

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Alice Couto Boaventura

**Custos no Sistema Único de Saúde:
uma análise sobre o ressarcimento nos gastos provenientes da saúde
suplementar no Brasil**

**Porto Alegre
2019**

Alice Couto Boaventura

**Custos no Sistema Único de Saúde:
uma análise sobre o ressarcimento nos gastos provenientes da saúde
suplementar no Brasil**

Trabalho de conclusão do curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

**Orientadora: Andrea Gonçalves
Bandeira**

**Porto Alegre
2019**

CIP - Catalogação na Publicação

Couto Boaventura, Alice
Custos no Sistema Único de Saúde: uma análise sobre o ressarcimento nos gastos provenientes da saúde suplementar no Brasil / Alice Couto Boaventura. -- 2019.
35 f.
Orientador: Andrea Gonçalves Bandeira.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde UAB, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Gestão em Saúde. 2. Custos na Saúde. 3. Saúde Suplementar. 4. Administração Pública. I. Gonçalves Bandeira, Andrea, orient. II. Título.

Alice Couto Boaventura

**Custos no Sistema Único de Saúde:
uma análise sobre o ressarcimento nos gastos provenientes da saúde
suplementar no Brasil**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 18 de junho de 2019.

Banca Examinadora

Examinador: Fernando Dias Lopes

Examinadora: Janini Cristina Paiz

Orientador(a): Andrea Gonçalves Bandeira

RESUMO

Segundo o artigo nº 32 da Lei nº 9.656/1998, existe uma obrigação legal de ressarcimento por parte das operadoras de plano de saúde para eventuais procedimentos realizados no âmbito da saúde pública por seus beneficiários. O presente trabalho aborda a efetividade desse ressarcimento ao Sistema Único de Saúde brasileiro pela saúde suplementar, representada pelas empresas operadoras de plano de saúde e o que isso implica em investimentos em saúde no Brasil.

Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo, com coleta de dados secundários publicados e produzidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Ministério da Saúde. O período analisado foi de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

Percebe-se que a efetividade deste ressarcimento é inferior a 70%, com crescimento de cerca de 5% no índice de adimplência no período em análise. Os repasses Fundo a Fundo realizados pelo Governo Federal aos Estados, municípios e Distrito Federal, aumentaram cerca de quatro bilhões de reais. A comparação entre os ressarcimentos e os repasses FAF mostra que não há impeditivo para que sejam realizados investimentos no setor saúde. A dificuldade em obtenção de recursos não está diretamente atrelada às pendências das operadoras de planos de saúde, já que não se deixou de realizar repasses e investimentos no período analisado.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Custos na Saúde. Saúde Suplementar. Administração Pública

ABSTRACT

According to the Article no. 32 of Law 9.656 / 1998, there is a legal obligation on the reimbursement of health care plan operators for the special consultations in the field of public health by their beneficiaries. This work can be performed effectively with the Unified Health System for supplementary health, represented by health care companies and implicit in health investments in Brazil.

A retrospective descriptive study was carried out, with the collection of secondary data published and produced by the National Supplementary Health Agency (ANS) and the Ministry of Health. The period analyzed was from January 2015 to December 2017.

It is noticed that the effectiveness of this reimbursement is less than 70%, with growth of about 5% in the compliance rate in the period under analysis. Fund-to-Fund transfers made by the Federal Government, the States, municipalities and the Federal District, increased by approximately four billion reais (Brazilian currency). The comparison between reimbursements and FAF onlendings shows that there is no impediment to investments in the health sector. The difficulty in obtaining funds is not directly linked to the pending plans of the health plan operators, since it did not fail to make onlendings and investments during the analyzed period.

Keywords: Health Management. Health Costs. Supplementary Health. Public Administration

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Planilha de Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS em 2015	21
TABELA 2 - Planilha de Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS em 2016	22
TABELA 3 - Planilha de Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS em 2017	23
TABELA 4 - Resumo de arrecadação anual do Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS	24
TABELA 5 - Repasse de investimentos do Fundo Nacional de Saúde pela modalidade Fundo a Fundo de 2015 - 2017	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CADIN - Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal

FAF - Fundo a Fundo (modalidade de transferência de recursos da União para Estados e municípios)

FNS - Fundo Nacional de Saúde

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa	12
2. CONTEXTO DO ESTUDO	13
SAÚDE SUPLEMENTAR: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	16
O SUS E O FUNDO NACIONAL DE SAÚDE	18
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivos Específicos	20
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
5. RESULTADOS	21
5.1 Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS	22
5.2 Investimentos no Sistema Único de Saúde	25
6. DISCUSSÃO	27
7. CONCLUSÕES	30
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve um aumento da preocupação com o controle dos custos na área de saúde. Segundo Carpintéro (1999), diversos aspectos justificam esta preocupação: os crescentes gastos públicos na área, os problemas relacionados ao financiamento destes gastos, a grande necessidade e ainda a pequena disseminação de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, entre outros. Isso demanda uma maior preocupação com a necessidade em melhorar seu gerenciamento, seu controle, seu uso como instrumento de decisão, análise e na escolha de programas e estabelecimento de políticas para a área.

Custo ou custos na área da saúde é um conceito trabalhado no setor privado desde meados do século XVIII, porém apenas a partir de 1980 ganha espaço no setor público no Brasil (BRASIL, 2013). No setor público não se dispõe ainda de conceitos únicos e claramente definidos sobre custos. O setor privado já tem conceitos praticamente prontos e acabados quanto a isso, tornando a contabilidade privada segura e sólida sobre seus métodos de custeio e suas variantes. No entanto, no setor público exige-se um debate mais aprofundado sobre alguns conceitos clássicos da contabilidade, já que a não utilização das técnicas de custos pelas organizações públicas no Brasil são originárias do cenário macroeconômico vivido pelo país no início de 1970 (ALONSO, 1999 *apud* BRASIL, 2013). Esse despreparo acaba tornando a contabilidade da gestão pública instável e sujeita a variações de métodos que a fragilizam ainda mais.

Os gastos com saúde vêm crescendo fortemente desde o pós-guerra, especialmente nos países desenvolvidos. A universalização da proteção à saúde trouxe uma forte ampliação dos gastos para o conjunto das economias desenvolvidas, que passaram de 2% a 3% do PIB ao final dos anos 40, para entre 6% e 10% do PIB, ao final dos anos 70 (CARPINTÉRO, 1999). Em 1990, o gasto mundial com saúde atingiu 1,7 trilhão de dólares, cerca de 8% da renda mundial. O gasto governamental com saúde ultrapassou 900 bilhões de dólares, tornando

fundamental o entendimento do impacto das políticas públicas sobre a saúde das populações.

Carpintéro traz que

“O crescimento dos gastos entre 1980 e 1990 não foi tão acentuado como nos anos anteriores, refletindo o esforço de alguns países desenvolvidos para ajustar o volume de gastos com saúde como esforço de racionalização frente à crise econômica e fiscal dos anos 70/80” (CARPINTÉRO, 1999 p.2).

Em meio a isso, Carpintéro (1999) relata que o centro do movimento de racionalização de custos e de redução de gastos foi a modificação nas formas de gestão dos serviços em diversos países, sejam eles centralizados, descentralizados, público ou privado, sendo comum o princípio da autonomia na gestão desses serviços.

No Brasil, a partir dos anos 70, o perfil demográfico foi transformado de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, de famílias numerosas, com elevada mortalidade infantil, para uma sociedade de maioria urbana, com menos filhos e com nova estrutura familiar. Passou de uma população jovem para uma população com aumento significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA, MENDES, DA SILVA, 2016).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) deu ao poder público um papel importante na saúde dos cidadãos brasileiros. Segundo a Constituição Federal (1988), a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo este desenvolver a oferta de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação.

A gestão de custos em qualquer tipo de organização é útil e proporciona ao administrador uma visão mais acurada e ampliada da realidade financeira, já que permite olhar por outro ângulo como são gastos os recursos disponíveis, permitindo identificar os exageros e destinar os recursos na quantidade certa para serem aplicados nas atividades mais necessárias (ALMEIDA, BORBA, FLORES, 2009).

As novas formas de gestão dos sistemas de saúde apresentadas por Carpintéro apontam tendências de maior autonomia de gestão para os prestadores

de serviços, melhor cobertura dos serviços e maior equidade dos serviços na medida em que garanta o financiamento para aqueles que não têm recursos, maior qualidade, racionalidade, competitividade, eficiência e melhor aproveitamento dos recursos, o que levaria à contenção dos custos dos sistemas de saúde (CARPINTÉRO, 1999).

Apoiado nisso, cabe discutir as abordagens que o custo pode ter na área de saúde, desde a abordagem contábil até a abordagem econômica, como instrumento de avaliação de investimentos, para analisar os diferentes papéis que seu adequado conhecimento e uso pode representar para a definição de estratégias, elaboração de políticas e gestão de programas, projetos, instituições e atividades da saúde. Logo, uma análise sobre o ressarcimento dos custos gerados pelas operadoras de plano de saúde, quando do atendimento de seus beneficiários pelo sistema público de saúde, torna-se um assunto pertinente à gestão em saúde.

O objetivo do presente trabalho é analisar o ressarcimento dos procedimentos realizados pelos usuários de planos de saúde ao SUS a fim de verificar, do ponto de vista da gestão, como vem sendo a aplicação de recursos no setor saúde. Isso se dará buscando responder qual o montante arrecadado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar quanto ao ressarcimento realizado pelos planos de saúde ao SUS e sua efetividade, além de identificar quais ações podem ser realizadas para melhorar a gestão e os investimentos em saúde.

1.1 Justificativa

O impacto dos custos que envolvem a saúde, em especial na relação entre as operadoras de planos de saúde e o sistema público, considerando a atual conjuntura do setor saúde, onde a precarização de serviços, o congelamento de recursos, o aumento do desemprego e da procura pelo SUS cada vez mais sobrecarregam a saúde pública (AMORIM, MORGADO, 2016), devem ser entendidos e tomados como prioridade pela gestão em saúde.

Portanto, conhecer a forma como são fiscalizados pelo SUS os custos no âmbito das operadoras de plano de saúde permitirá identificar se são e como são repassados esses valores ao sistema público, pois esses custos podem ser onerosos ao sistema como um todo.

Assim, o estudo sobre o ressarcimento dos custos na saúde pública torna-se relevante a fim de sugerir melhorias à gestão a partir da análise do montante arrecadado e de sua efetividade.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A CONTABILIDADE, A GESTÃO DE CUSTOS E A SAÚDE PÚBLICA

No setor privado, a chamada Contabilidade de Custos procura atender três objetivos: produção de relatórios úteis ao planejamento e controle de operações rotineiras; emissão de relatórios que apoiem a tomada de decisões não rotineiras e formulação dos planos e políticas de ação; além do custeio de produtos para avaliação de estoques e determinação de lucros (BRASIL, 2013). Alonso (1999 *apud* BRASIL, 2013) atribui a não utilização das técnicas de custos no Brasil pelas organizações públicas em decorrência do legado do cenário vivido pelo país no início dos anos 70, que começou a ser alterado a partir dos anos 80 com a intensificação da crise fiscal do Estado e a maior exposição da economia nacional à competição internacional (BRASIL, 2013).

Segundo Camargos e Gonçalves (2004) e ainda segundo Leone (2000) e Martins (2003), conforme citado em Brasil (2013) “os custos em saúde podem ser classificados em:

a) Diretos: aqueles que podem ser incluídos e aplicados diretamente sobre os produtos mensuráveis no cálculo de valor dos produtos. Ex.: medicamentos e próteses.

b) Indiretos: são aqueles que, por dificuldade de apropriação, irrelevância ou por sua própria natureza, não se identificam com o produto final, sendo aplicados indiretamente nos produtos. Ex.: manutenção e limpeza.

Além disso, podem comportar-se como:

a) Fixos: não relacionados ao volume de atendimento; são estáveis, existindo mesmo que não haja produção. Ex.: depreciação ou aluguel.

b) Variáveis: relacionados ao número do volume de produção; quanto maior o volume, maior o custo empregado. Ex.: medicamentos (BRASIL, 2013).

A contabilidade de custos pode ser um componente importante dos sistemas de informações, e ela pode ajudar a fornecer aos administradores públicos melhores informações para a tomada de decisão. Porém, a contabilidade pública não apresenta informações gerenciais que supram essa necessidade, e esse é um dos pontos onde a gestão de custos pode auxiliar. Ela pode auxiliar os administradores públicos na tomada de decisão e apresentar outros tipos de informações, que poderão ser elaboradas com a evolução proveniente da sua aplicação nos órgãos públicos e da discussão em artigos publicados (ALMEIDA, BORBA, FLORES, 2009).

A saúde é uma área bastante complexa, composta por vários tipos de procedimentos e atividades, o que torna a sua administração uma tarefa desafiadora. Um dos principais problemas enfrentados na gestão das organizações de saúde é que, normalmente, essas unidades são administradas por profissionais da área da saúde, muitas vezes médicos, que não têm conhecimento técnico suficiente para lidar com as questões administrativas complexas existentes nesse tipo de organização (CECÍLIO, 1997; GONÇALVES, 1998 *apud* ALMEIDA, BORBA, FLORES, 2009).

Quando se pensa na área da saúde, a primeira ideia que temos em mente são os hospitais, complexos e complicados. Porém, as organizações de saúde não se resumem apenas a eles. Existem as clínicas médicas que realizam exames, consultas e pequenos procedimentos; laboratórios de análises clínicas onde são realizados exames do tipo urina, sangue e fezes, entre outros; laboratórios de raio-x, farmácias; enfim, todas as organizações que fornecem materiais e serviços na área da saúde (ALMEIDA, BORBA, FLORES, 2009).

A gestão financeira na saúde, seja em um hospital ou outro serviço, requer um planejamento de acordo com as particularidades do segmento, com metas e estratégias viáveis para alcançá-las.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) definiram que o desenvolvimento de metodologias, instrumentos e sistemas de informação para a apuração de custos, que possibilitem estimar os

recursos financeiros para o custeio global do SUS, é essencial ao aprimoramento da gestão interfederativa (BRASIL, 2013)

Deve-se realizar um levantamento dos recursos disponíveis e ter a perspectiva dos gastos envolvidos, seja com recursos humanos, materiais e insumos e outros, a fim de planejar um caixa estável e saudável, sem gastos duplicados ou desnecessários.

A gestão de custos no SUS visa estabelecer os processos e o consumo adequado de recursos que privilegiem a qualidade, construindo padrões de referência que possibilitem remuneração mais apropriada das ações e serviços públicos de saúde, bem como informação para subsidiar as discussões sobre o financiamento do sistema (BRASIL, 2013).

Associar iniciativas de apuração e gestão de custos às políticas significa caminhar em direção à qualificação da gestão, o que leva ao melhor uso dos recursos públicos e, assim, maior valor de uso dos mesmos (BRASIL, 2013). Para tanto, existem várias formas de manter o controle do faturamento, como a utilização de planilhas ou de programas específicos.

A limitação dos recursos utilizados na prestação da atenção médica e a demanda crescente das necessidades de saúde justificam estudos e práticas nesta área (DALLORA, FORSTER, 2008). Ainda segundo Dallora e Forster (2008), o processo gerencial tradicionalmente adotado no Brasil carece de informações de custos e de uma mentalidade de otimização das atividades, privilegiando a quantidade de recursos e desconsiderando a procura por eficiência. Porém, sem o trabalho de quantificar custos e resultados, esse discurso da eficiência se torna vazio.

Um dos princípios básicos da economia da saúde é

“adotar medidas racionalizadoras que propiciem redução dos custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde, ou seja, aumentar a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na eficácia e na efetividade.” (MÉDICI, 2001 apud DALLORA, FORSTER, 2008).

Sob a ótica da economia da saúde, o conflito existente entre a ética da saúde e a ética da economia não existe, já que ao perseguir a eficiência das ações, é possível fazer mais com os mesmos recursos, corroborando com os princípios de universalidade e integralidade do SUS, maximizando os benefícios para a sociedade.

A operadora, no ato de notificação é cientificada da cobrança dos atendimentos identificados. Após, terá a possibilidade de realizar a impugnação dos atendimentos, respeitando o prazo estabelecido de 30 dias (BRASIL, 2018). No Brasil, o SUS e as operadoras de planos de saúde têm, por exemplo, um tempo médio para efetuar os pagamentos de cada procedimento, o que pode gerar uma espera de 60 até 90 dias, entre os recursos que podem ser empregados após as identificações de cobranças (ANS, 2017).

Na saúde, deve-se ter um equilíbrio nas finanças, garantindo uma diminuição de imprevistos e manter a rigidez nos processos ajuda a evitar o impacto causado pelo eventual descontrole, não gerando expectativas de faturamento e consequentes prejuízos à população.

SAÚDE SUPLEMENTAR: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Saúde Suplementar é a atividade que envolve a operação de planos ou seguros de saúde. Essa operação é regulada pelo poder público, representado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as operadoras compreendem seguradoras especializadas em saúde, medicinas de grupo, cooperativas, instituições filantrópicas e autogestões (CARVALHO, 2015).

No caso brasileiro, desde a estruturação da saúde previdenciária, prevalecia o modelo do seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Na década de 50, com a instalação no país de empresas estatais e multinacionais, surgiram sistemas assistenciais próprios, isto é, que prestam assistência médica de forma direta a seus funcionários (CONASS, 2011). Os planos

de saúde existem desde a década de 60, contemplando trabalhadores de estatais, bancários, algumas instituições do Governo Federal, entre outros.

Durante a década de 1990, houve um crescimento desordenado no setor de saúde suplementar, levando à aprovação das Leis nº 9.656/1998 e 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre os fatores que levaram a esse crescimento, está o fato de ter sido um período em que a conjuntura internacional estava mais conservadora no plano econômico, social e político, apresentando importantes reflexos no Brasil, acompanhado de uma redução no papel do Estado nas políticas sociais e a deterioração dos serviços públicos de saúde (CONASS, 2011).

A ANS foi criada em novembro de 1999, pela Medida Provisória nº 1.928, aprovada pelo Congresso Nacional, e convertida na Lei nº 9.961/2000 – como autarquia sob regime especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Vinculada ao Ministério da Saúde, é um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (CONASS, 2011). A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (CONASS, 2011).

Segundo o artigo nº 32 da Lei nº 9.656/1998, existe uma obrigação legal de ressarcimento por parte das operadoras de plano de saúde quando ocorrer o eventual atendimento de seus beneficiários em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS que ofereçam serviços que estejam cobertos em seus planos (BRASIL, 1998). Por ser de caráter obrigatório, esse ressarcimento ocorre de acordo com o § 1º do artigo nº 32 da Lei:

“O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.” (BRASIL, 1998)

O sistema de ressarcimento funciona da seguinte maneira: a ANS compara a base de dados dos brasileiros que possuem planos de saúde com o registro de quem foi atendido pelo SUS. Quando encontra uma correspondência, envia a cobrança à operadora (SHALDERS, 2018). O ressarcimento se dá pelo valor do procedimento na tabela do SUS, acrescido em 50% na hora de calcular o valor total. Se uma operação custa R\$ 10 mil na tabela, por exemplo, o plano terá de ressarcir o SUS em R\$ 15 mil (SHALDERS, 2018).

Segundo André Shalders, da BBC News Brasil, em reportagem do dia 07 de fevereiro de 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) obrigou os planos de saúde a quitar uma dívida de cerca de R\$ 5 bilhões com o SUS. A hipótese de suspender essa obrigatoriedade foi solicitada pelas operadoras, porém o Ministério da Saúde alegou que isso traz prejuízos ao sistema (SHALDERS, 2018). A Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) defende-se dizendo que "todos os cidadãos brasileiros que têm plano de saúde mantêm o direito de utilizar o sistema público de saúde" (NOTA ABRAMGE apud SHALDERS, 2018). Por isso, não faz sentido cobrar por algo que o paciente já paga na forma de imposto.

Caso as operadoras não paguem, elas são encaminhadas para inscrição em dívida ativa da ANS e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), que é o cadastro informativo de créditos não quitados do setor público federal. A inscrição no CADIN impede a contratação com o poder público. Já, a inscrição em dívida ativa é uma fase prévia à cobrança judicial. Em função disso, a operadora não consegue obter certidão negativa de débitos perante à ANS e fica desabilitada para o Programa de Conformidade Regulatória (BRASIL, 2014).

O SUS E O FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Os investimentos no SUS são realizados por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) instituído pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, como um

fundo especial que é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal (BRASIL, 2014).

Os recursos administrados pelo FNS destinam-se a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do SUS. Esses recursos destinam-se às transferências para os Estados, o Distrito Federal e os municípios, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS. Essas transferências são realizadas nas seguintes modalidades: Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação (BRASIL, 2014).

Para fins de análise, serão utilizados os dados da modalidade de transferência Fundo a Fundo (FAF), que consiste em recursos oriundos diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal (BRASIL, 2016). Os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde são organizados e transferidos por meio de apenas dois blocos, conforme a Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017:

- **Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde:** recursos destinados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde já implantados e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis;
- **Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:** recursos destinados à estruturação e à ampliação da oferta de ações e serviços públicos de saúde (obras e equipamentos).

As transferências Fundo a Fundo passaram a ser feitas em conta única e específica por bloco. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo FNS aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deverá ser encaminhada para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que

deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação (BRASIL, 2016).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o montante arrecadado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) referente ao ressarcimento realizado pelos planos de saúde ao SUS e sua efetividade.

3.2 Objetivos Específicos

- Apresentar os dados monetários anuais da ANS sobre ressarcimento ao SUS de janeiro de 2015 até dezembro de 2017;
- Descrever como ocorre o ressarcimento pelas operadoras de plano de saúde;

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho consiste em um estudo descritivo retrospectivo, com coleta de dados secundários. Os dados utilizados foram publicados e produzidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Ministério da Saúde na base de dados do próprio Ministério.

Foram analisadas doze planilhas por ano, referentes ao Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS de onde foram extraídos dos valores referentes ao que deveria ser cobrado, valores parcelados e quanto definitivamente foi pago mensalmente por cada operadora de plano de saúde. Os dados foram organizados em novas tabelas com os totais mensais de cada ano analisado e resumidos com os totais anuais do período, além dos índices de adimplência. Os dados oriundos do Ministério da Saúde foram provenientes da modalidade de transferência Fundo a Fundo (FAF), que consiste em recursos resultantes

diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal (BRASIL, 2016).

A ANS procura atender ao compromisso proposto em sua Agenda Regulatória 2013/2014 para a publicação dos dados relativos ao percentual de efetivo pagamento administrativo das dívidas das operadoras de planos de saúde referentes ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dados são atualizados e publicados mensalmente em planilhas de Excel com livre acesso no site da própria agência.

Para análise, foram utilizados os dados disponíveis no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Os dados coletados foram analisados através de estatística descritiva a fim de identificar o percentual de ressarcimento obtido pelo SUS no período em análise. Essa análise descritiva consistiu em, após a coleta de dados, observar e realizar o comparativo entre os dados da ANS e do Ministério da Saúde para investimentos realizados no período.

O cálculo do índice de adimplência, segundo a ANS, consiste da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{valores pagos} + \text{valores em parcelamento}}{\text{valores cobrados}} \times 100$$

Todos os documentos mencionados são de domínio público e estão disponíveis na internet, na página online da própria agência e no Ministério da Saúde.

5. RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos com o presente trabalho através da análise dos dados coletados da ANS e Ministério da Saúde. A ordem de apresentação desses resultados são primeiramente os resultados do Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS e, posteriormente, os resultados obtidos dos repasses Fundo a Fundo.

5.1 Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mensalmente faz a publicação dos dados relativos ao percentual de efetivo pagamento das dívidas das operadoras de planos de saúde junto ao ressarcimento ao SUS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

Os resultados desse estudo são apresentados a seguir, a partir da Tabela 1. A Tabela 1 apresentada abaixo mostra os dados referentes ao ano de 2015:

TABELA 1 - Planilha de Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (2015)

	Valor Cobrado	Valor Parcelado	Valor Pago	Índice Adimplência
janeiro	R\$ 1.695.096.426,02	R\$ 331.190.956,62	R\$ 621.493.830,69	56,2%
fevereiro	R\$ 1.697.114.652,53	R\$ 336.550.695,60	R\$ 623.022.078,66	56,5%
março	R\$ 1.694.907.058,09	R\$ 342.564.007,07	R\$ 623.779.324,00	57,0%
abril	R\$ 1.713.614.733,28	R\$ 367.981.692,70	R\$ 635.634.975,19	58,6%
maio	R\$ 1.713.929.102,66	R\$ 385.221.409,72	R\$ 636.053.636,07	59,6%
junho	R\$ 1.713.646.147,60	R\$ 389.548.055,11	R\$ 636.411.216,78	59,9%
julho	R\$ 1.713.379.623,79	R\$ 393.965.029,86	R\$ 637.304.322,65	60,2%
agosto	R\$ 1.713.314.788,98	R\$ 397.468.110,99	R\$ 637.560.215,79	60,4%
setembro	R\$ 1.713.734.078,03	R\$ 403.730.318,81	R\$ 637.897.088,13	60,8%
outubro	R\$ 1.767.705.138,29	R\$ 406.634.918,29	R\$ 666.959.723,22	60,7%
novembro	R\$ 1.880.006.687,66	R\$ 414.917.146,47	R\$ 712.287.631,98	60,0%
dezembro	R\$ 1.914.629.456,97	R\$ 419.932.253,29	R\$ 728.367.743,31	60,0%
TOTAL	R\$ 20.931.077.893,90	R\$ 4.589.704.594,53	R\$ 7.796.771.786,47	59,2%

Fonte: Elaborada pela autora

No ano de 2015, foram cobrados das operadoras de plano de saúde pela ANS vinte bilhões, novecentos e trinta e um milhões, setenta e sete mil e oitocentos e noventa e três reais; foram efetivamente pagos sete bilhões, setecentos e noventa e seis milhões, setecentos e setenta e um mil, setecentos e oitenta e seis reais e quarenta e sete centavos, equivalente a 59,2% de adimplência para o valor cobrado pela agência naquele ano.

Houve um aumento sutil no índice de adimplência até o mês julho (de 56,2 % para 60,2%) se mantendo estável a partir daí até o mês de dezembro.

A Tabela 2 apresentada abaixo mostra os dados referentes ao ano de 2016:

TABELA 2 - Planilha de Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (2016)

	Valor Cobrado	Valor Parcelado	Valor Pago	Índice Adimplência
janeiro	R\$ 1.913.203.325,54	R\$ 451.939.720,21	R\$ 729.322.726,04	61,7%
fevereiro	R\$ 1.912.849.133,04	R\$ 466.278.124,02	R\$730.096.531,23	62,5%
março	R\$ 1.913.322.995,63	R\$ 447.376.136,56	R\$731.853.412,45	61,6%
abril	R\$ 1.913.407.562,68	R\$ 445.154.159,28	R\$ 733.826.298,35	61,6%
maio	R\$ 1.915.399.624,44	R\$ 448.912.360,97	R\$ 735.349.759,69	61,8%
junho	R\$ 2.079.121.895,62	R\$ 453.333.577,42	R\$803.030.353,07	60,4%
julho	R\$ 2.091.514.074,40	R\$ 457.753.038,15	R\$ 807.903.512,39	60,5%
agosto	R\$ 2.098.098.882,10	R\$ 478.042.731,61	R\$ 810.240.831,78	61,4%
setembro	R\$ 2.232.201.029,72	R\$ 485.295.457,92	R\$ 847.002.302,26	59,7%
outubro	R\$ 2.384.484.091,59	R\$ 516.478.645,85	R\$ 913.316.363,54	60,0%
novembro	R\$ 2.401.956.537,90	R\$ 542.859.318,34	R\$ 922.933.626,87	61,0%
dezembro	R\$ 2.425.637.264,26	R\$ 585.017.357,72	R\$ 936.713.138,85	62,7%
TOTAL	R\$25.281.196.416,92	R\$5.778.440.628,05	R\$9.701.588.856,52	61,2%

Fonte: Elaborado pela autora

Em 2016, foram cobrados das operadoras de plano de saúde pela ANS vinte e cinco bilhões, duzentos e oitenta e um milhões, cento e noventa e seis mil, quatrocentos e dezesseis reais e noventa e dois centavos; foram efetivamente pagos nove bilhões, setecentos e um milhões, quinhentos e oitenta e oito mil, oitocentos e cinquenta e seis reais e cinquenta e dois centavos, equivalente a 61,2% de adimplência para o valor cobrado pela agência naquele ano.

Neste ano, manteve-se a estabilidade do índice de adimplência até aproximadamente o mês de setembro (59,7%), onde houve uma queda que se estabilizou nos meses seguintes. Entretanto, os valores continuaram próximos de 63 % durante todo o ano.

A Tabela 3 apresentada abaixo mostra os dados referentes ao ano de 2017:

TABELA 3 - Planilha de Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (2017)

	Valor Cobrado	Valor Parcelado	Valor Pago	Índice Adimplência
janeiro	R\$ 2.441.048.754,60	R\$ 611.909.258,64	R\$ 944.154.169,49	63,7%
fevereiro	R\$ 2.611.238.503,87	R\$ 617.759.192,09	R\$ 1.019.685.264,45	62,7%
março	R\$ 2.632.600.864,66	R\$ 631.411.433,94	R\$ 1.031.838.865,10	63,2%
abril	R\$ 2.763.070.047,55	R\$ 673.821.401,64	R\$ 1.096.648.782,17	64,1%
maio	R\$ 2.778.313.629,33	R\$ 693.514.687,99	R\$ 1.102.190.585,06	64,6%
junho	R\$ 2.793.938.317,12	R\$ 696.575.256,01	R\$ 1.106.263.938,35	64,5%
julho	R\$ 2.898.558.364,33	R\$ 705.688.451,68	R\$ 1.155.784.378,15	64,2%
agosto	R\$ 2.907.599.843,77	R\$ 730.598.775,62	R\$ 1.159.510.491,44	65,0%
setembro	R\$ 3.005.389.679,40	R\$ 748.642.167,28	R\$ 1.199.842.284,10	64,8%
outubro	R\$ 3.087.438.957,24	R\$ 751.453.712,50	R\$ 1.247.623.019,69	64,7%
novembro	R\$ 3.197.507.626,32	R\$ 745.609.609,41	R\$ 1.299.557.945,66	64,0%
dezembro	R\$ 3.280.315.345,39	R\$ 769.378.743,24	R\$ 1.341.063.403,08	64,3%
TOTAL	R\$ 34.397.019.933,58	R\$ 8.376.362.690,04	R\$ 13.704.163.126,74	64,2%

Fonte: Elaborado pela autora

Em 2017, foram cobrados das operadoras de plano de saúde pela ANS trinta e quatro bilhões, trezentos e noventa e sete milhões, dezenove mil, novecentos e trinta e três reais e cinquenta e oito centavos; foram efetivamente pagos treze bilhões, setecentos e quatro milhões, cento e sessenta e três mil, cento e vinte e seis reais e setenta e quatro centavos, equivalente a 64,2% de adimplência para o valor cobrado pela agência naquele ano.

O índice de adimplência em 2017 sofreu um aumento, porém não ultrapassando os 65% (atingido apenas no mês agosto). A variação no índice se manteve estável por todo o ano com pequenas variações entre os meses, estando mais estável nos meses de abril a julho e setembro a dezembro.

A Tabela 4 abaixo apresenta o resumo da arrecadação anual no período de 2015 à 2017.

TABELA 4 - Resumo de arrecadação anual do Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (2015-2017)

	Valor Cobrado	Valor Parcelado	Valor Pago	Índice de Adimplência
2015	R\$ 20.931.077.893,90	R\$ 4.589.704.594,53	R\$ 7.796.771.786,47	59,18%
2016	R\$ 25.281.196.416,92	R\$ 5.778.440.628,05	R\$ 9.701.588.856,52	61,23%
2017	R\$ 34.397.019.933,58	R\$ 8.376.362.690,04	R\$ 13.704.163.126,74	64,19%

Fonte: Elaborado pela autora

Com base em um dos questionamentos iniciais desse estudo, referente à efetividade do ressarcimento, percebe-se que há uma efetividade inferior a 70%. Houve um crescimento de cerca de 5% no índice de adimplência das operadoras de plano de saúde no período, em contraponto ao déficit de cerca de até vinte bilhões de reais no período em análise.

5.2 Investimentos no Sistema Único de Saúde

Neste estudo foram utilizados os dados da modalidade de transferência Fundo a Fundo (FAF). Esses dados foram obtidos através de planilhas no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Até a publicação da Portaria 3.992/2017, os investimentos eram repassados conforme os seguintes blocos: Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Gestão do SUS, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e Investimentos.

A seguir, na Tabela 5, serão apresentados os dados referentes aos investimentos FAF nos anos de 2015 a 2017.

TABELA 5 - Repasse de investimentos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) pela modalidade Fundo a Fundo (FAF) no período de 2015-2017.

	Repasse via FAF para Estados, municípios e Distrito Federal
2015	R\$ 61.590.954.379,57
2016	R\$ 64.242.259.703,11
2017	R\$ 65.158.861.329,89

Fonte: Elaborada pela autora

No ano de 2015, foram repassados aos estados, municípios e Distrito Federal o equivalente a sessenta e um bilhões e quinhentos e noventa milhões e novecentos e cinquenta e quatro mil e trezentos e setenta e nove reais e cinquenta e sete centavos. Em 2016, o repasse foi de sessenta e quatro bilhões e duzentos e quarenta e dois milhões e duzentos e cinquenta e nove mil e setecentos e três reais e onze centavos. Em 2017, o valor repassado pela União pelo FAF foi de sessenta e cinco bilhões e cento e cinquenta e oito milhões e oitocentos e sessenta e um mil e trezentos e vinte e nove reais e oitenta e nove centavos.

Dessa maneira, os repasses FAF realizados pelo Governo Federal aos Estados, municípios e Distrito Federal, aumentaram cerca de quatro bilhões de reais ao longo do período analisado.

Vê-se aqui que a comparação entre os ressarcimentos e os repasses FAF mostra que não há impeditivo para que sejam realizados investimentos no setor saúde, ou seja, a “falta” ou dificuldade em obtenção de recursos não está atrelada às pendências das operadoras de planos de saúde, já que não se deixou de realizar repasses e investimentos no período analisado. Isso vai de encontro a um questionamento que surgiu durante o estudo: se a efetividade do ressarcimento influi diretamente nos repasses e investimentos feitos pela União.

6. DISCUSSÃO

O período analisado foi entre os anos de 2015 a 2017, a média de pagamentos feitos pelas operadoras de plano de saúde foi de dez bilhões e quatrocentos milhões e oitocentos e quarenta e um mil e duzentos e cinquenta e seis reais e cinquenta e oito centavos. Isso equivale a 61,5% de adimplência ($\pm 2,52$); houve aproximadamente 5% de aumento nesse índice para o período. Dentre os dados analisados, percebe-se que o ano com melhor arrecadação foi 2017, onde o índice de adimplência foi de 64,19%.

A legislação em vigor garante às operadoras o direito de recorrer da notificação da ANS, se a empresa considerar que o ressarcimento é indevido. Neste caso, a empresa pode interpor defesas - em primeira e segunda instância - Caso o recurso seja indeferido, a operadora também tem a possibilidade de parcelar o pagamento. Assim, com o amparo legal, algumas cobranças acabam tendo o pagamento protelado, causando uma diferença entre os valores os valores cobrados e os efetivamente arrecadados (SILVA, 2018).

Dessa maneira, com os parcelamentos, as empresas se mantêm ativas e disponíveis para contratação do poder público. O ressarcimento é um mecanismo de regulação da saúde suplementar para que seja possível verificar a atuação das operadoras no cumprimento dos contratos, assim o objetivo desse ressarcimento não é o de financiar a saúde no Brasil. Todo o valor arrecadado é destinado ao FNS para serem reaplicados em programas prioritários do Ministério da Saúde (SILVA, 2018).

Quanto aos repasses feitos pela União via Fundo a Fundo (FAF), a média desses no período foi de sessenta e três bilhões e seiscentos e sessenta e quatro milhões e vinte e cinco mil e cento e trinta e sete reais e cinquenta e dois centavos. O governo federal, nesse período, aumentou os valores repassados em cerca de quatro bilhões de reais para serem revertidos em investimentos nos estados, municípios e distrito federal.

Em muitos países, o financiamento do sistema de saúde é feito em maior parte pelo serviço público, como no sistema britânico - o *National Health Service* - onde a maior parte vem principalmente de impostos gerais, com uma pequena contribuição do sistema de Seguridade Social, semelhante ao SUS (TANAKA; OLIVEIRA 2007). Com relação à porcentagem do PIB gasto em saúde, podemos fazer um comparativo entre alguns países desenvolvidos, incluindo o Reino Unido, segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD). Desde a década de 70, o Reino Unido teve um aumento nos gastos em saúde conforme o PIB, de 4,5% para 7,3% na década de 2000. Já, países como o Japão e a Suécia tiveram uma evolução de 4,6% para 7,7% e 7,2% para 8,6%, respectivamente (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

No Canadá, a universalidade do sistema não significa que todos os serviços são cobertos. Contrariando o SUS, sem entrar no mérito das suas imensas limitações, o sistema canadense não cobre, em geral, saúde bucal, medicamentos extra-hospitalares e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos). As exceções vão variar bastante entre as províncias (BRANDÃO, 2018). O fato de o SUS propor uma cobertura mais ampla de serviços de saúde naturalmente não implica que o nosso sistema seja melhor, já que o acesso e a infraestrutura ofertada entre os dois países estão em patamares totalmente distintos.

Praticamente não existe um modelo privado de saúde nos moldes como conhecemos no Brasil. O entendimento existente é de que o Estado deve ser o provedor. A base do modelo é a Atenção Primária e os hospitais (privados) são geridos por fundações ou estruturas semelhantes e remunerados pelo governo (BRANDÃO, 2018).

No sistema de saúde italiano - *Servizio Sanitario Nazionale* - tem-se a coparticipação do usuário no custo do cuidado, mediante pagamento do *Ticket Sanitario*. O *Ticket Sanitario* representa uma quota de participação direta dos cidadãos na despesa pública, como contrapartida para os cuidados de saúde prestados pelo Estado (OLIVEIRA; DALLARI, 2016) .

O sistema de coparticipação nos custos da saúde estabelece que só os cidadãos em especiais condições econômicas e de saúde terão direito a cuidados de

saúde gratuitos. Todos os outros deverão partilhar com o Estado o custo da atenção à saúde tendo como base o rendimento familiar. Dessa forma, os cidadãos foram classificados em três faixas: isentos, isentos parciais e não isentos. Assim, o custo do cuidado para o sistema de saúde vai depender não só das necessidades, mas também da situação econômica do usuário (LEVAGGI, 1999 apud OLIVEIRA; DALLARI, 2016).

Atualmente, segundo a OPAS/OMS Brasil, o gasto total do sistema de saúde brasileiro é de cerca de 8% do PIB: 4,4% de gastos privados (55% do total) e 3,8% de gastos públicos (45% do total) (OPAS/OMS BRASIL, 2019) ficando próximo aos percentuais de países desenvolvidos como a Suécia e o Japão. Segundo o relatório elaborado pelo Banco Mundial em 2018 - Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil - mesmo o Brasil tendo um sistema de saúde pública universal, os gastos privados são superiores aos gastos públicos, diferente do que ocorre em países desenvolvidos com sistemas semelhantes, a exemplo do Reino Unido e da Suécia (OPAS/OMS BRASIL, 2019). Os governos fornecem uma média de 51% dos gastos com saúde de um país, enquanto mais de 35% dessas despesas são pagas pelas pessoas com o próprio dinheiro. Isso leva 100 milhões de pessoas à extrema pobreza a cada ano (OPAS/OMS BRASIL, 2019).

Percebe-se que em comparação com os sistemas de saúde mais conhecidos no mundo, o sistema brasileiro é o único em que existe a possibilidade de o usuário optar pelo pagamento total dos serviços de saúde. A população paga com o próprio dinheiro 35% das suas despesas com saúde, incluindo os planos contratados junto às operadoras. Ou seja, existe capital favorecendo o ressarcimento, porém como vimos nos resultados, apenas cerca de 65% é efetivamente ressarcido. Não é o ideal, visto que faltam aproximadamente 35% para que o ressarcimento seja totalmente realizado. O ressarcimento que se tem atualmente já está passando por melhorias, como o acordo de cooperação técnica entre o MS e a ANS. Ele estabelece a integração das bases de dados dos órgãos, fazendo com que os atendimentos a beneficiários de planos de saúde na rede pública sejam identificados mais facilmente (BRASIL, 2018). Portanto, com essa cooperação, a ANS deverá reduzir o intervalo entre as vinculações de dados dos sistemas da Agência e do

Ministério e aumentar o número de sistemas de informação que sejam objeto de vinculação de registros, e com isso melhorar o ressarcimento ao SUS (BRASIL, 2018).

Alguns autores, como (CURY; NETO, 2011), relatam que vários governos, estaduais e federais, não estão cumprindo com seu papel, sobrecarregando a gestão municipal, onde muitos precisam despende até 40% de seus recursos à saúde. Com esse subfinanciamento, os municípios, responsáveis pela atenção básica são incapazes de suprir todas as necessidades do sistema. Esse é um problema histórico de gestão. A União reduz, há décadas, sua participação no financiamento do SUS e nos gastos totais com a saúde (CURY; NETO, 2011). O resultado é que faltam recursos para realização de cirurgias, para atendimentos ambulatoriais, para programas preventivos e para medicamentos. Além disso, também são escassos os fundos para contratação de recursos humanos. Tudo isso leva ao sucateamento da saúde (CURY; NETO, 2011).

7. CONCLUSÕES

A Saúde Suplementar é uma atividade que envolve a operação de planos ou seguros de saúde, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) responsável pela regulamentação e fiscalização das atividades que as operadoras realizam.

Este estudo procurou analisar o montante arrecadado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) referente ao ressarcimento de planos de saúde ao SUS, sua efetividade e como vem sendo a aplicação de recursos no setor saúde. Algumas lacunas encontradas foram referentes à efetividade do ressarcimento que é em parte efetivo, cerca de 65% ao ano e que existem empecilhos como a demora no cruzamento de dados pela ANS para fazer a cobrança devida e o alto parcelamento da dívida por parte de algumas empresas. Pela razão dos repasses FAF realizados pelo governo federal não serem exclusivos dos ressarcimentos realizados pela saúde suplementar, logo, não se pode responsabilizá-la pela dificuldade encontrada no setor saúde sobre financiamentos e investimentos.

Na comparação dos dados obtidos entre a ANS e o Ministério da Saúde, percebe-se que a ANS faz a devida cobrança às operadoras, porém essas não fazem o efetivo pagamento de suas dívidas, criando uma dívida em efeito “bola de neve”, prevista em lei, que não é quitada; é refinanciada e postergada. Isso dificulta os investimentos na área da saúde, pois um percentual significativo desse capital não acaba entrando para os cofres públicos, impedindo o retorno dos custos em investimentos e melhorias à população.

Na prática, percebemos que existe um déficit impedindo que melhorias sejam feitas e inovações tecnológicas sejam executadas. Em parte, isso se deve à ineficiência da arrecadação proveniente das empresas de planos de saúde que não cumprem com suas obrigações financeiras ao sistema público. Além dos cortes nos recursos, esses débitos poderiam complementar a receita do Fundo Nacional de Saúde.

Para tanto, sugere-se que a devida readequação da política de ressarcimento ao SUS, com maior rigidez nas cobranças e definição de critérios para o parcelamento de dívidas, através da definição de valores ou porcentagem mínimos sobre o valor total da dívida, seria uma alternativa do ponto de vista de gestão para melhorar o condicionamento e efetividade no ressarcimento realizado pelas empresas de saúde. O Ministério da Saúde e a ANS, desde 2018, tem realizado a melhoria no cruzamento de dados dos dois órgãos para fins de diminuição no tempo de emissão da cobrança às operadoras de planos de saúde.

Logo, a maior contribuição que um ressarcimento efetivo ao SUS poderia fazer é o de diminuir o impacto das altas demandas presentes no sistema. Contudo, sabe-se que a origem dos recursos FAF não são provenientes apenas dos ressarcimentos realizados pela saúde suplementar, mas também de tributos gerais cobrados pela União que ficam armazenados no FNS para a partir dele serem repassados. Tem-se ainda o contraponto da má administração do sistema de saúde que vem se arrastando por anos e que reflete diretamente nos investimentos. Existe a falta de compromisso com o cidadão que paga, por meio de impostos, para ter assistência à saúde de forma digna. Infelizmente, não existem na literatura muitos artigos ou dados para aprofundar a pesquisa, principalmente sobre como ocorre o

ressarcimento em outros sistemas de saúde semelhantes ao brasileiro, se existe a mesma obrigatoriedade e se é considerado efetivo nesses países. Portanto, sugere-se com esse estudo, a realização de pesquisas posteriores e maior debate entre os países a fim de buscar melhorias através do compartilhamento de experiências e ideias.

O caos na saúde coloca em risco milhões de vidas e promove o agravamento das patologias já existentes. Causa-se, assim, um efeito "cascata", prejudicando todo o sistema e em especial a população, que cada vez mais critica a burocracia e a morosidade que enfrenta para entrar e sair do sistema em busca de um atendimento mais amplo e multidisciplinar. Muito poderia ser evitado se o rigor na cobrança das empresas de plano de saúde fosse maior, já que as dívidas, como vimos nesse estudo, são cada vez maiores e passíveis de muita flexibilização. Precisa-se sensibilizar as empresas de planos de saúde e seus próprios beneficiários sobre o quanto essa dívida impacta na saúde da população.

Nessa perspectiva, a gestão deve estar atenta e realizar avaliações quanto ao funcionamento do sistema, executando alterações ou reformas quando necessárias dentro dos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.G. BORBA DE, J.A. FLORES, L. C. DA SILVA. **A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina.** Revista de Administração Pública - rap — Rio de Janeiro 43(3):579-607, maio/jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n3/04.pdf>. Acesso em 17 set 2018.
- AMORIM, M.C.S. MORGADO, F. **PEC 241 – O congelamento dos recursos para a saúde dos brasileiros.** Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2016;18(3):177-8. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/30120/pdf>. Acesso em 18 set 2018.
- BRANDÃO, J.R.M. **A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais** Cad. Saúde Pública 2019; 35(J):e00178217. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00178217.pdf>. Acesso em 18 jun 2019.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Planos de saúde ressarcem R\$ 184 milhões ao SUS.** Rio de Janeiro, Setembro 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/2625-consulta-publica-55-e-56-direito-de-acesso-a-informacao-das-beneficiarias-as-taxas-de-cirurgias-cesareas-e-de-partos-normais-por-estabelecimento-de-saude-e-por-medico> . Acesso em: 3 abr. 2019.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (antigo Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS).** [S. l.], [ca.2015]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-efetivo-pagamento-ao-ressarcimento-ao-sus-antigo-indice-de-adimplencia-de-ressarcimento-ao-sus> . Acesso em: 14 maio 2019.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Gerência Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS. Coordenadoria de Estímulo à Adimplência. **Aspectos financeiros do ressarcimento ao SUS : orientações sobre os procedimentos de cobrança.** Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4351&tipo_midia=2&indexSrv=1&iUsuario=0&obra=8521&tipo=1&Banner=0&idioma=0. Acesso em 02 jul. 2019
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011. 148 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 12). Disponível em http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_12.pdf. Acesso em 07 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o Fundo Nacional de Saúde**. [S. l.], 9 nov. 2014. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns>> . Acesso em: 1 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo a Fundo**. [S. l.], 7 jun. 2016. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo>> . Acesso em: 1 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério e ANS fecham acordo para melhorar ressarcimento ao SUS**. Maio 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43200-ministerio-e-ans-fecham-acordo-para-melhorar-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm> Acesso em 01 mai. 2018

CARPINTÉRO, J. N. C. **Custos na Área da Saúde - Considerações Teóricas**. VI Congresso Brasileiro de Custos – São Paulo, SP, Brasil, 29 de junho a 2 de julho de 1999. Disponível em <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/download/3193/3193>. Acesso em 29 nov 2018

CARVALHO, L.M. DE. **A saúde suplementar no Brasil: entenda um pouco**. JUSBRASIL. Disponível em <https://limc.jusbrasil.com.br/artigos/208442559/a-saude-suplementar-no-brasil-entenda-um-pouco>. Acesso em 07 set 2018

CURY, Marun; NETO, João. **Financiamento da Saúde brasileira agrava sucateamento do SUS**. Sociedade Brasileira de Pediatria, [S. l.], 2011. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Artigo-sbp-apm-Financiamento-da-Sade1.pdf> . Acesso em: 15 maio 2019.

DALLORA, M. E.; FORSTER, A. **A Importância da Gestão de Custos em Hospitais de Ensino - Considerações Teóricas**. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 41, n. 2, p. 135-142, 30 jun. 2008. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/259>. Acesso em: 6 abr. 2019

MIRANDA, G.M.D. MENDES A.C.G. DA SILVA, A.L.A. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(3):507-519. Disponível em

http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf. Acesso em 07 set 2018.

OLIVEIRA, A.M.C; DALLARI, S.G. **Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde e o Servizio Sanitario Nazionale: a reforma da reforma – a adoção do Ticket Sanitario**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.895-901, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00895.pdf>> . Acesso em 02 jul 2019

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS BRASIL). **Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso**. Brasília, 20 fev. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estao-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-servicos-com-dinheiro-do-proprio-bolso&Itemid=843> . Acesso em: 15 mai. 2019.

SILVA, Priscilla. **Repasse ao SUS dos serviços prestados aos pacientes de planos de saúde privados**. Lockton Brasil. s.l. mar. 2018. Disponível em <https://lockton.com.br/wp-content/uploads/2018/03/White-paper-Priscilla-Silva.pdf>. Acesso em 15 mai. 2019

SHALDERS, André. **STF obriga planos de saúde a pagar dívida de R\$ 5 bilhões com o SUS**. BBC News Brasil, São Paulo, p. 1-1, 7 fev. 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-42176003>> . Acesso em: 13 mar. 2019.

TANAKA, Oswaldo ; OLIVEIRA, Vanessa. **Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS**. Saúde e Sociedade, [S. l.], 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>> . Acesso em: 15 maio 2019.