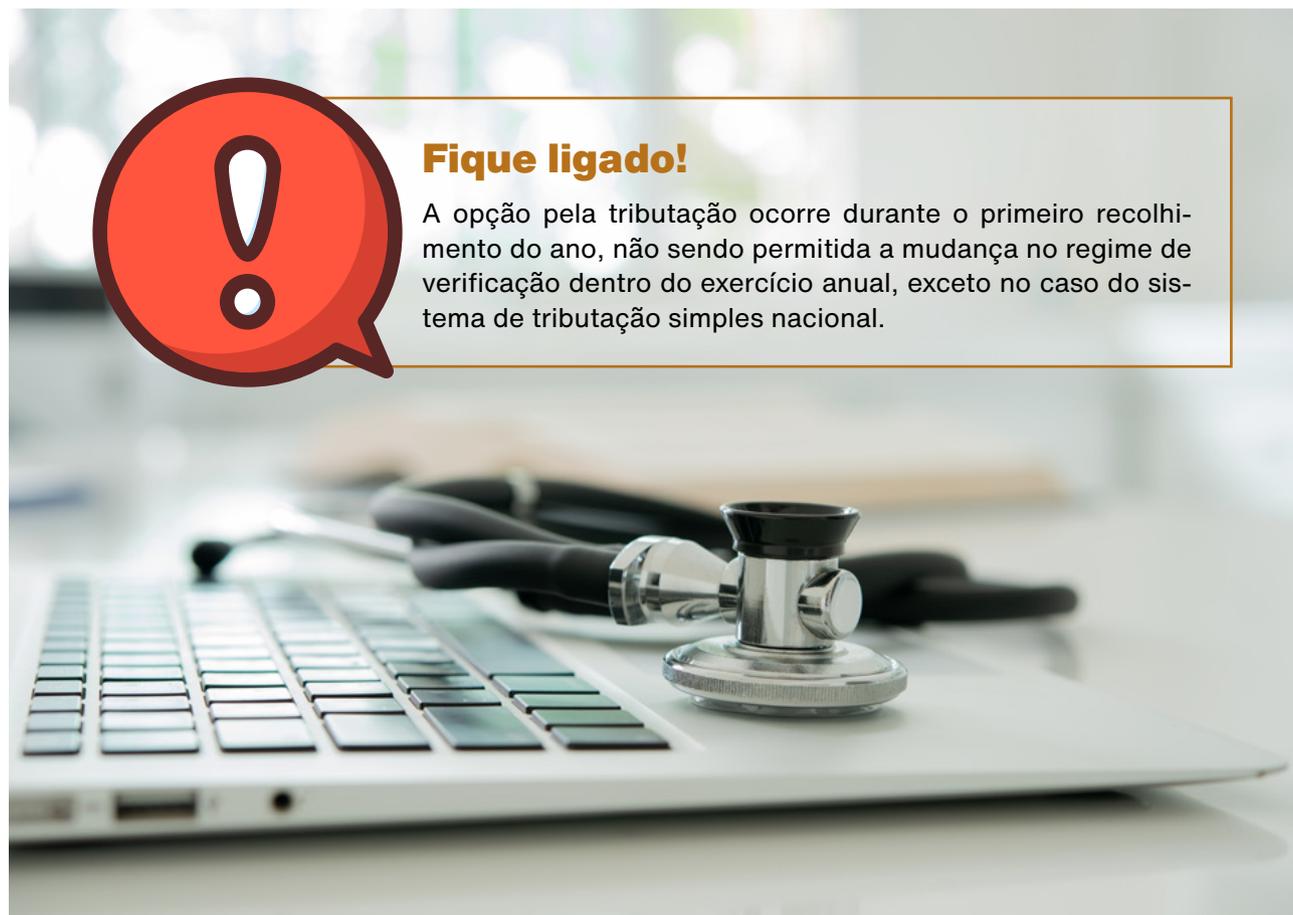
Como o profissional da Saúde se enquadra nas alíquotas de imposto?

De acordo com os educadores financeiros, existem situações distintas que dependerão do médico, variando caso ele seja pessoa física ou jurídica. Se tratando de pessoa física, provavelmente ele alcançará a alíquota máxima da tabela do imposto, no valor de 27,5%, por conta da receita anual acumulada. Porém, no cenário em que o profissional é PJ, dependerá da forma de tributação da empresa, com as alíquotas oscilando entre 11,33% e 24%.



Fique ligado!

A opção pela tributação ocorre durante o primeiro recolhimento do ano, não sendo permitida a mudança no regime de verificação dentro do exercício anual, exceto no caso do sistema de tributação simples nacional.



Acompanhe o Universo DOC

Referência em gestão de saúde e carreira para médicos e instituições de saúde no Brasil.



- **Notícias e matérias** atualizadas para sua realidade
- **E-books** com os principais autores nacionais sobre gestão em saúde
- **Vídeos, podcasts e cursos** voltados para as necessidades do seu dia a dia, com foco em: finanças, marketing digital, segurança jurídica, mercado na área da saúde, qualidade de vida e muito mais.

Acesse já e baixe gratuitamente todas as edições da Revista DOC, são mais de 13 anos de conteúdos exclusivos.

Acompanhe também nossas redes sociais.



DOC

