

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA, ECONOMIA E NEGÓCIOS

LARISSA CARVALHO SANTOS

**DETERMINANTES DA INADIMPLÊNCIA DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE EM RELAÇÃO AO RESSARCIMENTO AO SUS**

OSASCO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA, ECONOMIA E NEGÓCIOS

LARISSA CARVALHO SANTOS

**DETERMINANTES DA INADIMPLÊNCIA DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE EM RELAÇÃO AO RESSARCIMENTO AO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Paulista de Política, Economia e Negócios da Universidade Federal de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientação: Prof. Dr. Roberto Bomgiovani Cazzari

(Versão Corrigida)

OSASCO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Unifesp Osasco e Departamento de Tecnologia da Informação Unifesp Osasco, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237 SANTOS, Larissa Carvalho

Determinantes da inadimplência das operadoras de assistência à saúde em relação ao ressarcimento ao SUS / Larissa Carvalho Santos. - 2021.

44 f. :il.

Trabalho de conclusão de curso (Ciências Atuariais) Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Política, Economia e Negócios, Osasco, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Bomgiovani Cazzari.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Ressarcimento. 3. Inadimplência. 4. Operadoras de planos de saúde. 5. SUS. I. Cazzari, Prof. Dr. Roberto Bomgiovani , II. TCC Unifesp/EPPEN. III. Título.

CDD: 362.110981

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, não poderia deixar de prestar meus agradecimentos a todos que tanto me apoiaram até esse momento e foram fundamentais durante a minha jornada na graduação.

Agradeço a Deus por ter me dado as condições para tal e a todos meus familiares e amigos que de alguma forma contribuíram para que isso fosse possível e me deram palavras de ânimo e incentivo nesse período.

Assim como sou grata por meus queridos colegas da universidade que caminharam comigo nos últimos 5 anos e os professores que tanto nos ensinaram. Em especial, também quero agradecer meu estimado orientador, professor Roberto, por todo conhecimento, ajuda e paciência que tem compartilhado comigo nesse período.

E finalizando, meus amados pais, Maria Celia e Cicero Missias, que não tiveram a possibilidade de ingressar em um ensino superior, mas lutaram para me dar todas as oportunidades que eles não puderam ter, que derramaram lágrimas comigo e me deram amor e apoio incondicional durante esses 23 anos.

Não serei capaz de nomear todos que colaboraram direta ou indiretamente e estiveram ao meu lado, mas palavras não são suficientes para expressar minha gratidão para com eles e isso jamais seria possível sem esse apoio.

RESUMO

Tendo em vista a relevância do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) na realidade das Operadoras de Assistência à Saúde e seus reflexos nos setores públicos e sociais, o presente estudo teve como finalidade identificar quais são os fatores determinantes da inadimplência destas em relação ao ressarcimento citado. Para tanto, foi empregado um modelo logístico considerando como base o Índice de Efetivo pagamento das operadoras ao ressarcimento ao SUS e outras variáveis organizacionais e econômico-financeiras, com as informações fornecidas pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Os resultados obtidos indicaram uma situação temerária e de grande implicação social: as Operadoras de Assistência à Saúde de grande porte (acima de 100.000 beneficiários) apresentaram maior probabilidade de inadimplir no ressarcimento junto ao SUS quando comparadas às demais, realçando a dimensão social e econômica associada ao problema.

Palavras-chave: Ressarcimento ao SUS, Operadoras de Assistência à Saúde, Inadimplência ao SUS.

ABSTRACT

Considering the reimbursement to *Sistema Único de Saúde* (SUS) relevance in Health Insurers' context and their reflexes in public and social sectors, this present study aimed to identify which are the determining factors of their debt. The paper was possible through the development of a *logistic* model considering as basis the Insurers' Effective Payment Index for the reimbursement to SUS and other organizational, economic and patrimonial variables, with information provided by the *Agência Nacional de Saúde Suplementar* (ANS). The results indicated a worrisome scenario with huge social implications: larger Health Insurers (over 100,000 costumers) were more likely to default in the reimbursement with SUS when compared to the others, highlighting the social and economic dimension associated to the matter.

Keywords: Reimbursement to SUS, Health Insurers, debt to *Sistema Único de Saúde*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI – Avisos de Beneficiários Identificados

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CADIN – Cadastro Informativo

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNS - Confederação Nacional de Saúde

CNSEG - Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada Complementar Aberta e vida, Saúde suplementar e Capitalização

DA – Índice de despesas administrativas

DC – Índice de despesas de comercialização

DIDES – Diretoria de Desenvolvimento Setorial

DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde

ENDIV - Índice de endividamento total

ENDIVCP - Índice de endividamento de curto prazo

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GRU – Guia de Recolhimento da União

IC – Índice Combinado

IEP – Índice de Efetivo Pagamento

LC – Índice de Liquidez corrente

LS – Índice de Liquidez Seca

ML – Margem Líquida

MF – Margem Financeira

OPS - Operadoras de Planos de Assistência à Saúde

PESL – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar

PIB – Produto Interno Bruto

RCTP - Relação Capital de Terceiros e Próprio

RN - Resolução Normativa

ROA - Taxa de retorno sobre o ativo total

ROE - Taxa de retorno sobre o Patrimônio Líquido

SINIS – Índice de Sinistralidade

SUS - Sistema Único de Saúde

TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Encaminhamento para inscrição de dívida ativa – 2015 até junho de 2020	12
Figura 2 – O Processo de Ressarcimento ao SUS	17
Figura 3 – Total Atendimentos cobrados por ano – 2015 a 2019	18
Figura 4 – Curva ROC	38
Figura 5 – Sensitividade x Especificidade	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Arrecadação Mercado Segurador em 2019	15
Tabela 2 – Pagamento por ano de lançamento de ABI (em milhões)	19
Tabela 3 – Variáveis Organizacionais	24
Tabela 4 – Indicadores Contábeis	26
Tabela 5 – Estatísticas Descritivas das Operadoras de Assistência à Saúde	28
Tabela 6 – Estatísticas Descritivas Operadoras Adimplente e Inadimplentes	29
Tabela 7 – Matriz de Correlação - Variáveis Quantitativas das Operadoras de Assistência à Saúde	31
Tabela 8 – Matriz de Correlação - Variáveis Quantitativas das Operadoras de Assistência à Saúde Adimplentes	32
Tabela 9 – Matriz de Correlação - Variáveis Quantitativas das Operadoras de Assistência à Saúde Inadimplentes	33
Tabela 10 – Porte das Operadoras de Assistência à Saúde	35
Tabela 11 – Modalidade das Operadoras de Assistência à Saúde	35
Tabela 12 – Região de abrangência das Operadoras de Assistência à Saúde	35
Tabela 13 – Região da sede das Operadoras de Assistência à Saúde	35
Tabela 14 – Modelo Logístico Inicial	36
Tabela 15 – Modelo Logístico <i>Stepwise</i>	37
Tabela 16 – Teste de Bondade do Ajuste	38
Tabela 17 – Tabela de Classificação	39
Tabela 18 – Matriz de Confusão	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 SUS.....	14
3.2 SAÚDE SUPLEMENTAR.....	14
3.3 LEI DE RESSARCIMENTO AO SUS	16
3.4 O RESSARCIMENTO AO SUS E AS POLÍTICAS DA ANS EM 2020	21
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
4.1 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	23
4.2 TRATAMENTO DOS DADOS	26
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	28
5.2 MODELO LOGÍSTICO.....	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

1. INTRODUÇÃO

O estudo em questão tem como desígnio identificar quais são os determinantes por trás do índice de inadimplência das Operadoras de Assistência à Saúde em relação ao Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal ressarcimento foi instituído no ano de 1998 por meio da lei nº 9658/98 e prevê que a partir da data referida, todo beneficiário de plano de saúde que usufruir dos serviços públicos, a operadora concernente deverá ressarcir o valor desse atendimento ao SUS, repondo os custos onerados do setor público com esse usuário.

Como forma de evitar o subsídio indireto de uma atividade privada, bem como em decorrência do princípio da solidariedade, o custo desse serviço público de saúde deve ser reinternalizado pela operadora, por meio do ressarcimento ao SUS (TIBÚRCIO, 2011)

Como forma de transparência e monitoramento desses ressarcimentos, a Agência Nacional de Saúde (ANS) publica mensalmente a evolução dos pagamentos pontuados as operadoras através do Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS. Todavia, é possível vislumbrar de forma nítida ao se deparar com esses dados que existem dívidas milionárias de numerosas operadoras para com a instituição, provando que até o momento, a efetividade da medida é questionável, já que o número de Operadoras adimplentes é ínfimo se comparado a todo o resto da amostra.

Portanto, se atentando a esse histórico, o trabalho busca estudar a procedência de tal inadimplência e por meio de estimação verificar para as operadoras de saúde ativas quais são os principais fatores que podem detectar a razão pela qual o efetivo pagamento ao SUS não vem sucedendo da maneira orquestrada pela legislação em vigor.

2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Este estudo visa a entender qual a razão preponderante por trás do alto índice de inadimplência por parte das operadoras de saúde em relação ao ressarcimento ao SUS, um assunto de alta relevância no âmbito social, atuarial e na saúde suplementar.

Previsto no artigo 32 da lei nº 9656/98, o ressarcimento consiste na obrigação das operadoras de concederem ao SUS os valores referentes aos atendimentos prestados aos seus beneficiários em instituições conveniadas ao sistema público, de forma a mitigar o que foi considerado como “enriquecimento sem causa” dos planos de saúde.

A compensação se iniciou por meio da medida provisória nº 2.177-44 em 2001 e, desde então, já foram cobrados cerca de R\$ 6,31 bilhões das operadoras (ANS, 2020) - número expressivo e que de imediato já inscreveu diversas no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN). Essa inadimplência pode resultar à operadora inscrição em dívida ativa na ANS, posteriormente na inatividade e até mesmo a execução judicial dela, já que esta não poderá honrar com seus compromissos junto aos beneficiários. Tal movimento vem crescendo continuamente e em 2020, apenas até o mês de junho, o número de encaminhamentos já havia superado o histórico dos outros anos, sendo o dobro do ano anterior (2019).

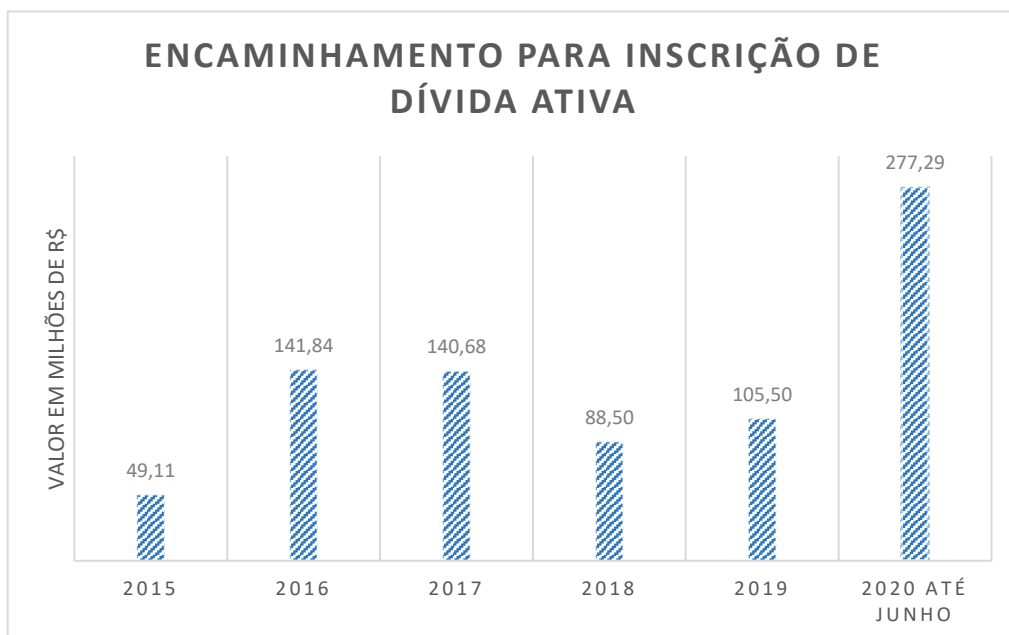


Figura 1 – Encaminhamento para inscrição de dívida ativa – 2015 até junho de 2020

Fonte: ANS (2020)

Outro importante ponto no ressarcimento, além do impedimento de enriquecimento - como já citado - é o de desincentivar os usuários de planos a utilizarem e “ocuparem” o sistema público, que já se encontra superlotado e deficiente de recursos, de modo a garantir que o subsídio do SUS se destine efetivamente à parcela da população que não possui acesso à saúde suplementar. Não obstante, todo dinheiro ressarcido é destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), gestor financeiro do SUS, que garante que a arrecadação retornará a servir fins sociais.

A aplicação das multas – ainda que por meio coercitivo – tem, entre suas finalidades, regular e adequar as operadoras que atuam no setor para amadurecer o mercado da saúde suplementar e que parcela dos valores arrecadados pode contribuir para efetivação do direito à saúde, uma vez que o motivo de aplicação das referidas multas, por vezes, reverbera sobre a sociedade. (LOPES, 2016)

Fatos como estes sublinham mais ainda o quão o não-pagamento geraria um dano social e poderia causar um desequilíbrio financeiro entre a saúde pública e a suplementar, evidenciando mais ainda a necessidade de estudar quais são os fatores principais que impactam para a contribuição da inadimplência das operadoras em relação ao ressarcimento ao SUS.

Tal tema é de relevância tão ímpar que em agosto de 2020, a ANS publicou a Consulta Pública nº 78, com proposta de alteração da legislação do ressarcimento com modificações que podem afetar o procedimento e pagamento, visando a otimizar e diminuir o passivo de processos. Isto evidencia que a ANS está ciente da importância do assunto e tem buscado meios de tratá-lo, garantindo a sustentabilidade do ressarcimento e buscando atenuar a dívida atual das operadoras.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SUS

O Sistema Único de Saúde ou apenas SUS, é um dos maiores sistemas de atendimento médico público do mundo. Garantido pela Constituição Federal de 1988, tornou o acesso a saúde um direito de todo o cidadão, já que antes disso, apenas os trabalhadores com carteira assinada tinham direito a saúde pública por serem segurados pela previdência. Assim, com exceção aos indivíduos que tinham condições financeiras de ter um plano de saúde, todo o restante da população que não contribuía à previdência ficava marginalizado do sistema, não tendo acesso aos benefícios advindos da saúde pública.

Conforme explicitado pela constituição:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196, Constituição Federal de 1988)

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. O Ministério da Saúde cuida da gestão federal da saúde e é quem formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações articuladas com o Conselho Nacional de Saúde (CONSU). Metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública é custeado pelo Ministério da Saúde, ao passo em que Estados e Municípios contribuem com a outra metade dos recursos. Quanto aos Estados, cada um possui sua secretaria específica para a gestão da saúde, coordenando e planejando o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Já os municipais devem aplicar os recursos próprios e os repassados pela União e Estados formulando suas próprias políticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O SUS é reconhecido por muitos como a política de maior inclusão social implementada no Brasil (SCARPIN, 2015) e embora apresente muitas falhas, vários avanços vêm acontecendo e é admirado por muitos países onde não há tal política universal de saúde.

3.2 SAÚDE SUPLEMENTAR

Através do Decreto Lei nº 73 de 21 de novembro de 1966, foram reguladas as atividades de seguros no país, incluindo o seguro-saúde, que discriminava a cobertura de assistência médica.

Contudo, a formalização da saúde suplementar no Brasil foi de fato definida pela Constituição Federal de 1988, que declarou a saúde como dever do Estado, mas liberou as iniciativas privadas nesse âmbito. A saúde suplementar apresenta-se como uma alternativa aos serviços assistenciais de saúde públicos e constitui um importante setor da economia brasileira, além de ser um dos maiores sistemas privados do mundo. Contudo, foi somente em 1998, por meio da lei nº 9656, que a regulamentação para esse setor veio a se estabelecer, com a criação posterior da Agência Nacional de Saúde Suplementar (lei nº 9.961/2000).

A ANS é vinculada ao Ministério da Saúde e sua função é a de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, por meio da criação de normas, controle e fiscalização dos segmentos do mercado suplementar e suas operadoras de planos de saúde (OPSs).

Segundo dados da ANS, até o terceiro trimestre de 2020, cerca de 73 milhões de brasileiros tinham acesso à saúde suplementar (tanto planos de assistência médica quanto planos exclusivamente odontológicos). Ademais, no ano de 2019, a arrecadação total do setor foi de R\$ 216,2 bilhões de reais em prêmios emitidos, o que corresponde a uma receita de 44,25% do total do mercado segurador, garantindo participação de 3% desse setor no PIB nominal (CNSEG, 2020).

Tabela 1 – Arrecadação Mercado Segurador em 2019

Mercado Segurador	Valor Arrecadado (R\$ bilhões)
Ramos Elementares	76,0
Capitalização	23,9
Saúde Suplementar	216,2
Cobertura de Pessoas	172,4
Total	488,5

Fonte: CNSEG (2020)

O artigo 4º da lei de nº 9.961/00, lei que determina a criação da ANS, traz as competências da referida autarquia, incluindo disposições sobre o ressarcimento das operadoras de saúde ao SUS:

Art. 4º Compete à ANS: [...]

VI - Estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação; [...]

A próxima seção discorrerá mais o funcionamento dessa política determinada na lei nº 9.656/98.

3.3 LEI DE RESSARCIMENTO AO SUS

Através da medida provisória nº 2177-44 do ano de 2001, foi acrescentado o artigo 32 na lei nº 9.656, que determina o ressarcimento das operadoras de assistência à saúde ao SUS quando os usuários delas utilizarem a rede pública em procedimentos cobertos pelo seu plano de saúde. Além disso, o normativo expõe que tal processo se dará por meio da supervisão da ANS.

Todos os procedimentos que devem ser ressarcidos são discriminados pela ANS, e esse pagamento deve ser realizado até o 15º dia da data de recebimento da notificação de cobrança, segundo o terceiro inciso da lei. Todos os pagamentos que não forem efetuados nesta data terão as seguintes penalidades:

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (LEI 9.656, art.32)

A lei também discrimina que serão objetos dos ressarcimentos os atendimentos de urgência, emergência, internação, entre outros. Não obstante, os valores a serem cobrados não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras, sendo toda arrecadação ressarcida e suas penalidades revertidas ao Fundo Nacional de Saúde.

É determinado pela lei que quando um beneficiário de plano de saúde é atendido na rede pública, é de responsabilidade da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da ANS a identificação deste, relacionando as bases de dados dos atendimentos prestados no SUS (o DATASUS) com os cadastros de beneficiários dos planos de saúde, geridos pela ANS. Com os atendimentos já identificados, a agência notifica as operadoras com o Aviso de Beneficiário Identificado (ABI). A operadora pode apresentar impugnação - quando os beneficiários não estejam cobertos contratualmente no procedimento feito ou por outro motivo - e se o pedido for deferido, a ABI é arquivada, caso não seja, é notificada novamente. Se o montante for pago, o

valor é repassado ao Fundo Nacional de Saúde. Em caso contrário e passados 75 dias de notificação persistindo a inadimplência, é feito o encaminhamento à Dívida Ativa e inscrição no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais (CADIN).

O processo de ressarcimento pode ser melhor entendido pela Figura 2.

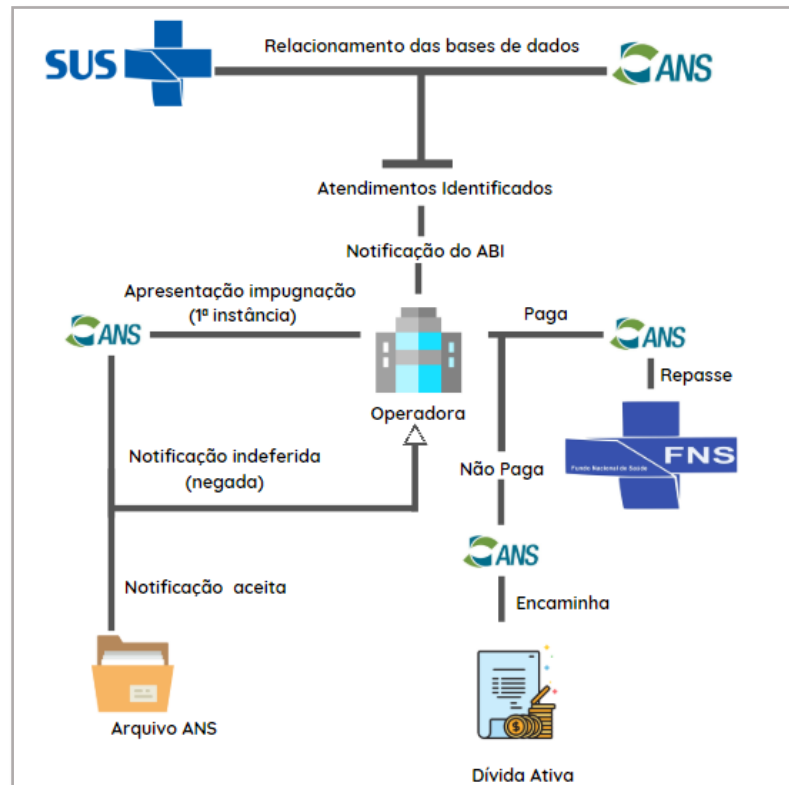


Figura 2 – O Processo de Ressarcimento ao SUS

Fonte: elaborado pelo autor e adaptado de ANS (2020)

Freitas (2011) fez um estudo sobre a efetividade do ressarcimento ao decorrer dos anos e chegou à conclusão que apenas 22% dos valores cobrados são de fato ressarcidos nos anos estudados (1999 a 2006), mostrando pouca eficácia da medida. Silva (2013) expôs que parte dessa inefetividade foi atribuída aos âmbitos jurídico, institucional e operacional. Adicionalmente, o mesmo autor ainda afirmou que novas reformas para melhoria da medida devem ser feitas: “É imprescindível rever o processo de ressarcimento e estabelecer novas metodologias que visem aperfeiçoar do mesmo” (SILVA, 2013).

Segundo dados do próprio boletim de ressarcimento da ANS, desde o início do ressarcimento até junho de 2020, R\$ 6,31 bilhões foram cobrados, o que equivalem a mais de 4.098.914 atendimentos realizados no SUS. A figura 3 apresenta o número total de atendimentos cobrados

por ano, sendo R\$ 2,65 bilhões apenas dos anos de 2018 a 2019, número extremamente expressivo, onde é possível observar também aumento exponencial na quantidade de atendimentos e cobrança.

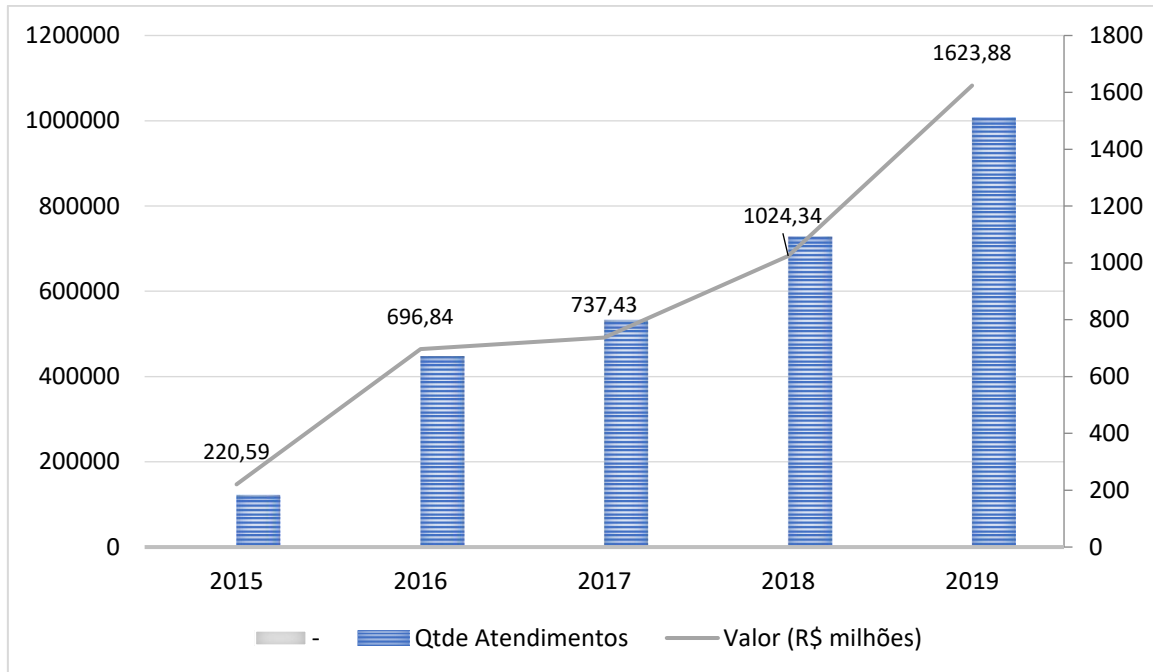


Figura 3 – Total Atendimentos cobrados por ano – 2015 a 2019

Fonte: ANS (2020)

Contudo, ao comparar os valores cobrados com os que foram efetivamente pagos em cada ano, é possível ver significativa discrepância, podendo fundamentar de fato a tese de Freitas (2011) – mesmo com percentual maior de pagamento, ainda existe uma dívida bilionária. A Tabela 2 traz os pagamentos das ABIs por ano (de 2016 até 2019) e o montante total gerado por elas a ser ressarcido, mas separando o que foi de fato cobrado através das Guias de Recolhimento da União (GRUs) e comparando o resultado efetivamente pago. Pode-se observar que mesmo incorporando o total pago com o parcelado ainda há um montante expressivo que deveria ter sido ressarcido.

Tabela 2 – Pagamento por ano de lançamento de ABI (em milhões de R\$)

Ano lançamento ABIs	Total Identificado no ano	Total Cobrado (GRUs entre 2001-2020)	VALOR PAGO À VISTA						Total Parcelado	Total pago + parcelado	Índice Efetivo Pagamento
			Anos anteriores	2016	2017	2018	2019	Total			
anos anteriores	R\$ 5.493,35	R\$ 3.338,06	R\$ 739,90	R\$165,26	R\$113,89	R\$ 60,80	R\$179,57	R\$ 1.259,42	R\$ 761,81	R\$ 2.021,23	61%
2016	R\$ 915,49	R\$ 648,06	R\$ -	R\$ 60,30	R\$ 93,86	R\$ 67,82	R\$ 45,67	R\$ 267,65	R\$ 191,73	R\$ 459,38	71%
2017	R\$ 1.490,28	R\$ 979,69	R\$ -	R\$ -	R\$173,60	R\$125,49	R\$148,48	R\$ 447,57	R\$ 258,19	R\$ 705,76	72%
2018	R\$ 1.327,69	R\$ 788,83	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$216,96	R\$175,79	R\$ 392,75	R\$ 197,21	R\$ 589,96	75%
2019	R\$ 1.363,79	R\$ 562,35	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$224,12	R\$ 224,12	R\$ 137,21	R\$ 361,33	64%
Total	R\$10.590,60	R\$ 6.316,99	R\$ 739,90	R\$225,56	R\$381,35	R\$471,07	R\$773,63	R\$ 2.591,51	R\$1.546,15	R\$ 4.137,66	66%

Fonte: ANS (2020)

Por essas razões, Fernandes (2014) assinala uma condição para que esse valor ressarcido tenha alguma expressividade ante a bilionária dotação orçamentária do SUS. Assim, o autor defende que os repasses feitos ao Fundo Nacional de Saúde devam ser aplicados na sub função Assistência Hospitalar e Ambulatorial, para assegurar que os recursos sejam de fato utilizados na compensação dos gastos ocorridos com os beneficiários.

Entretanto, ao estudar se os valores cobrados às operadoras eram suficientes para cobrir as despesas que o SUS vem tendo, Scarpin (2015) concluiu, em sua amostra dos 20 procedimentos com maior incidência, que mesmo com o alto índice de inadimplência das OPSs, os valores que vêm sendo pagos são suficientes para arcar com as despesas de todos os procedimentos, com exceção dos procedimentos de diagnósticos, atendimento de urgência em clínica médica e tratamento de intercorrências clínicas na gravidez.

Ainda em trabalhos do tema, Costa (2018), ao estudar os impactos econômico-financeiros do ressarcimento para as operadoras, chegou à conclusão de que este exerce um impacto negativo para as OPSs, observando que no ano do estudo, 2014, 7% da necessidade de ativos garantidores correspondiam a provisão técnica destinada aos eventos e sinistros a liquidar da parcela do SUS (PESL SUS). Infere-se também que a influência deste passivo das operadoras está relacionada a taxa de utilização dos beneficiários, bem como o percentual de adimplência em relação a obrigação.

Além dessa questão, há trabalhos relacionados ao tema que se dedicaram ao estudo da constitucionalidade do ressarcimento, como Mazza (2010) em seu artigo sobre os aspectos inconstitucionais do Ressarcimento ao SUS, que afirma:

Não há que se falar em ressarcimento quando a saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme o art. 196 da Constituição Federal. Na verdade, trata-se de uma nova

forma de contribuição social, instituída em discordância com a Constituição Federal, razão pela qual deve ser abolida de nosso ordenamento jurídico (MAZZA, 2010)

Defendendo também a inconstitucionalidade em seu estudo, Gramstrup (2015) afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e que o beneficiário ao utilizar o SUS não comete ato ilícito ou danoso, já que é seu direito. Nesse âmbito, o autor explica que “[...] a própria denominação “ressarcimento” é terrivelmente equivocada. Não houve dano algum, logo não há falar em reparação” (GRAMSTRUP, 2015).

A própria Confederação Nacional de Saúde (CNS) solicitou ao Supremo Tribunal Federal a inconstitucionalidade do ressarcimento por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931, alegando que era uma tentativa do Estado de transferir para as operadoras seu dever de fornecer saúde a todos.

Ainda sobre a natureza da cobrança, Mazza (2010) afirma que ela se configura como um tributo, já que não pode ser considerada multa - pois não provém de um ato ilícito, nem indenização por dano. Logo, na visão do pesquisador, “é uma prestação pecuniária compulsória em moeda, que não constitui sanção por ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa vinculada” (MAZZA, 2010), tratando-se, portanto, de tributo, mas que efetivamente tem característica de uma taxa, já que a operadora não tem qualquer intervenção na escolha do beneficiário pelo SUS, desvinculando-se, então, dos princípios constitucionais que regem o sistema tributário. Sobre essa falta de controle das OPSs em relação a escolha do beneficiário, Dias (2012) afirma:

Não há como obrigá-lo (beneficiário) a realizar o procedimento pelo plano de saúde, uma vez que este possui direito ao SUS. Cabe única e exclusivamente ao cidadão [...] escolher qual atendimento quer ter, um público ou privado, sendo que este cidadão, que também é beneficiário de plano de saúde privado, paga pelos dois tipos de atendimento. (DIAS, 2012)

As operadoras também se mostram contra a medida, alegando que são os próprios beneficiários que optam pelo sistema único de saúde, sendo que podem ser atendidos pela rede credenciada - em conformidade com o que Dias (2012) afirmou - e que a medida nada mais é que outra maneira de financiamento da entidade. Isso pode ser reforçado pelo fato de que muitas OPSs alegam que os valores cobrados, que vêm da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), são superiores aos valores pagos para suas redes credenciadas de prestações de serviços (FREITAS, 2011). Se essa informação for verídica, vai de encontro com a própria lei do ressarcimento, que em seu §8º determina que esses valores ressarcidos não

podem ser inferiores aos praticados pelo SUS nem superiores aos praticados pelas OPSs, gerando outra ilegitimidade na cobrança.

Tibúrcio (2011), por sua vez, afirma que essa concepção é errônea e a cobrança é legal, sim, e que não há financiamento a ANS, já que a cobrança é apenas uma questão de praticidade, ao seu ver, e que o ressarcimento não se destina a ela. Defende que a incumbência é de cunho social e preserva a coletividade, e que a vedação do enriquecimento sem causa é apenas um dos fundamentos da obrigação, refletindo responsabilidade das operadoras frente aos custos de manutenção da saúde pública.

Embora ainda hoje exista muita discussão nesse âmbito, em 2018, o Supremo Tribunal Federal por meio da sessão plenária 7.2.2018, reconheceu efetivamente a constitucionalidade do artigo 32, pois entendeu que se o usuário utiliza o SUS, ocorre o benefício financeiro da operadora e enriquecimento indevido do setor privado. Não obstante, os ministros alegaram ainda a importância do ressarcimento como fonte de receitas para o financiamento da seguridade social.

Os dirigentes públicos afirmaram a importância da mesma (Ressarcimento) para tutela de beneficiários e do SUS [...]. Recomenda-se a manutenção do ressarcimento ao Sistema Único como um instrumento para coibir empresas que procuram contornar as exigências legais da Agência Reguladora, a qual atua promovendo a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. (FREITAS, 2011)

Essa medida compõe a agenda de prioridades da ANS em suas demandas, tendo a divulgação do índice de efetivo pagamento ao ressarcimento sendo firmado em compromisso através do item 6.3 de sua Agenda Regulatória de 2013/2014, tamanha a relevância do tema. A própria agência reguladora se manifesta sobre o assunto dizendo que a medida é um importante instrumento regulatório das atividades de controle do mercado setorial, protegendo os consumidores de planos de saúde, com o papel de impedir a prática de condutas abusivas das operadoras (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018).

3.4 O RESSARCIMENTO AO SUS E AS POLÍTICAS DA ANS EM 2020

No ano de 2020, dentre as tantas discussões concernentes a saúde suplementar, duas pautas importantes reverberaram referentes ao ressarcimento: as mudanças propostas no processo através da consulta pública nº 78 e o impacto da pandemia do COVID-19 nele e na saúde privada como um todo.

Conforme antes explicitado, por meio da consulta pública propondo alteração na RN nº 358, a ANS visa a aprimorar o processo de ressarcimento ao SUS, que além do montante bilionário da dívida das OPSs, enfrenta também carência de recursos humanos no processo, dificultando o prosseguimento dos trâmites usuais como planejado.

Dentre as propostas, a alteração visa a implementar um ajuste nos valores para ABIs e franquias conforme os critérios especificados. Além disso, busca incentivar que as operadoras diminuam as impugnações e recursos, e efetuam o pagamento da dívida com mais rapidez sob pena de perder os benefícios dispostos, adimplindo de forma mais imediata. A ANS estima que a medida traga uma redução de até 24% das análises de ABI, diminuindo a necessidade de analistas e ainda garantindo maior agilidade no repasse ao Fundo Nacional de Saúde. Até o fim de 2020, não havia uma posição definitiva sobre o assunto (ANS, 2021).

Outro ponto se dá devido a pandemia do novo coronavírus, que exerceu grande impacto na saúde pública e suplementar no ano referido, tornando-se um assunto de calamidade pública em escala global. Isso fez com que a ANS tomasse algumas medidas, inclusive no âmbito do estudo referido. Através da medida provisória nº 928, foi alterada durante um período à recepção de impugnações e recursos, suspendendo os prazos processuais administrativos na época de pandemia. Como é esperado aumento considerável dos atendimentos a serem ressarcidos, a ANS se manifestou dizendo que vem acompanhando os atendimentos, mudanças assistenciais e padrões adotados pelas operadoras no período para que os valores de ressarcimento devidos sejam revertidos.

Nesse sentido, ressalta-se que foram criados leitos específicos, código próprio para a doença na lista CID (Classificação Internacional de Doenças), bem como procedimentos especiais para assistência hospitalar e ambulatorial relacionados à Covid-19, informações que já fazem parte do conjunto de dados que identificam e qualificam os casos envolvidos no processo de Ressarcimento ao SUS. (ANS, 2020).

Em decorrência dos pontos já conhecidos provocados pela pandemia, houve também alterações nos lançamentos das ABIs em 2020. Entretanto, o órgão espera que os eventos elegíveis relacionados a ela sejam reportados na ABI do primeiro trimestre de 2021, reestabelecendo o processo para os termos anteriores a pandemia.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo tem como objetivo identificar quais são os fatores que influenciam na inadimplência das operadoras de saúde em relação ao ressarcimento ao SUS. Para desenvolvê-lo, foi empregado como base da análise o ano de 2019, utilizando o Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS - IEP (antigo Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS), publicado pela ANS referente a dezembro de 2019. Tal índice, divulgado regularmente pela ANS, foi definido através da RN 427/2017 e afere o percentual de pagamento ao SUS em relação ao total de débitos do ressarcimento efetivamente cobrados:

$$IEP = \frac{\text{Valores Pagos} + \text{Valores em parcelamento}}{\text{Valores cobrados com GRU emitida}} \quad (1)$$

Para o estudo em questão, foram classificadas como inadimplentes as operadoras que apresentaram IEP diferente de 100%, atribuindo-lhes o valor 1. Para as adimplentes, atribuiu-se o valor 0.

O IEP traz o universo de todas as operadoras que já foram cobradas na história do ressarcimento, de modo que para alcançar à amostra final empregada, selecionaram-se apenas as operadoras que estavam ativas na data base, possuíam beneficiários e cujas demonstrações contábeis haviam sido declaradas e constavam no Documento de informações Periódicas (DIOPS) da ANS referente ao quarto trimestre do ano de 2019 – obtendo um total de 637 operadoras aptas ao estudo.

Tais classificações foram retiradas de relatórios da ANS disponíveis no Portal Brasileiro de Dados Abertos - que contém informes e bases de dados sobre diversos órgãos públicos, sendo utilizados os de “Cadastros das Operadoras Ativas”, “Cadastros das Operadoras Canceladas”, o DIOPS como já explicitado e ainda, para informações do banco de dados, o de “Características dos Planos de Saúde Suplementar”.

4.1 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

No material supracitado, foram coletadas informações sobre as características qualitativas das operadoras, além de aspectos econômico-financeiros (retirados do DIOPS) com a finalidade de explorar diversas esferas para o tema, sejam contábeis ou organizacionais. Neste âmbito, o escopo de covariáveis passíveis de explicar a inadimplência das OPS foi levantado com base na literatura.

Discorrendo mais detalhadamente sobre a escolha das variáveis organizacionais, Pauxis (2015) apontou que o porte da operadora pode se apresentar como variável relevante, assim como diversos pesquisadores apontaram a modalidade como covariável igualmente importante (CLEMENTE, 2016; SILVA *et al.*, 2016; XAVIER, 2017). Adicionalmente, Xavier (2017) também propõe o uso da sede da operadora como variável a ser explorada. Por fim, outro aspecto considerado foi a região de comercialização, determinada pela ANS através da Resolução Normativa nº 451. No tocante especificamente à região, Xavier (2017) explana que a política de isenções e impostos em determinadas regiões pode também influenciar o resultado e a forma de gestão das OPSs.

A Tabela 3 apresenta o detalhamento das variáveis organizacionais.

Tabela 3 – Variáveis Organizacionais

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	AUTORES
Modalidade	Classificação de acordo com seu estatuto jurídico, sendo as operadoras observadas divididas em: <ul style="list-style-type: none"> - Cooperativa Médica; - Autogestão; - Medicina de Grupo; - Odontologia de Grupo; - Filantropia; - Seguradora Especializada em Saúde. 	CLEMENTE (2016) SILVA <i>et al.</i> (2016) XAVIER (2017)
Porte	Classificação pela ANS da operadora de acordo com a quantidade de beneficiários com vínculo ativo no mês do SIB (sistema que contém dados cadastrais dos beneficiários de planos de saúde no Brasil) referente: <ul style="list-style-type: none"> - Grande: acima de 100 mil beneficiários; - Médio: de 20 mil a 100 mil beneficiários; - Pequeno: abaixo de 20 mil beneficiários. 	PAUXIS (2015)
Região da Sede	Região do endereço da sede da operadora, utilizado com base no Estado identificado no relatório de cadastro	XAVIER (2017)
Região de comercialização	Área onde a operadora comercializa ou disponibiliza seu plano de saúde, classificada pela ANS em: <ul style="list-style-type: none"> - Região 1: todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia; - Região 2: estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1; - Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o estado de São Paulo; - Região 4: no Município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba ou de Brasília; - Região 5: em grupo de municípios, excetuando os definidos na região 4; e - Região 6: em um único município, excetuando os definidos na região 4. 	XAVIER (2017)

Fonte: Elaborado pelos autores

No tocante aos aspectos econômico-financeiros e patrimoniais, os indicadores contábeis permitem que se possa avaliar a solvência e saúde financeira da entidade analisada. Segundo Viana *et al.* (2012), podemos dividir os mesmos em 4 categorias: indicadores de rentabilidade, liquidez, capital e operacional (estrutura de custos), sendo os de rentabilidade, segundo o próprio, os mais relevantes pois permitem mensurar o retorno do investimento. Lins *et al.* (2012) define os indicadores de liquidez como “a capacidade da empresa pagar suas obrigações de curto prazo” e os de capital como meios de evidenciar a intensidade com a qual a empresa utiliza os recursos de terceiros, avaliando a composição entre recursos próprios e de terceiros no financiamento total. Viana *et al.* (2012), ainda cita que os indicadores operacionais possibilitam a análise do desempenho da empresa e suas necessidades de investimento no capital de giro. Já Almeida (2019) explana que o objetivo principal dos indicadores usado na estrutura de capital é “essencialmente analisar o endividamento da entidade, relacionado com os capitais de terceiros (passivo circulante e não circulante) investidos no negócio da entidade”. As formulações foram usadas com base no trabalho de Viana *et al.* (2012) e das classificações demonstradas nas publicações da ANS.

Tabela 4 – Indicadores Contábeis

CATEGORIA DO INDICADOR	VARIÁVEL	FORMULAÇÃO
Liquidez	Liquidez Corrente	Ativo Circulante / Passivo Circulante
	Liquidez Seca	(Ativo Circulante – Custo de Aquisição e Despesas Diferidas) / Passivo Circulante
Estrutura de Capital	Relação Capital de Terceiros e Próprio	(Passivo Circulante + Não Circulante) / Patrimônio Líquido
	Endividamento Total	Passivo / Ativo
	Endividamento Curto Prazo	Passivo Circulante / Ativo
Rentabilidade	Retorno sobre o ativo	Lucro Líquido / (Média do Ativo nos dois últimos períodos)
	Retorno sobre o PL	Lucro Líquido / (Média do Patrimônio Líquido nos dois últimos períodos)
	Margem Líquida	Lucro Líquido / Contraprestações Efetivas
	Margem Financeira	Resultado Financeiro Líquido / Contraprestações Efetivas
Estrutura de Custos	Sinistralidade	Eventos Indenizáveis Líquidos / Contraprestações Efetivas
	Índice Combinado	(Despesas Administrativas + Despesas de Comercialização + Outras Despesas Op – Outras Receitas Op + Eventos Indenizáveis Liq.) / Contraprestações Efetivas
	Índice de Despesas de Comercialização	Despesas de Comercialização / Contraprestações Efetivas
	Índice de Despesas Administrativas	Despesas Administrativas / Contraprestações Efetivas

Fonte: Elaborado pelos autores

4.2 TRATAMENTO DOS DADOS

Com vistas a identificar os determinantes que influenciam na inadimplência das operadoras de saúde em relação ao ressarcimento ao SUS, foi elaborado um modelo regressivo logístico em que o IEP era explicado pelo vetor de covariáveis organizacionais e econômico-contábeis detalhados anteriormente.

A regressão logística é uma técnica destinada a descrever o comportamento entre uma variável dependente binária e variáveis independentes. Fávero *et al.* (2017) a define como uma técnica que permite identificar características dos elementos pertencentes a cada grupo determinado pela variável categórica e aferir a probabilidade de ocorrência de um evento - atribuindo um para a possibilidade de sucesso e zero para fracasso. Considerando que a variável dependente do estudo é qualitativa e binária (a chance de estar adimplente ou inadimplente), o modelo se adequa aos objetivos propugnados.

No modelo de regressão logística, seja Y uma variável aleatória binária que apresenta dois resultados (1 evento e 0 o não evento) e $X = [X_1 \dots X_k]$ o vetor de covariáveis explicativas com $i = 1, \dots, k$. Logo, a probabilidade de materialização do evento condicionada ao vetor de covariáveis é tal que:

$$P(Y = 1/X) = \frac{1}{1+e^{-(Z)}} \quad (2)$$

Em que Z é conhecido como *logit* e é expresso com uma combinação linear entre as covariáveis:

$$Z = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k \quad (3)$$

Sendo:

p = probabilidade de ocorrência do evento de interesse;

α = a constante a ser estimada;

β_i = parâmetros estimados para a i -ésima variável do modelo;

X_i = i -ésima variável explicativa do modelo.

O termo $\ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$ é chamado de *logit*, ao passo que $\left(\frac{p}{1-p}\right)$ representa a chance (*odds*) de ocorrência do evento de interesse.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Após a etapa de coleta de dados, iniciando a análise objeto do estudo foram elaboradas as estatísticas descritivas das variáveis. Preliminarmente, como representado na Tabela 5, foram destacadas as médias para cada variável, e como medidas de dispersão os desvios padrão e os coeficientes de variação, além dos valores mínimos e máximos das amostras.

Tabela 5 – Estatísticas Descritivas das Operadoras de Assistência à Saúde

Amostra Total						
Variável	Média	Desvio padrão	Coefficiente de Variação	Mínimo	Máximo	Obs
<i>Sinistralidade</i>	0,79	0,15	0,20	-0,09	1,78	637
<i>Liquidez Corrente</i>	2,60	5,95	2,29	0,01	140,73	637
<i>Liquidez Seca</i>	2,59	5,96	2,30	0,01	140,73	637
<i>Relação entre Capital de Terceiros e PL</i>	1,77	14,80	8,39	-87,27	333,59	637
<i>IC</i>	0,98	0,17	0,18	0,27	3,74	637
<i>Margem Líquida</i>	0,04	0,24	5,94	-2,70	4,36	637
<i>Margem Financeira</i>	0,03	0,22	8,77	-0,70	5,24	637
<i>Índice Despesas ADM</i>	0,21	0,41	1,99	-0,27	6,80	637
<i>Índice Despesas Com</i>	0,01	0,03	2,04	0,00	0,40	637
<i>Endividamento Total</i>	0,54	0,49	0,92	0,01	11,09	637
<i>Endividamento Curto Prazo</i>	0,39	0,30	0,75	0,01	5,98	637
<i>ROA - Retorno sobre o Ativo</i>	0,05	0,18	3,58	-1,80	0,91	637
<i>ROE - Retorno sobre o PL</i>	0,04	0,44	11,36	-6,55	2,29	637

Fonte: Elaborado pelos autores

Para o coeficiente de variação (CV) entende-se que quanto mais próximo de zero, menor a dispersão dos dados e a amostra é mais homogênea, o que não ocorre para a maioria dos casos apresentados - com exceção do Índice Combinado e Sinistralidade. O CV das demais variáveis aponta que os dados para as operadoras são heterogêneos e de alta variabilidade, como visto nitidamente para o ROE, por exemplo, denotando variabilidade expressiva no retorno para os acionistas na amostra estudada.

Cabe ainda destacar que para as operadoras de saúde analisadas, existe em média uma alta participação de capital de terceiros em seu patrimônio líquido, além de apresentarem um Índice Combinado bem expressivo, que indica que as despesas no ano de estudo têm sido quase tão altas quanto as contraprestações. Na Tabela 6, apresentam-se os dados segregados por categoria (entre adimplentes e inadimplentes).

Tabela 6 – Estatísticas Descritivas das Operadoras Adimplentes e Inadimplentes

Variáveis	ADIMPLENTES						INADIMPLENTES						Teste WMW PROB
	Média	Desvio padrão	Coefficiente de Variação	Mínimo	Máximo	Obs.	Média	Desvio padrão	Coefficiente de Variação	Mínimo	Máximo	Obs.	
<i>SINIS</i>	0,81	0,19	0,23	0,01	1,78	171	0,78	0,14	0,18	-0,09	1,60	466	0,0087*
<i>LC</i>	4,33	11,10	2,57	0,24	140,73	171	1,96	1,39	0,71	0,01	17,24	466	0,0000***
<i>LS</i>	4,33	11,10	2,57	0,24	140,73	171	1,96	1,39	0,71	0,01	17,24	466	0,0000***
<i>RCTP</i>	1,03	5,05	4,89	-30,39	56,48	171	2,03	17,03	8,37	-87,27	333,59	466	0,0000***
<i>IC</i>	0,98	0,17	0,17	0,32	1,88	171	0,98	0,17	0,18	0,27	3,74	466	0,1949
<i>ML</i>	0,08	0,36	4,24	-0,51	4,36	171	0,02	0,18	7,26	-2,70	0,74	466	0,0899*
<i>MF</i>	0,07	0,40	6,18	-0,30	5,24	171	0,01	0,09	8,17	-0,70	1,39	466	0,0000***
<i>DA</i>	0,25	0,62	2,50	0,00	6,80	171	0,19	0,30	1,57	-0,27	4,17	466	0,5830
<i>DC</i>	0,01	0,04	3,25	0,00	0,40	171	0,01	0,02	1,60	0,00	0,15	466	0,0000***
<i>ENDIV</i>	0,43	0,26	0,60	0,01	1,93	171	0,58	0,55	0,95	0,05	11,09	466	0,0000***
<i>ENDIVCP</i>	0,33	0,22	0,66	0,01	1,85	171	0,42	0,32	0,76	0,03	5,98	466	0,0000***
<i>ROA</i>	0,07	0,16	2,38	-0,72	0,91	171	0,04	0,18	4,26	-1,80	0,48	466	0,6993
<i>ROE</i>	0,05	0,21	4,13	-1,24	1,28	171	0,03	0,50	14,66	-6,55	2,29	466	0,1423

Nota: *, **, *** / Significância a 10%, 5% e 1%

Fonte: Elaborado pelos autores

Analisando os cenários em categorias desmembradas, fica visível que para as operadoras inadimplentes a situação se torna mais agravada em alguns indicadores.

Como esperado, o ROA e ROE é em média superior para as OPSs que não estão inadimplente junto ao SUS, embora ao contrário do previsto, a sinistralidade das operadoras inadimplentes foi um pouco inferior ao das demais. Complementarmente, o IC médio se manteve idêntico para ambas as categorias, ainda que o valor máximo observado nele seja maior nas OPSs inadimplentes.

É imprescindível ressaltar que os índices de liquidez aparecem positivos para as duas categorias. Contudo, tal como verificado, em termos médios, as adimplentes possuem uma liquidez superior às inadimplentes - o que indica que a capacidade de pagar as dívidas é maior também, embora o coeficiente de variação para elas seja bastante elevado.

Por sua vez, os índices de endividamento, em termos médios, tal como esperado, é inferior para as operadoras adimplentes, mostrando, que as operadoras que possuem dívida para com o ressarcimento também têm mais dívida no curto prazo e total. Outro ponto de interesse é que é possível constatar que a participação média do capital de terceiros em relação ao PL é o dobro para OPSs inadimplentes. É vislumbrado também que para as operadoras que estão com dívida, vê-se menor margem líquida e margem financeira, o que sugere possível menor lucratividade. Por fim, pode-se afirmar que no geral, as operadoras inadimplentes junto ao SUS têm dados

mais dispersos, visto que grande parte das altas variações no CV vêm dessa categoria, implicando OPSs com comportamento mais heterogêneos. Ainda assim, elas apresentam uma saúde financeira mais deteriorada.

Ainda na Tabela 6, tem-se a aplicação do teste Willcoxon-Mann-Whitney sobre as variáveis, que testa se há diferenças estatisticamente significativas na distribuição das variáveis entre as operadoras inadimplentes e adimplentes. Como resultante nota-se que apenas para o Índice Combinado, Índice de despesas administrativas, ROA e ROE que a hipótese nula (igualdade entre inadimplentes e adimplentes) não foi rejeitada a um nível de significância de 10%, ressaltando o comportamento diferente das distribuições das demais variáveis entre os grupos analisados.

Complementando a análise descritiva, procedeu-se ao cálculo da matriz de correlações de Pearson entre as variáveis quantitativas, que segundo Gujarati *et al.* (2011) tem como desígnio medir o grau de associação linear entre duas variáveis. Interpreta-se que há associação linear positiva ou negativa quando os coeficientes se aproximam de 1 ou -1.

Tabela 7 – Matriz de Correlação - Variáveis Quantitativas das Operadoras de Assistência à Saúde

	IC	LC	LS	RCTP	ML	MF	DA	DC	ENDIV	ENDIVCP	ROA	ROE	SINIS
IC	1												
LC	0,1612***	1											
LS	0,1611***	1***	1										
CTP	0,0183	-0,0216	-0,0216	1									
ML	-0,4352***	0,7167***	0,7167***	-0,0189	1								
MF	0,2586***	0,894***	0,894***	-0,0045	0,735***	1							
DA	0,0211	-0,0225	-0,0225	0,0381	-0,0714*	-0,0514	1						
DC	-0,0706*	-0,0663*	-0,0668*	0,0003	0,036	-0,0087	0,1704***	1					
DIV	0,0862**	-0,1562***	-0,1563***	0,0373	-0,2327***	-0,1868***	0,0541	0,0477	1				
ENDIVCP	0,1228**	-0,1921***	-0,1922***	0,0238	-0,2373***	-0,1637***	0,0287	0,0855**	0,9031***	1			
ROA	-0,4306***	0,0942**	0,0943**	-0,0159	0,4188***	0,1257**	-0,0745*	-0,1478***	-0,4861***	-0,4086***	1		
ROE	-0,2026***	0,0263	0,0264	0,0934**	0,1313***	-0,011	-0,0293	-0,1071***	-0,0623	-0,1376***	0,3413***	1	
NIS	0,4924***	0,2535***	0,2535***	0,0017	-0,0699*	0,2855***	-0,2997***	-0,1365***	0,0002	0,0172	-0,2193***	-0,1137***	1

Nota: *, **, *** / Significância a 10%, 5% e 1%

Fonte: Elaborada pelos autores

Tabela 8 – *Matriz de Correlação - Variáveis Quantitativas das Operadoras de Assistência à Saúde Adimplentes*

	IC	LC	LS	RCTP	ML	MF	DA	DC	ENDIV	ENDIVCP	ROA	ROE	SINIS	
IC	1													
LC	0,3803***	1												
LS	0,3801***	1***	1											
RCTP	0,0141	-0,0418	-0,0418	1										
ML	0,0863	0,8832***	0,8833***	-0,0434	1									
MF	0,4583***	0,9429***	0,9429***	-0,023	0,9116***	1								
DA	-0,3813***	-0,0345	-0,0345	0,0746	0,1074	-0,059	1							
DC	-0,315***	-0,0457	-0,0458	-0,0417	0,1222	-0,0108	0,3318***	1						
ENDIV	0,0547	-0,2967***	-0,2967***	0,1313**	-0,2205***	-0,1628**	0,1062	-0,0243	1					
ENDIVCP	0,0569	-0,2797***	-0,2797***	0,1514**	-0,207***	-0,1559**	-0,0236	-0,031	0,8395***	1				
ROA	-0,4991***	0,0918	0,0919	-0,0187	0,3056***	0,0641	-0,0473	-0,025	-0,1632**	-0,0491	1			
ROE	-0,3872***	0,0355	0,0356	-0,0634	0,1936**	0,0145	-0,0297	-0,0111	-	0,2424***	-0,1633**	0,694***	1	
SINIS	0,7383***	0,4036***	0,4035***	-0,04	0,1557**	0,4286***	-	-	-0,0445	-0,0576	-0,2766***	-	0,1785**	1

Nota: *, **, *** / Significância a 10%, 5% e 1%

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 9 – Matriz de Correlação - Variáveis Quantitativas das Operadoras de Assistência à Saúde Inadimplentes

	IC	LC	LS	RCTP	ML	MF	DA	DC	ENDIV	ENDIVCP	ROA	ROE	SINIS
IC	1												
LC	-0,1369***	1											
LS	-0,1371***	0,9999***	1										
RCTP	0,02	-0,0471	-0,0469	1									
ML	-0,8692***	0,3138***	0,3138***	-0,0157	1								
MF	0,1449***	0,3752***	0,375***	0,0075	0,3049***	1							
DA	0,317***	-0,0575	-0,0572	0,0482	-0,365***	-0,0709	1						
DC	0,071	-	-	0,0063	-0,0618	0,0115	-0,0259	1					
ENDIV	0,0954**	-	-	0,0288	-0,288***	-0,4063***	0,0671	0,0704	1				
ENDIVCP	0,1412***	-	-	0,0109	-0,2832***	-0,3046***	0,0756	0,1388***	0,9159***	1			
ROA	-0,4106***	0,2378***	0,2378***	-0,0144	0,547***	0,3053***	-0,1106**	-0,2222***	-0,5441***	-0,4859***	1		
ROE	-0,1837***	0,0753	0,0754	0,1016**	0,1518***	-0,0499	-0,0406	-0,1541***	-0,0471	-0,1351***	0,3032***	1	
SINIS	0,3866***	-0,0202	-0,0202	0,0109	-0,3165***	0,1015**	-0,2401***	-0,0581	0,024	0,0569	-0,2086***	-0,1158**	1

Nota: *, **, *** / Significância a 10%, 5% e 1%

Fonte: Elaborado pelos autores

Verifica-se, por meio da Tabela 7, que a maioria das correlações se mostraram estatisticamente significativas a um nível de significância de 1%, mostrando que há uma relação de dependência observada entre as variáveis que pode ser inferida para toda a população. Tal como era esperado, a maioria das correlações se comportaram tal como previsto pela literatura. Por exemplo, quanto maior a sinistralidade, maior o índice combinado, ou quanto maior o endividamento de curto prazo, menor a liquidez corrente.

Em um primeiro momento, o modelo logístico apresentado considerará todas as variáveis. Posteriormente, será apresentado o modelo estimado por *Backwards Stepwise* com um nível de significância de 5%, o que possibilita que os achados possam ser extrapolados para fins populacionais.

Também é possível visualizar a correlação de adimplentes e inadimplentes separadamente nas Tabelas 8 e 9.

Complementarmente, para as variáveis qualitativas foram produzidas tabelas com as distribuições das características por categoria, que podem ser visualizadas nas Tabelas 10, 11, 12 e 13. Em suma, pode-se determinar que a amostra da população de operadoras é composta majoritariamente por operadoras inadimplentes e de porte pequeno (52%). A modalidade predominante é a Cooperativa Médica, embora autogestão tenha mais OPSs adimplentes. Em 60% das operadoras de saúde, a sede é localizada na região sudeste, porém a região centro-oeste é a que tem porcentagem menor de operadoras inadimplentes. Foi detectado também que 58% das operadoras estudadas atuam na região 5 de abrangência, o que significa que são apenas de atuação municipal, destacando também a pouca participação de operadoras de abrangência nacional na amostra.

Tabela 10 – Porte das Operadoras de Assistência à Saúde

Porte	Adimplentes	Inadimplentes	Total	Frequência (Total)
Grande	9	61	70	11%
Média	45	190	235	37%
Pequena	117	215	332	52%
Total	171	466	637	100%

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 11 – Modalidade das Operadoras de Assistência à Saúde

Modalidade	Adimplentes	Inadimplentes	Total	Frequência (Total)
Autogestão	73	39	112	18%
Cooperativa Médica	44	226	270	42%
Filantropia	7	26	33	5%
Medicina de Grupo	45	168	213	33%
Seguradora Especializada em Saúde	2	7	9	1%
Total	171	466	637	100%

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 12 – Região de abrangência das Operadoras de Assistência à Saúde

Região Abrangência	Adimplentes	Inadimplentes	Total	Frequência (Total)
Região 1	9	13	22	3%
Região 2	3	7	10	2%
Região 3	26	20	46	7%
Região 4	32	80	112	18%
Região 5	74	293	367	58%
Região 6	27	53	80	13%
Total	171	466	637	100%

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 13 – Região da sede das Operadoras de Assistência à Saúde

Região Sede	Adimplentes	Inadimplentes	Total	Frequência (Total)
Centro-Oeste	20	34	54	8,48%
Nordeste	19	47	66	10,36%
Norte	5	13	18	2,83%
Sudeste	93	290	383	60,13%
Sul	34	82	116	18,21%
Total	171	466	637	100,00%

Fonte: Elaborado pelos autores

5. 2 MODELO LOGÍSTICO

Após as análises já relatadas, apresenta-se o modelo logístico na Tabela 14. Contudo, para fins inferenciais e interpretação dos achados, será considerado o modelo apresentado na Tabela 15, elaborado por meio da metodologia *Backward Stepwise*.

Tabela 14 – Modelo Logístico Inicial

<i>Variáveis</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>P> z </i>
Sinistralidade	-0,692237	0,5004554	0,422
Liquidez Corrente	8,600278	5433,169	0,463
Liquidez Seca	-8,727078	0,0001621	0,456
Índice Combinado	-0,838745	0,4322526	0,696
Margem líquida	-1,624403	0,1970293	0,478
Margem financeira	0,9596391	2,610754	0,701
Índice Despesas Adm.	-0,450638	0,6372213	0,094
Índice Despesas Com.	-5,779014	0,0030918	0,208
Endividamento Total	0,8336716	2,301754	0,345
Endividamento Curto Prazo	-0,416513	0,6593421	0,694
Relação entre capital de terceiros e Patrimônio Líquido	0,0065218	1,006543	0,613
Retorno Sobre o Ativo	-0,103302	0,901855	0,907
Retorno Sobre o Patrimônio Líquido	-0,159798	0,8523162	0,582
Porte Grande	1,141125	3,130287	0,013
Porte Média	0,5449631	1,724545	0,025
Modalidade Cooperativa Médica	1,648448	5,198906	0000
Modalidade Filantropia	1,581503	4,862259	0,007
Modalidade Medicina em grupo	1,451277	4,268563	0000
Modalidade Seguradora Especializada em Saúde	1,674317	5,335148	0,172
Região de Abrangência 1	-0,962569	0,3819106	0,127
Região de Abrangência 2	0,28561	1,330573	0,76
Região de Abrangência 3	-0,604224	0,5464984	0,172
Região de Abrangência 4	-0,131572	0,8767164	0,691
Região de Abrangência 6	-0,255786	0,7743074	0,429
Região Nordeste	0,7279041	2,070736	0,143
Região Norte	0,1193335	1,126746	0,865
Região Sudeste	0,3899926	1,47697	0,303
Região Sul	0,0389414	1,03971	0,927
_cons	2,330762	2,608598	0,681
LR chi2(28)		140,05	
Prob > chi2		0000	
Pseudo R2		0,1890	

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 15 – Modelo Logístico Stepwise

<i>Variáveis</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>P > z </i>
Liquidez Seca	-0,1840768	0,831871914	0000***
Porte Grande	1,043425	2,838923696	0000***
Porte Médio	0,5425719	1,720425941	0.001***
Modalidade Cooperativa Médica	1,754256	5,779146457	0.008***
Modalidade Medicina em Grupo	1,463823	4,322452718	0.003***
Modalidade Filantropia	1,412636	4,106766585	0.015**
_cons	-0,407065	0,665600925	0.889
LR chi2(6)	119,25		
Prob > chi2	0000		
Pseudo R2	0,1609		

Fonte: Elaborado pelos autores

Denota-se que, examinando os resultados obtidos da regressão apresentada na tabela 9, a única variável econômico-financeira que permaneceu significativa no modelo *backward stepwise* foi a liquidez seca, indicando que as operadoras que possuem um grau de liquidez seca mais elevado e conseguem honrar seus compromissos a um prazo mais curto possuem menos chances de se tornarem inadimplentes em relação ao ressarcimento, conforme esperado.

As demais variáveis significativas foram obtidas através de *dummies* por serem todas de característica qualitativa. Para a variável porte, foi usado como referência a categoria de porte pequeno, de modo que é possível observar que estas possuem menor chance de inadimplir que as operadoras de porte médio ou grande. O *Odds Ratio* do modelo revela que tudo o mais mantido constante, uma operadora de porte grande tem 183,89% aproximadamente mais chance de ser inadimplente junto ao SUS quando comparado a uma OPS de porte pequeno. Não obstante, uma OPS de porte médio, tem 72,04% aproximadamente mais chance de ser inadimplente junto aos SUS em relação a uma de porte pequeno, *caeteris paribus*.

Tal resultado vai em desacordo com o que se vislumbra na literatura e com o senso comum, onde se espera que operadoras de porte maior consequentemente tenham maior receita e melhores condições organizacionais e financeiras para honrar seus compromissos. Contudo, os resultados apresentados se mostram extremamente temerários, na medida em que denotam que justamente aquelas que devem apresentar maior capacidade de honrar com os seus compromissos, são justamente aquelas que não o estão fazendo, mostrando um problema regulatório que a ANS deverá considerar em sua pauta regulatória.

Quanto as modalidades das OPSs, a categoria referência foi a autogestão, revelando que se comparadas a ela, tanto as modalidades de cooperativa médica, medicina em grupo e filantropia

possuem altas chances de se tornarem inadimplentes perante a ANS no tocante ao ressarcimento ao SUS. A única modalidade que não se apresentou significativa foi a Seguradora Especializada em Saúde, reforçando a teoria de Costa (2018). Segundo o referido autor, esse segmento é o menos afetado pelo ressarcimento pois tem uma utilização baixa. Costa (2018) conjecturou que isso pode ser explicado pelo perfil etário dos beneficiários, dado que a modalidade era a que apresentava menor proporção de idosos.

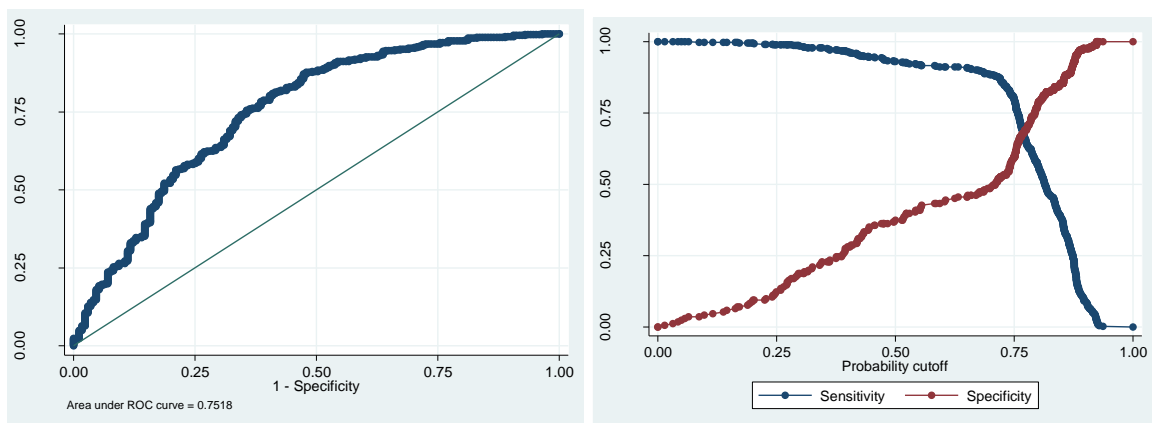
Ademais, o modelo resultante foi bem sucedido no teste da bondade do ajuste (*Goodness of fit*). Conforme Fávero *et al.* (2017) explica, o teste avalia se há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e esperadas dos números de observações. Portanto, usando essa métrica e considerando um nível de significância de 5%, a regressão utilizada está bem ajustada.

Tabela 16 – Teste de Bondade do Ajuste

Pearson		Hosmer-Lemeshow	
<i>Número de observações</i>	637	<i>Número de observações</i>	637
<i>Número de covariáveis padrões</i>	637	<i>Número de grupos</i>	10
<i>Pearson chi2(630)</i>	639,21	<i>Hosmer-Lemeshow chi2(8)</i>	5,09
<i>Prob > chi2</i>	0,3909	<i>Prob > chi2</i>	0,7479

Fonte: Elaborado pelos autores

Em seguida, apresenta-se o gráfico da curva ROC (*Receiving Operating Characteristic*), que relaciona a sensibilidade e especificidade da regressão. Tais referências dizem respeito a assertividade do modelo para o evento de interesse e para a não ocorrência do evento de interesse (respectivamente). Este é um indicador substancial pois traz os efeitos da eficiência global do modelo de regressão independentemente do *cutoff* escolhido. Quanto maior o poder preditivo do modelo, maior a curva ROC.



Figuras 4 e 5 – Curva ROC e Sensitividade x Especificidade

Fonte: Elaborado pelos autores

O estudo em questão apresentou área abaixo da curva ROC – ou a eficiência global do modelo - de 0,75 o que, segundo a classificação de Fávero *et al.* (2017), garante uma discriminação aceitável. Na figura 5 observa-se a curva de sensibilidade e especificidade que mostra intersecção próxima ao ponto 0,75, o mesmo utilizado para estabelecer o *cutoff* do modelo para a sua classificação e matriz de confusão, apresentados nas tabelas 17 e 18, respectivamente.

Tabelas 17 e 18 – Tabela de Classificação e Matriz de Confusão

<i>Classificação</i>		Predito	Observado		Total
			Inadimplir	Adimplir	
Sensitividade	79,83%	Inadimplir	372	69	441
Especificidade	59,65%	Adimplir	94	102	196
Classificadas corretamente	74,41%	Total	466	171	637

Fonte: Elaborado pelos autores

Por meio das Tabelas 17 e 18, verifica-se que o modelo é mais assertivo na previsão do universo dos inadimplentes (sensitividade) em relação aos adimplentes (especificidade) para um ponto de corte de 75%. A assertividade global do modelo foi de 74,41%.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como finalidade central detectar quais eram os principais determinantes da dívida das operadoras de saúde em relação ao ressarcimento ao SUS, tema de relevância ímpar em diversos âmbitos.

O trabalho utilizou como método a regressão logística através de variáveis organizacionais e econômico-financeiras a fim de identificar resultados significativos para o problema suscitado.

Foi possível aferir que apesar de constituir maioria relevante dos pontos estudados, as variáveis econômico-financeiras pouco descrevem o modelo, dado que apenas a Liquidez Seca se mostrou significativa na regressão em questão, indicando menor possibilidade de inadimplência junto ao SUS para operadoras cuja capacidade de liquidez a curto prazo é maior. Observou-se também que em relação a modalidade de autogestão e com exceção da modalidade seguradora especializada em saúde, todas as demais possuem maior chance de inadimplirem nesse quesito. Outro achado significativo do trabalho diz que para a amostra estudada, a chance de operadoras de porte pequeno se tornarem inadimplentes é inferior, quando comparadas às de porte médio e grande, contrariando o senso comum.

Contudo, há limitações no trabalho, tanto por carência de dados oficiais que pudessem permitir maior exploração de cenários, como pela possibilidade de aplicar o estudo em outros anos ou com outros modelos estatísticos.

Por fim, entende-se que o trabalho pôde contribuir a literatura do tema proposto que, como já manifesto, é pouco difundido e carece de maiores pesquisas que se dediquem ao aprofundamento do ressarcimento ao SUS, visto que a discussão é de suma relevância na busca da resolução de uma matéria que tem afetado tão piamente as Operadoras de Saúde e cujos malefícios reverberam no SUS e conseqüentemente na sociedade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **STF reconhece constitucionalidade do marco regulatório e reforça papel da ANS.** [S. l.], 7 fev. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4326-stf-reconhece-constitucionalidade-do-marco-regulatorio>. Acesso em: 19 jun. 2019.

ANS. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.** 2021. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/boletim-informativo-ressarcimento-edicao-10.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2021.

ANS. **BOLETIM INFORMATIVO - Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS.** 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/boletim-informativo-ressarcimento-edicao-10.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

ANS. **Consulta Pública nº 78 - Proposta de Resolução Normativa que altera a RN nº 358, de 27 de novembro de 2014, estabelecendo o Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia - AIC.** [S. l.], 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-78>. Acesso em: 29 dez. 2020.

ANS. **RESSARCIMENTO: ANS disponibiliza Consulta Pública.** [S. l.], 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sociedade/5907-ressarcimento-ans-disponibiliza-consulta-publica>. Acesso em: 29 dez. 2020.

ALMEIDA, Marcelo Cavalcanti. **Análise das demonstrações contábeis em IFRS e CPC facilitada e sistematizada.** 1ª. ed. [S. l.]: Atlas, 2019.

BRASIL. LEI Nº 9.658 DE 3 DE JUNHO DE 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: Abr. 2019

BRASIL. LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: Abr. 2019

CLEMENTE, Lucas Manoel Marques. (2016). **Práticas administrativas para sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares- um**

estudo de múltiplos casos. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações, Ribeirão Preto.

CNSEG. **Relatório de Sustentabilidade do Setor de Seguros 2019.** 2020. Disponível em: [https://cnseg.org.br/data/files/EE/C1/D1/56/F6A6571001CCA5573A8AA8A8/Rel_Sustentabilidade2019_CNseg_final_pag-unica%20\(1\).pdf](https://cnseg.org.br/data/files/EE/C1/D1/56/F6A6571001CCA5573A8AA8A8/Rel_Sustentabilidade2019_CNseg_final_pag-unica%20(1).pdf). Acesso em: 31 dez. 2020.

COSTA, Jéssica Caeiro de Souza. Os Impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde. **1º Prêmio ANS: Concurso de monografia sobre saúde complementar**, [s. l.], 18 nov. 2018. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3594>. Acesso em: 24 nov. 2020.

DIAS, Julio César. Alguns Aspectos Polêmicos do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). 2012. Disponível em: http://www.amog.org.br/amogarquivos/TCCPOS/Alguns-aspetos-polemicos-do-Ressarcimento-ao-SUS_Julio-Cesar-Dias.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

FÁVERO, Luiz Paulo *et al.* **Análise de Dados:** Estatística e modelagem multivariada com Excel, SPSS e Stata. 1ª. ed. [S. l.]: GEN LTC, 2017.

FERNANDES, ROGERIO BAPTISTA TEIXEIRA. **O SISTEMA DE GESTÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS: ANÁLISE DE SEU DESEMPENHO NO PERÍODO 2011-2014.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

FENASAÚDE. **Mercado de Saúde Suplementar.** [S. l.], Outubro 2018. Disponível em: <http://cnseg.org.br/fenasaude/publicacoes/guias-cartilhas/mercado-de-saude-suplementar-8A8AA89F665DFED301668C3471D858EC.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

FREITAS, MARCELLA ABUNAHMAN. **A AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** 2011. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, SÃO PAULO, 2011. Disponível em: <https://gvpesquisa.fgv.br/teses-dissertacoes/avaliacao-da-efetividade-da-politica-de-ressarcimento-ao-sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 25 abr. 2019.

GRAMSTRUP, Erik Frederico. RESSARCIMENTO AO SUS: TRAJETÓRIA EPISTEMOLÓGICA E QUESTÕES PRÁTICAS. **Revista Duc In Altum Cadernos de Direito**, [S. l.], p. 165-205, 1 jan. 2015. Disponível em:

<http://www.faculdededamas.edu.br/revistafd/index.php/cihjur/about/contact>. Acesso em: 26 abr. 2019.

GUJARATI, Damodar N. *et al.* **Econometria Básica**. 5ª. ed. [S. l.]: AMGH Editora Ltda., 2011

LINS, Luiz Dos Santos *et al.* **Fundamentos e análise das demonstrações contábeis: uma abordagem interativa**. 1ª. ed. [S. l.]: Atlas, 2012

LOPES, Erick Alves Pereira. Debates sobre ressarcimento e multas impostas às operadoras de planos de saúde: fontes de recursos para o SUS?. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário**, Brasília, p. 23-42, 1 abr. 2016. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/179>. Acesso em: 28 mar. 2019.

MAZZA, Fábio Ferreira. ASPECTOS INCONSTITUCIONAIS DO RESSARCIMENTO AO SUS. **Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia**, Minas Gerais, p. 459-487, 1 nov. 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistafadir/issue/archive>. Acesso em: 31 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. [S. l.], 2013. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 22 abr. 2019.

PAUXIS, Alexandre Ripardo. **UM ESTUDO SOBRE A SOBREVIVÊNCIA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR PÓS REGULAÇÃO**. 2015. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal do Ceará, [S. l.], 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15333>. Acesso em: 13 out. 2020.

SCARPIN, Jorge Eduardo *et al.* Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS?. *In: XXII CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS*, 2015, Paraná. **XXII Congresso Brasileiro de Custos [...]**. Paraná: [s. n.], 2015. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4026>. Acesso em: 13 jun. 2019.

SILVA, Jéssica Lorryne Mares da. **Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SILVA, Victor Vieira *et al.* ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE DO SETOR BRASILEIRO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v13i3.3619>. Acesso em: 4 nov. 2020.

SUS. Rio de Janeiro, Abril 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/total_boletim_5_edicao.pdf. Acesso em: 23 abr. 2019.

SUSEP. **Índice para análise Econômico-Financeira das Supervisionadas em 2018**. [S. l.], 2018. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgsoa/coaso/arquivos-outros/Indices%20Eco-Fin%20Mercado%20de%20Seguros%202018.pdf/view?searchterm=SEGURADORA>. Acesso em: 16 jun. 2019.

TIBÚRCIO, Dalton Robert. Ressarcimento ao SUS: uma proposta de delimitação da fonte e do fundamento da obrigação constante do art. 32 da Lei nº 9.656/98. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 90, jul 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9879 . Acesso em 15 jun 2019.

VIANA, Andson de Freitas *et al.* Um estudo sobre a insolvência das operadoras de planos de saúde. **XXXVI Encontro da ANPAD**, [s. l.], 2012. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_FIN2895.pdf. Acesso em: 4 nov. 2020.

XAVIER, Daniele Oliveira. **Variáveis determinantes do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-ANYP9C>. Acesso em: 14 out. 2020.