



UMA REFLEXÃO SOBRE A GESTÃO DE RISCO DE CRÉDITO EM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Talita Alves Soares de Campos¹

Profa. Dra. Carla Alessandra Barreto²

Prof. Esp. Norberto Garcia Garnelo Arnaiz³

Profa. Esp. Carla Zacarias⁴

RESUMO

A saúde no Brasil é sempre um assunto que envolve muita discussão, tanto pelo descaso do governo como também pelo sistema particular, conhecido como Saúde Suplementar. Porém o que não é muito cogitado é o quanto a Saúde Suplementar e as operadoras de planos de saúde representam para a economia do país. Dentro deste contexto, este artigo visa discutir a respeito da gestão de risco de crédito dentro de operadoras de planos de saúde, onde as mesmas enfrentam uma legislação regida que visa manter o bem-estar do consumidor deste segmento, o que torna cada vez mais difícil um controle eficaz da inadimplência neste setor. Este trabalho tem por objetivo discutir os métodos utilizados pelas operadoras de planos de saúde para seguir a legislação e ainda controlar o risco de crédito de uma forma eficiente.

Palavras-chave: Gestão de Risco. Gestão de Risco de Crédito. Inadimplência. Saúde Suplementar.

ABSTRACT

Health in Brazil is always a subject that involves a lot of discussion, both for the neglect of the government and also for the particular system, known as Supplementary Health. But what is not very cogitated is how much the Supplementary Health and the operated of health plans represent for economy of the country. Within this context, this article aims to discuss credit risk management within healthcare plan operators, where they face a regulated legislation that aims to maintain the consumer well-being of this segment, which makes it increasingly

¹ Cientista Contábil. Acadêmica do MBA em Engenharia Financeira.

² Doutora em Educação Escolar – UNESP, Mestra em Educação – UFSCar, Graduada em Ciências Sociais - UNESP, Diretora Acadêmica, Vice Presidente da CPA, Professora e componente dos colegiados da Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara (FAESB). E-mail: prof.carla.barreto@faesb.edu.br.

³ Especialista em Administração Financeira, Graduado em Administração de empresas pela Universidade Santana, Professor na Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara – FAESB, FATEC, FMU e UNINOVE. E-mail: prof.norberto@faesb.edu.br.

⁴ Especialista em Gestão de Pessoas com Ênfase em Estratégia pela mesma Instituição (2013). Graduada em Ciências Contábeis pela Faculdade Santa Bárbara (2011). Professora na Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara - FAESB. E-mail: prof.carla.zacarias@faesb.edu.br

difficult effective control of defaults in this sector. The purpose of this paper is to discuss the methods used by health plan operators to follow the legislation and to control credit risk in an efficient way.

Keywords: Risk management. Credit risk management. Defaults. Supplementary Health.

*Pós-Graduanda do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu Especialização em Engenharia Financeira da Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara, talita.alves.soares94@gmail.com;

**Professora orientadora: Doutora e Diretora Acadêmica da Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara, prof.carla.barreto@faesb.edu.br; Tatuí – SP, fevereiro de 2018.

1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes problemas enfrentados pelas empresas é o risco de inadimplência, tendo em vista que para vendas de produtos e prestações de serviços estão envolvidos investimentos, custos e despesas, e é imprescindível que haja o retorno deste investimento dentro do negócio. Caso ocorra o não pagamento por parte do tomador de serviço ou consumidor do produto haverá um grande dano para empresa que cumpriu sua parte na negociação e foi lesada.

Para um melhor controle da inadimplência dentro de uma empresa é preciso que haja um sistema de gestão de risco de crédito que é representado como setor de contas a receber, onde diversas ações podem ser tomadas para evitar perdas, como cobrança e análise de crédito. Porém quando se trata do setor de saúde suplementar diversas questões são levantadas, pois não é possível utilizar mecanismos de cobrança e análise de crédito como de empresas de outros segmentos.

A saúde suplementar tem o objetivo de complementar o atendimento público prestado pelo SUS, portanto é a atividade que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, os chamados planos de saúde. Desta forma, entende-se por saúde suplementar toda a assistência médico-hospitalar, que é prestada mediante a pagamento pelo beneficiário, sendo assim complementando o atendimento prestado pelo SUS, porém o usuário precisa pagar para usufruir deste benefício.

Para se obter uma gestão de risco de crédito dentro das operadoras de planos de saúde é preciso observar a legislação que abrange os planos de saúde, sendo estes regidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Há uma

série de regras e leis que visam proteger o consumidor e garantir seus direitos. Por se tratar da “saúde” dos consumidores, eles possuem maiores direitos e as operadoras de planos de saúde precisam utilizar ferramentas que possam diminuir sua inadimplência sem ferir a legislação.

De acordo com o que foi explanado levanta se o seguinte problema de pesquisa: Quais métodos de gestão de risco de crédito podem ser utilizados para minimizar a inadimplência nas operadoras de planos de saúde? O objetivo geral da pesquisa consiste em discutir os mecanismos de gestão de risco de crédito utilizados pelas operadoras de planos de saúde que visam minimizar a inadimplência do setor de saúde suplementar.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo enquadra-se como descritiva e bibliográfica, pois tem a intenção de descrever as características dos elementos estudados e discutir suas variáveis visando apresentar a melhor forma de gestão do risco de crédito nas empresas de planos de saúde.

A presente pesquisa se justifica pela importância da gestão da inadimplência para o setor da saúde, pois muitas vezes beneficiários amparados pela lei tem direitos concedidos que não constavam em contrato, desta forma as liminares concedidas pela justiça, proporcionam aos clientes deste serviço todo o auxílio necessário para a realização de diversos procedimentos, todavia as operadoras que arcam com todo o custo envolvido, pois muitas das vezes estes usuários possuem parcelas em atraso que só podem ser cobradas mediante a procedimento pré-estabelecidos pela lei. Desta forma é preciso ter um controle muito maior dos clientes devedores, para que os custos e despesas sejam amenizados.

2 SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O Brasil é um país que enfrenta grandes questões de desigualdades sociais e dentro deste contexto é possível observar que desde a sua criação em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) sempre apresentou dificuldades de dar o suporte necessário a todos os seus beneficiários.

Conforme descrito no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e

constituem um sistema único” (BRASIL, 1988). Assim, foi criado o Sistema único de Saúde (SUS).

De acordo com o artigo 2 da Lei nº 8080 de 1990, “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Portanto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) colocou o Estado na posição de provedor e financiador da Saúde.

Todavia, é de conhecimento que o Sistema Único de Saúde tem diversas deficiências, que devido à má administração pública afeta diretamente o povo que necessita destes cuidados.

Pode-se dizer que o SUS enfrenta uma problematização dicotômica entre o que está escrito e o que é realizado. A descrença do povo brasileiro num sistema de saúde para todos leva milhões de pessoas a procurar por serviços, planos ou seguradoras de saúde privados (SOUZA; COSTA, 2010, p. 513)

Segundo Silva (2003) as operadoras de planos de saúde prestam um grande serviço à população brasileira, pois ocupam boa parte do espaço deixado pela ineficiência do Estado em proporcionar acesso a serviços de saúde para a população.

A partir da deficiência do governo de proporcionar saúde de qualidade para a população que a saúde suplementar ganha mais espaço no mercado.

[...] a saúde suplementar começou sua estruturação após a revolução industrial, momento em que surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que pertenciam a diversas categorias e representavam os trabalhadores urbanos e que compravam as prestações de serviços de saúde (PIETROBON et al., 2007, p. 770).

O surgimento das chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões foi o primeiro modelo de financiamento da saúde, através da Lei Eloy Chaves 1923. Onde essas caixas funcionavam como um fundo gerido por patrões e funcionários que além de se beneficiarem com aposentadoria e pensões também financiavam serviços médico-hospitalares (PAUXIS, 2015).

Salvatori e Ventura (2012) ressaltam que a crescente industrialização da época, provocou a organização do setor privado, que passou a intermediar o acesso aos serviços de saúde. Onde empresas que forneciam serviços de saúde eram contratadas pelas indústrias para dar suporte aos funcionários. Desta forma, surgiu

os primeiros planos de saúde, da necessidade de manutenção da saúde dos funcionários das indústrias, para o desenvolvimento do sistema capitalista.

Dentro deste contexto é possível verificar que até nos dias atuais a grande parte das operadoras de planos de saúde se concentram nas regiões mais industrializadas do país. Conforme dados fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é possível observar o quanto a maior parte das operadoras de planos de saúde concentram-se nos maiores polos econômicos do Brasil, sendo eles a região Sudeste e Sul, que apresentam uma economia mais elaborada (ANS, 2017).

Além de proporcionar que uma boa parte da população tenha acesso a serviços de saúde, as operadoras de planos de saúde representam também uma boa parte da economia como é possível observar na tabela a seguir:

TABELA 1 - NÚMEROS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Ano	Receita	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Outras despesas	Resultado
2007	60.428.973.970	41.426.135.272	11.329.276.679	8.144.659.023	-471.097.004
2008	69.569.408.233	48.182.685.119	12.402.141.534	8.642.254.727	342.326.853
2009	77.745.842.489	54.105.693.937	13.343.142.663	10.044.505.475	252.500.414
2010	88.240.577.199	59.711.410.619	14.536.926.044	12.426.938.890	1.565.301.646
2011	99.386.751.892	68.851.186.132	15.745.049.962	14.033.340.070	757.175.728
2012	109.552.983.249	80.073.580.927	17.121.834.032	13.478.630.899	-1.121.062.609
2013	124.086.443.763	90.906.340.009	18.158.609.143	13.810.862.170	1.210.632.441
2014	141.594.441.789	106.476.057.343	20.471.098.882	14.701.933.936	-54.648.372
2015	158.787.620.669	120.118.486.056	21.989.794.515	15.750.594.654	928.745.444
2016	178.831.080.931	137.042.480.409	23.967.511.800	17.422.462.663	398.626.059

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016).

A tabela apresenta a grande movimentação que ocorre dentro do setor de Saúde Suplementar que apesar de em alguns anos os resultados não serem favoráveis é possível visualizar o quanto o setor de saúde suplementar representa para a economia, pois apresenta números altos de receita e também de despesas, movimentando a economia.

É possível observar que desde 2007 a 2016 o setor da saúde cresceu aproximadamente 66% em relação a sua receita e os valores altos de despesas que

estão dispostos na tabela são justificados pela grande quantidade de procedimentos que são realizados pelas operadoras.

As principais despesas são aquelas relacionadas a atendimentos assistenciais, onde em alguns casos superam a receita gerando prejuízos e conseqüentemente elevando os valores das mensalidades dos planos, prejudicando os beneficiários que pagam pelos serviços. Porém ainda assim é possível visualizar o quanto o setor de saúde suplementar contribui na geração de renda e empregos.

É possível afirmar até mesmo que existe uma cadeia produtiva dentro do Setor de Saúde Suplementar, pois muitas vezes as operadoras de planos de saúde sustentam outras empresas, sendo elas, hospitais, consultórios, clínicas, laboratórios e centros de diagnósticos, que tem como sua principal fonte de renda os repasses das empresas de planos de saúde.

Também é possível identificar o quanto o setor de saúde suplementar representa para a economia do Brasil, analisando os números de beneficiários que utilizam este serviço, como também os números de operadoras que atuam neste seguimento. Conforme tabela a seguir:

TABELA 2 - NÚMEROS DE BENEFICIÁRIOS E OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Ano	Beneficiários de Planos de Saúde	Operadoras de Planos de Saúde
Dez/2007	39.316.313	1.168
Dez/2008	41.468.019	1.118
Dez/2009	42.561.398	1.088
Dez/2010	44.937.350	1.045
Dez/2011	46.025.814	1.006
Dez/2012	47.814.411	961
Dez/2013	49.435.589	915
Dez/2014	50.409.378	875
Dez/2015	49.259.250	824
Dez/2016	47.740.783	789
Dez/2017	47.606.341	780

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017).

Utilizando os dados da tabela é possível afirmar que no período de 2007 a 2017 houve uma grande redução no número de operadoras de planos de saúde em

atuação no Brasil, esse fenômeno se deve por muitas vezes aos problemas citados anteriormente, pois as operadoras de planos de saúde se deparam com grandes custos envolvidos nos procedimentos que são fornecidos aos seus beneficiários, sendo eles determinados pela justiça através das chamadas liminares. Quando uma operadora se depara com grandes custos e pouco aumento de sua receita é inevitável seu fechamento.

Após o fechamento de uma operadora de plano de saúde, seus beneficiários, ou seja, sua carteira de beneficiários é imediatamente transferida para outra operadora.

[...] essas operadoras remanescentes do mercado local – especialmente de pequeno porte – que absolvem esses beneficiários com agravamento de não constituir reservas através da carência, passam a ter problemas financeiros, por vezes de tamanha gravidade que também não suportam a continuidade do negócio (PAUXIS, 2015, p.37)

Esse processo de fechamento de uma operadora gera vários efeitos no meio em que atuam, já que o fechamento de uma operadora pode gerar danos para a outra operadora que ficará responsável pela sua carteira de beneficiários, que por lei tem o dever de recebe-los sem carência alguma, gerando grandes despesas para esta empresa, que em muitas vezes não consegue sobreviver no mercado, transformando este processo em um “efeito dominó”.

Porém, quando se trata do número de beneficiários que utilizam os serviços de saúde privada no Brasil os números crescem consideravelmente, apenas com uma pequena queda em 2016 e 2017 que pode ser o reflexo da crise político-econômica que o Brasil enfrentou neste período, que com o aumento do desemprego e o fechamento de muitas empresas, fez com que muitos beneficiários não pudessem continuar com seus planos de saúde.

Um fator importante que tem gerado grandes problemas para operadoras de planos de saúde são as chamadas liminares, que são ações judiciais onde os beneficiários dos planos de saúde recorrem à justiça buscando o direito de realizar procedimentos que não constam em contrato, nem no rol de procedimentos estabelecidos pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Após a aprovação da Lei nº 9656/98, que regulou os planos privados de assistência à saúde, houve um aumentado significativo no número de demandas judiciais envolvendo consumidores e operadoras de planos de saúde. Esse processo é chamado de judicialização da saúde suplementar, referindo-se à busca por acesso

a serviços de saúde por intermédio da Justiça através de operadoras que comercializam planos de saúde no mercado da saúde suplementar (PAULA; NETTO, 2016).

Esse fenômeno aumenta os custos das operadoras e não aumenta sua receita, gerando prejuízo e prejudicando o setor como um todo. As liminares beneficiam apenas alguns usuários que entram com ações judiciais, porém quanto maior os números de liminares, mais o setor fica deficiente, o que pode impossibilitar a continuidade do segmento. Outra consequência é o aumento no valor das mensalidades de outros beneficiários, que acabam também sendo prejudicados por este processo.

3 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O grande marco regulatório da Saúde Suplementar no Brasil acontece em 1998 com a Lei Federal nº 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Essa lei é vista como um “divisor de águas” para o setor de Saúde Suplementar, pois os contratos firmados antes de 02/01/1999 são regidos pelo próprio contrato e desta forma são chamados de “não regulamentados” ou “antigos”, e os contratos celebrados após a sanção da lei são denominados de contratos “regulamentados” ou “novos” (PAUXIS, 2015).

Com o objetivo de regular e fiscalizar as operadoras de planos de saúde, que após a Lei 9.656/98 tiveram grandes mudanças em sua forma de administrar os planos, que surge a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através da Lei nº 9.961 em 2000.

Essa busca pela diminuição do tamanho do Estado, fazendo com que este deixasse de ser o financiador e executor do desenvolvimento econômico, com a transferência/delegação para a iniciativa privada, dando ênfase a atuação estatal exclusiva de regulamentar e fiscalizar, fez surgir as chamadas agências reguladoras, dentre as quais a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da Lei n. 9.961/2000 (PAUXIS, 2015, p.16).

Segundo Salvatori e Ventura (2012) a criação de uma agência reguladora de planos de saúde gerou diversas mudanças dentro do setor de saúde suplementar, pois criou barreiras para entrada e saída de operadoras do mercado, ampliou as coberturas assistenciais dos planos, passou a ter controle de reajustes e tornou o setor de saúde suplementar mais qualificado.

O artigo primeiro, da Lei nº 9.961 menciona que Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, com o objetivo de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relacionadas a Saúde Suplementar. A ANS é considerada uma autarquia especial, por ter autonomia administrativa, financeira, patrimonial, gestão de pessoas e total autonomia em suas decisões (BRASIL, 2000).

Desta forma, é possível observar o quanto a criação da ANS fez a diferença para uma melhora considerável no Setor de Saúde Suplementar. Porém, ainda existem muitos fatores que podem ser melhorados para uma melhor relação entre as operadoras de planos de saúde e seus beneficiários.

Um outro fator importante que também é regulado pela ANS é o “Ressarcimento ao SUS”, estabelecido no artigo 32 da Lei 9.656/98 que cita que haverá ressarcimento por parte das operadoras de planos privados de saúde para as instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) que prestarem serviços de atendimento à saúde aos seus beneficiários (BRASIL, 1998).

[...] sobre o instituto do Ressarcimento ao SUS que foi concebido como um conjunto de atos destinados à recuperação dos custos decorrentes de internações hospitalares ocorridas nos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), quando da utilização deste último por beneficiários de planos privados de assistência à saúde. (CONDE, 2004, p. 13).

O processo de restituição funciona da seguinte forma, assim que ocorre o atendimento pelo SUS de uma pessoa que possui um plano de saúde, a ANS cruza os dados dos sistemas de informações do SUS com os dados dos beneficiários da própria agência, identificando assim os atendimentos prestados pelo o SUS para beneficiários de planos de saúde (ANS, 2017).

Após a identificação são encaminhadas notificações para as operadoras que possuem um prazo para recorrer, caso não concordem com a cobrança. Assim que o débito for constatado, a ANS encaminha a notificação de cobrança com os valores devidos pela empresa, tendo a operadora um prazo de 15 dias para o pagamento. Assim que o pagamento for efetuado pela operadora a ANS repassa o valor recolhido para o Fundo Nacional de Saúde. Caso a operadora não efetue o pagamento é automaticamente inscrita como Dívida Ativa (ANS, 2017).

4 GESTÃO DE RISCO DE CRÉDITO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O problema da inadimplência é uma questão muito discutida dentro das empresas, principalmente em tempos de crise econômico-financeira. Todavia as empresas possuem diversas formas de diminuir e controlar a inadimplência, porém, quando se trata de Saúde Suplementar é preciso observar as leis vigentes para evitar danos jurídicos para as empresas deste segmento.

Segundo Chaia (2003) pode-se definir operação de crédito como a troca de um produto ou serviço atual pela promessa de pagamento futuro. Assim, no setor da saúde não é diferente, pois o beneficiário é assegurado do serviço de saúde e tem a obrigação de efetuar o pagamento de suas mensalidades.

Desta forma, a gestão de risco de crédito é formada por uma série de procedimentos que juntos visam a diminuição de clientes inadimplentes e a quitação de seus débitos. Porém para entender melhor a inadimplência é preciso entender os principais motivos que levam os clientes a não honram suas dívidas.

Segundo o Boa Vista Serviço Central de Proteção ao Crédito (SCPC) (2013) os principais motivos da inadimplência são, desemprego, descontrole financeiro e empréstimo em nome de terceiros. Tendo em vista a histórica crise econômica financeira no Brasil, é possível compreender o quanto o desemprego e a falta de educação financeira causa para a economia do país, pois gera inadimplência, que por sua vez “quebra” as empresas gerando mais desemprego e desequilíbrio financeiro.

Toda operação de crédito apresenta inadimplência, porém ela ocorre decorrente de uma falha na análise das probabilidades de inadimplência, ou seja, através de uma análise de crédito é possível minimizar as perdas, avaliando cada cliente e seu potencial como pagador (CHAIA, 2003).

Todavia, esta afirmação não cabe ao Setor de Saúde Suplementar, pois segundo o artigo 14, da Lei 9656/98 não é possível impedir alguém de contratar um plano privado de assistência à saúde, ao menos pela idade ou pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 1998).

Desta forma, diferente dos demais setores da economia, não é possível fazer uma análise de crédito, tão pouco negar a venda de planos para supostos inadimplentes, pois toda a população tem o direito garantido por lei de ter um plano de saúde, o que dificulta o processo de gestão de risco, porém existem outras formas de controlar a inadimplência e diminuir os riscos de perda.

Tendo em vista que não é possível agir pela prevenção, pois não se pode selecionar os clientes e nem conceder condições diferentes de pagamento, a forma mais utilizada para combater a inadimplência em uma operadora de plano de saúde é através de um sistema de cobrança, ou seja, uma série de procedimentos para a recuperação dos créditos, que o setor de contas a receber da operadora é responsável por estabelecer os procedimentos e executá-los visando a diminuição da inadimplência.

Segundo o artigo 13, da Lei 9.656/98 para que haja a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, pelo motivo de não pagamento, é preciso haver inadimplência superior a 60 dias, sendo esses dias consecutivos ou não, desde que o cliente seja notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência (BRASIL, 1998).

Desta forma, caso não haja a notificação dentro do prazo estipulado pela lei, não é possível efetivar o cancelamento do plano. Tendo a possibilidade do cliente se beneficiar do plano sem que tenha efetuado o pagamento das parcelas em atraso. Assim é preciso que todos os procedimentos sejam rigorosamente fiscalizados para que não haja erros, sendo imprescindível observar cada detalhe de cada plano.

Outro fato importante a ser considerado para a rescisão unilateral do contrato é o descrito no artigo 13, inciso III, da Lei 9.656/98 que em hipótese alguma pode ocorrer a rescisão contratual quando o titular se encontrar internado (BRASIL, 1998).

Visando a importância de uma boa gestão de risco dentro de uma operadora de plano de saúde é preciso observar como deve ser feita a cobrança, o primeiro passo para a recuperação de crédito dentro de uma operadora de planos de saúde é através de contatos telefônicos, assim que verificados os atrasos por parte dos clientes é preciso notificá-los, para que haja uma recuperação mais eficiente.

Para que o contato seja eficaz é preciso que outros setores sejam envolvidos neste procedimento, pois é imprescindível que o cadastro de cada cliente esteja sempre atualizado. Neste caso é dever do setor de cadastro estar sempre em contato com clientes buscando atualizar a ficha cadastral, principalmente no que diz respeito ao endereço e telefones para contato.

Caso não haja sucesso com contatos telefônicos, e os débitos continuem em aberto é preciso que seja enviada uma notificação de cobrança ao endereço do devedor que segundo a Súmula Normativa nº 28, publicada no Diário Oficial da União pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 1º de dezembro de 2015,

as cartas de cobrança destinadas a clientes inadimplentes de operadoras de planos de saúde devem conter as seguintes informações:

- a) A identificação da empresa credora contendo nome, endereço e número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) A identificação do cliente devedor;
- c) A identificação do tipo de plano contratado pelo cliente;
- d) O valor atualizado do débito até a data de emissão da carta;
- e) As competências em aberto e o número de dias de inadimplência constatados da data de emissão da notificação;
- f) Formas de regularização dos débitos do cliente, indicando meio de contato para o esclarecimento de dúvidas; e
- g) A possibilidade de rescisão ou suspensão unilateral do contrato em caso de não regularização dos débitos.

A Súmula Normativa nº 28 também aponta a forma como deve ser entregue a notificação de cobrança, pois caso seja via postal não há necessidade que o próprio contratante assine o aviso de recebimento, apenas é preciso que o endereço esteja de acordo. Já em caso de envio por meios próprios da operadora é imprescindível que o próprio titular do plano assine o comprovante de recebimento (ANS, 2015).

Caso não seja possível a notificação através do endereço do cliente, é possível também uma notificação por edital, que deve ser publicada em jornal de grande circulação na região do último domicílio de conhecimento da operadora. Para a notificação via edital a identificação do cliente deve ser feita apenas pelo seu número de Cadastro de Pessoas Físicas, sendo omitido os dígitos, e seu código como cliente da operadora (ANS, 2015).

Outro fator importante que deve ser observado em relação a gestão de risco de crédito é o valor da multa que pode ser cobrada do cliente. De acordo com o artigo 52, do código de defesa do consumidor a multa referente a inadimplência não poderá ultrapassar dois por cento do valor da prestação, desta forma a lei impõe limites para que não haja cobranças exorbitantes ao consumidor (BRASIL, 1990).

Após todo o processo de cobrança finalizado e dentro do prazo que é exigido pela lei, caso ainda permaneça a inadimplência por parte do cliente é possível que a operadora faça a rescisão unilateral do contrato. Sendo assim, o cliente não tem

mais direito de utilizar o plano de saúde, e os débitos poderão ser cobrados posteriormente, através de cobranças extrajudiciais.

Assim que o plano inadimplente for cancelado, é possível assegurar que o beneficiário não poderá mais utilizar o plano, porém como o plano foi cancelado por inadimplência, ainda consta valores a serem quitados pelo cliente, que estava assegurado dos serviços de saúde mesmo estando em situação devedora. Desta forma, além de uma gestão de risco de crédito antes do cancelamento do plano, é preciso ter uma gestão após o cancelamento.

Além de cancelamentos por inadimplência, onde é a operadora que rescinde o contrato unilateralmente, também ocorre do próprio beneficiário solicitar o cancelamento do seu plano. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu através da Resolução Normativa nº 412 (ANS, 2016) que nesses casos a operadora deve disponibilizar mecanismos para o cancelamento através de atendimento telefônico, por meio da página da operadora na internet e presencialmente na sede da operadora.

A Resolução Normativa nº 412 também aponta as informações que devem ser fornecidas aos beneficiários referente as consequências do cancelamento do plano, sendo elas:

- a) eventual ingresso em novo plano estará sujeito a novas carências e preenchimento de nova declaração de saúde;
- b) a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato;
- c) despesas de utilizações após a solicitação de cancelamento, mesmo em caso de urgência ou emergência, ocorrerão por conta do beneficiário;
- b) as contraprestações pecuniárias vencidas antes da solicitação de cancelamento do plano são de responsabilidade do beneficiário.

As contraprestações pecuniárias equivalem a mensalidade, pois é montante pago pelo contratante para assegurar o serviço contratado, portanto caso o cliente não tenha efetuado o pagamento das prestações até a data de solicitação do cancelamento, ainda assim é de sua responsabilidade a quitação dos débitos, ou seja, o cancelamento do contrato não extingue os débitos já existentes.

Desta forma, as operadoras de planos de saúde precisam ter um controle tanto dos planos que estão em inadimplência e próximos ao cancelamento, como

também controlar e desenvolver mecanismos para que os beneficiários cumpram sua parte do acordo após optarem pelo cancelamento do próprio plano.

É um processo complexo e minucioso, porém controlando a taxa de inadimplência, mantendo o cadastro dos beneficiários atualizados e notificando os clientes em atraso dentro dos padrões estabelecidos é possível ter uma boa gestão de risco é controlar o crédito dentro das operadoras de planos de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente artigo possibilitou uma melhor compreensão do funcionamento da gestão de risco de crédito no setor de Saúde Suplementar no Brasil. Enfatizando o quanto a legislação restringe os métodos de gestão para o setor da saúde visando o bem-estar dos consumidores. Todavia seguindo os passos que foram apresentados neste estudo é possível elaborar um sistema de recuperação de crédito através de uma cobrança eficiente, que possibilitara atingir os resultados esperados pelas operadoras de planos.

De modo geral é possível observar os benefícios que o setor de Saúde Suplementar tem apresentado para o país, onde movimenta grandes valores da economia, gerando renda e empregos. Além de ter o papel fundamental de complementar o acesso a saúde pelo espaço deixado pela má administração do Estado. Desta forma, é importante que a saúde financeira do setor seja um assunto discutido e compreendido pela sociedade.

Devido a Lei 9656/98 determinar que ninguém pode ser impedido de ter um plano de saúde, impossibilita de ser feita uma análise de crédito, como é feita em outros setores da economia. Assim, a forma mais utilizada para combater a inadimplência no setor de saúde é através de um sistema de cobrança.

Desta forma, é possível observar que a pesquisa alcançou seu objetivo, pois discutiu e caracterizou como realizar uma gestão de risco de crédito em operadoras de planos de saúde baseada em um sistema de cobrança eficiente, que tem padrões determinados pela lei tanto para o cancelamento do plano inadimplente como também a cobrança dos débitos remanescentes após o cancelamento.

O sistema de cobrança deve obedecer uma sequência lógica de procedimentos, onde devesse primeiro entrar em contato com o beneficiário inadimplente através de ligações assim que o débito for identificado. Logo após o contato telefônico, caso a dívida permaneça em aberto é preciso notificar o cliente através de uma carta de cobrança, que deve ser entregue até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Caso o beneficiário não seja localizado no endereço que consta no cadastro da operadora para a entrega da notificação, será necessário a publicação via edital, em um jornal de grande circulação do último endereço do beneficiário que consta no cadastro da operadora. Onde deve apenas constar o número de inscrição no Cadastro Pessoa Física, sendo omitidos os dígitos, e o número de cliente da operadora.

Assim que o cliente for notificado dentro do prazo estipulado pela lei, é preciso aguardar a parcela alcançar 60 dias de atraso. Se após os 60 dias de atraso o valor ainda constar em aberto a operadora tem o direito de cancelar o plano inadimplente, desde que o beneficiário não se encontre internado, pois a lei proíbe o cancelamento de um plano nessas circunstâncias.

Após o cancelamento do plano a operadora deve permanecer em contato com o cliente, pois o cancelamento do plano garante que o beneficiário não utilizará mais o plano, porém os débitos ainda existentes devem ser cobrados, principalmente aqueles gerados de utilizações do plano.

É possível observar que a pesquisa alcançou o objetivo, pois foi possível abordar além dos procedimentos de cobrança, como também foi discutido a respeito de outras questões que também causam riscos financeiros para o setor da saúde suplementar, como por exemplo, o ressarcimento ao SUS, as liminares e a chamada judicialização da saúde.

Dada a importância do tema, torna-se necessário o desenvolvimento de novos estudos referentes a este assunto, para que a população se conscientize da importância da continuidade deste setor, que tem cooperado não só com sua principal atividade que é prestar serviços à saúde, mas também tem contribuído com grande parte da geração de renda do país.

Nesse sentido, com a utilização dos mecanismos corretos de cobranças para o setor de saúde e respeitando a legislação é possível obter uma boa gestão de risco de crédito dentro de uma operadora de planos de saúde, controlando a inadimplência e prestando um serviço de qualidade para os consumidores.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Operadoras com beneficiários (Brasil: 2007-2017) e beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil: 2007-2017)**. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 01 fev. 2018.

_____. **Receita de contraprestações das operadoras (em Reais) (Brasil: 2006-2017)**. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 01 fev. 2018.

_____: **Resolução Normativa 412**, de 10 de novembro de 2016. Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão. Disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&form_at=raw&id=MzMyNA>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. **Ressarcimento ao SUS**. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/3920-nova-edicao-do-boletim-do-ressarcimento-esta-disponivel>> Acesso em 20 jan. 2018.

_____. **Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Setembro/2017)**. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 01 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Súmula Normativa – nº 28, de 30 de novembro de 2015. Considerando a realização de Câmara Técnica sobre o tema "Suspensão e rescisão unilateral de contrato individual". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 dez. 2015. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/105385254/dou-secao-1-01-12-2015-pg-84>>. Acesso em 17 dez. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 jan. 2018.

_____. **Lei n. 8.078**, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm> Acesso em 19 jan. 2017.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 03 jan. 2018.

_____. **Lei n. 9.656**, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm>. Acesso em 19 dez. 2017.

_____. **Lei n. 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em 19 dez. 2017.

BOA VISTA SCPC. **Desemprego e descontrole financeiro são os principais motivos da inadimplência**. Disponível em <<https://www.boavistaservicos.com.br/sem-categoria/perfil-inadimplente-2013-2tri/>>. Acesso em 19 fev. 2018.

CHAIA, Alexandre Jorge. **Modelos de gestão de risco de crédito e sua aplicabilidade ao mercado brasileiro**. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-21012004-224716/pt-br.php>>. Acesso em 16 jan. 2018.

CONDE, Luiz Felipe. **Ressarcimento ao sus: à luz do direito**. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5432>>. Acesso em 04 fev. 2018.

DEDONATTO, Omeri et al. **Processo de raciocínio da teoria das Restrições em empresa de planos de saúde**. Disponível em <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/31>>. Acesso em 10 nov. 2017.

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Disponível em <http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>. Acesso em 01 jan. 2018.

MACERA, Andrea Pereira Macera; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**. Disponível em <http://www.seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2004/DT_31.pdf>. Acesso em 26 jan. 2018.

PAULA, Ana Cristina Alves de; NETTO, Juliana Presotto Pereira. **A judicialização da saúde suplementar e seus impactos na atividade das operadoras de planos de saúde**. Disponível em <<http://ojs.up.com.br/index.php/raizesjuridicas/article/view/403>>. Acesso em 04 fev. 2018.

PAUXIS, Alexandre Ripardo. **Um estudo sobre a sobrevivência das operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar pós regulação**. Disponível em <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15333>>. Acesso em 10 nov. 2017.

PIETROBON, Louise et al. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312008000400009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 01 jan. 2018.

SALVATORI, Rachel Torres; VENTURA, Carla A. Arena. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 19, n. 62, p. 471-488, set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 jan. 2018.

SÁ, Marcelo Coelho de et al. Processo de ruína finito: um estudo de caso na saúde suplementar no Brasil. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 88-103, ago. 2017. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/recfin/article/view/30640>>. Acesso em 10 nov. 2017.

SILVA, Alceu Alves da. **Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico**. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf>. Acesso em 03 jan. 2018.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 193-204, jun. 2015. Disponível em <



<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500193&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 jan. 2018.

SILVA, Victor Vieira; LOEBEL, Eduardo. Desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde suplementar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, São Paulo, v. 5, n. 2, p.57-70, jul. 2017. Disponível em <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/260>>. Acesso em 10 nov. 2017.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 fev. 2018.