

É importante ressaltar, que o plano do Mato Grosso Saúde foi concebido em sistema de Autogestão. A seu turno, Autogestão é modalidade na qual se classifica uma entidade que opera serviços de assistência à saúde, destinados, exclusivamente, a oferecer cobertura aos associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.

Restará inconteste, que para alcançar o equilíbrio econômico-financeiro do Mato Grosso Saúde se faz necessária a adoção de medidas administrativas e legais que possam o condão de corrigir as atuais distorções do plano, passando primordialmente, entre outros pontos, por uma revisão na legislação que regula o funcionamento/atividades da autarquia como um todo.

Cumpre destacar, que o arcabouço jurídico que disciplina o funcionamento do Mato Grosso Saúde impõe ao Instituto a missão precípua de desenvolver e executar a política de assistência à saúde dos beneficiários servidores públicos ativos, inativos e pensionistas, seus dependentes e agregados, em regime de funcionamento cuja natureza se dá em caráter eminentemente assistencialista, uma vez que contraria regras de mercado, fato que se constitui em causa predominante para o recorrente déficit financeiro.

O Presidente do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Mato Grosso, com base nas prerrogativas dispostas nos incisos I, IV, V, VI, X, XXI, XXII e XXIV, todos do artigo 16, do Decreto Estadual nº 376/2015, apresenta plano de medidas com vistas a equacionar o histórico déficit financeiro e orgamntário do órgão.

PLANO DE MEDIDAS PARA EQUACIONAR O DÉFICIT FINANCEIRO DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO – MATO GROSSO SAÚDE

pagamento pelo Mato Grosso Saúde.

Ocorre que a dependência operacional regular estabelecida inicialmente para o desenvolvimento das atividades do plano contava com um prazo médio de 60 (sessenta) dias, compreendidos entre a apresentação das contas pelos prestadores e o efetivo

Em resumo, essa dependência se constitui nas obrigações assumidas pelo Mato Grosso Saúde perante sua rede credenciada quando esta última efetivamente presta o atendimento aos beneficiários do plano, em contraponto aos repasses orçamentários realizados pelo Governo do Estado Mato Grosso.

assistência à saúde.

Atualmente, a autarquia vive uma latente situação de dependência operacional, que é a diferença contada em dias entre o prazo médio de pagamento de eventos e o prazo médio de recebimento de contraprestações (recursos próprios: Fonte 240 e repasses do Tesouro Estadual: Fonte 100), decorrentes do ciclo financeiro da operação de

financeiro da autarquia.

Contudo, os recorrentes casos de interrupção da rede credenciada têm impactado de forma contundente na execução dos trabalhos, motivo pelo qual apresenta medidas com a finalidade de, em parceria com o Governo do Estado, equacionar o déficit

Compreende-se que o déficit financeiro da autarquia não se constitui em fato novo, tampouco foi ocasionado por esta atual gestão e muito menos pelo executivo estadual, tanto que remontam ao ano de 2012 e vem se repetindo anualmente.

Saúde.

No caso do sistema de Autogestão gerido por esta autarquia, este se classifica como autogestão com mantenedor, *in casu*, o Governo do Estado de Mato Grosso, Pessoa Jurídica de Direito Público, agente mantenedor que garante os riscos decorrentes da operação do plano de assistência à saúde disponibilizado aos filiados do Mato Grosso

do instituto.

proposições de ordem legal e administrativa a fim de reestabelecer o equilíbrio das contas de prévio cálculo atuarial, etc.), carece de revisão, motivo pelo qual ora se apresenta as (valor das mensalidades x custeio da rede e serviços de saúde disponibilizados, ausência provocada pela elaboração equivocada das regras e métodos de manutenção do plano assenta a criação do instituto, aliada ao histórico problema de ordem orgânica, Sendo assim, como já afirmado, a natureza assistencialista sob a qual se

para recuperação do plano.

caso mais extremo, a dependência operacional poderia ensejar até mesmo uma interdição vincular a autarquia à dependência administrativa da Secretaria de Estado de Gestão. Em através da Lei Complementar n.º 127/2003 (Lei de criação do Mato Grosso Saúde) ao plano (passivo), fato que seria corroborado pela relação de dependência estabelecida executivo estadual a responsabilidade pelo excedente da dependência operacional do relação à dependência operacional retromencionada, ou seja, seria imposta legalmente ao mantenedor, a imobilização de ativos garantidores equivalentes ao excedente apurado em de Saúde Suplementar – ANS, tal fato iria impor ao Governo do Estado, agente Neste cenário, caso o Mato Grosso Saúde fosse regulado pela Agência Nacional

públicos ativos, inativos e pensionistas.

saúde para qual o Mato Grosso Saúde foi criado, qual seja, a de atender aos servidores que atualmente conta com filiados que não mantêm mais vínculo funcional com a administração pública estadual, fugindo ao escopo de alcance da política de assistência à No mais, também se faz importante destacar o perfil da carteira de beneficiários,

que desde o ano de 2015 a tabela não sofre reajuste.

bem como pela defasagem de valores arbitrados para as mensalidades do plano, uma vez atrasos nos repasses previstos em nível de orçamento, oriundos das Fontes 100 e 240, orgânica inferior às reais necessidades econômicas do instituto, fato agravado pelos dependência operacional superior ao limite financeiro estabelecido, leia-se, execução Todavia, o déficit financeiro historicamente acumulado tem gerado uma



relação aos seus alcances e efeitos.

Feitas essas breves considerações fáticas, doravante, passa-se a apresentar as medidas relacionadas às questões de ordem administrativa, bem como e principalmente, aquelas afetadas à readequação da regulamentação do plano que necessitam de revisão em

trabalho de cálculo atuarial;

- Criação de novas modalidades de plano estabelecidas através de prévio Rede Credenciada;
- Necessidade de extinção das atuais modalidades de plano em razão da ausência de equilíbrio econômico-financeiro entre os Custos Operacionais x exclusivo do servidor público estadual;
- Possibilidade de permanência de ex-servidores públicos ocupantes de cargos de natureza comissionada e de ex-servidores públicos temporários no plano de saúde, sem contrapartida, concorrendo na contribuição patronal, benefício de natureza comissionada e com os servidores públicos temporários;
- Carteira de beneficiários ampla, equiparando o servidor público estadual de carreira com os servidores ocupantes exclusivamente de cargos de natureza mercado e sem reajuste desde o ano de 2015 (Teto R\$ 1.200,00).
- Valor da coparticipação dos beneficiários pré-fixado e abaixo do valor de suplementar;
- Mensalidade do plano de saúde praticado com valores abaixo dos atualmente praticados no mercado e sem reajuste desde o ano de 2015;
- Cobrança de mensalidades de agregados com valor igual aos de beneficiários titulares e dependentes em desacordo com as regras praticadas na saúde

funcionamento/atividades da autarquia. Veja-se:

Quanto à natureza assistencialista suscitada, esta resta incontroversa a partir da evidencição de características existentes dentro do próprio regramento que rege o

ADEQUAÇÃO LEGAL DAS REGRAS DO PLANO DE SAÚDE

1 – Regulamentação, por meio de decreto governamental, da aplicação de reajuste com frequência anual sobre o valor atual da mensalidade do plano de saúde, com base em índice oficial:

No que concerne às formas de custeio do Mato Grosso Saúde, muito embora a legislação preveja um rol de possibilidades para o incremento da receita, a atual composição dos recursos disponibilizados a esta autarquia é formada, única e exclusivamente, pela contribuição mensal dos seus beneficiários e pelos repasses do Governo do Estado, este último com a finalidade exclusiva de cobrir o déficit orçamentário existente.

As fontes de receitas foram criadas mediante o estabelecimento de uma relação financeira de total dependência de recursos provenientes do tesouro do Governo do Estado uma vez que o sistema de contribuição mensal estabelecido para os beneficiários não observou a regra que determina a prévia elaboração de cálculo atuarial, culminando na prática de mensaldades com valores inferiores aos praticados no mercado para planos de saúde similares.

O valor da contribuição mensal dos beneficiários foi estabelecido pelo Decreto Estadual nº 54, de 02/04/2015. Os valores vigentes são os que seguem:

FAIXA ETÁRIA	PADRÃO	ESPECIAL
0 a 18 anos	73,06	90,94
19 a 23 anos	83,08	103,41
24 a 28 anos	95,73	119,14
29 a 33 anos	129,17	160,77
34 a 38 anos	145,28	180,83
39 a 43 anos	158,32	197,06
44 a 48 anos	181,57	225,99
49 a 53 anos	194,17	241,69
54 a 58 anos	236,38	294,22
59 ou +	352,21	438,40

Conforme se depreende da simples verificação da tabela de Faixa Etária/valores cobrados, os valores atualmente praticados encontram-se aquém daqueles que são cobrados pelas operadoras privadas.

Atualmente, os valores praticados para as mensalidades do plano geram uma estimativa de receita na ordem de R\$ 5.605.072,50 (cinco milhões, seiscentos e cinco mil, setenta e dois reais e cinquenta centavos). A tabela com a demonstração da estimativa de receitas com base na modalidade do plano x faixa etária x quantidade de beneficiários inscritos (Fonte: SIAPAS – 02/02/2018) é a que segue:

Dessa forma, pode ser estabelecida anualmente uma data base para aplicação do referido índice, com aplicação da média simples dos últimos 12 (doze) meses, compreendidos entre a recomposição imediatamente anterior àquela que se pretende aplicar.

A escolha por tal indexador nos parece a mais acertada em razão da população objetivo do INPC abranger as famílias com rendimentos de 01 (um) a 05 (cinco) salários-mínimos, cuja pessoa de referência é assalariada, residentes nas áreas urbanas.

Sendo assim, entende-se que a solução adequada ao caso é a elaboração de Decreto instituindo uma revisão anual dos valores praticados. Essa revisão retroacionada deve ter como base a aplicação do INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor.

No mais, é preciso salientar que os custos e insumos em saúde sofrem a influência de importantes fatores de ordem econômica, como por exemplo, a variação do câmbio e os custos de importação, tendo em vista que o mercado nacional demanda um elevado consumo de produtos/aparelhos produzidos no exterior, fatores que por vezes elevam os custos em saúde acima de percentuais definidos em índices oficiais.

Nesse contexto, ainda que o fim precipuo do Mato Grosso Saúde seja o de realizar um atendimento em saúde de forma suplementar a rede pública e em caráter assistencialista aos seus respectivos beneficiários, não se tem como razoável a ausência de mecanismo de recomposição anual dos valores cobrados pelas mensalidades do plano, ainda mais que os referidos valores se encontram congelados desde o ano de 2015 (Decreto nº 054/2015 – implementou novos valores para as mensalidades em razão da faixa etária dos filiados).



APARTAMENTO			PADRÃO		
valor mensalidade	quantidade	receita	valor mensalidade	quantidade	receita
117,06	528	61.806,73	333,006,31	3541	94,04
133,11	215	28.618,57	115,816,87	1083	106,94
153,36	236	36.192,32	86,379,95	701	123,22
206,94	204	42.216,48	109,903,11	661	166,27
232,76	208	48.415,08	190,931,87	1021	187,00
253,66	230	58.340,91	300,793,88	1476	203,79
290,89	255	74.178,20	346,602,83	1483	233,72
311,10	316	98.308,85	413,394,31	1654	249,94
378,72	469	177.620,01	578,110,94	1900	304,27
564,31	2108	1.189.564,55	2.924.661,35	6451	453,37
5.399.601,43			7.214.863,13		
1.815.261,70			TOTAL DA RECEITA		

NOVOS VALORES PROPOSTOS

correção:

A seu turno, com a aplicação da correção anual através de índice previsto em Decreto, estimamos uma receita na ordem de R\$ 7.214.863,13 (sete milhões, duzentos e quatorze mil, oitocentos e sessenta e três reais e treze centavos), levando-se em consideração o mesmo período de referência para composição da tabela cálculo dos valores atuais. A seguir a tabela com os valores propostos após aplicação do índice de

APARTAMENTO			PADRÃO		
valor mensalidade	quantidade	receita	valor mensalidade	quantidade	receita
90,94	528	48.016,32	258,705,46	3541	73,06
103,41	215	22.233,15	89,975,64	1083	83,08
119,14	236	28.117,04	67,106,73	701	95,73
160,77	204	32.797,08	85,381,37	661	129,17
180,83	208	37.612,64	148,330,88	1021	145,28
197,06	230	45.323,80	233,680,32	1476	158,32
225,99	255	57.627,45	269,268,31	1483	181,57
241,69	316	76.374,04	321,157,18	1654	194,17
294,22	469	137.989,18	449,122,00	1900	236,38
438,40	2108	924.147,20	2.272.106,71	6451	352,21
1.410.237,90			5.605.072,50		
1.410.237,90			TOTAL DA RECEITA		

MENSALIDADES – VALORES ATUAIS (LC 539/2014)

Apura-se de um simples comparativo entre os valores atuais e os novos valores propostos, evidencia-se um incremento de receita na ordem de R\$ 1.609.790,63 (um milhão, seiscentos e noventa reais e três centavos), ou

FAIXA ETÁRIA	valor mensalidade	PARA 2015				PARA 2016	PARA 2017	PARA 2018
		INPC Acumulado em Dezembro 2014 - 6,35%	INPC Acumulado em Dezembro 2015 - 11,27%	INPC Acumulado em Dezembro 2016 - 6,58%	INPC Acumulado em Dezembro 2017 - 2,06%			
59 ou +	352,21	374,575335	416,7899753	444,2147556	453,3655796			
54 a 58 anos	236,38	251,39013	279,7217977	298,1274919	304,2689183			
49 a 53 anos	194,17	206,499795	229,7723219	244,8913407	249,9361023			
44 a 48 anos	181,57	193,099695	214,8620306	228,9999522	233,7173513			
39 a 43 anos	158,32	168,37332	187,3489932	199,6765569	203,789894			
34 a 38 anos	145,28	154,50528	171,9180251	183,2302311	187,0047739			
29 a 33 anos	129,17	137,372295	152,8541526	162,9119559	166,2679422			
24 a 28 anos	95,73	101,808855	113,282713	120,7367155	123,2238918			
19 a 23 anos	83,08	88,35558	98,31325387	104,782266	106,9407806			
0 a 18 anos	73,06	77,69931	86,45602224	92,1448285	94,04301197			

FAIXA ETÁRIA	valor mensalidade	PARA 2015				PARA 2016	PARA 2017	PARA 2018
		INPC Acumulado em Dezembro 2014 - 6,35%	INPC Acumulado em Dezembro 2015 - 11,27%	INPC Acumulado em Dezembro 2016 - 6,58%	INPC Acumulado em Dezembro 2017 - 2,06%			
59 ou +	438,40	466,2384	518,7834677	552,9194199	564,3095599			
54 a 58 anos	294,22	312,90297	348,1671347	371,0765322	378,7207087			
49 a 53 anos	241,69	257,037315	286,0054204	304,8245771	311,1039634			
44 a 48 anos	225,99	240,340365	267,4267241	285,0234026	290,8948847			
39 a 43 anos	197,06	209,57331	233,192222	248,5362702	253,6561174			
34 a 38 anos	180,83	192,312705	213,9863469	228,0666485	232,7648214			
29 a 33 anos	160,77	170,978895	190,2482165	202,7665491	206,94354			
24 a 28 anos	119,14	126,70539	140,9850875	150,2619062	153,3573015			
19 a 23 anos	103,41	109,976535	122,3708905	130,4228951	133,1096067			
0 a 18 anos	90,94	96,71469	107,6144356	114,6954654	117,058192			

A fim de demonstrar a forma como foi concebida a aplicação do INPC sobre os atuais valores praticados, seguem tabelas demonstrativas com as memórias dos cálculos realizados, levando em consideração o INPC apurado nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017, com aplicação sobre modalidade do plano x faixa etária. A seguir a tabela em questão:

No mais, é importante salientar que os planos de saúde privados já praticam valores diferenciados para certos tipos de dependentes inscritos em contratos individuais e coletivos.

O fato, é que tal categoria abrangia beneficiários que guardam grau de parentesco ou condição legal (filhos maiores, parentes curatelados e etc) cujas mensalidades não são abrangidas por desconto em folha de pagamento e, no caso, além de gerar um custo extra para a autarquia em razão do sistema de cobrança a ser adotado, também trazem recorrentes problemas de ordem administrativa/financeira em razão de atrasos no pagamento das mensalidades/coparticipações desse segmento de agregados.

Outra proposição, que também merece destaque como uma excelente alternativa para incremento de receitas, reside na cobrança de valores diferenciados para os filiados ao plano inscritos na condição de agregados.

2 – Cobrança de mensalidades com valores diferenciados para filiados inscritos na condição de beneficiários agregados:

PROBLEMA	PROPOSTA	COMPETÊNCIA PARA IMPLEMENTAÇÃO
Ausência de mecanismo regular para recomposição dos valores cobrados nas mensalidades do plano, gerando déficit financeiro em relação aos custos operacionais que se elevam de forma contínua.	Edição de Decreto instituindo o reajuste anual das mensalidades com base na média simples do INPC, aferido nos últimos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data base do reajuste, atualizando os valores com aplicação do índice do INPC aos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018. Lastro Legal: Art. 15, caput, da Lei Complementar nº 539, de 18 de junho de 2014	GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

QUADRO RESUMO

seja, em torno de 25% (vinte e cinco por cento) sobre a atual estimativa de arrecadação com os valores cobrados das mensalidades.

NOVOS VALORES PROPOSTOS - AGREGADOS		
FAIXA ETÁRIA	valor mensalidade	quantidade
	total	
APARTAMENTO		
0 a 18 anos	132,57	52
19 a 23 anos	150,75	189
24 a 28 anos	173,68	152
29 a 33 anos	234,36	82
34 a 38 anos	263,61	33
39 a 43 anos	287,27	13
44 a 48 anos	329,44	11
49 a 53 anos	352,33	11
54 a 58 anos	428,90	22
59 ou +	639,08	152
Total		717
		207.511,34
ENFERMARIA		653.051,84
APARTAMENTO		207.511,34
TOTAL		860.563,18

NOVOS VALORES PROPOSTOS - AGREGADOS		
FAIXA ETÁRIA	valor mensalidade	quantidade
	total	
PADRÃO (Enfermaria)		
0 a 18 anos	106,50	248
19 a 23 anos	121,11	1011
24 a 28 anos	139,55	491
29 a 33 anos	188,30	170
34 a 38 anos	211,78	50
39 a 43 anos	230,79	35
44 a 48 anos	264,68	34
49 a 53 anos	283,05	41
54 a 58 anos	344,58	86
59 ou +	513,44	652
Total		2.818
		653.051,84

condição de beneficiário agregado:

Segue tabela com valores propostos para cobrança de filiados inscritos na

Dessa forma, sabendo que o Mato Grosso Saúde possui em seu quadro de filiados 3.535 (três mil, quinhentos e trinta e cinco) beneficiários na condição de agregados e levando em consideração que nos cálculos anteriormente apresentados para reajustamento dos valores cobrados pelo plano esse quantitativo foi incluso, ao promover a cobrança de valor diferenciado para tal seguimento estará automaticamente incrementando mais uma vez a receita do instituto. (Fonte: SIAPAS – 02/02/2018)

Neste contexto, fixar um teto no valor de R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais) para pagamento de coparticipação em uma conta hospitalar aberta, apenas nos materiais de órteses, próteses e materiais especiais, que facilmente pode ultrapassar milhares de reais, é uma temeridade na gestão do plano de saúde e incoerência sob o ponto de vista financeiro, fato já constatado inúmeras vezes.

Todavia, como foi estruturado o sistema de coparticipação, entende-se que não atende adequadamente os custos operacionais do plano.

O sistema de coparticipação foi estabelecido com o objetivo de ser um fator moderador e educador de caráter inibitório, a fim de fazer com que o beneficiário faça uma utilização racional dos serviços oferecidos, uma vez que contribui para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano.

O Decreto estadual nº 54, de 02/04/2015, estabelece regras para coparticipação do beneficiário fixando valores a serem pagos na utilização dos diversos serviços prestados pelo plano de saúde.

3 – Revisão das regras do teto (R\$ 1.200,00) para coparticipação, regulamentado através de decreto governamental:

PROBLEMA	PROPOSTA	COMPETÊNCIA PARA IMPLEMENTAÇÃO
Cobrança de mensalidades de agregados com valor igual aos de beneficiários titulares e dependentes em desacordo com as regras praticadas na saúde suplementar.	Edição de Decreto, alterando o artigo 25, do Decreto Estadual nº 5729/2005, instituindo a cobrança de valores exclusivos para filiados inscritos na condição de agregados.	GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

QUADRO RESUMO

Como visto, a diferença de valores proposto não se tem por desarrazada, tampouco arbitrária, uma vez que representa aproximadamente 12% (doze por cento) em relação aos valores praticados para os demais beneficiários.



No mesmo sentido, entende-se ser necessária a cobrança de coparticipação no Grupo de Procedimentos relacionados às internações clínicas, em Home Care e cirúrgicas com aplicação de percentual no valor de 30% (trinta por cento), sendo limitado ao valor máximo de R\$ 1.535,00 (um mil, quinhentos e trinta e cinco reais).

plano (anexo 2).

Os percentuais de coparticipação para os grupos supracitados se encontram descritos na proposta de minuta para edição de Decreto Reformador, o qual propõe a introdução de novos percentuais e tetos de valores a serem cobrados dos beneficiários do

4 – Psicoterapia de Crise (primeiras 12 sessões);

(primeiros 15 dias);

3 – Internação dependência química incluindo diárias, matérias e medicamentos

2 – Internação psiquiátrica incluindo diárias, materiais e medicamentos;

1 – Quimioterapia, hemodíalise, diálise e radioterapia;

Procedimentos em que atualmente não são cobrados tais valores:

Também, que seja aplicada cobrança de coparticipação aos Grupos de

1200	1.276,20	1.357,24	1.443,42	1.535,00
TETO	INPC Acumulado em Dezembro 2014 - 6,35% - PARA 2015	INPC Acumulado em Dezembro 2015 - 11,27% - PARA 2016	INPC Acumulado em Dezembro 2016 - 6,58% - PARA 2017	INPC Acumulado em Dezembro 2017 - 2,06% - PARA 2018

anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

recomposição do valor teto para coparticipação, aplicando-se os índices referentes aos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

Sendo assim, a proposta para solução desse ponto é a aplicação do INPC para

aplicados sobre eventos previamente definidos.

Os planos de assistência à saúde similares ao Mato Grosso Saúde não apresentam em suas regras um limitador do percentual aplicado à coparticipação de seus usuários. Os percentuais/valores de coparticipação são fixados contratualmente e são aplicados sobre eventos previamente definidos.

Outro ponto que merece reforma é o quesito relacionado às cobranças de coparticipação nos custos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs):

É cediço que os custos com esse grupo de procedimentos são de caráter elevado, sendo o valor atualmente arbitrado como teto, R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais) é incondizente com o equilíbrio das contas específicas desse nicho de cobertura.

Sendo assim, propõe-se alteração com implantação de percentuais e tetos de valores a título de coparticipações arbitradas de forma escalonada conforme a seguir:

Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	Até o valor de R\$ 10.000,00	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Do valor de R\$ 10.000,01 à R\$ 50.000,00	Sem Limites	27,50%, até o valor máximo de R\$ 3.070,00 por evento
	Acima do valor de R\$ 50.000,01	Sem Limites	25%, até o valor máximo de R\$ 5.000,00 por evento

Como já afirmado, tais medidas além de amenizar o impacto dos custos operacionais do plano, se constituem em fator moderador e educador de caráter inibitório, fazendo com que o beneficiário faça uma utilização racional dos serviços oferecidos, contribuindo para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano.

QUADRO RESUMO

PROBLEMA	Fixação de teto no valor de R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais) para pagamento de coparticipação em uma conta hospitalar aberta, apenas dos materiais de órteses, próteses e materiais especiais, que facilmente podem ultrapassar milhares de reais. Existência de Grupos de Procedimentos sem a incidência de qualquer valor cobrado a título de coparticipação.
PROPOSTA	Alterar redação do artigo 32 do Decreto Estadual nº 5729/2005 instituindo os novos percentuais e tetos dos valores a serem arbitrados a título de coparticipações em razão dos grupos de procedimentos demandados pelos beneficiários do plano.
COMPETÊNCIA PARA IMPLEMENTAÇÃO	GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

4 – Revogação de dispositivo que autoriza a manutenção de ex-servidores comissionados e temporários nos quadros de filiados do plano:

Atualmente, pela Lei Complementar nº 127/2003, que cria o Mato Grosso Saúde combinada com o Decreto Estadual nº 5729/2005, que regulamentou o Mato Grosso Saúde, preveem em seus artigos 6º, parágrafo único e artigo 7º, § 5º, respectivamente, que qualquer beneficiário ao perder a condição de servidor público do Estado, em especial os servidores de cargos em comissão e temporários, possuem a opção de solicitar a sua manutenção no plano em até 30 (trinta) dias após a sua exoneração do cargo/função.

Contudo, tal situação tem provocado recorrentes problemas de ordem administrativa/financeira, haja vista em primeiro ponto não haver mais a possibilidade de desconto em folha de pagamento do valor das mensalidades, em segundo ponto, fere o princípio da legalidade para a qual o instituto foi concebido, que é desenvolver e executar a política de assistência à saúde dos beneficiários servidores públicos ativos, inativos e pensionistas do Governo do Estado.

A manutenção de ex-servidores como beneficiários do plano cria uma anomalia, pois mantém uma carteira de beneficiários sem qualquer vínculo funcional com o Governo do Estado, inclusive onerando a contra partida financeira do tesouro estadual.

Neste contexto, propõe que seja revogado esses dispositivos legais, permanecendo o direito de adesão ao plano para os servidores no exercício de cargo em comissão ou temporário, com tempo de permanência no plano adstrito ao período em que estes se encontrarem vinculados à Administração Pública do Estado de Mato Grosso.

QUADRO RESUMO

PROBLEMA	PROPOSTA	COMPETÊNCIA PARA IMPLEMENTAÇÃO
Permanência de ex-servidores ocupantes de cargo em comissão ou temporários nos quadros de filiados do plano, sem a possibilidade de garantia de desconto das mensalidades em folha de pagamento e ferindo o princípio da legalidade em relação à finalidade para a qual o instituto foi concebido.	Revogação do artigo 6º, parágrafo único, da Lei Complementar nº 127/2003, e artigo 7º, § 5º do Decreto Estadual nº 5729/2005.	GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

5 – Extinção das atuais modalidades de plano em razão da ausência de equilíbrio econômico-financeiro entre os Custos Operacionais x Rede Credenciada, mediante a criação de novas modalidades estabelecidas através de prévio trabalho de cálculo atuarial:

Como já repisado, a natureza assistencialista sob a qual se assenta a criação do instituto, aliada ao histórico problema de ordem orgamntária, provocada pela elaboração equivocada das regras e métodos de manutenção do plano (valor das mensalidades x custeio da rede e serviços de saúde disponibilizados, ausência de prévio cálculo atuarial e etc.), carece de revisão urgente:

O erro na concepção dos serviços ofertados, sem o correto estudo do impacto financeiro ocasionado com a manutenção da rede credenciada, acabou por tornar inviável a oferta das modalidades de plano existentes.

Neste contexto, propõe o encerramento de novas adesões de beneficiários aos atuais modelos vigentes, inclusive de beneficiários na qualidade de dependentes e agregados. Dessa forma, a atual carteira de beneficiários será mantida nos planos já existentes, enquanto que as novas adesões só poderão se dar em novas modalidades a serem criadas, essas observando fielmente o equilíbrio financeiro e atuarial.

Os beneficiários inscritos nas atuais modalidades poderão optar pela mudança para os novos planos desde que façam solicitação por escrito, inclusive, tomando ciência acerca das novas coberturas e modalidades de acomodação.

Do mesmo modo, é pertinente, antes da suspensão de novas adesões às modalidades já existentes, que seja oferecido um prazo final de 60 (sessenta) dias de vacância entre a extinção aqui proposta e a vigência dos novos planos, a fim de oportunizar a adesão de novos filiados ou de novos dependentes e agregados aos velhos planos, tudo em respeito aos princípios que regem a Administração Pública, principalmente no que toca à legalidade e moralidade das medidas oportunamente adotadas.

Em relação ao aspecto legal de extinção das atuais modalidades, bem como da criação de novas, este se encontra lastreado pela legislação que rege a organização e funcionamento do Mato Grosso Saúde.

No que concerne à criação e manutenção de planos e suas respectivas modalidades, o artigo 13, da Lei Complementar Estadual nº 127/2003 (Lei de Criação do Mato Grosso Saúde), dispõe que:

Art. 13 O MATO GROSSO SAÚDE, com o objetivo de oferecer um melhor benefício com custos acessíveis, poderá lançar mão de diferentes padrões de assistência, principalmente no que compreende a acomodação em internação sem, no entanto, comprometer a qualidade ou cobertura da assistência.
§ 1º Primordialmente distinguem-se os padrões no MATO GROSSO SAÚDE pelo tipo de acomodação a ser utilizada nas internações hospitalares e a abrangência de prestadores de serviços, devendo os critérios de manutenção de rede de serviços serem revisados periodicamente.
§ 2º A base padrão do modelo de assistência do MATO GROSSO SAÚDE prevê a internação na acomodação coletiva, enfermária, denominado modelo básico.
§ 3º O ingresso do segurado, segurado conveniado e segurado facultativo a qualquer nível superior ao do padrão básico do MATO GROSSO SAÚDE será facultativo, mediante prévia inscrição, devendo sempre manter o mesmo para os dependentes e agregados.
§ 4º O segurado, segurado conveniado e segurado facultativo que exercer a faculdade prevista no parágrafo anterior, contribuirá diferentemente conforme os valores estabelecidos para cada padrão.
§ 5º Compete ao Presidente do MATO GROSSO SAÚDE expedir os atos normativos que disciplinarão o funcionamento do sistema de que trata este artigo. (grifos nossos)

No mesmo sentido, o artigo 37 da mesma Lei Complementar amplia a possibilidade de atuação da Presidência do Mato Grosso sobre eventuais deliberações/decisões que se fizerem necessárias em casos que não estejam previstos no conjunto legal que regula as atividades e funcionamento do Instituto, conforme segue:

Art. 37 Os casos omissos serão devidamente resolvidos pelo MATO GROSSO SAÚDE, mediante a edição de atos normativos.

Igualmente à Lei Complementar nº 127/2003, o Decreto Estadual nº 5729/2005 veio estabelecer prerrogativas sobre a possibilidade legal de o Presidente do Mato Grosso Saúde adotar as medidas legais e administrativas necessárias para promover a política de assistência do Instituto, com vistas à manutenção regular e eficiente dos serviços ofertados aos beneficiários. Passa-se a transcrever o que diz o artigo 33, do referido regulamento:

Decreto Estadual nº 5729/2005

(...)

Art. 33 O presente regulamento e as demais definições necessárias ao funcionamento do plano serão aprovados pelo presidente do MATO GROSSO SAÚDE.

Parágrafo único – Os casos omissos serão devidamente resolvidos pelo MATO GROSSO SAÚDE, mediante a edição de atos normativos. (grifo nosso)

Como visto, pelas simples interpretação literal dos dispositivos até então apresentados constata-se que a modificação em relação às atuais modalidades de planos ofertados é medida legal e administrativa possível.

Na esteira do entendimento esboçado, ressalta-se que de acordo com o Decreto Estadual nº 376/2015 (Regimento Interno do Mato Grosso Saúde), compete ao Mato Grosso Saúde, enquanto autarquia, instituída com escopo assistencial à saúde dos servidores e pensionistas do Estado de Mato Grosso, a adoção de todas as medidas necessárias a fim de implementar e desenvolver as políticas necessárias à plena efetivação de sua atividade finalística, conforme disposto no artigo 2º do referido diploma:

Regimento Interno do Mato Grosso Saúde – Decreto Estadual nº 376/2015
DAS COMPETÊNCIAS

(...)

Art. 2º Compete ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado - MATO GROSSO SAÚDE:
I - desenvolver e executar a Política de Assistência à Saúde dos beneficiários servidores públicos ativos, inativos e pensionistas, seus dependentes e agregados;
II - proporcionar aos beneficiários, juntamente com a rede de credenciados, um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios voltados para a área de saúde;
III - alocar recursos necessários para o cumprimento das Políticas de Assistência à Saúde.

No mesmo sentido, faz-se necessário destacar o papel do Conselho Deliberativo do Mato Grosso Saúde com vistas tanto ao desenvolvimento das políticas assistencialistas do Instituto, quanto na garantia da continuidade das atividades do Instituto.

Os termos do Regimento Interno do Mato Grosso Saúde, destaca tanto a competência da Presidência do Instituto para implementar as medidas necessárias à criação e oferta de novas modalidades de plano, bem com a extinção das atuais vigentes e, neste mesmo contexto, a deliberação pelo Conselho Deliberativo em tal tomada de decisão. Conforme trechos do Regimento Interno que corroboram com o entendimento esboçado:

Regimento Interno do Mato Grosso Saúde – Decreto Estadual nº 376/2015

Seção II
(...)

Do Conselho Deliberativo

Art. 5º O Conselho Deliberativo previsto na Lei Complementar nº 539, de 18 de junho de 2014 **tem como missão acompanhar e opinar sobre as políticas de administração do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado - Mato Grosso Saúde e de seus planos de beneficiários, competindo-lhe:**

I - conhecer e deliberar sobre as alterações no Regimento Interno do Instituto;

II - opinar na definição da Política de Assistência à Saúde aos beneficiários;

III - propor alterações no Regulamento do Plano;

IV - propor os critérios a serem observados quanto aos direitos dos beneficiários;

V - propor os critérios a serem observados para aplicação das penalidades aos beneficiários;

VI - auxiliar o Presidente nas decisões envolvendo os casos administrativos, não previstos no Regulamento do Plano, observando os princípios gerais de direito da Administração Pública;

VII - deliberar sobre notas técnicas encaminhadas pelo Conselho Fiscal;

VIII - apreciar a proposta de reajuste anual dos valores do plano a ser encaminhada ao Governador

(...)

TÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I

Seção I

Do Presidente

Art. 16 Constituem atribuições básicas do Presidente:

I - cumprir e fazer cumprir as normas de que trata a lei de criação desta autarquia, deste regimento interno, das deliberações do Conselho Deliberativo, da legislação pertinente em vigor e demais normas correlatas;

II - editar normas sobre matérias de interesse do Instituto;

III - planejar, coordenar e avaliar as atividades de sua área de competência;

IV - dar plena publicidade dos atos e atividades de sua gestão, conforme legislação específica;

V - administrar a Política de Assistência à Saúde a favor de seus beneficiários;

VI - representar o Instituto ativa e passivamente, em juízo ou fora dele, bem como nas suas relações com terceiros;

VII - receber, exclusivamente, citação, intimação, notificação ou qualquer outra espécie de mandado, relativos a demandas judiciais ou extrajudiciais envolvendo o Instituto, ou delegar por portaria seu representante;

VIII - elaborar a programação da Instituição compatibilizando-a com as diretrizes gerais do governo;

IX - propor o orçamento do Instituto e encaminhar as respectivas prestações de contas;

X - relacionar-se com as autoridades federais, estaduais e municipais relativamente aos assuntos de interesse do Instituto;

XI - assessorar o Governador do Estado e os Secretários de Estado em assuntos de competência do Instituto;

XII - determinar, nos termos da legislação, a abertura de sindicância e a instauração de processo administrativo disciplinar;

XIII - ordenar, fiscalizar e impugnar despesas públicas;

XIV - participar de Conselhos e Comissões, podendo designar representantes com poderes específicos;

XV - realizar a supervisão interna e externa do Instituto;

XVI - **firmar acordo, contratos e convênios, autorizar e ordenar despesas, homologar licitações e praticar os atos de gestão necessários ao alcance dos objetivos do Instituto;**

XVII - Julgar mediante recurso dos interessados, as decisões dos outros Níveis do Instituto, que afetem direitos ou interesses dos beneficiários;
 XVIII - receber reclamações relativas à prestação de serviços prestados, decidir e promover as correções exigidas;
 XIX - determinar realização de auditoria e prestar contas ao órgão competente na forma da lei;
 XX - providenciar a lotação dos servidores encaminhados a serviço, de acordo com as observações ou sugestões apresentadas;
 XXI - movimentar créditos orçamentários, empenhar despesa e efetuar pagamento;
 XII - prestar esclarecimentos relativos aos atos da Instituição;
 XXIII - controlar a assiduidade dos servidores subordinados à sua unidade ou delegar por portaria seu representante;
 XXIV - zelar, em conjunto com a Unidade de Assessoria, pela legalidade e legitimidade dos atos do Mato Grosso Saúde

Como visto, a extinção das modalidades de plano atualmente ofertadas, bem como a criação e oferta de novas modalidades, cabe discricionariamente à gestão do Instituto, sem necessidade de avaliação prévia por parte de qualquer Secretaria ou órgão pertencente à esfera do Poder Executivo Estadual.

QUADRO RESUMO

PROBLEMA	PROPOSTA	IMPLEMENTAÇÃO PARA COMPETÊNCIA PARA
Modalidades de plano atualmente ofertadas sem prévio estudo econômico-financeiro, provocando desequilíbrio nas contas do Mato Grosso Saúde, fator que coloca em risco a própria existência do plano.	Extinção das atuais modalidades de planos ofertadas, com criação de novas modalidades de plano precedidas de prévio estudo de impacto financeiro sobre os serviços/modalidades a serem ofertadas. Concessão de prazo de 60 (sessenta) dias aos beneficiários interessados em ingressar em uma das atuais modalidades ofertadas antes da extinção em definitivo da mesma.	PRESIDÊNCIA DO MATO GROSSO SAÚDE COM ANUÊNCIA DO CONSELHO DELIBERATIVO

Considerações Finais

Diante da exposição das circunstâncias fáticas e legais apresentadas com objetivo de corrigir as regras de funcionamento do Mato Grosso Saúde, o PLANO DE MEDIDAS PARA EQUACIONAR O DEFICIT FINANCEIRO DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO – MATO GROSSO SAÚDE é pautado nos seguintes pontos:

Presidente do Mato Grosso Saúde

Maurelio Ribeiro

Cuiabá, 22 de fevereiro de 2018.

Na forma do que dispõe o artigo 5º e seus incisos do Decreto nº 376/2015, Regimento Interno do Mato Grosso Saúde, o PLANO DE MEDIDAS PARA EQUACIONAR O DEFICIT FINANCEIRO DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO – MATO GROSSO SAÚDE foi apresentado na Reunião Ordinária do Conselho Deliberativo do Mato Grosso Saúde, realizada na sede deste Instituto em 21/02/2018, e deliberado favoravelmente pela sua implantação.

cálculo atuarial;

- Criação de novas modalidades de plano estabelecidas através de prévio trabalho de Operacionais x Rede Credenciada;
- Encerramento de novas adesões de beneficiários às atuais modalidades de plano em razão da ausência de equilíbrio econômico-financeiro entre os Custos servidor público estadual (assegurando o direito dos atuais beneficiários);
- Exclusão do rol de beneficiários de ex-servidores públicos ocupantes de cargos de natureza comissionada e de ex-servidores públicos temporários no plano de saúde, sem contrapartida, concorrendo na contribuição patronal, benefício exclusivo do ano de 2015;
- Reposição do valor da coparticipação dos beneficiários, sem recomposição desde o ano de 2015;
- Fixação de tabela de mensalidades com valores diferenciados para agregados;
- Reposição dos valores das mensalidades do plano de saúde pelo Índice INPC, uma vez que está sem reajuste desde o ano de 2015;