
1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR

Tema 1 - Regulação Econômico-Financeira na Saúde Suplementar

2º Lugar

Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde.

Autora:

Jéssica Caeiro de Souza Costa

PRÊMIO ANS

Tema 1

**OS IMPACTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO RESSARCIMENTO AO SUS
PARA AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

BELO HORIZONTE

2017

RESUMO

O acesso à saúde no Brasil pode ser realizado pela rede pública, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou pela rede privada, por meio do desembolso direto em hospitais e demais prestadores particulares, ou ainda, através da aquisição de planos de saúde oferecidos por Operadoras de Planos de Saúde (OPS). O uso concomitante das duas redes assistenciais por parte dos beneficiários de planos de saúde tornou necessária a instituição do processo de ressarcimento ao SUS. Este determinou que as Operadoras de Planos de Saúde passassem a ressarcir ao SUS, quando houvesse a utilização de seus beneficiários em rede pública referente a procedimentos cobertos pelo plano. O ressarcimento ao SUS passou então a compor legalmente as obrigações das Operadoras de Planos de Saúde. Neste contexto, o presente estudo buscou analisar os impactos econômico-financeiros causados por este processo. Para isso, foram analisadas as informações contábeis de uma amostra de 757 OPS de assistência médico-hospitalar em 2014, sendo este, o exercício mais recente com dados disponíveis de ressarcimento ao SUS. Esta análise foi realizada a fim de mensurar o impacto do ressarcimento ao SUS nas obrigações, contabilmente registradas no passivo, nas despesas assistenciais líquidas e na margem de lucro líquida que, para fins deste estudo, consistiram nos impactos econômico-financeiros. Além disso, para avaliar o comportamento dos beneficiários que utilizam o SUS, também foram analisadas informações referentes às utilizações destes usuários. Os resultados demonstraram que o ressarcimento ao SUS representa, em termos percentuais, valor pouco significativo no passivo, nas despesas assistenciais líquidas e na margem de lucro líquida. Ademais, constatou-se a maior representatividade do ressarcimento ao SUS foi evidenciada nas operadoras classificadas como Filantropias.

Palavras-chave: Operadoras de Planos de Saúde. Ressarcimento ao SUS. Impactos econômico-financeiros.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%hc - Percentual histórico de cobrança
ABI - Avisos de Beneficiários Identificados
AGs - Ativos Garantidores
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC - Autorização de Procedimento Ambulatorial
Art. - Artigo
CADIN - Cadastro Informativo
CF - Constituição Federal
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
DIDES - Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GRU - Guia de Recolhimento da União
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INC - Instrução Normativa Conjunta
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IP - Índice de Pagamento
MLL - Margem de Lucro Líquida
OPS - Operadoras de Planos de Saúde
PEONA - Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisado
PESL - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar
PPCNG - Provisão de Prêmios/Contraprestações Não Ganhos
PS - Previdência Social
RN - Resolução Normativa
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIB - Sistema de Informações de Beneficiários
SIH - Sistema de Internações Hospitalares
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

TIP - Taxa de Identificação de Procedimento

TUB - Taxa de Utilização de Beneficiários

LISTA DE EQUAÇÕES

Equação 1: Taxa de identificação de procedimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde.	34
Equação 2: Taxa de utilização de procedimentos no SUS por beneficiários de planos de saúde, por 1000 beneficiários.	34
Equação 3: Índice de pagamento dos atendimentos realizados por beneficiários no SUS	36
Equação 4: Representatividade da PESL SUS em relação ao total de provisões técnicas com exigência de ativos garantidores pela ANS	37
Equação 5: Representatividade das despesas com ressarcimento ao SUS em relação ao total de despesas assistenciais líquidas.	37
Equação 6: Índice de despesas assistenciais ou sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde de assistência médico-hospitalar	38
Equação 7: Margem de Lucro Líquida (MLL)	38
Equação 8: Impacto das despesas com ressarcimento ao SUS na Sinistralidade e na Margem de Lucro Líquida das OPS de assistência médico-hospitalar.	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Necessidade de Lastro e Vínculo de acordo com regra geral da ANS	25
Figura 2: Componentes do lastro da PESL SUS	26
Figura 3: Cálculo da Adimplência das Operadoras de Planos de Saúde em relação ao ressarcimento ao SUS	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Beneficiários de planos de saúde e Taxa de Cobertura (2000 a 2016)	20
Gráfico 2: Número de Operadoras de Planos de saúde (OPS) com registro ativo (2000 a 2016).....	22
Gráfico 3: Histórico de índice de adimplência do ressarcimento ao SUS (jan/2015 – dez/2016).....	28
Gráfico 4: Atendimentos de beneficiários no SUS por sexo e faixa-etária (2014).....	39
Gráfico 5: Nº. de atendimentos realizados no SUS por beneficiários (AIH e APAC) e taxa de utilização por 1.000 beneficiários (2014)	43
Gráfico 6: Taxa de utilização de beneficiários no SUS por tipo de procedimento e por modalidade a cada 1000 beneficiários (2014).....	43
Gráfico 7: Proporção de idosos por modalidade (2014)	44
Gráfico 8: Índice de Pagamento de atendimentos passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS (2001 a 2014).	46
Gráfico 9: Representatividade das Provisões Técnicas com exigência de ativos garantidores (2014).....	48
Gráfico 10: Representatividade da PESL SUS segundo modalidade (2014).	49
Gráfico 11: Impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas segundo a modalidade das OPS (2014).....	51
Gráfico 12: Impacto do ressarcimento ao SUS na sinistralidade e margem de lucro líquida segundo a modalidade das OPS (2014).	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Internações e Procedimentos ambulatoriais no SUS e Taxa de identificação pelo ressarcimento ao SUS (%) (2007 a 2014).	41
Tabela 2: Taxa de Utilização de Beneficiários (TUB) a cada 1000 beneficiários (2001 a 2014).	42
Tabela 3: Taxa de Utilização de Beneficiários (TUB), por UF a cada 1000 beneficiários (2014).	45
Tabela 4: Índice de pagamento do ressarcimento ao SUS por modalidade (2014). .	47
Tabela 5: Impacto das despesas com ressarcimento ao SUS no total de despesas assistenciais líquidas no ano de 2014.	51
Tabela 6: Impacto das despesas com ressarcimento ao SUS na sinistralidade e margem de lucro líquida das OPS 2014.	52
Tabela 7: Comparativo da Sinistralidade e da MLL da OPS com e sem Despesas com Ressarcimento ao SUS (2014).	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Contextualização.....	12
1.2 Justificativa	14
1.3 Pergunta de Pesquisa	14
1.4 Objetivos	15
1.5 Estrutura da Monografia.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Sistema Público de Saúde Brasileiro	17
2.2 Sistema de Saúde Suplementar.....	18
2.2.1 Operadoras de Planos de Saúde (OPS)	20
2.2.2 Provisões técnicas das Operadoras de Planos de Saúde.....	23
2.2.3 Ativos garantidores	23
2.2.4 Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar (PESL)	25
2.2.5 Sinistralidade das Operadoras de Plano de Saúde.....	27
2.2.6 Adimplência das OPS para com o ressarcimento ao SUS	28
2.3 Ressarcimento ao SUS	29
2.3.1 Processo de ressarcimento ao SUS	30
2.4 Trabalhos semelhantes	31
3. DADOS E MÉTODOS	33
3.1. Classificação da pesquisa	33
3.2. Amostra e objeto de estudo	34
3.3. Coleta e Tratamento dos dados.....	34
3.3.1. Análise da utilização de beneficiários usuários e adimplência das OPS	34
3.3.2. Análise do impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS	36
3.3.3. Análise do impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas, na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS.	37
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	39
4.1 Utilização de beneficiários usuários no SUS e adimplência das OPS	39
4.2 Impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das Operadoras de Planos de Saúde	47

4.3	Impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas, na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS.	50
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	REFERÊNCIAS	56

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O direito a saúde no Brasil foi garantido legalmente a todos e de forma igualitária por meio do Art. 196 da Constituição Federal do Brasil em 1988, que também responsabilizou o Estado a fazer frente a esta obrigação através de políticas sociais e econômicas diminuindo assim, o risco de doenças. Entretanto, antes da instauração constitucional a que se refere esse dever, a assistência à saúde era segmentada e restrita aos contribuintes da Previdência Social, ou seja, o atendimento médico era uma prerrogativa dos beneficiários (FINKELMAN, 2002).

Nesse contexto, o cenário de desigualdade na assistência à saúde colaborou para a crescente atuação de empresas de diversas modalidades que tinham como objetivo comercializar saúde, no sentido de intermediar ou oferecer os serviços médicos, transformando-a assim em um bem de consumo médico (LUZ, 1991).

No intuito de modificar a situação desigual e tornar universal a saúde brasileira, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal de 1988 e este, regulamentado posteriormente pela lei n.º 8080 de 1990. Desde então, o acesso a saúde pública tornou-se direito de todos, brasileiros ou não, que necessitarem de qualquer auxílio à saúde no Brasil, de forma gratuita. A criação do SUS significou um progresso no que tange a assistência à saúde pública. Entretanto, fatores como possíveis falhas em sua implantação, juntamente com a escassa regulação do mercado de planos de saúde, em longo prazo, propiciaram o aumento expressivo do setor de saúde suplementar (FREITAS, 2011).

Além disso, a insegurança por parte da população quanto à qualidade do atendimento realizado através da rede pública, colaborou para o aumento do número de beneficiários em planos de saúde e consequente expansão do mercado de saúde suplementar.

Diante do exposto, a Lei n.º. 9.656 de 1998 foi estabelecida a fim de regulamentar a atuação das empresas que operavam planos de assistência à saúde no mercado, e no intuito de cumprimento desta foi instituída a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) através da Lei nº. 9.961 de 2000. A ANS passou a ser então, a instância reguladora e fiscalizadora no setor de saúde suplementar.

O uso concomitante dos dois sistemas de assistência à saúde presentes no Brasil, ou seja, a dupla cobertura assistencial resultou na necessidade de constituição do processo de ressarcimento ao SUS. Através da Lei nº. 9.656 de 1998 em seu art. 32 foi determinado que as OPS tivessem a obrigação de ressarcir ao Sistema Único de Saúde, quando houvesse utilização de seus beneficiários em rede pública referente a procedimentos cobertos pelo plano contratado. Dessa forma, o ressarcimento ao SUS configurou-se como uma iniciativa reguladora entre o setor público e privado (FREITAS, 2011).

Desde então, o ressarcimento ao SUS passou a compor legalmente o passivo e as despesas das Operadoras de Planos de Saúde, e os mecanismos de cobrança desta obrigação têm sido aprimorados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a fim de agilizar o processo e torná-lo cada vez mais eficaz. (FERNANDES, 2015)

Embora o processo de ressarcimento ao SUS tenha sido instituído há quase duas décadas, há poucos estudos científicos abordando o impacto dessa política para o setor de saúde suplementar. Neste contexto, o objetivo deste estudo é analisar e mensurar os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as Operadoras de Planos de Saúde, de forma a contribuir para a literatura. Para isso, foram consideradas as informações contábeis das Operadoras de Planos de Saúde publicadas pela ANS, nas quais é possível identificar os montantes de ressarcimento ao SUS que são obrigatoriamente contabilizados pelas operadoras.

1.2 Justificativa

O ressarcimento ao SUS é um tema de suma relevância no mercado de saúde suplementar, uma vez que afeta diretamente a situação econômico-financeiras das Operadoras de Planos de Saúde. Através de uma exigência regulamentar da ANS, as OPS devem constituir em suas obrigações contábeis (passivo) uma provisão técnica referente aos débitos de ressarcimento ao SUS que ainda não foram repassados ao sistema público, a Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar (PESL SUS). Ademais, com o objetivo de manter a solvência da operação de planos, a ANS exige que as operadoras possuam ativos garantidores (AGs) suficientes para cobertura desse passivo. Além disso, os montantes de ressarcimento ao SUS impactam no resultado das operadoras, já que estas são responsáveis por arcar com as despesas dos beneficiários que utilizaram o SUS.

Sob a ótica do Sistema Único de Saúde (SUS), o repasse das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) referente aos procedimentos utilizados por seus beneficiários é relevante, uma vez que este montante será revertido em investimento na saúde pública. Sendo assim, a política do ressarcimento ao SUS resulta em impacto tanto para OPS que precisam despende de um determinado valor para cumprir legalmente a obrigação do repasse, quanto para o SUS, que passa a receber este valor transformando-o em recursos que possibilitem a continuidade da prestação de serviço à saúde pública de forma universal.

1.3 Pergunta de Pesquisa

Diante do contexto apresentado, este trabalho busca responder a seguinte pergunta: Quais são os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para Operadoras de Planos de Saúde?

1.4 Objetivos

O objetivo geral dessa pesquisa é verificar quais os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as Operadoras de Plano de Saúde no Brasil, no ano de 2014, através da análise da influência desse processo nas obrigações, contabilmente registradas no passivo e nas despesas assistenciais líquidas das OPS.

Para isso, são considerados os seguintes objetivos específicos:

- a) Análise dos atendimentos realizados por beneficiários no SUS, que corresponde ao fato gerador do ressarcimento ao SUS;
- b) Análise da adimplência das OPS frente a esta obrigação, uma vez que este indicador influencia na necessidade de ativos garantidores e na provisão a qual os débitos de ressarcimento ao SUS são contemplados;
- c) Análise do impacto ocasionado pelo ressarcimento ao SUS no passivo das operadoras, considerando que todo montante devido e não pago deve ser registrado contabilmente através da provisão de eventos e sinistros a liquidar, a qual deve ser lastreada por ativos garantidores e;
- d) Análise do impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas das OPS e como estas despesas influenciam na Margem de Lucro Líquida (relação entre o lucro líquido e as mensalidades) e na sinistralidade (relação entre despesas assistenciais e mensalidades) das OPS.

1.5 Estrutura da Monografia

Esta monografia está organizada em cinco (5) capítulos, incluindo essa introdução. No capítulo 2, Revisão da Literatura, estão dispostos conceitos e definições relevantes para o entendimento do tema apresentado, relacionados com a estruturação do setor de saúde no Brasil, no que tange a esfera pública e privada. Em seguida, nesta mesma seção foram apresentadas explicações referentes ao ressarcimento ao SUS, incluindo o esclarecimento do seu fato gerador e os aspectos que sofrem influência com esse processo. No capítulo 3, Dados e Métodos, são informados os dados utilizados para

a realização desse estudo, o período de análise considerado e a metodologia para alcançar o objetivo proposto. No capítulo 4, Resultados e Discussões, são apresentados os resultados encontrados, derivados da aplicação da metodologia e das análises descritivas dos dados. E por último, no capítulo 5, Considerações Finais, são apresentadas as conclusões desse presente estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistema Público de Saúde Brasileiro

A criação do Sistema Único de Saúde representou um importante progresso no que tange ao modelo de assistência à saúde pública no Brasil, que anteriormente não existia (FREITAS, 2011). Anterior à instituição do SUS, a atenção à saúde pública ocorria através ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, realizadas pelo Ministério da Saúde. (CONASS, 2003)

Além disso, a principal atuação do poder público na saúde até então se deu inicialmente por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que posteriormente atribuiu a assistência médica dos seus segurados a uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social denominada Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977. (CONASS, 2003)

Entretanto, o modelo de assistência à saúde instituído pelo INAMPS beneficiava apenas aos trabalhadores que possuíam vínculo formal e seus dependentes, que realizavam as contribuições previdenciárias. Desta forma, os não contribuintes da autarquia só tinham acesso à saúde por meio do financiamento desta, ou seja, através dos prestadores de serviços de saúde particulares. (CONASS, 2003).

Diante do cenário de desigualdade na assistência à saúde na qual o Brasil se encontrava na década de 70, e dos consequentes detrimientos causados à saúde da população brasileira, movimentos sociais em prol da reestruturação do modelo assistencial existente começaram a ganhar força. Nesse contexto, o movimento da Reforma Sanitária se destacou de modo a reivindicar por um modelo de assistência à saúde universal, descentralizado e unificado. (AZEVEDO, 2012)

Os princípios propostos pelo movimento da Reforma Sanitária foram discutidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, os quais serviram como alicerce para o estabelecimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que defendia a igualdade e universalidade do acesso à saúde. Posteriormente, tais

princípios defendidos pelo SUDS também fizeram parte da estruturação do Sistema Único de Saúde, criado em 1988. (SILVA, 2014)

Surge então, através da CF de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a exercer constitucionalmente a determinação de garantia do acesso à saúde a todos, e responsabilizando o Estado quanto a essa obrigação instituindo também, através deste instrumento regulatório, suas diretrizes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Entretanto, a vagarosa e precária montagem do SUS, devido a falhas do governo em sua implementação, contribuiu para a falta de credibilidade da população brasileira em relação ao serviço oferecido pelo setor público. (FREITAS, 2011)

Segundo Campos (2007, p. 302), existe “a impressão de que há um desencantamento com o SUS ou, talvez, um descrédito quanto a nossa capacidade para transformar em realidade uma política tão generosa e racional”. Além disso, Ocké-Reis et al (2005, p. 1) citaram como principais causas da não atratividade do modelo instituído “a escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público”.

Desta forma, a crescente demanda por saúde agregada a insegurança pública com o modelo implantado pelo Governo, colaboraram para o expressivo crescimento do setor de saúde suplementar que posteriormente, em 1998, também precisou ser regulamentado (FREITAS, 2011).

2.2 Sistema de Saúde Suplementar

O setor de saúde suplementar foi regulamentado através da Lei nº 9.656 de 1998 que determinou regras a serem seguidas por todos os prestadores que operam planos de assistência à saúde. Antes da instauração deste dispositivo legal, este setor, representado pelas Operadoras de Planos de Saúde, atuava de acordo com critérios próprios, não existindo assim, nenhuma regulamentação para comercialização dos planos de assistência à saúde. (ALBUQUERQUE et al, 2008)

Com a vigência desta lei, regras para a oferta de serviços e atuação dos prestadores de serviços à saúde foram instituídas e passaram a ser fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000 pela Lei nº. 9.961. A criação da ANS representou importante progresso na regulação do mercado, entretanto, segundo Santos et al (2008) ainda é necessário aprimorar falhas existentes no processo regulatório.

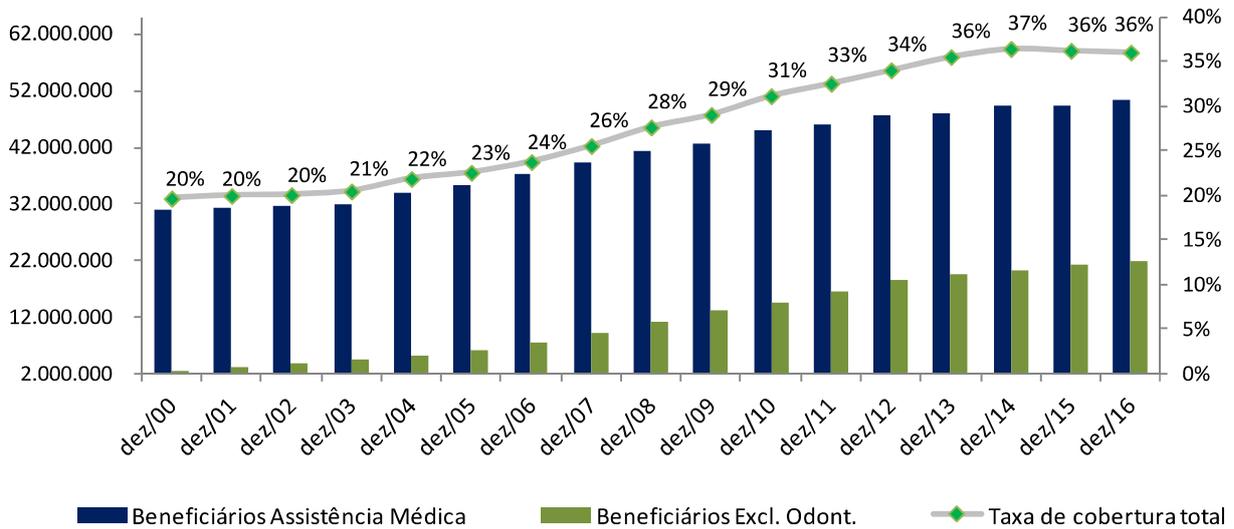
Além disso, de acordo com Pietrobon et al (2008) o setor de planos de saúde pode ser dividido em suplementar, devido ao caráter opcional de aquisição de planos que oferecem a assistência médica, e complementar, quando a participação deste ocorre de forma a integralizar a cobertura assistencial que por algum motivo não foi praticada de forma eficiente pela rede pública. Os autores sugeriram ainda, com base em dados disponíveis, que a promoção do mercado de planos de saúde poderia estar fortemente relacionada com a concentração de renda e oferta de serviços.

Ademais, Ocké-Reis et al (2005) destacaram que as pessoas adquirem os planos de saúde como uma maneira de se precaver dos riscos associados às enfermidades e desta forma, optam por pagar previamente mesmo sem saber se precisarão utilizar. Ainda nessa linha, Cutler & Zeckhauser (2000) definiram que a oferta orienta a procura (*supplier-induced demand*), ou seja, para se manter saudável bem como evitar possíveis problemas de saúde, o preço não representa um fator determinante concluindo então, que a busca pela saúde independe do preço a qual esta será ofertada.

Duarte e Di Giovanni (2001, p. 367) afirmaram que “o sistema de atenção médica suplementar cresceu a passos largos durante a década de 80, de tal modo que, em 1989, cobria 22% da população total do país. Somente no período 1987/89 incorporaram-se a esse subsistema 7.200.000 beneficiários.” No que tange a situação do sistema de saúde suplementar em 2016, 72,4 milhões de beneficiários encontravam-se vinculados a planos de saúde, seja de assistência médica (com ou sem odontologia) ou de exclusivamente odontológicos, que representa uma taxa de cobertura - razão entre o número de beneficiários e a população brasileira - em torno de 36%.

Desde a criação da ANS, houve um aumento significativo no número de beneficiários de planos de saúde e taxas de coberturas cada vez mais significativas, apresentando queda apenas a partir do ano de 2015, conforme é possível analisar no gráfico abaixo.

Gráfico 1: Beneficiários de planos de saúde e Taxa de Cobertura (2000 a 2016)



Fonte: Elaboração própria através de dados obtidos pelo Tabnet (ANS, 2017).

Diante do panorama de ascensão do setor, inúmeras iniciativas foram instituídas de forma a organizar o mercado de planos de saúde e forçar as OPS a cumprirem suas obrigações perante a Agência reguladora e aos seus beneficiários. Uma delas corresponde à obrigatoriedade da constituição de valores (ativos) pelas OPS para suprir suas futuras e esperadas obrigações (passivo) no que tange a operação com planos de saúde, chamadas provisões técnicas, que serão discutidas de forma mais detalhada no decorrer deste trabalho.

2.2.1 Operadoras de Planos de Saúde (OPS)

O conceito de Operadoras de Planos de Saúde foi definido conforme consta no Art. 1º da Lei nº. 9.656 de 1998, como qualquer pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de assistência à saúde. A partir deste, originaram-se outros conceitos relacionados às OPS, como por exemplo, a

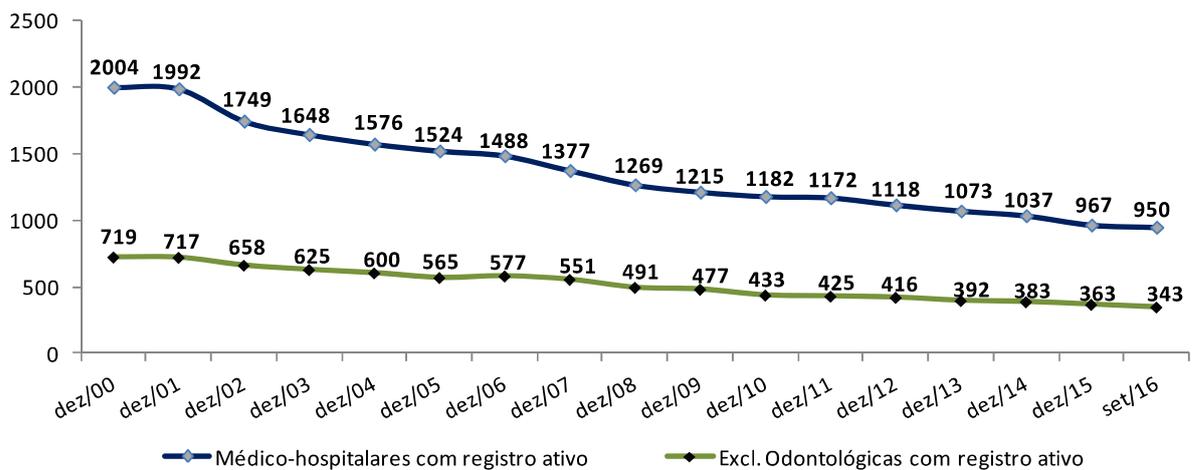
classificação destas quanto a sua modalidade no mercado de saúde suplementar, sendo estas:

- Filantropia: Operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos de saúde e que tenha certificado de entidade filantrópica do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (ANS, 2012).
- Administradora de benefícios: Pessoa jurídica que propõe a contratação de planos coletivos de saúde na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes (ANS, 2012).
- Autogestão: Entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares (ANS, 2012).
- Cooperativa médica: Operadora constituída na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº. 5.764/71, formada por médicos, e que comercializa planos de assistência à saúde (ANS, 2012).
- Seguradora especializada em saúde: Empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros saúde e oferece reembolso das despesas assistenciais, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro (ANS, 2012).
- Medicina de grupo: Sociedade que comercializa ou opera planos de saúde, excetuando as classificadas nas demais modalidades (ANS, 2012).
- Cooperativa Odontológica: Associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº. 5.764/71, formada por odontólogos, que comercializa planos de saúde exclusivamente odontológicos (ANS, 2012).
- Odontologia de grupo: Sociedade que comercializa planos exclusivamente odontológicos, excetuando-se as classificadas na modalidade de cooperativa odontológica (ANS, 2012).

Outro importante conceito no âmbito da organização das OPS refere-se ao porte, determinado com base na quantidade de beneficiários apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, conforme descrito na RN nº. 392: as operadoras de Pequeno Porte possuem menos de 20 mil beneficiários; as operadoras de Médio Porte possuem entre 20 mil e 100 mil beneficiários enquanto as operadoras de Grande Porte possuem mais de 100 mil beneficiários.

A atuação das Operadoras de Plano de Saúde no mercado ocorria desde o período anterior a regulamentação do setor. Entretanto, o cenário pós-regulamentação contou com significativa queda no número OPS atuantes, conforme é demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2: Número de Operadoras de Planos de saúde (OPS) com registro ativo (dez/2000 a set/2016)



Fonte: Elaboração própria através de dados obtidos pelo Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Setembro de 2016 (ANS, 2016).

Salvatori e Ventura (2012) afirmam que esse cenário pode ser justificado pela atuação da ANS, que através das regulamentações tornou o mercado mais seletivo, de modo que este se restringiu na permanência e entrada de operadoras solventes. Ademais, segundo Santos et al (2008) a exigência de condições para atuar no mercado praticada pela instância reguladora, como por exemplo, a constituição de reservas financeiras, resultou na queda do número de empresas que no período pré-regulamentação, operavam sem nenhum critério de estabilidade e sustentabilidade econômica, o que tornou o setor de saúde suplementar mais saudável.

2.2.2 Provisões técnicas das Operadoras de Planos de Saúde

O conceito referente às provisões técnicas é citado no Art. 2º da Resolução Normativa n.º 393 de 2015, e refere-se aos valores contabilizados no passivo (registro contábil referente ao saldo das obrigações devidas) que devem refletir as futuras obrigações esperadas decorrentes das operações de planos privados de assistência à saúde.

Além disso, nesta mesma regulamentação em seu Art. 3º foram definidos os critérios para a constituição das provisões técnicas, as quais devem ser constituídas mensalmente. Estas por sua vez, são discriminadas em: Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL), montante que engloba o valor devido das utilizações que já foram realizadas, reconhecidas, mas que ainda não foram liquidadas pela operadora; Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA), refere-se ao montante de eventos (utilizações) ocorridos e não reconhecidos pela operadora; Provisão para Remissão refere-se às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes; Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas (PPCNG) refere-se à parcela da contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu; Outras Provisões Técnicas que se referem a aquelas constituídas quando necessárias para à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro.

As contas contábeis que se referem às provisões técnicas são constituídas no passivo das Operadoras de Planos de Saúde de acordo com o plano de contas vigente, regulamentado pela ANS.

2.2.3 Ativos garantidores

A definição de ativos garantidores (AGs) é abordada no Art. 4º da RN 392 e pode ser resumida como bens imóveis, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora que lastreiam – garantem – as provisões técnicas.

De forma objetiva, Amorim (2013, p. 171) definiu o ativo garantidor como “a efetivação financeira real refletida pela provisão técnica”, ou seja, diante das obrigações das OPS, legalmente representadas pelas provisões técnicas perante ANS, deve existir um montante que seja suficiente para a cobertura e garantia do cumprimento destas.

A constituição das provisões técnicas e dos ativos garantidores é uma das maneiras de verificação, por parte da ANS, da situação econômico-financeira das operadoras, uma vez que para atuar no mercado de saúde suplementar, as OPS precisam se demonstrar capazes de manter a qualidade da assistência à saúde prestada a seus beneficiários. Sendo assim, o valor constituído de Ativos Garantidores deve ser suficiente para cobrir o montante correspondente às provisões técnicas (AMORIM, 2013).

Os ativos garantidores das provisões técnicas precisam estar em parte, vinculados à ANS, quando estes se referirem à cobertura das Provisões de PEONA, Remissão e PESL avisada há mais de 30/60 dias – eventos ocorridos e avisados às OPS após 30 dias, quando se tratar das OPS de grande porte e 60 dias quando se tratar das OPS de pequeno e médio porte – e Outras Provisões técnicas, caso exista, desde que estas sejam consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões.

Além disso, o montante referente aos AG's, vinculados e não vinculados, precisa totalizar o lastro correspondente ao valor total das provisões técnicas, sendo dispensados desta exigência, conforme previsto na RN nº. 392 de 2015:

- Os valores registrados na PPCNG (Provisão de Prêmios/Contraprestações Não Ganhos);
- Débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que estejam garantidos por depósitos judiciais;
- Débitos referentes ao ressarcimento ao SUS que tenham sido objeto de parcelamento já aprovado pela ANS;
- Débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos de operações com planos de assistência à saúde decorrentes de contratos de resseguro; e

- Débitos referentes aos processos de ressarcimento ao SUS sem inscrição em Dívida Ativa e sobrestados administrativamente, em virtude da decorrência de mais de 5 (cinco) anos do vencimento da GRU emitida.

Segue esquema demonstrando a necessidade de lastro e vínculo segundo regra geral da ANS:

Figura 1: Necessidade de Lastro e Vínculo de acordo com regra geral da ANS

Ativo (Garantia/Lastro)	Passivo (Provisões)
	PPCNG
Lastro em ativos garantidores não vinculados.	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) até 30/60 dias.*
Lastro em ativos garantidores vinculados.	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) a mais de 30/60 dias.*
	Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA).
	Outras Provisões Técnicas
	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) - Ressarcimento ao SUS parcelado e aprovado pela ANS.

*30 dias quando se referir a OPS de grande porte e 60 para as de pequeno/médio porte.

*PESL com depósito judicial - Sem exigência de lastro.

Fonte: Elaboração própria a partir das informações da apresentação com orientações da RN nº 392/2015 – Ativos Garantidores (ALVES, 2016).

Desta forma, a Agência Nacional de Saúde Suplementar fiscaliza a situação das Operadoras de Planos de Saúde de acordo com a quantidade de recursos disponíveis de forma que estes garantam o cumprimento todas as suas obrigações impostas por regulamentações específicas.

2.2.4 Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar (PESL)

O montante constituído na Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar é destinado à cobertura de todos os eventos conhecidos, sejam estes correspondentes ao ressarcimento ao SUS ou a outros prestadores de serviços assistenciais, que já foram avisados às OPS, mas ainda não foram pagos por estas.

É importante ressaltar que até 2008 os valores referentes ao montante devido e ainda não liquidado com ressarcimento ao SUS eram contabilizados juntamente com os que se referem a outros prestadores na conta de Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar, não havendo desta forma, a segregação contábil de acordo com a origem dos eventos ocorridos. Com a divulgação da RN nº. 207 de dezembro de 2009, os valores a liquidar referentes ao ressarcimento ao SUS passaram a ser registrados em uma conta específica no Plano de Contas Padrão da ANS.

O registro contábil do montante referente ao SUS, conforme previsto na INC. DIOPE/DIDES nº 5 de 2011, deve ser realizado mensalmente com base nos valores das notificações dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABI) considerando o percentual histórico de cobrança (%hc), somado ao montante total cobrado nas Guias de Recolhimento da União (GRU) emitidas e ao saldo de parcelamento aprovado pela ANS.

A figura 2 demonstra a exigência de lastro, no que tange à constituição da Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar SUS:

Figura 2: Componentes do lastro da PESL SUS

PESEL SUS (INC. DIOPE DIDES nº 5/2011)	Proporção da provisão x exigência de lastro
% hc x ABI	R\$ 1,00 provisão : R\$ 1,00 x (1- I_SUS) lastro
GRUs pendentes	R\$ 1,00 provisão : R\$ 1,00 lastro
Parcelamento	R\$ 1,00 provisão : Sem exigência de lastro

**I_SUS = Índice de Efetivo pagamento ao Ressarcimento ao SUS
divulgado no site da ANS pela DIDES**

Conforme demonstrado na Figura 2, o percentual referente ao índice efetivo de pagamento do ressarcimento ao SUS pode ser deduzido do valor de $ABI \times \%hc$ e os parcelamentos dos valores devidos não possuem exigência de lastro, reduzindo desta forma, a necessidade de garantia para a PESL SUS. Este processo é uma forma que ANS estipulou para incentivar que as OPS se mantenham adimplentes.

Desta forma, quanto maior o índice efetivo de pagamento referente aos montantes devidos de ressarcimento ao SUS e menor a utilização dos beneficiários em rede pública, menor será o valor constituído na PESL SUS das OPS, ou seja, menor será a obrigação financeira.

2.2.5 Sinistralidade das Operadoras de Plano de Saúde

A sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde é a relação entre as despesas assistenciais, que correspondem às despesas geradas pela utilização dos beneficiários, líquidas de coparticipações, e as receitas referentes à operação com os Planos de Saúde, que são as mensalidades/contraprestações pagas pelos beneficiários.

Os atendimentos realizados por beneficiários em rede pública ou particular conveniada ao SUS correspondem a uma despesa assistencial e são registradas contabilmente pelas OPS junto as demais despesas de utilização dos beneficiários que foram realizadas pela rede contratada. Dessa forma, o ressarcimento ao SUS também é contemplado no índice de sinistralidade operadoras.

Ademais, a sinistralidade é um importante indicador da saúde econômico-financeira das Operadoras de Planos de Saúde, uma vez que através dele é possível avaliar o comportamento da massa de beneficiários em relação a utilização do plano.

Desta forma, uma elevada sinistralidade compromete o resultado econômico-financeiro das Operadoras, uma vez que quanto maior a sinistralidade, menor a margem de contribuição (diferença entre as mensalidades e despesas assistenciais). Este contexto pode levar ao desequilíbrio econômico-financeiro, considerando que os custos excedentes, não comportados pela margem de contribuição resultante, acabam sendo absorvidos pelas OPS.

2.2.6 Adimplência das OPS para com o ressarcimento ao SUS

A adimplência das operadoras referente ao ressarcimento ao SUS é avaliada de acordo com a proporção de débitos pagos e parcelados em relação do total devido, apurado conforme formulação a seguir:

Figura 3: Cálculo da Adimplência das Operadoras de Planos de Saúde em relação ao ressarcimento ao SUS

$$\text{Adimplência Ressarcimento ao SUS} = \frac{(\text{Valores pagos} + \text{Valores em parcelamento})}{\text{Valores Cobrados}} \times 100\%$$

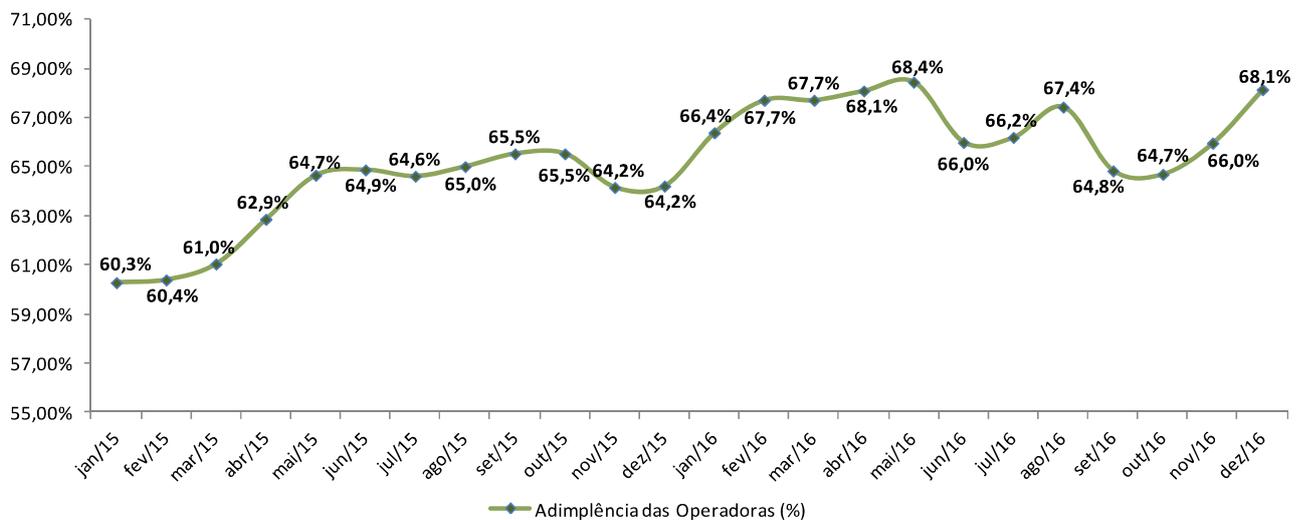
Sendo:

- Valores Pagos: somatório do valor original das Guias de Recolhimento da União (GRU) pagas pela operadora;
- Valores Parcelados: somatório dos valores originais das GRU's parceladas pela operadora, com status deferido ou quitado e;
- Valores Cobrados: total dos valores originais das GRU's geradas para as operadoras.

Fonte: Elaboração própria a partir das informações da Ficha Técnica dos Indicadores – ANS

É possível perceber, conforme gráfico 3, que o panorama atual do o índice de adimplência das Operadoras de Planos de Saúde é de ascensão e obteve crescimento de aproximadamente 7,8 p.p. no período analisado.

Gráfico 3: Histórico de índice de adimplência do ressarcimento ao SUS (jan/2015 – dez/2016)



Fonte: Elaboração Própria através das informações fornecidas pelas Planilhas de Percentual de Pagamento Administrativo das Operadoras junto ao Ressarcimento ao SUS (jan/2015 – dez/2016).

Uma possível explicação para o cenário apresentado é a política de incentivo adotada pela ANS, a qual se resume em medidas benéficas para as Operadoras de Planos de Saúde que se mantiverem adimplentes, como por exemplo, a dedução da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS (PESL SUS) ponderada pelo percentual de adimplência da necessidade de ativos garantidores. As OPS teriam então, maior autonomia na gestão dos seus recursos.

2.3 Ressarcimento ao SUS

Dentre as regras estabelecidas pela Lei nº. 9656 de 1998 encontra-se a política do ressarcimento ao SUS, previsto em seu artigo 32 cujo caput pode ser transcrito:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos que tratam o inciso I e o parágrafo 1º do art 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos seus respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1998)

Sendo assim, o fato gerador do ressarcimento ao SUS é a utilização em rede pública dos beneficiários de planos de saúde que possuem cobertura assistencial contratada.

Segundo Scatena (2004), a política do ressarcimento ao SUS tem o intuito de evitar o enriquecimento sem causa das Operadoras de Planos de saúde. Além disso, Lei a que se refere esta política objetiva-se basicamente em constituição de uma nova fonte de financiamento do SUS, em garantir que as operadoras cumpram as condições estabelecidas em contrato e impedir que as atividades com fins lucrativos tenham o auxílio de recursos públicos.

Ainda nesta linha, Bahia (2001) afirmou que esta política foi projetada com o intuito de reduzir o estímulo existente da utilização da rede pública ou privada conveniada ao SUS por beneficiários que possuem cobertura contratada, o que na prática ainda não ocorre integralmente. Sob a ótica das operadoras, o argumento contra a política do ressarcimento ao SUS consiste no fato de que seus beneficiários optam por utilizar o SUS de maneira espontânea e logo, deveriam ser isentas da obrigação frente a estas despesas. Entretanto, a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS independe dos

motivos pelos quais os beneficiários utilizam a rede pública, considerando que estes podem estar relacionados a diversos fatores.

Nesse contexto, Martins et al (2010) constataram, para uma análise realizada com dados referentes ao município de São Paulo, que a distância e o custo do transporte para deslocamento até a unidade de atendimento correspondem ao principal motivo (cerca de 50% dos casos analisados) de utilização da rede pública pelos beneficiários. Outros fatores, como a não percepção de diferenças entre a rede pública e privada e a existência de carência ou não cobertura do procedimento, também foram constatados nesta pesquisa, com representatividade de 20% e 10% respectivamente.

Ademais, muitos beneficiários de planos de saúde não possuem ciência da existência do ressarcimento das Operadoras de Planos de Saúde ao SUS, e muito menos, que este fator é componente da precificação do plano adquirido e custeado por eles. O ressarcimento ao SUS corresponde a uma despesa assistencial, que embora não tenha sido utilizada através da rede privada contratada, é subsidiada pelas Operadoras e repassada aos consumidores através das contraprestações (MARTINS; LEITE; NOVAIS, 2010).

2.3.1 Processo de ressarcimento ao SUS

O processo de cobrança do ressarcimento ao SUS ocorre em várias etapas. Primeiramente são feitas análises das informações do SUS, as quais possuem o detalhamento dos atendimentos feitos na rede pública. Em seguida, estas informações são cruzadas com dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), para então identificar os atendimentos feitos por usuários que possuem cobertura assistencial do sistema de saúde suplementar.

Após a identificação dos beneficiários, a Agência (ANS) notifica às Operadoras, e estas podem contestá-la em caso de impropriedade de informações. Caso sejam comprovadas divergências nas notificações, ocorrem as anulações ou retificações. Caso contrário, a ANS realiza a notificação de cobrança dos valores devidos.

Neste contexto, a consequência do não pagamento dos valores cobrados referente ao ressarcimento ao SUS resulta na inscrição no Cadastro Informativo (CADIN) dos

créditos de órgãos e entidades federais não quitados, à inscrição em dívida ativa da ANS e à execução judicial. Por fim, os valores recolhidos referentes ao ressarcimento ao SUS são repassados pela ANS para o Fundo Nacional da Saúde.

2.4 Trabalhos semelhantes

O processo de ressarcimento ao SUS é um tema relevante no que se refere à assistência à saúde no Brasil, seja no âmbito público ou privado, uma vez que se originou da necessidade de regular a atuação das OPS no cumprimento da assistência à saúde de qualidade pelos planos oferecidos e segundo Marcera et al (2004) contribui para a igualdade e equilíbrio do sistema.

A regulamentação do setor de saúde suplementar aprimorou-se de modo que garantiu aos beneficiários uma série de direitos perante à contratação do plano como, por exemplo, a existência de planos oferecidos pelas Operadoras de Planos de Saúde com ampla cobertura assistencial, o que em contrapartida, restringiu a comercialização de planos financeiramente mais acessíveis (MARCERA; SAINTIVE, 2004). Contribuindo para esta linha de raciocínio, Oliveira (2009) afirmou com base nos resultados encontrados em sua pesquisa em relação à utilização no SUS por beneficiários de planos de saúde, que os planos com valores mais acessíveis apresentavam por sua vez, menores condições de arcar com as despesas geradas pelas internações de seus beneficiários. Desta forma, estes recorriam ao SUS ou financiavam particularmente o atendimento necessário. Foi demonstrado em seu estudo que a representatividade da utilização por beneficiários que detém de um plano mais barato é significativamente maior que os demais detentores de planos menos acessíveis e com maior cobertura.

Em relação ao fato gerador do ressarcimento ao SUS, ocasionado pela existência da cobertura duplicada de assistência à saúde, Oliveira (2009) afirma que o SUS é um componente importante no que tange a assistência à saúde de beneficiários de planos de saúde, uma vez que a população com cobertura assistencial contratada ainda assim, recorre à assistência à saúde pública. Ainda segundo resultados obtidos pela autora, fatores que estão diretamente relacionados com a utilização de beneficiários no SUS são: Perfil de morbidade dos beneficiários; Abrangência geográfica, a qual se

observou maior utilização por beneficiários municipais justificada pela possível dificuldade dos planos em estruturar uma rede de prestadores de serviço de modo que atenda a demanda por saúde de seus beneficiários e; Local de residência do beneficiário, uma vez que os beneficiários que residem fora da região metropolitana realizam mais atendimentos no SUS em comparação àqueles que encontram-se na região metropolitana.

Além disso, os resultados obtidos para a pesquisa de Oliveira (2009) permitiram identificar que os hospitais filantrópicos corresponderam aos prestadores de serviço onde houve maior utilização de beneficiários, confirmando sua importância tanto para SUS, uma vez que nestes ocorreram o maior número de internações passíveis de ressarcimento, quanto para a rede de operadoras de planos de saúde, considerando que uma significativa parcela das internações ocorreu em estabelecimentos que já possuíam vínculo contratual com a própria operadora.

No que tange a importância da restituição dos valores devidos ao SUS, Salis (2016) afirmou com base nos resultados encontrados para a representatividade das despesas com ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas das Operadoras de Planos de Saúde, que embora tenha apresentado valor irrelevante em termos percentuais, o mesmo é de suma relevância para a saúde pública, uma vez que este recurso será designado para investimento na assistência à saúde universal.

Desta forma, desde sua instituição, o ressarcimento ao SUS tornou-se motivo para diversas discussões, sejam estas a favor ou contrárias ao processo e o presente estudo visa contribuir com o entendimento da influência desta política sob a ótica econômico-financeira das OPS.

3. DADOS E MÉTODOS

O objetivo geral dessa pesquisa se resume em verificar os impactos econômico-financeiros do processo de ressarcimento ao SUS para as Operadoras de Plano de Saúde no Brasil. Para tanto, buscou-se analisar o comportamento das utilizações de beneficiários em rede pública, fato gerador do ressarcimento ao SUS, a adimplência das OPS frente a esta obrigação e mensurar qual o real efeito desse processo, no passivo, nas despesas e conseqüentemente, no resultado das Operadoras de Planos de Saúde.

Ademais, nesta seção são apresentadas em seqüência, as informações referentes à classificação da pesquisa realizada, a amostra considerada, os dados coletados para a análise, bem como os tratamentos realizados para avaliá-los, os quais foram divididos nos três tópicos que seguem: Análise da utilização de beneficiários usuários e adimplência das OPS; Análise do impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS e; Análise do impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas, na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS.

3.1. Classificação da pesquisa

Para alcançar o objetivo proposto neste trabalho, que se resume em mensurar e analisar os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as Operadoras de Planos de Saúde foi realizada uma pesquisa de abordagem quantitativa, a qual se pode quantificar os resultados, de natureza básica, que se resume em colaborar com novos conhecimentos envolvendo verdades e, descritiva, que segundo Triviños (1987), consiste em um estudo que realiza descrições dos aspectos acerca de um problema de uma determinada realidade.

Em resumo, o método utilizado neste trabalho consiste na descrição dos dados relacionados ao problema e na abordagem quantitativa destes.

3.2. Amostra e objeto de estudo

A amostra analisada neste trabalho consiste em 757 Operadoras de Planos de Saúde de assistência médico-hospitalar, que corresponde à 66% do total de OPS que atuavam no mercado de saúde suplementar brasileiro no ano de 2014.

3.3. Coleta e Tratamento dos dados

3.3.1. Análise da utilização de beneficiários usuários e adimplência das OPS

Com o intuito de estudar o fato gerador do ressarcimento ao SUS, foram realizadas análises descritivas das informações referentes aos atendimentos realizados por beneficiários em rede pública. Estas informações foram extraídas da base de dados da ANS – Tabnet – compreendendo o período de 2001 a 2014, sendo este, o período com o total de informações disponíveis para ressarcimento ao SUS.

Além disso, de modo que os resultados fossem ponderados e avaliados com mesmo tratamento, as informações foram analisadas com base em dois indicadores comumente utilizados pela ANS em suas análises: a taxa de identificação de procedimentos (TIP), que corresponde à quantidade de procedimentos identificados passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS em relação ao total de procedimentos realizados no SUS; e a taxa de utilização de beneficiários no SUS (TUB), que se refere à razão entre o número de procedimentos identificados no ressarcimento e o número de beneficiários de planos com cobertura médico hospitalar. As formulações estão apresentadas nas equações 1 e 2 a seguir:

Equação 1: Taxa de identificação de procedimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde.

$$TIP = \frac{\textit{Procedimentos identificados}}{\textit{Total de procedimentos realizados}}$$

Equação 2: Taxa de utilização de procedimentos no SUS por beneficiários de planos de saúde, por 1000 beneficiários.

$$TUB = \frac{\textit{Procedimentos identificados}}{\textit{Total de beneficiários}} * 1000$$

Além da ferramenta de dados da ANS, para o cálculo da Taxa de Identificação de Procedimentos (TIP), as informações que se referem ao total de procedimentos realizados no SUS foram extraídas através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), para procedimentos de internações, e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), para os procedimentos ambulatoriais.

Entretanto, considerando que as informações de procedimentos de internações realizados no SUS estão disponíveis a partir de abril de 2006, e as informações dos procedimentos identificados para ressarcimento ao SUS disponíveis na ANS no período de 2001 a 2014, foi realizado um corte compreendendo o período de 2007 a 2014 para a análise da taxa de identificação de procedimentos (TIP), o qual inclui as informações anuais completas mais recentes disponíveis em ambas as ferramentas. Além disso, no que se refere às informações de procedimentos ambulatoriais, foi explorado apenas o ano de 2014, considerando que somente a partir deste, estes passaram a compor o processo de ressarcimento ao SUS.

Para o cálculo da Taxa de Utilização de Beneficiários (TUB), as informações compreenderam o período de 2001 a 2014, considerando que os dados disponíveis referentes a beneficiários contemplam todo o período de análise.

Visto que somente as operadoras que comercializam plano de saúde médico-hospitalar estão sujeitas ao ressarcimento ao SUS para procedimentos realizados até dezembro de 2014, foram utilizadas apenas as informações que se referem aos beneficiários com cobertura de plano de assistência médica-hospitalar, desconsiderando desta forma, toda e qualquer informação a respeito das operadoras exclusivamente odontológicas.

Além disso, considerando que o valor contabilizado na PESL SUS está diretamente relacionado com as utilizações dos beneficiários no SUS, bem como com o pagamento das despesas referente a estas, quanto mais adimplentes forem as OPS em relação ao ressarcimento ao SUS, menor tende a ser a provisão que reflete o montante a liquidar. Desta forma, em um segundo momento, o comportamento de adimplência das OPS frente a esta obrigação financeira será observado anualmente no período de 2001 a 2014. Nesta análise, as informações referentes à quantidade paga e cobrada de atendimentos realizados por beneficiários no SUS, disponibilizadas

pela base de dados da ANS, serão avaliadas com o auxílio do índice de pagamento (IP) dos atendimentos que corresponde à razão entre a quantidade de atendimentos pagos e quantidade de atendimentos cobrados em um mesmo período, conforme equação 3:

Equação 3: Índice de pagamento dos atendimentos realizados por beneficiários no SUS

$$IP = \frac{\textit{Atendimentos pagos}}{\textit{Total atendimentos cobrados}}$$

Em seguida, a análise do impacto econômico-financeiro do ressarcimento ao SUS baseou-se no efeito que este gera tanto no passivo quanto nas despesas assistenciais líquidas das Operadoras de Planos de Saúde.

3.3.2. Análise do impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS

Com o objetivo de mensurar o efeito do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS, foram extraídos os dados contábeis através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), no ano de 2014. Este por sua vez, corresponde ao exercício mais recente de informações que contempla tanto as informações contábeis disponíveis da Provisão de Eventos a Liquidar para SUS quanto às informações de utilização dos beneficiários no SUS, de modo que seja possível realizar um paralelo entre os resultados obtidos.

Além disso, outro critério para a escolha do período a ser analisado pode ser justificado pelo fato deste apresentar informações a respeito da inclusão dos procedimentos ambulatoriais no processo de ressarcimento ao SUS, anteriormente inexistentes.

Desta forma, através das informações contábeis das OPS, o impacto no passivo foi analisado com base na representatividade do montante da Provisão de Eventos a Liquidar para o SUS em relação ao valor total das provisões com exigência de ativos garantidores, conforme apresentado na equação 4:

Equação 4: Representatividade da PESL SUS em relação ao total de provisões técnicas com exigência de ativos garantidores pela ANS

$$REP(PESL_{SUS}) = \frac{PESL_{SUS}}{PESL_{TOTAL} + PEONA + Remissão + Outras Prov.}$$

É importante salientar que os números das contas contábeis utilizadas estão de acordo com o plano de contas vigente no ano de 2014. Além disso, foram determinados os seguintes critérios para análise das informações contábeis neste trabalho: Consideraram-se os dados de todas as OPS que enviaram suas informações contábeis à ANS por meio do DIOPS no 4º trimestre de 2014 de forma suficiente e consistente, e a partir desta base de dados, foram excluídas as operadoras exclusivamente odontológicas, sendo estas, as classificadas como Odontologia de Grupo e Cooperativa Odontológica. Foram desconsideradas também as operadoras que nesta data-base não possuíam registro de beneficiários ativos. A partir desta validação, esta base foi considerada como referência para extração de todas as informações contábeis utilizadas neste estudo, resultando em uma amostra de 757 operadoras de planos de saúde de um total de 1.146.

3.3.3. Análise do impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas, na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS.

Considerando que o ressarcimento ao SUS influencia não só no passivo, mas também nas despesas assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde, o impacto econômico-financeiro será avaliado também com base na representatividade das despesas com SUS em relação ao total de despesas assistenciais líquidas, ambas registradas contabilmente em contas específicas de acordo com Plano de Contas Padrão vigente da ANS, conforme é demonstrado na equação 5.

Equação 5: Representatividade das despesas com ressarcimento ao SUS em relação ao total de despesas assistenciais líquidas.

$$REP(DESP_{SUS}) = \frac{Despesas\ com\ SUS}{Total\ despesas\ assistenciais\ líquidas}$$

De modo a complementar esta análise, será avaliado também, o quanto as despesas com SUS contabilizadas influenciam na sinistralidade e na margem de lucro líquida

(MLL), as quais as formulações são apresentadas nas equações 6 e 7. Estes por sua vez, correspondem a indicadores utilizados pela ANS para analisar o desempenho econômico-financeiro das Operadoras de Planos de Saúde. O resultado líquido, componente da MLL, corresponde ao montante das receitas (conta 3) com a dedução das despesas (conta 4) e dos impostos e participações sobre o lucro (conta 61).

Equação 6: Índice de despesas assistenciais ou sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde de assistência médico-hospitalar

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

Equação 7: Margem de Lucro Líquida (MLL)

$$MLL = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

Considerando que ambos os indicadores apresentados estão ponderados pelas Contraprestações Efetivas, as despesas com ressarcimento ao SUS resultarão então em um mesmo impacto, representado pela razão entre as despesas com ressarcimento ao SUS e as contraprestações efetivas, conforme explícito na equação 8.

Equação 8: Impacto das despesas com ressarcimento ao SUS na Sinistralidade e na Margem de Lucro Líquida das OPS de assistência médico-hospitalar.

$$\text{Impacto das despesas}_{SUS} = \frac{\text{Eventos indenizáveis líquidos}_{SUS}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

Desta forma, podemos dizer que as despesas com ressarcimento ao SUS possuem o mesmo peso quando relacionadas a sinistralidade e a margem de lucro líquida das Operadoras de Planos de Saúde.

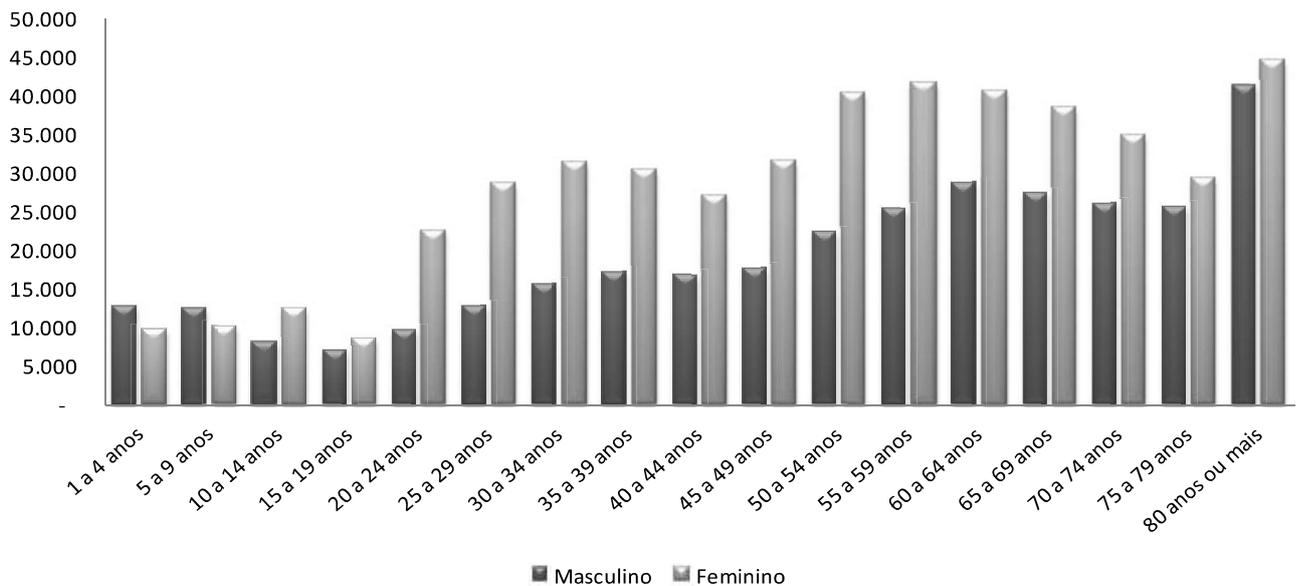
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos a partir da metodologia explícita na seção anterior foram organizados de acordo com cada objetivo específico proposto neste trabalho.

4.1 Utilização de beneficiários usuários no SUS e adimplência das OPS

Inicialmente, para analisar o comportamento da utilização dos beneficiários de planos de saúde no SUS, foram extraídos os dados disponibilizados no Tabnet-ANS, referentes a todos os atendimentos realizados em rede pública, por faixa etária e sexo no ano de 2014. O resultado está disposto no gráfico 4:

Gráfico 4: Atendimentos de beneficiários no SUS por sexo e faixa-etária (2014).



Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2014)

Conforme podemos observar, os beneficiários que utilizam o Sistema Único de Saúde são, em sua maioria, mulheres. Verifica-se maior concentração de atendimentos nas idades mais avançadas, tanto no sexo feminino quanto masculino. O padrão etário de atendimentos pode estar relacionado à dificuldade de mobilidade dos idosos, uma vez que um dos principais motivos da utilização da rede pública por beneficiários de planos de saúde é a distância até o local de atendimento, conforme mencionado por Martins et al (2010).

Além disso, para que seja possível realizar uma análise a respeito da utilização dos beneficiários no SUS, as informações extraídas quanto aos atendimentos foram analisadas de acordo com a natureza dos procedimentos, sejam estes referentes à internação, que são registrados através de um documento denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH), ou a procedimentos ambulatoriais, registrados através de um documento denominado Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).

É importante destacar que o cálculo do ressarcimento ao SUS até maio de 2015, era baseado apenas no registro de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) o qual é efetuado quando ocorre uma internação em um prestador público ou privado conveniado ao SUS. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o registro de AIHs gerou R\$ 393 milhões arrecadados e R\$ 196 milhões encaminhados à Dívida Ativa no ano de 2014. Desde então, exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade passaram a compor também o cálculo do ressarcimento, sendo estes, identificados por meio do registro das APACs.

Ainda segundo informações disponibilizadas pela ANS, no ano de 2014 foram identificadas mais de 520 mil APACs referentes a beneficiários de planos de saúde, o que representou 2,5% do total realizado no SUS.

A fim de verificar quanto representa os atendimentos realizados por beneficiários no total de atendimentos realizados no SUS, o registro de AIHs e APACs foi ponderado pela quantidade total de procedimentos realizados no SUS referentes à mesma natureza, resultando na taxa de identificação, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1: Internações e Procedimentos ambulatoriais no SUS e Taxa de identificação pelo ressarcimento ao SUS (%) (2007 a 2014).

Ano de competência	Internações de beneficiários identificadas no SUS (AIH)	Internações SUS	TIP AIH (%)	Procedimentos ambulatoriais de beneficiários identificados no SUS (APAC)	Procedimentos ambulatoriais SUS	TIP APAC (%)
2007	195.248	11.739.258	1,66	-	-	-
2008	190.731	11.107.155	1,72	-	-	-
2009	217.298	11.511.559	1,89	-	-	-
2010	275.746	11.724.834	2,35	-	-	-
2011	222.150	11.643.468	1,91	-	-	-
2012	318.189	11.439.889	2,78	-	-	-
2013	332.067	11.520.837	2,88	-	-	-
2014	286.839	11.612.715	2,47	520.347	20.704.431	2,51

Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2007 a 2014), no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2014) e no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (2014).

Observa-se que a evolução desta taxa contempla apenas a informação a respeito dos registros de AIHs, uma vez que a identificação de procedimentos ambulatoriais (APACs) para fins de ressarcimento teve início em 2015 para procedimentos realizados em 2014. Além disso, podemos verificar que embora tenha ocorrido uma oscilação na taxa de identificação de AIHs referentes à utilização de beneficiários de planos de saúde no SUS, esta apresentou valores mais significativos nos últimos anos. Uma das possíveis explicações para este aumento é que a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem aprimorado o mecanismo de identificação, notificação e cobrança das eventuais utilizações de beneficiários de planos de saúde no SUS, através de análises complexas e detalhadas.

Ademais, dando continuidade a análise detalhada da utilização dos beneficiários no SUS, os atendimentos realizados por estes também foram analisados em relação à quantidade de beneficiários no período de 2001 a 2014 (taxa de utilização dos beneficiários no SUS – TUB), que resultou, em média, 6,2 atendimentos no SUS a cada 1000 beneficiários cobertos por planos assistenciais médico-hospitalares no período analisado (TABELA 2).

Tabela 2: Taxa de Utilização de Beneficiários (TUB) a cada 1000 beneficiários (2001 a 2014).

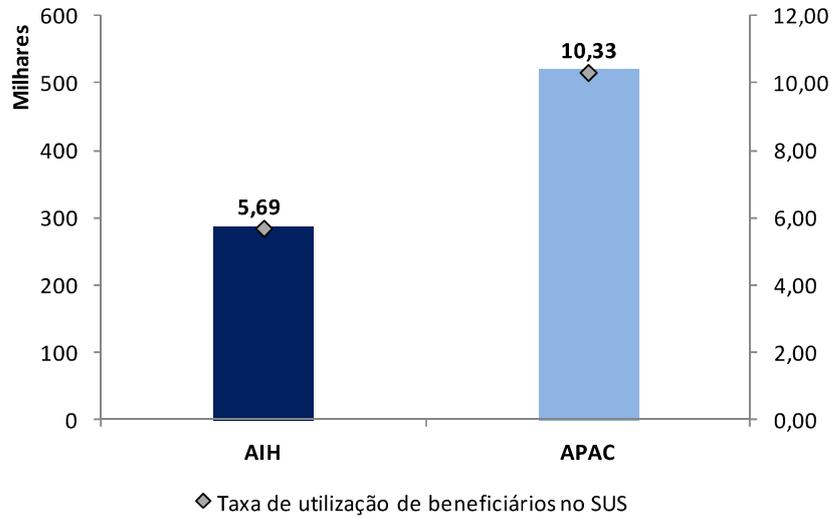
Ano	Atendimentos identificados	Beneficiários	TUB geral (%)
2001	111.730	31.420.006	3,6
2002	128.941	31.513.309	4,1
2003	161.805	32.074.667	5,0
2004	179.675	33.840.716	5,3
2005	173.329	35.441.349	4,9
2006	172.121	37.248.388	4,6
2007	195.248	39.316.313	5,0
2008	190.731	41.468.019	4,6
2009	217.298	42.561.398	5,1
2010	275.746	44.937.350	6,1
2011	222.150	46.025.814	4,8
2012	318.189	47.791.280	6,7
2013	332.067	49.422.494	6,7
2014	807.186	50.377.684	16
Média do Período	249.015	40.392.166	6,2

Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2001-2014) e Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas e Capitais (dez/01 a dez/14).

Nota-se que a taxa de utilização de beneficiários geral obteve expressivo aumento no ano de 2014, cerca de 138% maior em relação ao ano anterior, que pode ser justificada pela inclusão dos procedimentos ambulatoriais no processo de ressarcimento ao SUS. Além disso, a taxa sofreu flutuações ao longo do período, mas manteve-se crescente, resultando em valores mais expressivos no período mais recente.

Em relação ao panorama geral da taxa de utilização de beneficiários no SUS no ano mais recente de informações, 2014, verificou-se a preponderância de atendimentos ambulatoriais, isso porque este tipo de procedimento representa cerca 81% do total de atendimentos realizados por beneficiários no SUS, como podemos observar no gráfico 5. Verificou-se que são realizadas 5,69 internações e 10,33 procedimentos ambulatoriais no SUS a cada 1000 beneficiários com cobertura médico-hospitalar contratada.

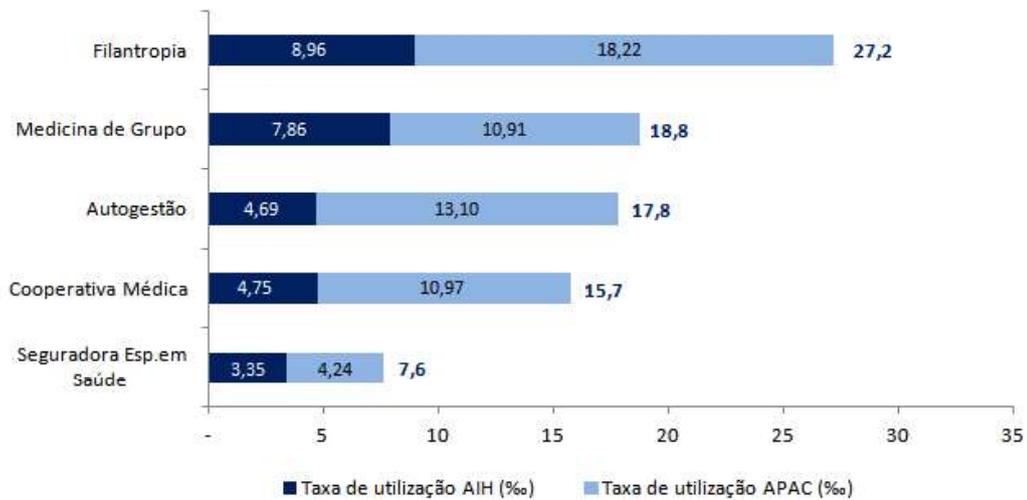
Gráfico 5: Nº. de atendimentos realizados no SUS por beneficiários (AIH e APAC) e taxa de utilização por 1.000 beneficiários (2014).



Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2014)

No que diz respeito à segregação destes registros por modalidade das OPS no mesmo período, o gráfico 6 apresenta os resultados encontrados.

Gráfico 6: Taxa de utilização de beneficiários no SUS por tipo de procedimento e por modalidade a cada 1000 beneficiários (2014).

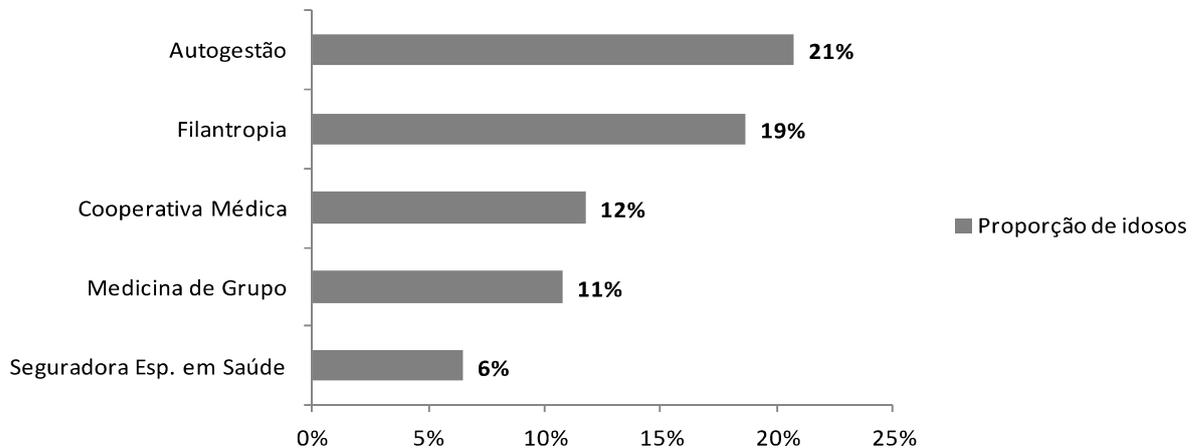


Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2014)

Podemos verificar que as operadoras de planos de saúde (OPS) classificadas como Filantropia resultaram na maior taxa de utilização em ambos os procedimentos, sejam internações (AIH) ou procedimentos ambulatoriais (APAC), seguidas das Medicinas de Grupo, que corresponderam a segunda maior taxa geral. Em contrapartida, a Seguradora Especializada em Saúde resultou na menor taxa de utilização em ambos os tipos de procedimentos. Uma das possíveis explicações para o resultado encontrado pode estar relacionada com a composição etária da massa de beneficiários das OPS nas modalidades analisadas. Uma vez que o perfil etário de beneficiários que utilizam o SUS é envelhecido, quanto mais envelhecida for a carteira, maior a chance de existirem potenciais beneficiários usuários do SUS.

Diante desta observação, mensurou-se a proporção de idosos em cada modalidade, que corresponde à razão entre o número de beneficiários com 60 anos ou mais e o total de beneficiários nas demais faixas etárias, conforme demonstrado no gráfico 7.

Gráfico 7: Proporção de idosos por modalidade (2014).



Fonte: Elaboração própria através dos dados disponibilizados pela ANS (Tabnet, 2014).

No cenário exposto, é possível observar que as Filantropias apresentam de fato um percentual significativo de beneficiários idosos, cerca de 19%, o que favorece a hipótese mencionada. As Seguradoras Especializadas em Saúde, por sua vez, apresentaram menor proporção de idosos em sua massa de beneficiários, e também, menor taxa de utilização, fato que também sustenta a hipótese de relação direta entre a utilização e o perfil etário da massa de beneficiários. Entretanto, a existência de outros fatores relacionados com cada modalidade como por exemplo a limitação da

rede de assistência à saúde, a preponderância de planos coparticipativos, também são fatores que podem contribuir para que os beneficiários optem por utilizar o SUS.

Para avaliar o comportamento regional da taxa de utilização, esta foi segregada também de acordo com a Região e UF em que os atendimentos por beneficiários foram realizados, conforme tabela 3 apresentado.

Tabela 3: Taxa de Utilização de Beneficiários (TUB), por UF a cada 1000 beneficiários (2014).

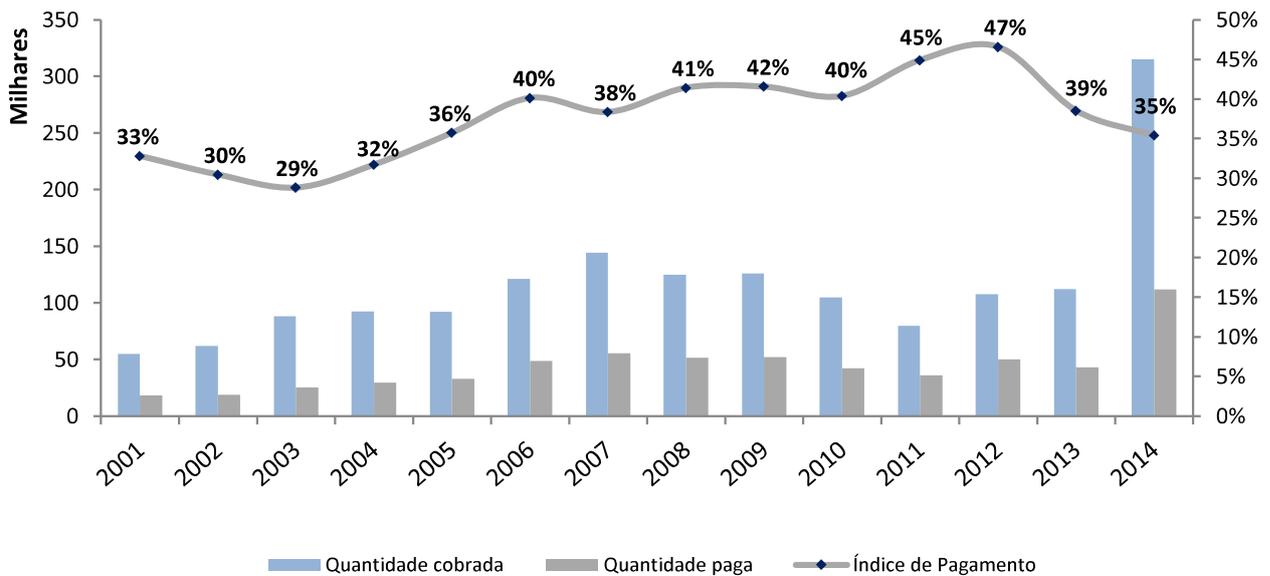
Região/UF	Atendimentos no SUS por beneficiários	Beneficiários	TUB geral (AIH + APAC)
Região Norte	24.275	1.905.026	12,7
Acre	1.036	48.863	21,2
Amapá	613	73.348	8,4
Amazonas	5.926	576.665	10,3
Pará	11.241	881.542	12,8
Rondônia	2.746	186.057	14,8
Roraima	478	33.770	14,2
Tocantins	2.235	104.781	21,3
Região Nordeste	145.975	6.813.156	21,4
Alagoas	13.783	396.281	34,8
Bahia	32.227	1.657.271	19,4
Ceará	26.018	1.252.277	20,8
Maranhão	9.448	484.751	19,5
Paraíba	10.646	415.834	25,6
Pernambuco	33.462	1.477.156	22,7
Piauí	4.918	280.905	17,5
Rio Grande do Norte	11.220	534.406	21,0
Sergipe	4.253	314.275	13,5
Região Sudeste	469.459	31.504.233	14,9
Espírito Santo	23.591	1.161.338	20,3
Minas Gerais	119.267	5.458.643	21,8
Rio de Janeiro	64.954	6.106.938	10,6
São Paulo	261.647	18.777.314	13,9
Região Sul	121.206	7.104.784	17,1
Paraná	41.167	2.860.415	14,4
Rio Grande do Sul	50.490	2.688.321	18,8
Santa Catarina	29.549	1.556.048	19,0
Região Centro-Oeste	39.883	3.041.634	13,1
Distrito Federal	10.573	911.199	11,6
Goiás	13.393	1.064.833	12,6
Mato Grosso	7.176	522.733	13,7
Mato Grosso do Sul	8.741	542.869	16,1

Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2014) e Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas e Capitais (dez/2014).

Na distribuição regional, observou-se que a região Nordeste obteve a maior taxa de utilização de beneficiários (TUB) no ano de 2014 resultando em 21,4 atendimentos a cada 1000 beneficiários, seguida da região Sul, com 17,1. Em contrapartida, as regiões Centro-Oeste e Norte resultaram em menores taxas, respectivamente 13,1 e 12,7.

Em um segundo momento, com o objetivo de avaliar o comportamento das Operadoras face à obrigação financeira de restituir ao SUS, foi realizada uma análise ao longo do período de 2001 a 2014 do Índice de Pagamento dos atendimentos passíveis de cobrança do ressarcimento ao SUS, e observamos o seguinte resultado:

Gráfico 8: Índice de Pagamento de atendimentos passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS (2001 a 2014).



Fonte: Elaboração própria através dos dados disponibilizados pela ANS (Tabnet, 2001 a 2014).

É possível observar que no período analisado as Operadoras de Planos de Saúde, restituíram em média, apenas 38% da quantidade devida ao SUS. Este valor reflete a resistência do mercado de saúde suplementar para com a política do ressarcimento ao SUS. Ressalta-se que quanto maior for o montante dos valores de ressarcimento já conhecidos pelas OPS e ainda não liquidados, maior será o valor constituído na Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar para o SUS, o que gera também, maior necessidade de ativos garantidores.

De modo a aprofundar a análise do comportamento de adimplência das OPS frente à obrigação de ressarcir ao SUS, as informações referentes ao índice de pagamento foram avaliadas de acordo com a modalidade no ano de 2014, conforme exposto na tabela 4.

Tabela 4: Índice de pagamento do ressarcimento ao SUS por modalidade (2014).

Modalidade	Quantidade cobrada	Quantidade paga	Índice de Pagamento	Inadimplência
Autogestão	68.966.788	25.306.629	37%	63%
Cooperativa Médica	169.223.294	46.167.165	27%	73%
Filantropia	8.839.304	1.075.309	12%	88%
Medicina de Grupo	142.644.290	41.732.895	29%	71%
Seguradora Esp. em Saúde	55.018.507	35.899.596	65%	35%

Fonte: Elaboração própria através dos dados disponibilizados pela ANS (Tabnet, 2014).

Conforme observado, novamente as Filantropias aparecem em destaque, sendo estas, as mais inadimplentes no mercado de operadoras de planos de saúde de assistência médico-hospitalar no ano de 2014. Em contrapartida, as Seguradoras Especializadas em Saúde apresentaram maior índice de pagamento. Considerando os resultados já encontrados para ambas as modalidades, o comportamento de adimplência das OPS pode estar diretamente relacionado com a proporção de despesas que cada uma detém relacionada ao ressarcimento ao SUS, ou seja, as OPS que tem menor taxa de utilização de beneficiários, conseqüentemente terão menores despesas com a restituição ao sistema público e por fim, menos débitos a serem quitados, o que viabiliza a maior liquidação desses valores, e vice-versa.

4.2 Impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das Operadoras de Planos de Saúde

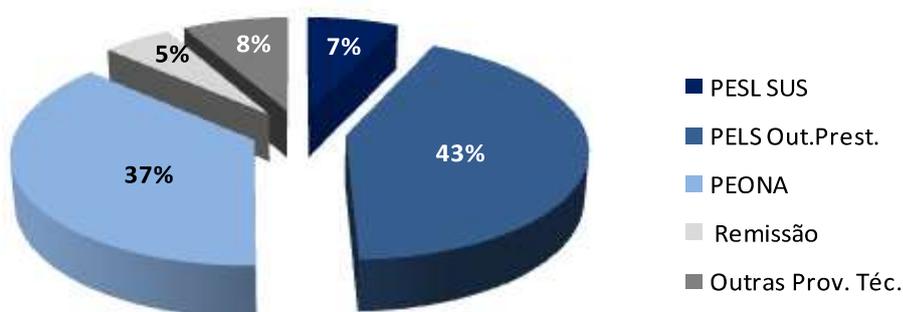
O critério utilizado para mensurar o impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS se resume no cálculo da representatividade do montante contabilizado na Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar em relação as demais provisões técnicas registradas contabilmente que precisam ser cobertas por ativos garantidores, no ano de 2014. O impacto econômico-financeiro mensurado a partir desta representatividade pode ser justificado pela influência desta provisão na necessidade de constituição de

ativos garantidores e também por corresponder a um montante que reflete o cenário de liquidez das OPS frente à obrigação de ressarcir ao SUS.

Logo, além do impacto geral da PESL SUS, mensurado em 2014 através da razão entre a soma do montante contabilizado nesta provisão a soma do montante referente ao total de Provisões Técnicas com exigência de ativos garantidores neste exercício, este impacto também foi analisado segundo modalidade conforme apresentaremos nesta secção.

Constatou-se que a Provisão de Eventos a Liquidar para o SUS (PESL SUS) no ano de 2014 correspondeu cerca de 7% do montante de provisões técnicas com exigência de ativos garantidores, conforme podemos observar no gráfico 9. Desta forma, para fins deste trabalho, podemos dizer que as Operadoras de Planos de Saúde no ano de 2014 sofreram um impacto de 7% no passivo devido à política do ressarcimento ao SUS.

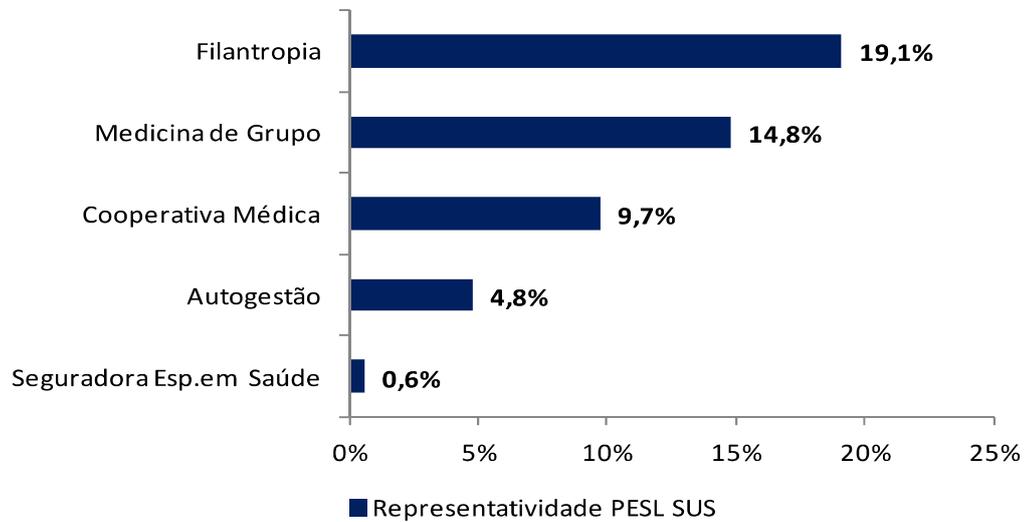
Gráfico 9: Representatividade das Provisões Técnicas com exigência de ativos garantidores (2014).



Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

A fim de realizar um paralelo com os resultados já encontrados e discutidos ao longo deste trabalho, mensurou-se o impacto desta provisão por modalidade das OPS, conforme apresentado no gráfico 10.

Gráfico 10: Representatividade da PESL SUS segundo modalidade (2014).



Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

É possível observar que no ano de 2014, as Operadoras que apresentam a maior representatividade da PESL SUS em relação às demais provisões técnicas com exigência de ativos garantidores são as classificadas como Filantropias, que resultaram em um percentual de 19%. Em contrapartida, as Seguradoras Especializadas em Saúde novamente apresentaram menor percentual em relação às demais.

Ambas as modalidades apresentadas em destaque já haviam sido discutidas ao longo das análises realizadas neste trabalho. Em resumo, constatou-se que no ano de 2014, as filantropias também corresponderam as OPS com maior taxa de utilização de beneficiários no SUS e menor adimplência frente à obrigação gerada de restituição, aspectos que podem justificar a alta representatividade da PESL SUS, uma vez que esta é composta pelos valores devidos e não pagos de ressarcimento ao SUS. Em relação às Seguradoras Especializadas em Saúde, estas apresentaram o cenário inverso, com baixa taxa de utilização de beneficiários e maior adimplência para com o ressarcimento, corroborando assim, para uma menor representatividade da PESL SUS (0,6%), conforme demonstrado no gráfico 10.

Desta forma, podemos dizer que o impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das Operadoras de Plano de Saúde está relacionado com o comportamento da taxa de

utilização dos beneficiários, bem como com a adimplência da OPS em relação à obrigação gerada por este processo.

Ademais, é importante salientar que o impacto em questão também influencia diretamente no montante que as OPS deverão constituir de ativos garantidores, que sob a ótica da ANS, corresponde a um dos aspectos analisados para avaliação da capacidade destas em arcar com as suas obrigações e assim mostrarem-se solventes.

4.3 Impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas, na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS.

As despesas assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde contemplam todas as despesas geradas pelas utilizações dos beneficiários, sejam estas realizadas através da rede contratada ou mesmo pelo Sistema Único de Saúde, gerando assim, o processo de restituição. Dessa forma, o ressarcimento ao SUS corresponde a uma despesa assistencial, que embora não tenha sido utilizada através da rede privada contratada, é subsidiada pelas Operadoras através da restituição, o que resulta em impacto nas despesas assistenciais.

Diante do exposto, com o objetivo de mensurar o impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas das OPS, foi realizado o cálculo da representatividade de despesas com SUS em relação ao total de despesas assistenciais líquidas. Nesta análise, foram utilizadas as informações contábeis referentes às despesas/eventos assistenciais líquidos e despesas/eventos com SUS referentes à cobertura médico-hospitalar, disponibilizadas por meio do DIOPS, no ano de 2014 e os resultados estão dispostos a seguir.

Em relação ao panorama geral no ano de 2014, as despesas com ressarcimento ao SUS representaram cerca de 0,3% do total de despesas assistenciais líquidas referente a planos de assistência médico-hospitalar (TABELA 5). Ressalta-se que este percentual, embora apresente valor pouco representativo, impacta diretamente nos indicadores utilizados pelas OPS para precificar e reajustar os planos de saúde, sendo desta forma, repassados aos beneficiários por meio das mensalidades. Caso isso não

ocorra, os custos gerados pelo ressarcimento ao SUS serão então, absorvidos pelas próprias OPS que em alguns casos, optam por não repassar o custo a seus beneficiários como forma de precaver uma possível redução da carteira.

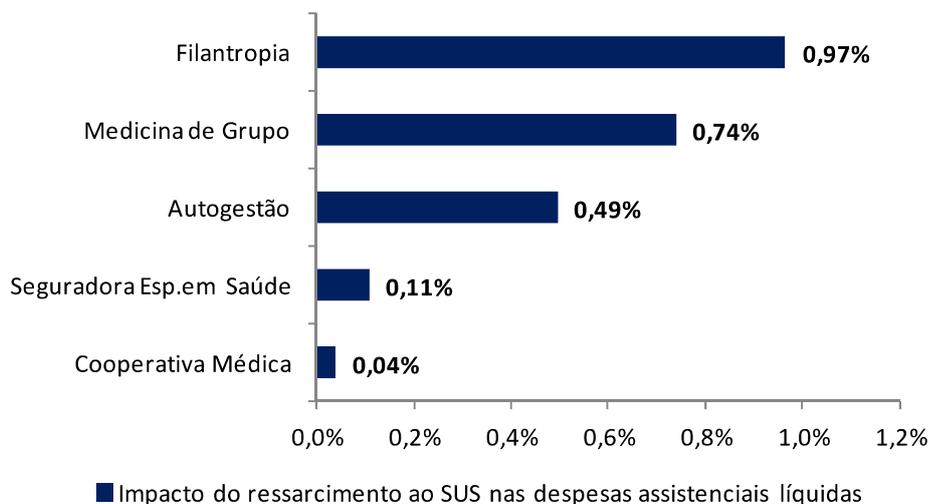
Tabela 5: Impacto das despesas com ressarcimento ao SUS no total de despesas assistenciais líquidas no ano de 2014.

Despesas com ressarcimento ao SUS	Despesas assistenciais líquidas (médico-hospitalar)	Impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas das OPS
317.354.323	101.250.461.758	0,3%

Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

No que tange ao impacto destas despesas de acordo com a modalidade, verificou-se o cenário apresentado no gráfico 11.

Gráfico 11: Impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas segundo a modalidade das OPS (2014).



Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

Em termos de impacto nas despesas assistenciais líquidas, as Filantropias novamente aparecem no topo, resultando em um impacto 0,97%, seguidas da Medicina de Grupo, com 0,74%. As que apresentaram menores percentuais corresponderam as Cooperativas Médicas e Seguradoras Especializadas em Saúde, com 0,04% e 0,11% respectivamente.

É importante salientar que o cenário apresentado está relacionado tanto com a utilização dos beneficiários no SUS quanto com o volume das despesas assistenciais líquidas das OPS em cada modalidade.

Além disso, mensurou-se também o efeito das despesas com ressarcimento ao SUS na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS, as quais apresentam o mesmo impacto representado pela relação das despesas com SUS e as contraprestações efetivas (mensalidade líquidas de impostos com operações de planos de saúde), conforme é possível observar na tabela 6.

Tabela 6: Impacto das despesas com ressarcimento ao SUS na sinistralidade e margem de lucro líquida das OPS 2014.

Despesas com ressarcimento ao SUS	Contraprestações Efetivas	Impacto das despesas com ressarcimento ao SUS na sinistralidade e margem de lucro líquida das OPS
317.354.323	122.341.874.631	0,3%

Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

Ademais, para melhor compreensão deste impacto, a tabela 7 demonstra a comparação destes indicadores considerando e desconsiderando as despesas com ressarcimento ao SUS.

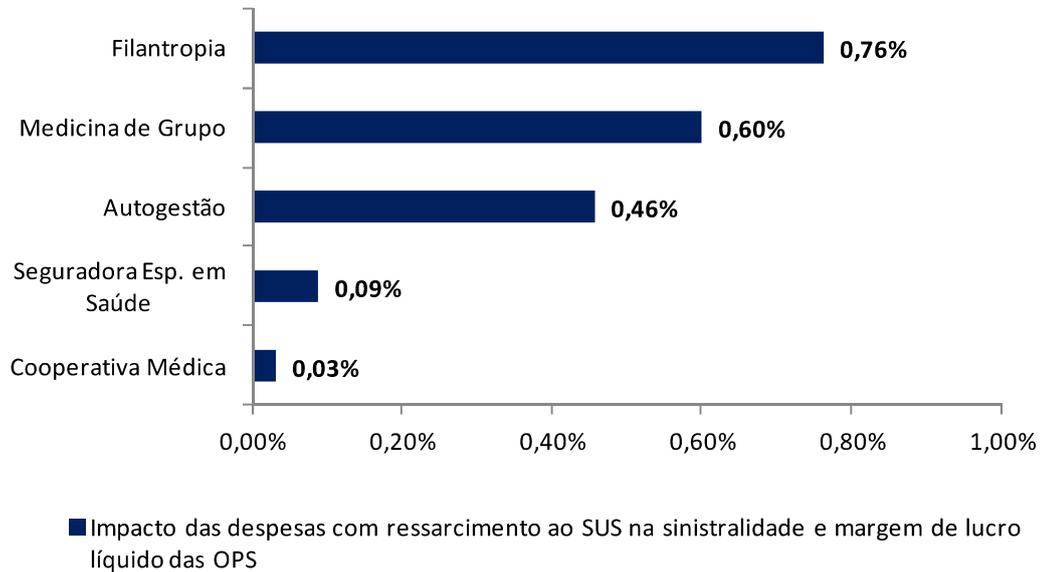
Tabela 7: Comparativo da Sinistralidade e da MLL da OPS com e sem Despesas com Ressarcimento ao SUS (2014).

Sinistralidade	Sinistralidade sem SUS	MLL	MLL sem SUS
82,8%	82,5%	2,8%	2,5%

Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

Verificou-se que as despesas com ressarcimento ao SUS representam um impacto de 0,3% na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS. No que tange a segmentação deste impacto de acordo com a modalidade, os resultados foram expostos no gráfico 8.

Gráfico 12: Impacto do ressarcimento ao SUS na sinistralidade e margem de lucro líquida segundo a modalidade das OPS (2014).



Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

Por fim, verificamos que as Filantropias correspondem de fato à modalidade de operadora de plano de saúde que apresenta maior impacto na sinistralidade e na margem de lucro líquida, resultando em um impacto de 0,76%. Como já abordado anteriormente, o valor apresentado embora seja pouco representativo, em termos percentuais, contribui negativamente para a situação econômico-financeira das Operadoras de Plano de Saúde, considerando que todos os impactos relatados neste estudo, implicam em dispêndios financeiros.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou verificar os impactos econômico-financeiros ocasionados pelo ressarcimento ao SUS para as Operadoras de Planos de Saúde e para isso, este processo foi estudado e avaliado desde sua origem.

Ao longo das análises realizadas neste estudo, foi possível observar que o perfil etário de beneficiários usuários do Sistema Único de Saúde é envelhecido, que pode ser justificado pela dificuldade de mobilidade dos beneficiários em idade mais avançada, motivando desta forma, que estes optem pelo local de assistência à saúde mais próximo, seja oferecida pelo SUS ou pela rede contratada pelo plano.

Além disso, verificou-se a taxa de utilização de beneficiários (TUB) obteve valores mais significativos para as operadoras classificadas como filantropias e medicina de grupo e menos significativas para as seguradoras especializadas em saúde. No decorrer do trabalho, foi constatado que o cenário de inadimplência para estas operadoras possivelmente está relacionado com utilização de seus beneficiários. As que se apresentaram com maior inadimplência, correspondiam também as que possuíam maior taxa de utilização dos beneficiários, e vice-versa.

Em seguida, foram analisados os possíveis impactos do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS e o resultado encontrado corroborou com os já obtidos até então. As filantropias, detentoras da maior taxa de utilização no ano de 2014 e da maior inadimplência, obtiveram também o maior impacto no passivo, medido pela representatividade da Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar para SUS em relação as demais provisões técnicas com exigência de ativos garantidores. Estas também corresponderam à modalidade com maior representatividade das despesas com SUS em relação às demais despesas assistenciais líquidas e conseqüentemente, maior impacto na sinistralidade e margem de lucro líquida.

Desta forma, conclui-se que o processo de ressarcimento ao SUS, uma vez originado, resulta em impactos econômico-financeiros negativos para as Operadoras de Planos de Saúde, uma vez que 7% da necessidade de ativos garantidores em 2014 corresponde à cobertura da PESL SUS.

Logo, este processo pode ser considerado como um impacto econômico-financeiro, considerando que o mesmo influencia diretamente nos montantes que obrigatoriamente precisam ser constituídos pelas OPS de modo que se mostrem solventes e também, por se tratar de uma despesa, exerce influência no resultado financeiro obtido por elas.

As limitações encontradas ao longo deste estudo podem ser resumidas na indisponibilidade de informações mais detalhadas e recentes acerca do processo de ressarcimento ao SUS. Constatou-se que não há informações do número de beneficiários que utilizam o SUS, e sim, dos atendimentos realizados pelos beneficiários, que no cálculo da taxa de utilização, colaboraria para a elaboração de um indicador melhor ponderado. Além disso, não há informações a respeito do tamanho da rede de prestadores de serviços por modalidade das OPS, que poderia contribuir para o entendimento da utilização dos beneficiários no SUS. Por fim, a indisponibilidade de informações contábeis longitudinais a respeito dos valores contabilizados na conta da Provisão de Eventos/Sinistros à Liquidar para o SUS também pode ser caracterizado como uma limitação, uma vez que poderia contribuir para a análise da sua evolução.

Como sugestão de trabalhos futuros, coloca-se a análise do fato gerador do ressarcimento por modalidade, a fim de estudar se existe alguma relação característica desta classificação das Operadoras de Planos de saúde e a utilização de seus beneficiários.

Desta forma, os resultados aqui encontrados corroboram para o entendimento da origem do ressarcimento ao SUS e como este afeta o setor de saúde suplementar. Pode-se dizer, através dos resultados obtidos, que o ressarcimento ao SUS corresponde a um processo que tem influência na gestão dos recursos e no desempenho econômico-financeiro das Operadoras de Planos de Saúde.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Glossário temático saúde suplementar. 2012.

ALBUQUERQUE, C., PIOVESAN, M. F., SANTOS, I. S., MARTINS, A. C. M., FONSECA, A. L., SASSON, D., & SIMÕES, K. D. A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

AMORIM, Aline Neves de. Obrigações Contábeis das Cooperativas operadoras de plano de saúde com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): uma pesquisa de campo realizada com operadoras do estado de São Paulo e do Mato Grosso do Sul. **Revista Interatividade**, v. 1, n. 2, p. 165-179, 2013.

ANS (Rio de Janeiro). Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos.** 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/Caderno_setembro_2016.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2017.

ANS. **Instrução Normativa Conjunta nº 5**, de 30 de setembro de 2011. Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg0NQ==>>.

ANS. **Resolução Normativa nº. 207**, de 22 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTU2Ng==>>.

ANS. **Resolução Normativa nº 392**, de 9 de dezembro 2015. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração

na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mg==>>.

ANS. **Resolução Normativa nº 393**, de 9 de dezembro 2015. Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa nº 75, de 10 de maio de 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mw==>>.

AZEVEDO, Monyque Vieira Ribeiro de. **Escolaridade versus Conhecimento dos direitos e deveres dos usuários do SUS: contribuições do serviço social no âmbito do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. Serviço Social.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Saúde Suplementar/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores:.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. **Lei n.º 9.656**, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>

BRASIL. **Lei nº. 9.961**, de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Health and political reform: is the Brazilian National Health Care System sustainability in question?. **Ciencia & saude coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Para entender a gestão do SUS (Coleção progestores). 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf.

CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J. The anatomy of health insurance. **Handbook of health economics**, v. 1, p. 563-643, 2000.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais; DI GIOVANNI, Geraldo. **A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed**. In: Brasil: radiografia da saúde. Unicamp, 2001. p. 363-393.

FERNANDES, Rogerio Baptista Teixeira. **O Sistema de Gestão do Ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014**. Tese de Doutorado. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2002.

FREITAS, Marcella Abunahman. **A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**. Tese de Doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo 2011.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática": anos 80**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACERA, Andrea Pereira; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. **O mercado de saúde suplementar no Brasil**. Documento de trabalho, n. 31, 2004.

MARTINS, Carina Burri; LEITE, Francine; NOVAIS, Marcos. **Principais pontos do ressarcimento ao SUS**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 2010.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?**. 2005.

OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. **Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde**. 2009. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Physis (Rio J.), p. 767-783, 2008.

SALIS, Raiza Maciel. **A representatividade do ressarcimento ao SUS na despesa assistencial líquida das operadoras de assistência à saúde em 2015 e 2030**. 2016. 48 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ciências Atuariais, Departamento de Estatística, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SALVATORI, Rachel Torres; VENTURA, Carla A. Arena. A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, 2012.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & saúde coletiva**, p. 1463-1475, 2008.

SCATENA, Maria Angela Nogueira. **O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos**. 2004. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, Jéssica Lorryne Mares da. **Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança**. 2014.49 f. Monografia (Especialização) –

Curso de Saúde Coletiva, Faculdade Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** O positivismo; a fenomenologia; o marxismo. In: Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo; a fenomenologia; o marxismo. Atlas, 2015.

WASHINGTON OLIVEIRA ALVES (Rio de Janeiro). **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** RN N° 392/2015 ATIVOS GARANTIDORES. 2016. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/workshop/diope/09-06-2016/Washington-Alves-Workshop-Equilibrio-Economico-Financeiro-na-Saude-Suplementar-Direcao-Fiscal.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2017.