



Os Autos Custos da Saúde Privada no Brasil e as Consequências para as Operadoras de Planos de Saúde.

Nadiane de Aguiar Coutinho Costa-Universidade Beira Interior-Portugal¹

Robson Antonio Tavares Costa- Logos University-Flórida²

Jhonata Jankowitsch-Logos University-Flórida³

Resumo

Este artigo apresenta um referencial teórico sobre os aspectos tributários incidentes na prestação de serviço das Operadoras de Plano de Saúde, este estudo se fez necessário pelas inúmeras falências ocorridas nos últimos 10 anos neste ramo de atividade econômica, o objetivo do estudo foi identificar as principais causas de fechamento destas empresas e propor medidas para tornar viável o setor tendo em vista a sua importância para a sociedade brasileira. Assim, a metodologia foi composta por pesquisa bibliográfica, onde foram feitas inúmeras pesquisas em artigos científicos, dissertações de mestrado, teses de doutorados, relatórios anuais da ANS, pesquisas do IBGE e de materiais de outras instituições responsáveis pelos bancos de dados de pesquisas do setor. Por meio deste, foi possível identificar que os custos com insumos e ainda a alta carga tributária na prestação de serviço são os principais gargalos neste tipo de empreendimento, tornando inviável no longo prazo.

Palavras Chaves: Operadoras de Plano de Saúde, Regime Tributário, Custos Organizacionais

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1970 o mercado de saúde suplementar no Brasil ganhou espaço. Este fato é devido à crise da saúde pública no país. Vivíamos um ápice na indústria e no setor produtivo como um todo e com o serviço de saúde pública entrando em colapso esta gama de cliente se tornou um potencial para o desenvolvimento do negócio. Assim, grupos de médicos, àquela época passaram a se estruturar de forma mais sólida e objetivo, fazendo surgir as medicinas de grupo e as cooperativas médicas.

Porém, não haviam regras e com a criação dos planos de saúde as empresas passaram a firmar contratos de prestação de serviço com pessoas físicas e jurídicas em troca de uma mensalidade. Contudo, como as diversidades de contratos eram muitas e as

¹ nadianecosta@gmail.com - Mestranda em Desenvolvimento de Vídeos Jogos-UBI

² robsontavares@unifap.br – Doutorando em Gestão Estratégica-Logos University

³ jhonata@unilogos.education – Docente Logos University

Costa, N.A.C., Costa, R.A.T.; Os Autos Custos da Saúde Privada no Brasil e as Consequências para as Operadoras de Planos de Saúde. Revista Portuguesa de Ciências e Saúde V.4, Nº2, p.90-113, Ago./Dez. 2023. Artigo recebido em 14/11/2023. Última versão recebida em 30/11/2023. Aprovado em 10/12/2023.

coberturas oferecidas também variavam bastante, os usuários à época ficavam sem saber realmente quais eram seus direitos, este fato é modificado com a Lei nº9.656/1998 que regulamentou os planos de saúde e sua comercialização no Brasil.

No ano 2.000 é criado a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esta surge com objetivo de regular o mercado e ainda fiscalizar a execução do serviço por parte das operadoras de planos de saúde suplementar, tendo ainda poderes para regulamentar as relações entre clientes, prestadoras de serviços e operadoras. Porém, a ANS acaba por entrar no mercado e criando regras para os ajustes de contratos, e dessa forma não permitindo o repasse dos aumentos dos custos para as mensalidades e ainda estabelecendo garantias financeiras mínimas obrigatórias para o funcionamento das operadoras.

Para se manter nesse mercado após a entrada da ANS as operadoras passam a investir na verticalização de suas estruturas físicas, investindo em hospitais, ambulatorios, laboratórios, pronto-atendimentos, entre outros, ou seja, investindo na estrutura própria para tentar se manter no mercado por meio da redução dos custos com a terceirização. Ainda com a rede própria a OPS passam a ter maior autonomia nos seus serviços e maior

controle de seus custos operacionais. Tais investimentos são feitos com recursos de terceiros e na sua maioria de linhas de créditos, com períodos de carência e taxas de juros que impactam no faturamento bruto da empresa, e como consequência levam a inadimplência, a insolvência e a falência destas empresas.

Destacamos ainda a alta taxa de inadimplência no ramo de atividade, e que por normas da ANS acabam por proibir a não prestação do serviço para clientes inadimplentes antes de 90 dias de atraso, mesmo o cliente estando irregular com relação ao pagamento de sua mensalidade, este ainda tem o direito de receber atendimento, sob pena de sanções e multas a OPS que se recusar a atender este cliente inadimplente.

Em função do apresentado, nos dias atuais passamos a assistir nos noticiários as inúmeras falências de operadoras de planos de saúde, ao mesmo tempo que percebemos nas Demonstrações dos Resultados de Exercícios destas empresas o faturamento milionário destas organizações. No Brasil este ramo de atividade já não mais vem atraindo novos investidores, porém a atividade é de suma importância para a população, no início dos anos 1990 os usuários deste tipo de serviço se limitavam as classes média e média alta, a partir dos anos 2.000 este serviço acaba por se popularizar no país, muito pelo fato de o Sistema Único de Saúde (SUS) não está atendendo as necessidades da população em nenhuma de suas classes de serviço prestado.

Contudo, neste artigo, tivemos como objetivo identificar as principais causas de falência neste tipo de atividade, fizemos uma pesquisa bibliográfica e análise de Demonstração de Resultado de Exercício das atividades das operadoras de planos de saúde, onde no decorrer desta pesquisa percebemos que os custos de aquisição dos insumos e ainda as alíquotas tributárias diretas e indiretas acabam por inviabilizar a atividade, e ainda a presença de uma agência fiscalizadora (ANS) que por muito implanta normativas de gestão de qualidade que tornam altos os custos da gestão e manutenção dos negócios, e ainda as altas multas aplicadas por esta agência pelo não cumprimento de tais exigências, são outro motivo de falência das OPS no Brasil.

Portanto, o artigo se justifica pela necessidade de se entender este setor econômico e procurar ferramentas estratégicas para a sustentabilidade destes negócios, buscando a prestação de serviço de qualidade, a preço acessível para a população, tornando ainda o

RPCS, Portugal-PT, V.4, N°2, p. 90-113, Ago./Dez.2023 www.revistas.editoraenterprising.net Página 92

ramo de negócio viável e atraente economicamente para novos investidores pois com o aumento da oferta dos serviços teremos como consequência a presteza na prestação deste e a diminuição do preço final pago pelo consumidor.

2 O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil de acordo com Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS (2007), o sistema de saúde é composto por dois subsistemas; o sistema público de saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), e o sistema privado, este se divide em dois subsetores; o de saúde suplementar, composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, e o liberal, que é composto pelos serviços particulares autônomos.

Neste artigo, estudamos o mercado de saúde suplementar, pois nosso objetivo é discutir os principais motivos de falência das OPS, mesmo sabendo que existe um conceito na sociedade brasileira do lucro obtido na mercantilização da saúde no Brasil, pois nesse modelo o cliente garante o direito de utilização dos serviços mediante o pagamento de uma mensalidade, este valor é regulamentado pela ANS, por meio da apuração de cálculos atuariais, levando sempre em consideração os custos históricos de atendimento dos beneficiários, ou a estimativa de utilização dos planos.

Este mercado de acordo com CONASS (2006), tem início na década 1960, desde à época já se identificava a necessidade motivada pela prestação de serviço precário na rede de atendimento público de saúde. Esta metodologia precária deu início a uma nova discussão metodológica de prestação de serviço público de saúde que culminou com um novo modelo de atendimento aprovado na Constituição Federal de 1988, denominado Sistema único de Saúde (SUS), este novo modelo teve como objetivo principal a universalização dos atendimentos de saúde pública no país.

Todavia segundo o CONASS (2006), o que àquela época seria uma solução aos problemas de precariedade do sistema de saúde pública no país, no decorrer de sua utilização percebesse que em função do grande contingente populacional, este passa a apresentar uma série de deficiências no atendimento, como tempo prolongado de espera, filas para os atendimentos de urgência e emergência, consultas agendadas, entre outras falhas.

Estas dificuldades passam a definir nas classes com maior poder aquisitivo a necessidade de ter uma alternativa à assistência à saúde, onde possa contar com atendimento com os mínimos de garantia de qualidade necessária ao nível aceitável dos padrões de saúde mundial.

Em Ribeiro (2004), a partir de 1987 houve um crescimento expressivo nos planos de saúde e seguros de saúde, o autor ainda ratifica que com a universalização e a atenção integral do sistema público de saúde, o governo do Brasil à época, culminou com a expansão do setor privado de planos e seguros de saúde. Por tanto, ao criar o SUS o governo federal por meio de uma universalização de serviços precários, sem infraestrutura de pessoal, estrutural, de equipamentos, deixa a população brasileira à mercê da iniciativa privada.

Ainda segundo Ribeiro (2004), foram cinco os fatores que contribuíram para a expansão do sistema privado de saúde no país:

- a) A Falta de Investimento público na área da saúde;
- b) As empresas passaram a considerar a assistência à saúde como um dos mais importantes benefícios aos seus empregados, que contribui para aprimorar a sua imagem;
- c) A saturação do mercado de trabalho médico, diante do baixo percentual da população capaz de custear diretamente os serviços que necessita;
- d) Os custos crescentes dos serviços de saúde, o que reduz o número de pessoas que podem utilizar habitualmente mediante pagamento direto;
- e) A insatisfação da classe média com a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS, em especial nos aspectos mais valorizados pelos usuários, tais como: conforto, prestação e atendimento personalizado.

Este conjunto de fatores gerado pela ingerência pública associada aos altos índices de corrupção já existente desde os primórdios da saúde pública do país, foram o incentivo a regulamentação do setor privado de saúde, segundo CONASS (2007), esta regulamentação do mercado se dá em 1998, quando foi sancionada a Lei nº9.656/98 que regulamenta os planos de saúde no Brasil, dentre as principais determinações destacamos:

- a) Estabelece normas para a constituição de operadoras de saúde;

- b) Obriga o registro de produtos comercializados pela operadora, com definição das suas coberturas;
- c) Estabelece as coberturas mínimas obrigatórias para os planos;
- d) Determina regras para períodos de carência de cobertura, doenças preexistentes e aumento de preços.

Contudo, o governo federal, intervêm no mercado cobrando e regulamentando o que ele não consegue executar, o direito básico a saúde do cidadão brasileiro deixa de ser dever do estado e passa então a ser dever da iniciativa privada, e ao regulamentar o mercado, o usuário passa a ter uma série de direitos, que não são cobrados do setor público, porém são cobrados incessantemente do setor privado, com aplicação de multas milionárias ao não cumprimento das exigências e estas multas passam a ser mais uma fonte de recurso ao governo federal, além dos inúmeros impostos cobrados, da iniciativa privada, para exercer tal atividade neste mercado.

Segundo Costa, Santos (2006), Ao criar um marco regulatório, o governo transfere a sua responsabilidade à iniciativa privada, pois respeitar o direito a universalidade à saúde era de responsabilidade exclusiva do estado, conforme a constituição federal, por tanto o governo transferiu ônus à iniciativa privada.

Com a regulamentação do mercado, e com a criação da ANS, inúmeros foram as exigências criadas para este setor econômico, e sempre o estado vem aumentando as exigências e forçando a iniciativa privada a pagar o preço de sua ingerência. Segundo Barroca (2007), o mercado de saúde suplementar é uma arena de tensão constante, pois envolve vários atores econômicos com objetivos distintos; as operadoras de planos de saúde visando o lucro, os prestadores de serviço visando os seus proventos, os beneficiários buscando um serviço de qualidade e o governo buscando impostos e multas por meio da ANS.

Como consequência destas cobranças segundo a ANS nos períodos de 2001 a 2006 houve a falência de 640 operadoras de planos de saúde no Brasil, representando 21,6% das operadoras ativas. E este fato é preocupante, tendo em vista o serviço de utilidade pública prestado por este segmento do mercado, se for levado em consideração a qualidade do serviço público de saúde, se torna um fato preocupante. Segundo o IBGE

(2013), cerca de 20% da população brasileira utilizava esse tipo de serviço, aproximadamente 37 milhões de pessoas.

Ainda nesta mesma pesquisa do IBGE, as despesas assistenciais apresentaram um crescimento neste período de 86,90% o que deixou em média as empresas desse segmento de mercado uma margem 21% para custear as despesas de operacionalização, a geração de lucro e futuros investimentos.

Neste mesmo sentido a ANS (2012), revelou dados preocupantes para este setor da economia, neste ano a redução de operadoras de plano de saúde ativas no Brasil foi de 973 e foram registradas ainda 182 falências decretadas, o que confirma a correlação positiva entre o aumento dos custos e o aumento do grau de exigência e a transferência de responsabilidade do estado para a iniciativa privada e o número de OPS falidas.

Em Guimarães e Alves (2009), Leal e Matos (2009) e Salles Dias Filho (2010) nos últimos anos as empresas OPS demonstraram um crescimento desordenado dos custos em saúde e este é um dos principais fatores que desencadeiam a insolvência destas empresas.

Diante do exposto se faz necessário a atenção imediata para esta atividade econômica. O estado e a sociedade não podem deixar de levar em consideração que esta atividade atende cerca de 21% da população brasileira e movimenta 5,8% do PIB do País, uma crise neste setor econômico traria consequências sociais e econômicas graves.

3 A GESTÃO DE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE NO BRASIL

Com o advento da globalização inúmeros serviços foram criados para melhor atender as necessidades da população das classes de melhor poder aquisitivo no Brasil, alguns serviços já existentes, em função do surgimento de um público mais esclarecido tiveram de se enquadrar a esta nova realidade mercadológica. Dentre estes serviços, destacamos os serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde que nos dias atuais representam um importante canal de prestação de serviço à uma população de um país que não tem seus serviços essenciais garantido pelo estado. O artigo 6º c/c 196 da Constituição Federal preconiza que a saúde é um direito fundamental social de todos e de obrigação do Estado, sendo assim um direito público subjetivo de todos os cidadãos brasileiros que

venham a necessitar deste tipo de serviço.

Porém, o que é constatado no cotidiano é o total descaso neste tipo de prestação de serviço à população brasileira, hospitais com estrutura física depreciadas, equipamentos sem condições de uso, profissionais que não contam com investimentos em suas carreiras e que recebem salários abaixo da realidade do mercado em suas áreas de atuação, o que gera para a população usuária destes serviços, um atendimento demorado e desqualificado e que muitas vezes levam à morte destes usuários.

Nesse sentido, destacamos a importância das operadoras de planos de saúde no Brasil, instituições que acabam por executar um serviço de obrigação do estado, e que por muito não recebem os incentivos mínimos que deveriam ser dados pelo estado para que as mesmas pudessem ter a competitividade necessária para se manter no mercado.

Segundo a ANS, Brasil (2012) os planos de saúde no Brasil são uma via de prestação de serviço de assistência à saúde de grande valia e importância, esta mesma instituição observou em senso de março de 2012 que aproximadamente 48.000.000 de brasileiros estão vinculados a algum tipo de plano de assistência médica. Pelo número de usuário deste tipo de serviço podemos destacar a importância do mesmo no país e ainda o impacto negativo para a população quando uma operadora vem a fechar as portas.

Em pesquisas do IBGE, Brasil, (2013) e ANS, Brasil (2012), o seguimento de planos de saúde no Brasil movimentou no ano de 2011 cerca de 2% do Produto Interno Bruto, ou cerca de R\$82 bilhões. Tendo em vista a importância desta atividade para o mercado, e visando a gana do poder público por mais uma fonte de recurso, foi introduzido por meio de Leis específicas as normativas que regem os planos de saúde e seguros privados, e com estas Leis, surge também mais uma estatal, denominada Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo Formenti, L. (2011) A ANS surge para regular o mercado, e tem como objetivo a melhoria da eficiência do setor de saúde suplementar, ou seja, introduz o estado como um agente complementar as ações do mercado, estabelecendo as regras do jogo, e garantindo os direitos dos beneficiários e as obrigações das prestadoras do serviço de saúde. De forma objetiva, o estado cria um órgão para fiscalizar os serviços prestado pela iniciativa privada, para fiscalizar um serviço de sua obrigação, e cria inúmeras exigências que tornam inviável a prestação do serviço, com custos altos, e carga tributária excessiva.

Em Godoy (2008), a regulação em saúde é uma atividade complexa, surgindo como resposta dos políticos à pressão dos consumidores, visando corrigir a ineficiência do estado, estabelecendo regras nas relações entre as partes e fiscalizando.

Em Gottlieb, S., Makower, J. (2013), Todas as discussões são validas na área de saúde suplementar, porém o autor destaca a importância de se discutir os custos com a assistência à saúde do usuário, estes custos correspondem aos valores gastos com a assistência à saúde, Segundo ANS, Brasil (2012), são classificados, basicamente, em consultas, exames, procedimentos terapêuticos, materiais, medicamentos e gastos com internações. Ainda segundo a ANS, Brasil (2012), estas despesas consumiram no ano de 2011, 81,6% de toda a receita bruta oriunda das mensalidades dos beneficiários de planos de saúde no Brasil.

Neste mesmo sentido, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), no ano de 2011 divulgou pesquisa sobre o comprometimento das receitas de plano de saúde, este estudo foi realizado com base nos balanços de 468 operadoras de planos de saúde, os resultados estão dispostos na Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) a seguir.

EXERCÍCIO 2010	%
Receita de Mensalidades	100,00
Despesas Assistenciais	79,8
Internações	39,7
Exames	22,2
Consultas	19,7
Terapias	4,4
Outras Despesas Médicas Hospitalares, Ambulatoriais e Odontológicas	14,0
Despesas Administrativas	14,9
Despesas com Pessoal	38,2

Os Autos Custos da Saúde Privada no Brasil e as Consequências para as Operadoras de Planos de Saúde

Tributos e Outras Despesas Adm.	61,8
---------------------------------	------

Despesas de Comercialização	3,5
Resultado Operacional	1,8

Tabela 1 – DRE do Setor de Operadoras de Plano de Saúde 2010.

Fonte: Fenasaúde/Demonstrações Contábeis ANS-2010

Analizando a DRE, percebemos que além das despesas assistenciais as receitas das operadoras devem também arcar com os custos administrativos que são 14,9% das receitas mensais, as despesas comerciais 3,5%, restando em média um resultado operacional de apenas 1,8% de todo seu faturamento. A grande questão a ser respondida é: Como fazer novos investimento em infraestrutura, em equipamentos, como pagar um valor de consulta mais justa aos médicos, ou salários mais justos aos seus técnicos, ou a sua equipe administrativa? Como investir na aquisição de novas ambulâncias, ou mesmo nos medicamentos utilizados nos atendimentos?

Como resultado desta “caça às bruxas” criada pela ANS às operadoras de planos de saúde suplementar tivemos desde os anos 2.000 a decretação pela ANS de 589 regimes de direção fiscal ou técnica, oriundas de desequilíbrios financeiros ou por problemas na prestação da assistência à saúde, e ainda neste mesmo período 160 operadoras passaram por processos de liquidação extrajudicial. Segundo o IESS (2011), entre 2009 à 2011 o número de instauração de regime de direção fiscal elevou-se 50% neste período, o Caderno de Informações da ANS (2011), destaca ainda que neste período o Brasil já possuía cerca de 1.420 operadoras que atendiam mais de 60 milhões de Brasileiros, estimou-se na pesquisa que estas operadoras realizaram neste período cerca de 185 milhões de consulta médicas e 4,8 milhões de internações apenas no ano de 2010.

De acordo com Goyen e Debatin (2008), no mercado norte americano o grande impacto do aumento de custos na saúde é causado por dois fatores; o envelhecimento da população e o avanço da tecnologia na saúde. Stock et al. (2006) atribui o aumento dos gastos em saúde no Brasil, as altas tarifas tributárias agregadas nos insumos necessários a prestação de serviço, nas tarifas tributárias municipais, estaduais e federais e ainda na perda do poder aquisitivo da moeda. Somasse a estes fatores uma agência reguladora que impedi as OPS a repassar tais custos para os preços dos planos e temos como resultado inúmeras empresas decretando falência nesse ramo de atividade.

Tendo em vista o apresentado, percebemos a importância das operadoras de planos de saúde para o Brasil, porém como tentar equilibrar as finanças em um país com os custos tão caros, e ao mesmo tempo com uma instituição reguladora que exige destas empresas excelência na prestação de serviço, e muitas vezes aplicando multas milionárias que encham os cofres públicos.

4 CUSTOS E TRIBUTOS APLICADOS ÀS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

A iniciativa privada no Brasil é obrigada a trabalhar a gestão de custos e tributos sempre buscando a excelência, caso não seja aplicado este princípio a probabilidade de falência é de 100%. Porém, trabalhar a gestão em atividades comerciais, industriais ou de serviço não é de extrema dificuldade, tendo em vista a não existência de uma estatal que regule e fiscalize este mercado, nestes outros ramos de atividades os empresários podem aplicar as diversas ferramentas de formação de preço e sempre objetivando repassar os seus custos e tributos para o consumidor final.

Porém como fazer este “jogo financeiro” em um mercado fiscalizado por um “órgão público”? Neste segmento econômico existem regras claras de tabulação de preço, na qualidade da prestação de serviço, nas regras que dizem respeito aos deveres das operadoras e dos direitos dos usuários. Irônico citar que não é constatado essa eficiência do governo municipal, estadual e federal na fiscalização de seus serviços prestados à população que utiliza os serviços de saúde pública, nos seus descasos no atendimento ao cidadão, na falta de estrutura física, de equipamentos, de médicos ou mesmo de um simples medicamento para doenças crônicas.

O trabalho de elaboração de preço deve estar associado não só aos custos fixos, variáveis e tributos, como também deve se ater as normativas da ANS. A carga tributária total aplicada aos produtos utilizados nos serviços essenciais oneram a receita das operadoras, e isso é facilmente observado, quando estudamos os inúmeros impostos incidentes nos produtos utilizados neste seguimento de mercado, a seguir tabela de tributação dos principais itens utilizados pelas operadoras segundo ANS:

PRODUTO	NACIONAL (%)	IMPORTADO (%)
---------	--------------	---------------

Os Autos Custos da Saúde Privada no Brasil e as Consequências para as Operadoras de Planos de Saúde

MICROPORE	12,25	23,37
-----------	-------	-------

CAL SODADO	15,79	23,37
LUVA PROCEDIMENTO	14,9	32,0
ESPARADRAPO P/CURATIVO	12,25	23,37
COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL	12,25	23,37
ISOSOURCE	23,40	40,26
SIRINGA	8,96	21,37
ALGODÃO HIDRÓFILO	12,25	23,37
ALGODÃO ETÍLICO	33,84	49,52
ÁLCOOL	33,84	49,52
AGULHA DESCARTÁVEL	13,05	25,45
NEOCATE	22,99	39,49
FITA ADESIVA	11,37	22,24

Tabela 2: Demonstração das alíquotas tributárias dos Insumos

Fonte: Adaptado pelo Autor

A carga tributária segundo as pesquisas feitas variam entre 11,37 à 33,84% nos produtos nacionais e de 22,24 à 49,52% nos produtos importados, o que em se tratando de produtos de extrema necessidade e usabilidade para a prestação de serviços de atendimento e procedimentos de saúde deveriam ser revisto com extrema urgência, com uma revisão tributária por meio de um estudo dos produtos mas utilizados na prestação de serviço, levaria consequentemente à redução do preço final dos plano de saúde suplementar e na melhora da qualidade dos serviços prestados, e por fim sobras financeiras que visariam novos investimentos. Neste mesmo sentido destacamos ainda os inúmeros tributos incidentes no setor e suas alíquotas que variam de acordo com o porte da empresa e seu regime de tributação, estes estão descritos conforme tabela a seguir:

NOME DO IMPOSTO	SIGLA
IMPOSTO DE RENDA PESSOA JURÍDICA	RPJ
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL	PIS

CONTRIBUIÇÃO PARA FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL	COFINS
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE O LUCRO LÍQUIDO	CSLL
IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA	ISSQN
IMPOSTO PREDIAL TERRITORIAL URBANO	IPTU
IMPOSTO SOBRE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTOR	IPVA
IMPOSTO SOBRE A CIRCULAÇÃO DE MERCADORIAS E SERVIÇOS	ICMS
IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS	IPi
TAXA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	TSS
IMPOSTO SOBRE OPERAÇÕES DE CRÉDITO, CâMBIO, SEGUROS, TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS	IOF
IMPOSTO SOBRE SERVIÇO	ISS

Tabela 3: Nomenclatura dos Tributos Incidentes nas Atividades de OPS

Fonte: Adaptado pelo autor;

Estes inúmeros impostos incidentes nas atividades das operadoras de planos de saúde, comprometem diretamente o faturamento bruto das empresas, estas inúmeras alíquotas tributárias tornam os serviços caros, o que por muito para estas empresas se manterem competitivas no mercado acabam por ter de economizar nos custos da prestação de serviço e na aquisição dos produtos a serem utilizados na prestação dos serviços de saúde, como consequência temos os maus serviços prestados aos consumidores, o não atendimento de alguns planos de saúde por clinicas e médicos e etc.

Especificamente Segundo Albuquerque A. et al. (2011), a carga tributária incidente nas receitas de operadoras de planos de saúde são 5,73% sobre a receita líquida, 21,25% de carga tributária indireta, 26,68% de carga tributária sobre o valor agregado, ou seja, 53,66% de todo faturamento bruto das operadoras de planos de saúde já tem destino certo; os cofres públicos municipais, estaduais e federais, sobrando assim apenas 46,34% de seu faturamento para custear todos os outros custos de gestão operacional da RPCS, Portugal-PT, V.4, N°2, p. 90-113, Ago./Dez.2023 www.revistas.editoraenterprising.net Página 105

empresa e ainda sendo obrigado pela ANS em buscar captação de recursos em intuições financeiras para fazer novos investimentos estruturais para melhor atender os clientes.

Existem ainda necessariamente inúmeras despesas para a prestação de serviço das operadoras de planos de saúde, em Albuquerque A. et al. (2011), foi feito um estudo do faturamento total do grupo nacional de operadoras de planos de saúde e suas principais despesas para a prestação de serviço, conforme tabela abaixo:

RECEITA/DESPESA/SINISTROS	2013	%
FAT.MEDICINA DE GRUPO	31.517.828.512	100
DESP. MATERIAIS, PRÓTESES, MEDICAMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE	2.893.691.610	7,62
DESP. CONSULTAS	2.372.048.548	6,25
DESP. EXAMES, FISIOTERAPIA, SADT	5.574.573.612	14,68
DESP. HOSPITAIS	15.112.077.347	39,80
OUTRAS DESPESAS	5.444.720.148	14,34
TOTAL		82,69

Tabela 4: Faturamento das OPS no ano de 2013

Fonte: Elaborado pelo Autor

Percebemos na tabela apresentada que do faturamento total obtido pelo conjunto de operadoras de planos de saúde no Brasil, 82,69% está sendo utilizado para custear a prestação de serviço das mesmas, o que na contabilidade é denominado o custo dos serviços prestados, ou seja, neste estudo feito em âmbito nacional, pela somatória do faturamento e custos do segmento sobram apenas 17,31% do faturamento bruto das operadoras de planos de saúde para pagar a carga tributária e fazer novos investimento estruturais, o que por muito explica as inúmeras falências neste seguimento de mercado no Brasil.

Porém, com isso, mais uma vez quem vem sofrendo as consequências da falta de políticas públicas, que visem o incentivo deste seguimento do mercado, são os usuários, estes acabam recebendo serviços de péssima qualidade, consultas médicas que não

atendem as suas necessidades, filas de espera por exames complexos ou mesmos básicos,

aumentos rotineiros nas mensalidades, e muitos acima das taxas básicas de juros ou mesmo acima da inflação do período.

5 CONCLUSÕES

A crise no sistema de saúde pública no Brasil trouxe como consequência a transferência das responsabilidades com a garantia fundamental à saúde da população para a iniciativa privada, e ainda a criação de uma agência reguladora do mercado que acaba por criar inúmeras exigências para a execução das atividades, o que no longo prazo está inviabilizando a perpetuidade dos negócios. Os inúmeros impostos cobrados nos insumos básicos para a prestação de serviços de atendimento básicos, emergências, e consultas, acabam por aumentar os custos dos serviços. E ainda os inúmeros tributos municipais, estaduais e federais incidentes nas atividades exercidas pelas OPS estão inviabilizando o surgimento de novos negócios, sobrecarregando os negócios existentes e ainda não deixando sobras de caixa para investimento em novas estruturas físicas, tecnológicas e profissionais.

No médio prazo, em função da ingerência da ANS e da gana do estado por arrecadações para a manutenção da máquina pública, teremos como consequência a falência de inúmeras empresas deste ramo econômico e a inviabilidade de entrada de novos projetos de investimento na área. Nos dias atuais já identificamos o surgimento de novos hospitais e clínicas privadas prestando serviço de forma direta, cliente sendo responsável por efetuar o pagamento total do serviço, e esta consequentemente será a tendência neste mercado, em função dos altos custos operacionais e da excessiva carga tributária e ainda das inúmeras multas aplicadas pela ANS nas empresas prestadoras de serviço, as cooperativas de médicos ou mesmo as gestoras de plano de saúde irão tornar mais frequente o pedido de falência de seus empreendimentos, o repasse das carteiras ou mesmo a intervenção fiscal, e como alternativa de negócio irão optar pelo investimento em clínicas particulares onde o retorno financeiro é maior e a cobrança pelos seus serviços não são regulamentados pelo estado.

Como consequência de mas esta falta de gestão governamental a população que utiliza estes serviços serão prejudicados, levando em consideração que o maior quantitativo de usuário destes serviços está na classe média e média alta, teremos um

RPCS, Portugal-PT, V.4, N°2, p. 90-113, Ago./Dez.2023 www.revistas.editoraenterprising.net Página 108

descalabro social promovido mais uma vez pelo estado, em função da falta de medidas de incentivos para este seguimento do mercado, quando falamos em incentivo estamos nos referindo a revisão tributária nos produtos utilizados e serviços prestados por este seguimento do mercado, e ainda de linhas de crédito para novos investimento fixos com taxas de juros mais atraentes.

Medidas simples a serem tomadas por um estado que repassou um dever constitucional para a iniciativa privada e ainda cobra por meio de uma agência reguladora serviços com padrões de qualidade que não consegue nem de longe entregar a sua população, e ainda aplica inúmeras multas em sua maioria milionárias pelo não cumprimento de tais medidas exigidas. Todavia, sem disponibilizar a estes prestadores de serviço uma estrutura mínima para que este exerça sua atividade.

Contudo, percebemos no decorrer dessa pesquisa que o principal motivo de fechamento das empresas prestadoras de serviço de plano de saúde são os autos custos dos insumos utilizados para atender o seu consumidor, e este custo é devido as altas tarifas tributárias aplicadas na industrialização, comercialização ou importação destes produtos, o que atribui a atividade um custo de serviço prestado muito alto e ocasiona um “estrangulamento” da margem de lucro na formação de preço dos planos de saúde. Somado a estes custos estão ainda os tributos municipais, estaduais e federais incidentes nas atividades das operadoras, e a existência de uma agência fiscalizadora que tem como objetivo principal arrecadar receita por meio de aplicações de multas milionárias as empresas.

Sendo assim, para melhorar a eficiência da prestação de serviço das operadoras são necessárias medidas pontuais, dentre estas destacamos a revisão tributária dos principais itens utilizados na prestação de serviço das operadoras de saúde, esta revisão tributária deveria ser feita desde a aquisição dos insumos até a manufatura e comercialização do produto final, ainda existe a necessidade de revisão dos tributos municipais, estaduais e federais, visando a isenção total destes impostos para este tipo de atividade e isso se justifica pelo fato de as OPS estarem exercendo uma atividade de obrigação do estado, e por fim existe a necessidade de revisão dos objetivos da ANS, deixando de ser um órgão fiscalizador e passando a exercer o papel de agência reguladora

Os Autos Custos da Saúde Privada no Brasil e as Consequências para as Operadoras de Planos de Saúde

e orientadora visando auxiliar as empresas na gestão de sua estrutura, na garantia de linhas

de créditos a juros acessíveis para novos investimentos e na garantia da prestação de serviço de qualidade ao consumidor.

REFERÊNCIAS

Albuquerque A., Gustavo M. de; Fleury B., Maria Tereza Leme; Fleury; André Leme. *Integração Vertical nas Operadoras de Assistência Médica Privada: Um estudo Exploratório na Região de São Paulo*. Revista Produção, São Paulo, v. 21, n.1, p. 39-52, 2011.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução da Diretoria Colegiada n.22 de 30 de maio de 2000^a. *Cria instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das operadoras*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>. Acesso em 01/09/2015.

_____. Resolução da Diretoria Colegiado n.39 de 30 de outubro de 2.000c. *Definição, segmentação e classificação das operadoras*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>. Acesso em: 01/09/2015.

_____. Resolução Normativa n.139 de 27 de novembro de 2006. *Institui o programa de qualificação da saúde suplementar*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>. Acesso em: 10/08/2015.

_____. Resolução Normativa 256, de 18 de maio de 2011. *Institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências*. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1751. Acesso em 10/07/2015.

_____. Resolução Normativa 316 de 30 de novembro de 2012. Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga a RDC nº47, de 3 de janeiro de 2001, e a RN nº52, de 14 de novembro de 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2314. Acesso em 01/07/2015.

Barroca, J.L. *Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Saúde Suplementar. Coleção Pro-gestores-CONASS, v.11. Brasília, 2007.

Costa, Rogério Guedes; Santos, Neusa Maria Bastos F.; Santos, Roberto Fernandes dos. *Gestão de Custos: um estudo em empresas de medicina de grupo*. XIII Congresso Brasileiro de Custos. Belo Horizonte, 2006.

CONASS, Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. *SUS-Avanços e Desafios*. 1.ed.Brasília, 2006.

_____. Saúde Suplementar. *Coleção Pro-gestores - Para Entender a Gestão do SUS*. V.11. Brasília, 2007.

Formenti, L. *Após socorro a planos de saúde em crise financeira, ANS não é ressarcida*. Estadão.com.br (online), São Paulo, 09 de maio 2011. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,apos-socorro-a-planos-de-saude-em-crise-financiera-ans-nao-e-ressarcida,716708,0.htm>. Acesso em: 01/07/2015.

Ribeiro, José Mendes. *Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar*. Regulação & Saúde. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/.acesso. Acesso em: 01/07/2015.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. *As Despesas das Operadoras de Planos de Saúde representam 98% das receitas de mensalidades*. Informativo Eletrônico, Ano 2 n.15, 2011. Disponível em: <http://www.iess.org.br/informativosiess/15.htm>. Acesso em: 15/07/2015.

Godoy, M.R. *Regulamentação dos Planos de Saúde e risco moral: aplicação da regressão quantifica para dados de contagem*. Tese de Doutorado em Economia Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

Gottlieb, S., Makower, J. *A Role for Entrepreneurs: An Observation on Lowering Healthcare Costs via Technology Innovation*. American Journal of Preventive Medicine, 44, 1S1, p. S43-S47, 2013.

Goyen, M, Debatin J. *Healthcare costs for new Technologies*. European Journal of Nuclear Medicine & Molecular Imaging, v.36, p. 139-143, 2009.

Guimarães, A.L.S, Alves, W.O. *Prevendo a Insolvência de Operadoras de Plano de Saúde*. Revista de Administração de Empresas, n.4, v.49,p.456-471, 2009.

Leal, R.M.; Matos, J.B.B. de. Planos de Saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. Rev. Administração de Empresas, São Paulo, v.49, n.4, dez.2009.

Salles Dias Filho, P. P.. Encarando um mundo instável e incerto: Experiência regulatórias face aos riscos relativos aos seguros saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2010.

Stock, S.A.K.; Marcus R.; Karl, W.L. *Population-based disease management in the German statutory health insurance: implementation and preliminar results*. Disease Manegement & Health Outcomes, v.14, n.1, p. 5-12, 2006.

The High Costs of Private Healthcare in Brazil and the Consequences for Health Plan Operators.

Abstract

This article presents a theoretical framework on aspects tributaries incidents in service delivery of health plan operators, this study was required by the numerous bankruptcies in the last years in this branch of economic activity, the aim of the study was to identify the main causes of closing of these companies and to propose measures to make the sector viable in view of its importance for Brazilian society. Thus, the methodology consisted of literature, which have been made extensive research in scientific articles, dissertations, doctoral theses and also annual reports of the ANS and IBGE surveys and materials of other institutions responsible for databases and research the sector. Through this, it observed that input costs and still high tax burden in providing service are the main bottlenecks in this type of enterprise, making it unviable in the long run.

Keywords: Health plan operators, Tax System, Organizational Costs

Los altos costos de la salud privada en Brasil y las consecuencias para los operadores de planes de salud.

Resumem

Este artículo presenta un marco teórico sobre aspectos tributarios de incidencias en la prestación de servicios de los operadores de planes de salud, este estudio fue requerido por las numerosas quiebras ocurridas en los últimos años en esta rama de actividad económica, el objetivo del estudio fue identificar las principales causas del cierre de estas empresas y proponer medidas para viabilizar el sector dada su importancia para la sociedad brasileña. Así, la metodología estuvo compuesta por literatura, en la que se realizaron extensas investigaciones en artículos científicos, disertaciones, tesis doctorales y también informes anuales de las encuestas de la ANS y del IBGE y materiales de otras instituciones responsables de bases de datos e investigaciones del sector. A través de esto, se observó que los costos de los insumos y la aún alta carga fiscal en la prestación de servicios son los principales obstáculos en este tipo de empresas, haciéndolas inviables en el largo plazo.

Palabras clave: Operadores de planes de salud, Sistema Tributario, Costos Organizacionales