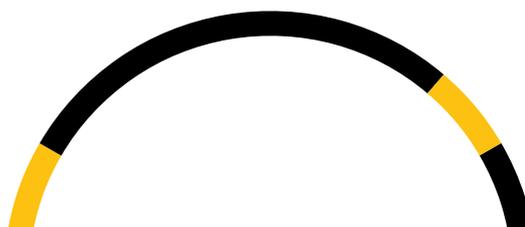
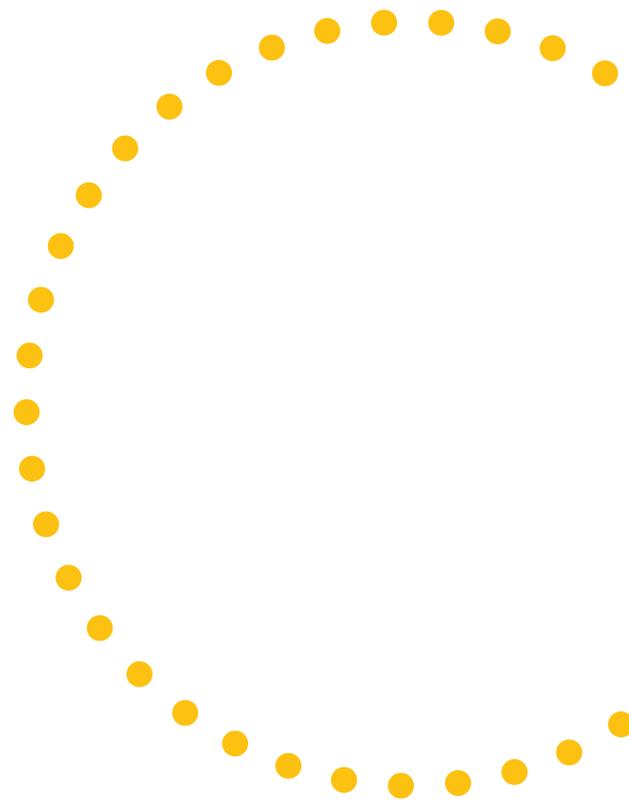




SUMÁRIO EXECUTIVO

Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil

em busca do
seguro perdido





Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil

em busca do
seguro perdido

AUTORES

Rudi Rocha

Helena Arruda

Leonardo Rosa

Matías Mrejen

Gustavo Cordeiro

Marcella Semente

Victor Nobre

Karen Codazzi

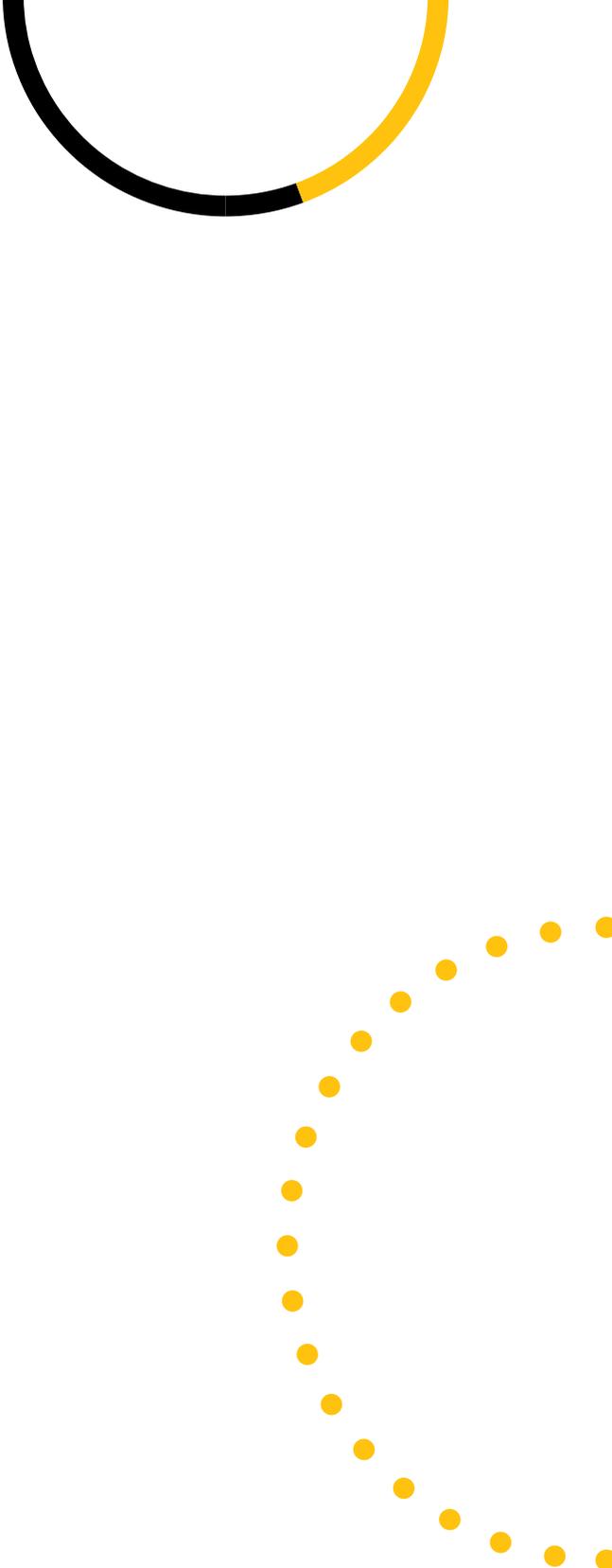
Maíra Coube

Luiz Felipe Fontes

Alexandre Rabelo

Cinthia Costa

Ana Maria Malik



REALIZAÇÃO

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Umane

APOIO

National Institute for Health and Care Research (NIHR)

COORDENAÇÃO

Rudi Rocha

REVISÃO TÉCNICA

Leonardo Rosa, Helena Arruda,

Vinicius Peçanha, Paulo Chapchap

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábrica de Ideias Brasileiras

AGRADECIMENTOS

Este projeto recebeu comentários e críticas de oficinas com especialistas e representantes da academia, do governo e de entidades do setor privado e da sociedade civil. Agradecemos a todas as pessoas que contribuíram para este trabalho.

CREATIVE COMMONS

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Umane como instituições responsáveis.

IEPS.ORG.BR | UMANE.ORG.BR

Apresentação

Este projeto, resultado de uma parceria entre o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e a Umame, apresenta um panorama inédito e profundo sobre o setor privado de saúde no Brasil e suas relações com o setor público.

Ao todo, são nove estudos que abordam aspectos fundamentais do setor privado em saúde. Cada um deles traz seus próprios resultados e mensagens e, juntos, oferecem mais de 450 páginas de descrições estatísticas, análises baseadas em evidências empíricas, pesquisa qualitativa e recomendações.

Os diagnósticos foram construídos ao longo de um ano de trabalho e contou com a colaboração de pesquisadores e autoridades públicas em oficinas de discussão, entrevistas e análise de dezenas de bases de dados.

Nesta publicação, apresentamos um panorama que permite conectar pontos dos estudos e jogar luz sobre as tendências mais gerais da saúde no Brasil. A partir disso, acreditamos que damos um passo importante para construção de diálogo e de caminhos para enfrentar os problemas que afetam o sistema de saúde e, conseqüentemente, a garantia à saúde de toda população brasileira.

1

Introdução

As necessidades de financiamento da saúde são e continuarão a ser crescentes no Brasil: estima-se que precisaremos de mais de 3,2 pontos percentuais do PIB até 2060 para fazer frente a essas necessidades, o que representará um esforço adicional de financiamento em torno de R\$1 trilhão por ano¹. Isso corresponde aproximadamente ao triplo do gasto público em saúde atualmente no país, ou ao dobro do gasto privado. Não está claro, no entanto, *como* ou tampouco *se* conseguiremos nos organizar enquanto sociedade para enfrentar esse desafio.

A maneira como sociedades ao redor do mundo, principalmente aquelas com renda per capita mais alta, têm se organizado para resolver este desafio nos revela uma premissa clara: é preciso *segurar* as necessidades de financiamento. E o uso deste verbo é deliberado devido aos seus muitos sentidos, embora apenas um nos importa por ora: *segurar* no sentido de *pôr em seguro*.

Necessitamos de serviços de saúde desde o nascimento até próximos à morte. Essa necessidade é muitas vezes imprevisível, e estes serviços são muitas vezes caros o suficiente para que sozinhos não consigamos pagá-los. Por isso o *seguro* e a organização de *mecanismos de seguro* em sociedade, para que todos juntos se ajudem a pagar a conta. Esta solidariedade, portanto, não apenas é instrumental para a equidade, tão importante do ponto de vista normativo, mas também para garantir o financiamento da demanda por saúde e, assim, em última instância, para viabilizar a existência de prestadores, serviços de saúde, e do sistema como um todo.²

No Brasil, estabeleceu-se através do SUS um mecanismo de seguro universal cobrindo toda a população e financiado com impostos.

1 Projeções considerando um cenário de crescimento real do PIB de 1,8% ao ano. As necessidades de financiamento diminuem para 2,99 pontos percentuais do PIB, mas ainda assim permanecendo altas, em um cenário de crescimento anual em torno de 2,8%. Detalhes em Rocha, R., Furtado, I. e P. Spinola (2021). Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics*, 30(5), 1082–1094.

2 Aqui vale reforçar que nos referimos a seguro de saúde em sentido amplo, e não àquele tipificado no mercado brasileiro para definir a segmentação dos serviços ofertados entre planos de saúde versus seguros de saúde

Enquanto os gastos privados correspondem a cerca de 60% do gasto total em saúde, cobrindo apenas um quarto da população, 40% do gasto total em saúde no país têm sido direcionados a cobrir integralmente o SUS, incluindo não apenas assistência à saúde para toda a população brasileira.

Estabeleceu-se também que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, e que esta pode oferecer serviços de prestação de saúde, financiados com pagamentos feitos via seguros e planos privados de saúde ou diretamente do próprio bolso. Atualmente gastamos cerca de 4% do PIB para financiar o SUS, e 6% do PIB financiando a saúde privada. Sempre importante reforçar que esses números fazem do Brasil um ponto fora da curva internacional em termos de composição do seu gasto em saúde. Enquanto, os gastos privados correspondem a cerca de 60% do gasto total em saúde, cobrindo apenas um quarto da população, 40% do gasto total em saúde no país têm sido direcionados a cobrir integralmente o SUS, incluindo não apenas assistência à saúde para toda a população brasileira, como todas as suas demais funções, da vigilância sanitária à coordenação federativa. Em países de renda mais alta, os gastos públicos correspondem em geral a algo em torno de 70% a 80% do total. Dados esses números, quão segura realmente está a população brasileira hoje? E quão segura estará no futuro? Seremos capazes de segurar R\$1 trilhão a mais? **De maneira mais fundamental, seremos capazes de garantir o direito à saúde para toda a população brasileira, assim como estabelecido em Constituição?**

Este estudo busca responder estas questões com a premissa de que, para tanto, precisaremos compreender a evolução recente e as tendências futuras do sistema de saúde brasileiro levando em conta não apenas o SUS e seus desafios de financiamento, mas também o setor privado e suas interações com o SUS.

O segmento público e o privado não podem ser vistos como compartimentos estanques, pois fazem parte de um único sistema.

A dinâmica do setor privado e as interações entre os setores público e privado são extremamente complexas e ainda pouco compreendidas no Brasil. Ambos demandam os mesmos fatores de produção, como é o caso de profissionais de saúde e equipamentos. O SUS utiliza a rede privada contratada, em especial para serviços hospitalares, ambulatoriais de complexidade mais alta e de exames diagnósticos. Por outro lado, pacientes com cobertura de planos privados por vezes recorrem ao SUS para diferentes serviços, enquanto pacientes sem cobertura de planos privados por vezes recorrem a prestadores privados e os pagam do próprio bolso. **Em sistemas de saúde com essas características, o segmento público e o privado não podem ser vistos como compartimentos estanques, pois afinal fazem parte de um único sistema. Modificações no mercado de fatores de produção, em regras de financiamento, de acesso ou de pagamento em um setor podem ter consequências importantes sobre o outro.**

Apesar do tamanho do setor privado e da importância das interações público-privadas em saúde no Brasil, existe muito pouca densidade em pesquisa no tema. Por exemplo, o termo “Sistema Único de Saúde” aparece em 3.328 publicações, e o termo “saúde da família” em 3.131 no título ou no resumo de trabalhos indexados na *Scielo*. Já o termo “saúde suplementar”

aparece no título ou no resumo em somente 168 trabalhos, e a combinação dos termos “saúde” e “setor privado” em 139. Em particular, não existe tradição de pesquisa no país em temas relacionados a estruturas de mercado, organização e estratégia das empresas, dentre outras questões técnicas sobre seguros, financiamento e concentração de mercado. Não à toa, propostas de alteração no marco regulatório do setor privado raramente são acompanhadas por reflexões mais profundas sobre possíveis impactos distributivos e sobre a eficiência geral do sistema. Não temos guia teórico ou evidências empíricas o suficiente para nos ajudar a pensar sobre muitas destas questões.

O objetivo deste trabalho é ocupar esta lacuna de modo compreensivo e inovador. Este trabalho se iniciou a partir de uma parceria entre o IEPS e a Umane, e se desenvolveu com a participação de um grupo grande de pesquisadores, com a realização de oficinas de discussão, entrevistas com especialistas e a análise de dezenas de bases de dados. Como resultado, publicamos agora um panorama inédito e profundo das tendências recentes do sistema de saúde brasileiro com foco particular sobre o setor privado e as relações público-privadas em saúde no país.

Mais especificamente, este trabalho é composto por 9 estudos, além desta apresentação. Os estudos são divididos em duas partes. A primeira parte é composta por quatro estudos que se concentram sobre a dinâmica do setor privado. O primeiro deles, escrito por Helena Arruda, Leonardo Rosa, Matías Mrejen e Rudi Rocha, é um panorama geral sobre a evolução recente e a conjuntura atual do setor privado de saúde no Brasil. Discutem-

se também questões relevantes para a trajetória futura do setor e sua relação com o SUS. No segundo estudo, Gustavo Cordeiro analisa o processo de consolidação e mudança no perfil de captação e alavancagem dos principais grupos privados de saúde no país a partir da abertura ao investimento estrangeiro no setor de prestação de serviços. O terceiro, escrito por Marcella Semente e Victor Nobre, descreve a evolução do gasto

tributário e dos subsídios ao setor privado. Por fim, no último capítulo, Gustavo Cordeiro e Karen Codazzi descrevem governança e regulação do setor da saúde em perspectiva internacional comparada, cobrindo os casos da Alemanha, Austrália, Colômbia, EUA, França e Japão.

A segunda parte é composta por cinco estudos que analisam pontos de interseção entre o setor público e o privado. São pontos mais específicos, porém muito importantes e que permitem uma reflexão mais geral sobre as relações público-privadas no país. O primeiro deles, escrito por Karen Codazzi, analisa o mercado de trabalho de profissionais de saúde e a prática dual destes profissionais nos dois setores. No segundo estudo, Ana Maria Malik e Cinthia Costa se concentram sobre os hospitais filantrópicos e as Santas Casas, entidades privadas e que ocupam uma parte relevante da produção de serviços para o SUS. O terceiro, escrito por Leonardo Rosa, analisa o crescimento das clínicas populares no país e discute impactos sobre a demanda por serviços do SUS. O quarto estudo, escrito por Maira

Encontramos sinais claros de que os mecanismos de seguro estão enfrentando um processo gradual de retrocesso no país.

Coube, Luiz Felipe Fontes e Rudi Rocha, realiza um panorama descritivo sobre o modelo OSS, que transfere a gestão de equipamentos públicos a entidades privadas. Os autores também realizam uma análise mais detalhada sobre o impacto das OSS sobre serviços hospitalares. No quinto estudo, Alexandre Rabelo analisa dados de doações de campanhas políticas e a agenda de autoridades públicas com o objetivo de mapear relações entre agentes públicos e privados, tanto no legislativo federal como na principal autarquia reguladora do setor.

Cada um dos estudos traz seus próprios resultados e mensagens. Juntos, oferecem mais de 450 páginas de descrições estatísticas, análises baseadas em evidências empíricas, pesquisa qualitativa e recomendações. A partir de agora, neste texto introdutório descrevemos um sumário geral do material produzido. Para além de um panorama dos estudos, essa descrição nos permite conectar pontos e jogar luz sobre tendências mais gerais da saúde no Brasil.

Dentre as mais importantes, encontramos sinais claros de que os mecanismos de seguro estão enfrentando um processo gradual de retrocesso no país. Por um lado, restrições fiscais limitam a capacidade de financiamento do SUS, constitucionalmente estabelecido como o mecanismo de seguro para toda a população brasileira, embora cronicamente subfinanciado desde sua origem. Por outro, no setor privado, argumentamos que serviços de *financiamento do gasto em saúde*, com horizonte de curto prazo, têm se expandido em detrimento a serviços de seguro de saúde, com horizonte de longo prazo. São exemplos de serviços de financiamento planos de saúde baseados em pequenos contratos, com reajustes baseados em sinistro recente e sujeitos à rescisão unilateral, planos com cobertura limitada a serviços de mais baixa complexidade, ou os cartões de benefício. Em última instância, estes são serviços de financiamento de gastos do próprio bolso e que podem ser liquidados no curto prazo caso se tornem caros para a ofertante. Portanto, não são serviços de seguro propriamente ditos, ou seja, serviços que servem exatamente para cobrir sinistros mais caros em caso de necessidades ao longo da vida, que são financiados de modo compartilhado em carteiras grandes e equilibradas o suficiente para serem viáveis no longo-prazo.

Além do subfinanciamento já enfrentado pelo SUS, o crescimento das necessidades de financiamento da saúde previsto à frente encontrará no país um terreno cada vez mais desorganizado e sem governança, instrumentos de financiamento cada vez mais fragmentados e sem escala. A incapacidade de organizarmos e mobilizarmos o seu financiamento trará crescentes riscos sistêmicos ao setor de saúde brasileiro, em todas as suas dimensões, incluindo impactos sobre o SUS, sobre os mercados de insumo e de prestação privada de serviços. Ao final desta apresentação, apontaremos possíveis caminhos para o enfrentamento destes desafios. Antes disso, descrevemos em linhas gerais alguns dos principais resultados encontrados e discutimos suas possíveis implicações.

A incapacidade de organizarmos e mobilizarmos o seu financiamento trará crescentes riscos sistêmicos ao setor de saúde brasileiro

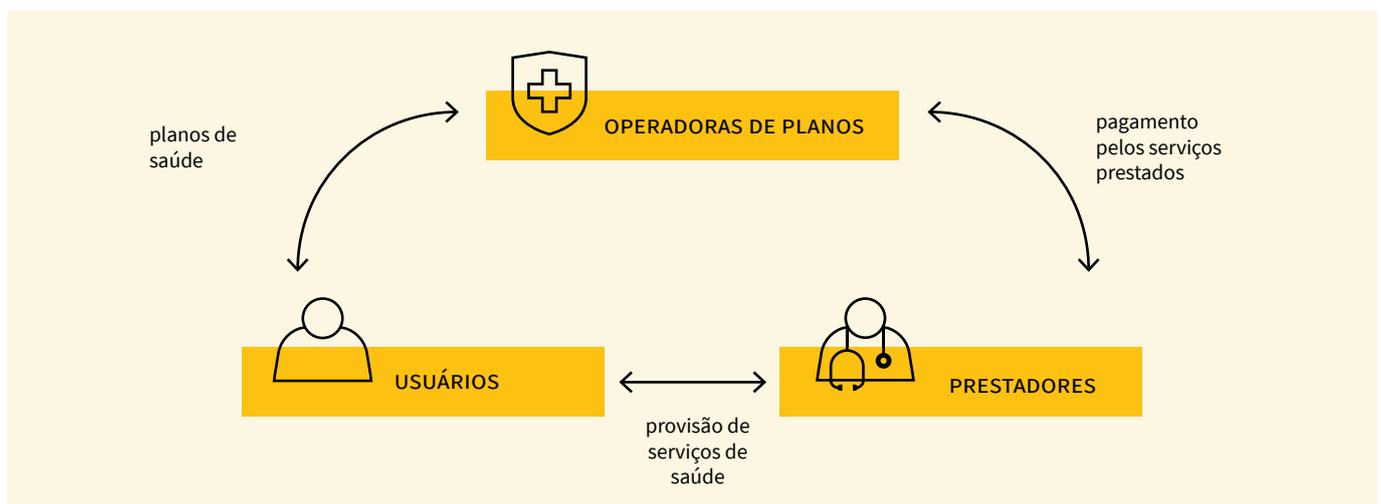
2

O setor privado

Como pano de fundo, começamos com uma descrição da evolução recente e da conjuntura atual do setor privado de saúde no Brasil. Em particular:

- Levamos em conta os três grupos de atores que compõem o setor de saúde privado e as regras que regulam suas relações: operadoras e seguradoras de saúde; prestadores de serviços de saúde; e os beneficiários de planos e seguros.
- Tanto para prestadores quanto para operadoras, descrevemos a trajetória recente da oferta de serviços e o surgimento de novos modelos de negócio.
- Em destaque, refletimos sobre a debatida crise da saúde suplementar, questionando em que medida se trata de uma crise estrutural ou uma turbulência transitória e que pode ser explicada por questões conjunturais desencadeadas pela pandemia da Covid-19 em 2020.

FIGURA 1 – ATORES E REGRAS QUE COMPÕEM UM SISTEMA DE SAÚDE



Nota: elaboração própria.

Em primeiro lugar, a análise descritiva nos mostra que o setor privado tem sido marcado não apenas por um desalinhamento de incentivos na relação entre prestadores e operadoras, como também por divergência entre as dinâmicas de cada segmento:

- Pelo lado dos prestadores, observamos uma tendência de expansão contínua da oferta de serviços, em particular de recursos tecnológicos, como equipamentos de exames de alto custo (ex: tomógrafos e ressonâncias). O crescimento contínuo desta oferta levou o país ao topo do ranking internacional em termos de disponibilidade de recursos por número de beneficiários de planos privados, com indícios de capacidade ociosa crescente. O número de leitos, por outro lado, tem permanecido relativamente estável, mas com leve aumento recente. Importante destacar que pelo lado dos prestadores, em última instância, os médicos têm um papel importante na decisão do uso dos recursos.
- Pelo lado das seguradoras e operadoras de planos de saúde, observamos uma consolidação de mercado em direção ao predomínio de empresas de grande porte, atendendo a uma base relativamente estável de beneficiários, que varia conforme flutuações econômicas e do emprego formal.

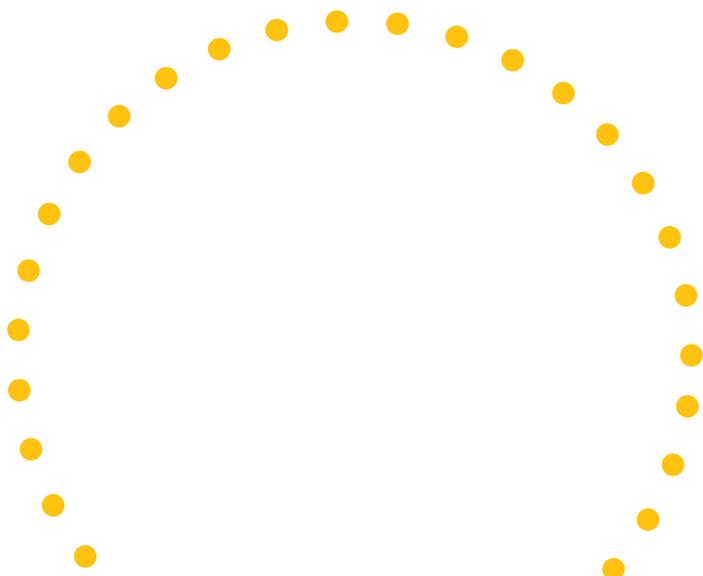
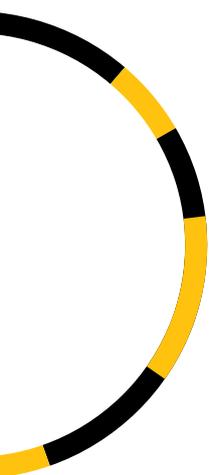
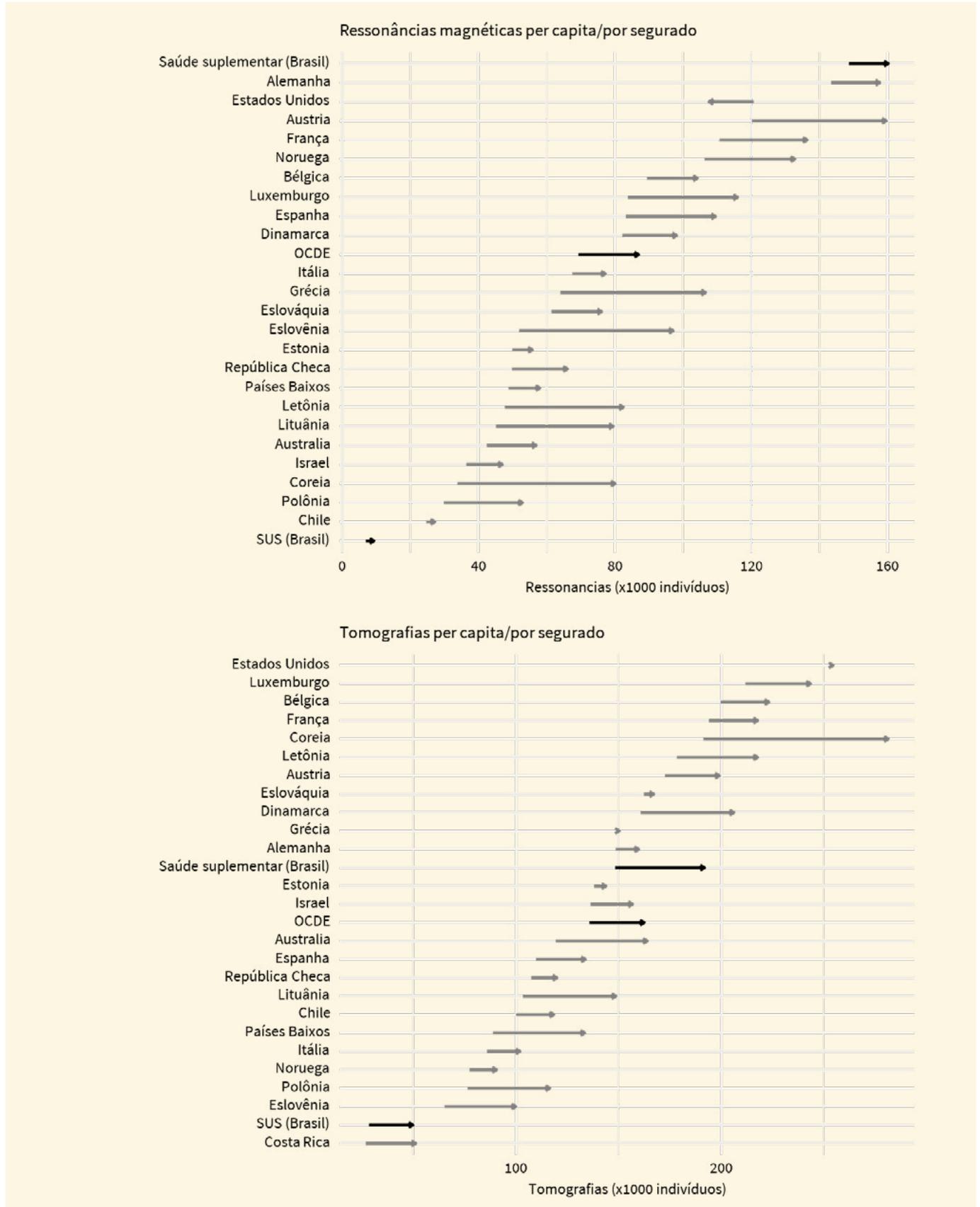
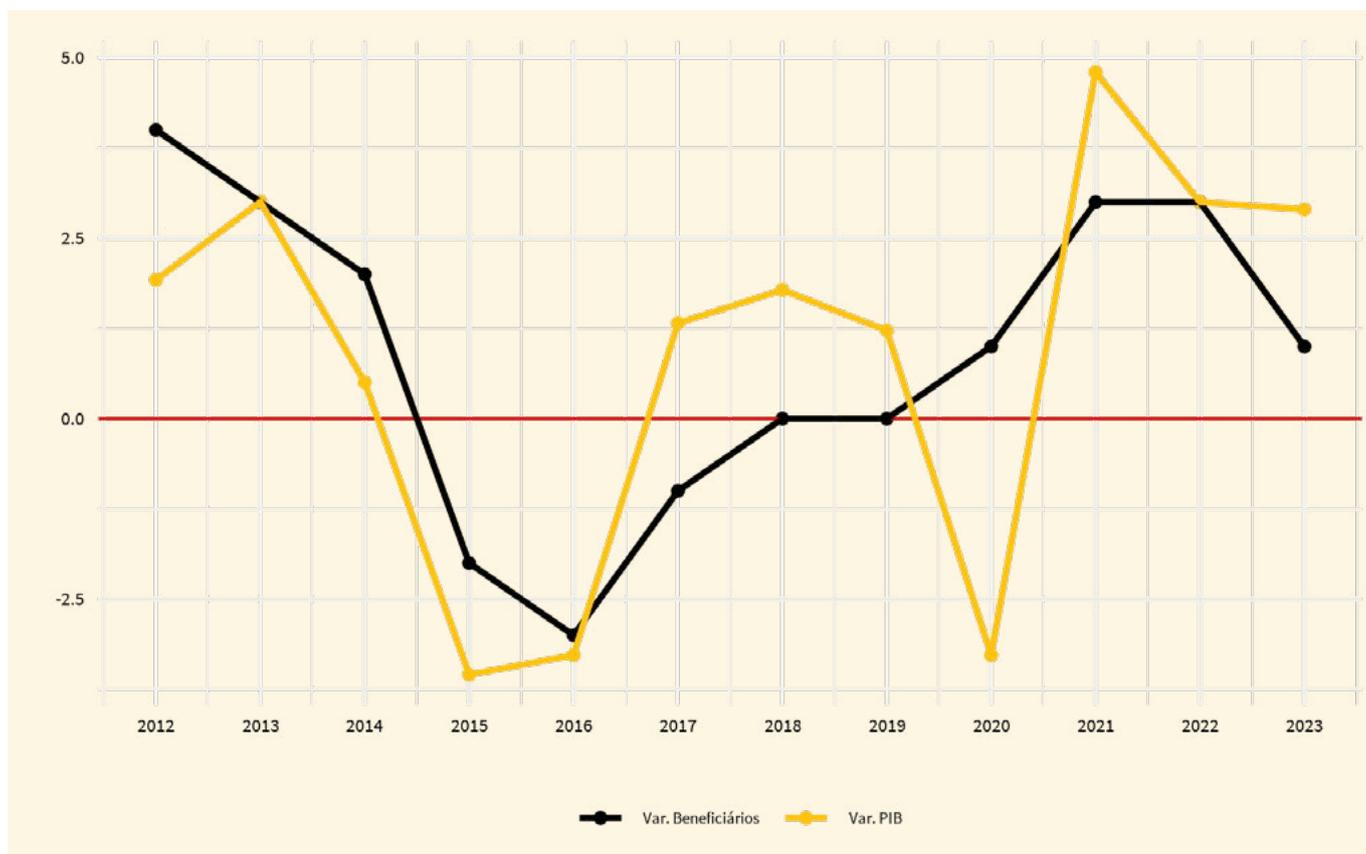


FIGURA 2 – EXPANSÃO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS PER CAPITA (PRIMEIRO E SEGUNDO GRÁFICO, COM PONTO INICIAL EM 2016 E VARIAÇÃO DE CRESCIMENTO ENTRE 2016-2021) E VARIAÇÃO ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE VS VARIAÇÃO DO PIB (TERCEIRO GRÁFICO)





Nota sobre os dois painéis superiores: elaboração própria em base a dados da OCDE, SIA/Datasus, SIH/Datasus, CNES e SIP/ANS. Os painéis apresentam as taxas de equipamentos de tomografias e ressonâncias magnéticas na população de países da OCDE, na saúde suplementar no Brasil e no SUS. Para o cálculo das taxas no SUS foi considerada o restante da população. Os serviços pagos do bolso por usuários de equipamentos privados no Brasil não foram considerados por falta de dados. Elaboração do gráfico inferior com base em dados da ANS (número de beneficiários) e do IBGE (PIB). A figura mostra a evolução de 2011 a 2023 da variação do PIB nos últimos 12 meses do número de beneficiários.

Em síntese: de um lado, existem evidências de que prestadores – tanto estabelecimentos como profissionais de saúde – têm incentivos para aumentar a oferta de serviços e a utilização de recursos tecnológicos; de outro, as operadoras parecem enfrentar dificuldades para conter custos na negociação por pagamentos junto a prestadores. Tudo indica que este desalinhamento leve à sobreutilização de serviços, aumento de custos e ineficiência na alocação e no uso de recursos. Consistente com isso, na comparação internacional, o Brasil é um ponto fora da curva em termos de gasto privado em saúde, principalmente via planos e seguros. Em particular, encontramos que o gasto administrativo e com a gestão e regulação dos serviços privados é superior no Brasil em comparação à média dos países da OCDE, possivelmente refletindo custos de transação altos no país.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO GASTO POR SEGURADO, FINANCIAMENTO PÚBLICO VS PRIVADO

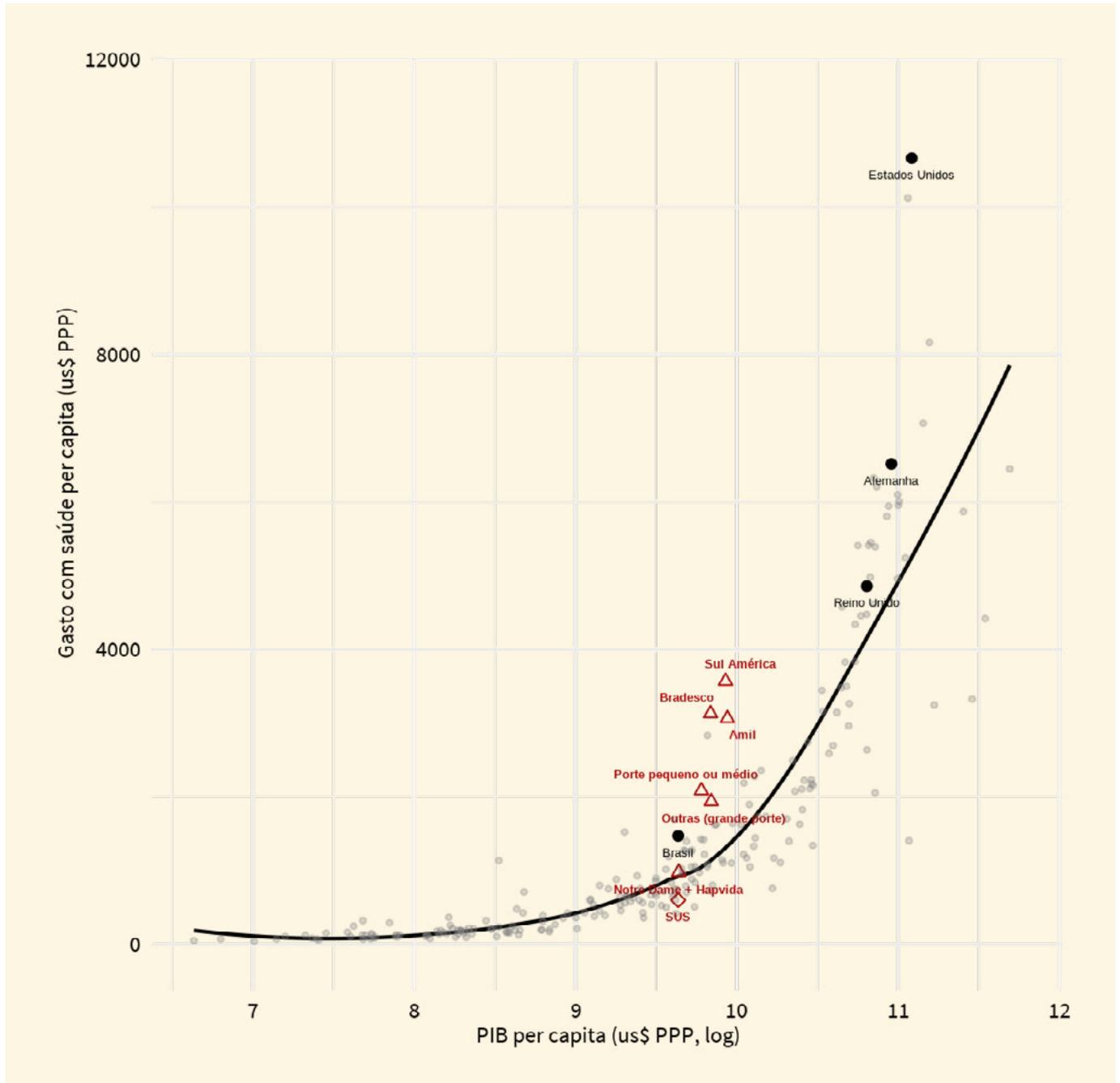
	BRASIL		OCDE	
	Público	Privado	Público	Privado
Total	\$603	\$1.892	\$3.370	\$1.913
Cuidados hospitalares	26%	33%	26%	17%
Cuidados ambulatoriais	38%	26%	24%	32%
Cuidados de longo prazo	1%	3%	20%	3%
Medicamentos e artigos médicos	5%	2%	15%	31%
Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	13%	17%	4%	6%
Prevenção, promoção e vigilância em saúde	10%	1%	4%	3%
Gestão e regulação do sistema	6%	14%	6%	6%
Outros serviços	2%	5%	1%	1%

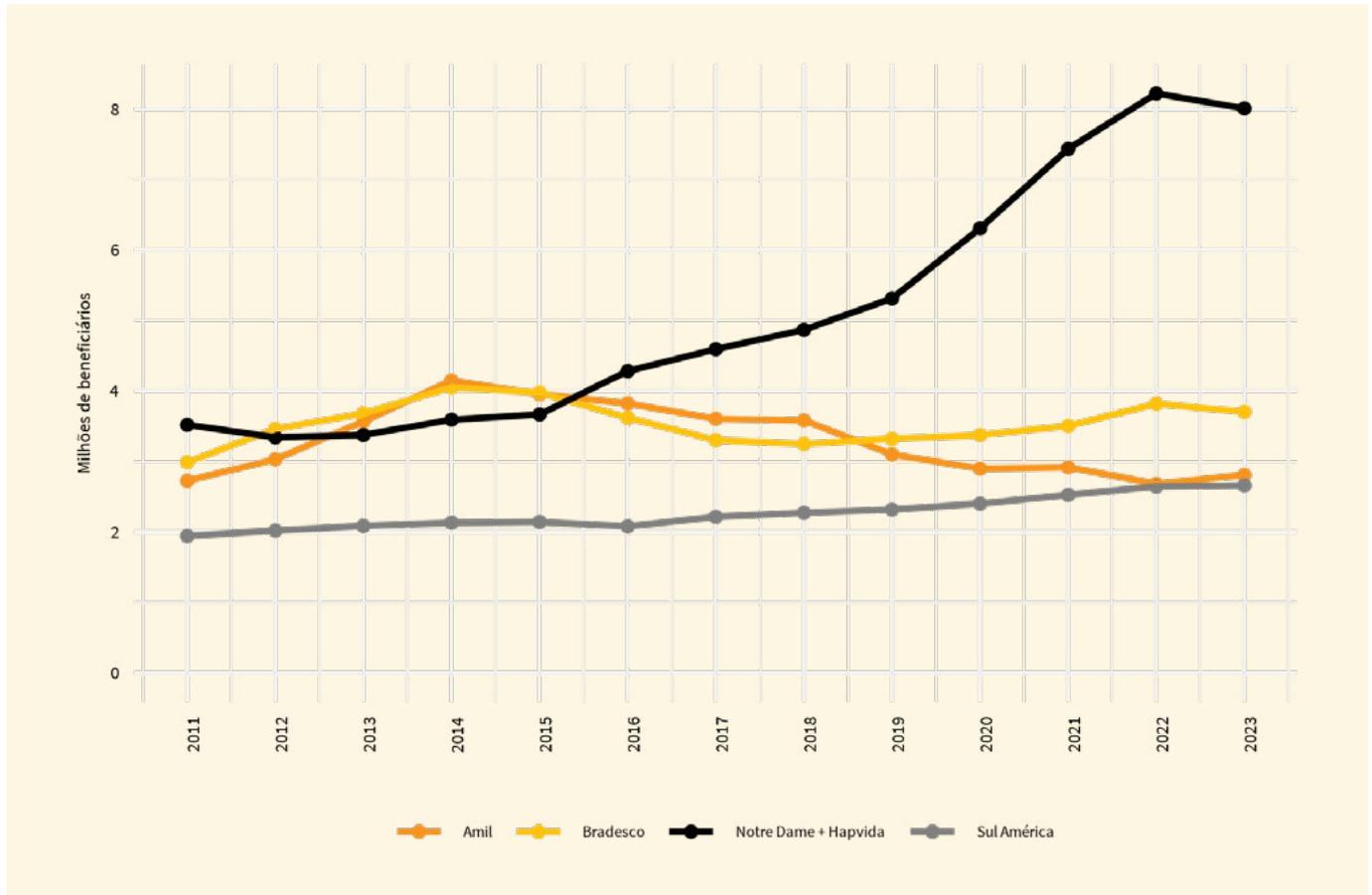
Nota: elaboração própria com base em dados da OCDE. A tabela mostra o gasto per capita por segurado em 2019 em dólares PPP. Os gastos por segurado foram calculados como a razão entre o gasto com saúde financiado pelo governo ou através de seguros de saúde compulsórios e a população coberta por seguros de saúde públicos ou compulsórios (“público”) e a razão entre o gasto financiado através de seguros de saúde voluntários e a população coberta por esses seguros (“privado”). Para o cálculo da média da OCDE, foram considerados somente países com dados disponíveis para os dois tipos de cobertura.

Em segundo lugar, a análise descritiva nos mostra também que a dinâmica do setor privado se transformou muito rapidamente nos últimos 10 anos, algo que ainda tem sido pouco compreendido e debatido.

Encontramos evidências de que a dinâmica do mercado começa a mudar em torno de 2015, principalmente a partir de dois fatos relevantes. O primeiro deles refere-se ao rápido crescimento de novos entrantes e novos modelos de negócios no setor, levando os principais grupos incumbentes do segmento de seguros e planos a enfrentarem cada vez mais competição por participação de mercado. Grupos verticalizados cresceram, ganharam *market share* e têm conseguido oferecer produtos a preços mais baixos, com base em rede própria e em contratos regionalizados. Como resultado, a capacidade limitada de reajustar mensalidades em contratos cujos parâmetros são de livre negociação no mercado, e assim de aumentar receita, unida à dificuldade de conter custos na negociação com prestadores, têm apertado margens e trazido dificuldades aos principais incumbentes do segmento. Importante reforçar que estas dificuldades em princípio são próprias da dinâmica da concorrência e das inovações de um mercado pouco regulado, naturalmente levando a ganhadores e perdedores.

FIGURA 3 – MUDANÇAS NO MERCADO PRIVADO: EXPANSÃO DE VERTICALIZADAS, PERFIL DE CUSTOS (PRIMEIRO GRÁFICO) E EVOLUÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E MERCADO (SEGUNDO GRÁFICO)





Nota: Elaboração própria com base em dados do Banco Mundial, ANS e IBGE. No gráfico acima, para cada operadora, foi contabilizada a despesa assistencial por beneficiário como gasto com saúde e a média ponderada do PIB estadual das UF de residência dos beneficiários e do PIB per capita. Para o SUS foi considerado o gasto público em saúde per capita no Brasil. Todos os valores estão expressos em US\$ PPP de 2019.

O segundo fato relevante refere-se à mudança no perfil de captação e concentração do setor privado de saúde após a abertura à participação de capital estrangeiro no setor hospitalar e de medicina diagnóstica, ocorrida através da Lei nº 13097/2015. **Notam-se, sobretudo, um crescimento de empresas do setor financeiro no papel de adquirentes e um aumento no número de mercados relevantes com concentração elevada de leitos privados.** Observamos que, em 2010, as 10 principais empresas do setor hospitalar privado eram responsáveis por 4,77% do total de leitos disponíveis nos hospitais privados do país, número que passou para 17% em 2022. Parte desta consolidação está associada a operações de verticalização e de fusões e aquisições entre alguns prestadores e operadoras. As consequências mais gerais desta tendência para a formação de preços no mercado e para a relação entre prestadores e operadoras incumbentes, no entanto, ainda são pouco compreendidas.

TABELA 2 – FUSÕES E AQUISIÇÕES POR SETOR DAS EMPRESAS ALVO VS ADQUIRENTE

		ALVO				
		Biotecnologia	Equipamentos Médicos	Farmacêutica	Hospitais	Serviços de Saúde
PRÉ-2015 ADQUIRENTE	Biotecnologia	1	1	1	0	0
	Equipamentos Médicos	1	68	0	0	1
	Farmacêutica	3	3	51	0	0
	Financeiras	9	13	9	3	15
	Hospitais	0	0	0	27	3
	Outros	5	12	9	3	3
	Serviços de Saúde	0	1	0	6	38
PÓS-2015 ADQUIRENTE	Biotecnologia	0	1	0	0	0
	Equipamentos Médicos	3	86	1	4	14
	Farmacêutica	3	1	48	0	0
	Financeiras	2	26	13	52	66
	Hospitais	0	5	0	75	30
	Outros	5	15	11	4	10
	Serviços de Saúde	0	10	1	34	86
VARIÇÃO PRÉ E PÓS-2015 ADQUIRENTE	Biotecnologia	-100%	0%	-100%	---	---
	Equipamentos Médicos	200%	26%	---	---	1300%
	Farmacêutica	0%	-67%	-6%	---	---
	Financeiras	-78%	100%	44%	1633%	340%
	Hospitais	---	---	---	178%	900%
	Outros	0%	25%	22%	33%	233%
	Serviços de Saúde	---	900%	---	467%	126%

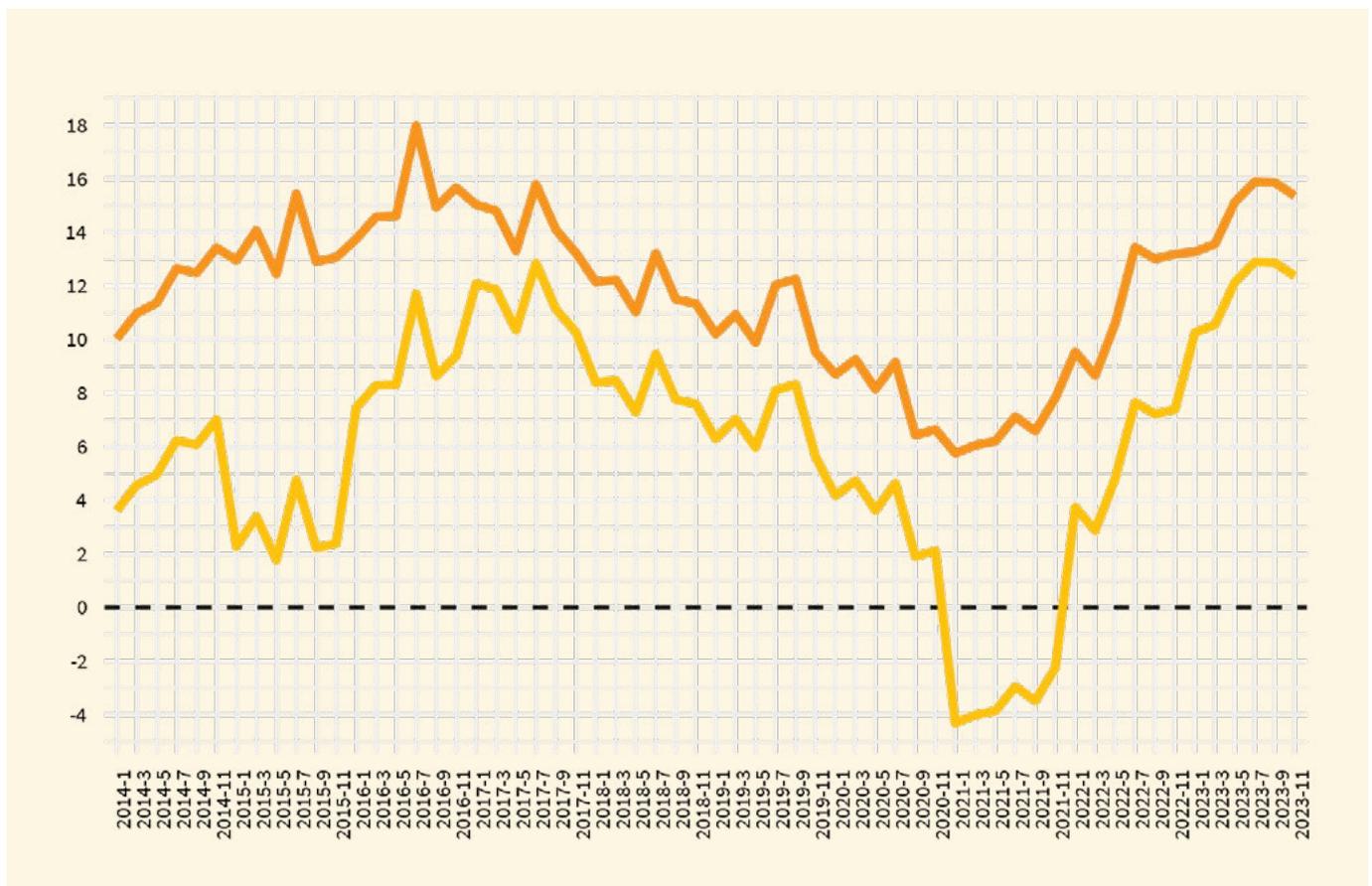
Fonte: LSEG-Eikon, Bloomberg e CADE.
 Elaborado pelos autores.

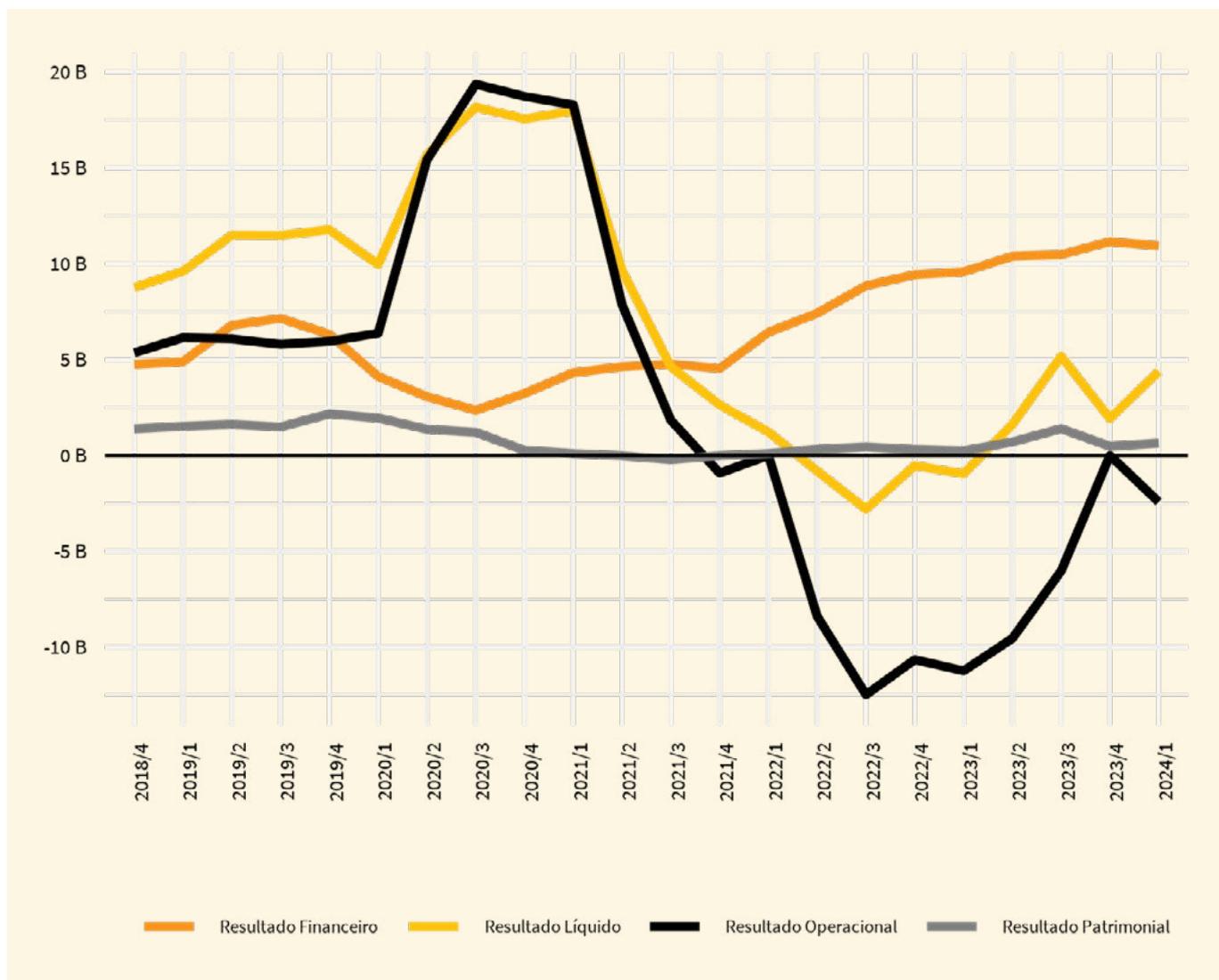
Importante também destacar um terceiro fato relevante, porém conjuntural. O período da pandemia de Covid-19 (2020-2022) foi desafiador para o setor de operadoras, com repercussões afetando sobretudo os resultados de 2021 a 2023. Os níveis de sinistralidade seguiam em relativa estabilidade até a pandemia, mas alcançaram patamares altos a partir de 2021, com diversas operadoras superando 90% e enfrentando resultados operacionais negativos. Dados recentes, no entanto, indicam que as dificuldades estão ficando para trás e sugerem que a crise mais aguda foi transitória. Em especial, a partir de 2023, algumas operadoras com modelos verticalizados apontam sinais mais acentuados de recuperação.



- É importante, portanto, separarmos as tendências que já existiam antes da pandemia dos impactos causados por esta sobre o setor. As evidências indicam que as seguradoras e operadoras de saúde, em particular as não verticalizadas, já enfrentavam dificuldades antes da pandemia pelo lado da receita, para expandir a base de beneficiários e reajustar preços livres. Não observamos nenhuma inflexão maior pelo lado dos custos e, em média, a sinistralidade mantinha-se relativamente estável.
- Independentemente disso, importante destacar que, pelo lado dos custos, os preços pagos por serviços dos prestadores são determinados no mercado, que é concorrencial e não regulado no Brasil. Isto posto, assimetrias de informação podem permitir que os prestadores sejam capazes de ganhar margem junto às operadoras e seguradoras, já que as necessidades e decisões relacionadas ao uso de recursos para assistência à saúde ocorrem pelo lado dos prestadores, e são apenas parcialmente conhecidas ou observadas pelas operadoras e seguradoras. Embora em média não observemos nenhuma inflexão maior de custos, exercícios de decomposição sugerem que as despesas assistenciais pagas pelas seguradoras e operadoras têm sido pressionadas via aumento de utilização de serviços onde a capacidade ociosa é maior (por exemplo, exames) e via preços, onde a oferta relativa é menor (por exemplo, terapias).

FIGURA 4 – TENDÊNCIA DE REAJUSTES DE PLANOS EMPRESARIAIS E COLETIVOS POR ADESAO (PRIMEIRO GRÁFICO) E RESULTADOS OPERACIONAIS E FINANCEIROS DO SETOR (SEGUNDO GRÁFICO)





Nota: Elaboração própria. Primeiro gráfico elaborado com base em resultados retirados do Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar da ANS. Resultado em cinza obtido subtraindo o IPCA do reajuste médio mensal. Segundo gráfico elaborado a partir de informações do Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar da ANS. Em ambos consideramos apenas planos da modalidade médico-hospitalar.

A despeito de uma melhora em aspectos conjunturais pós-pandemia, existem vetores estruturais de preocupação tanto no setor privado como para o SUS. Embora estas preocupações se manifestem de maneira mais clara no segmento das operadoras, através do qual se dá o fluxo de financiamento do setor privado, podemos estar diante de uma crise mais ampla de financiamento da saúde no país, envolvendo o SUS e setor privado como um todo. Listamos abaixo 5 vetores de preocupação.

1. Como já mencionado, *as necessidades de financiamento da saúde são e continuarão a ser crescentes no Brasil*. Esse padrão é comum a todos os países do mundo. No caso brasileiro, será necessário rediscutir as prioridades orçamentárias do país, nos três níveis da federação.
2. Como também já mencionado, *existe um desalinamento de incentivos e uma divergência na dinâmica de crescimento* de operadoras e prestadores. A expansão contínua da demanda e da oferta, e que induz maior utilização de serviços pelo lado da prestação, e o crescimento de empresas verticalizadas, por outro lado, parecem estar reforçando ou trazendo novas dificuldades às seguradoras e operadoras incumbentes.

3. O segmento de seguros e planos de saúde está organizado e regulado de modo a reforçar respostas do mercado em direção a *menos seguro* e a *maior fragmentação do financiamento*. Observa-se uma segmentação dos contratos entre um *pool* de contribuintes com maior capacidade de contribuir e menor necessidade de serviços (em geral pessoas relativamente mais jovens e em contratos empresariais), e um *pool* de contribuintes com menor capacidade de contribuir e maior necessidade de serviços (em geral pessoas relativamente menos jovens em contratos individuais ou coletivos por adesão).

■ Enquanto nos contratos de planos empresariais, os jovens e adultos representam cerca de 90% da composição das carteiras, nos coletivos por adesão e individuais os idosos representam cerca de 25% a 30% dos beneficiários. Em média, o percentual de idosos nesses tipos de planos dobrou desde o início dos anos 2000, apesar de observarmos uma saída líquida de idosos dessas carteiras. Importante mencionar que os planos individuais se encontram muitas vezes fechados a novos beneficiários, levando assim ao envelhecimento natural das carteiras e a aumentos nas despesas assistenciais ao longo do tempo. Uma pergunta importante, portanto, é em que medida o desequilíbrio atuarial de muitas destas carteiras é resultado de questões regulatórias, ou de decisões empresariais de fechá-las e de direcionar a oferta de produtos a segmentos menos regulados, como é o caso dos planos coletivos por adesão.

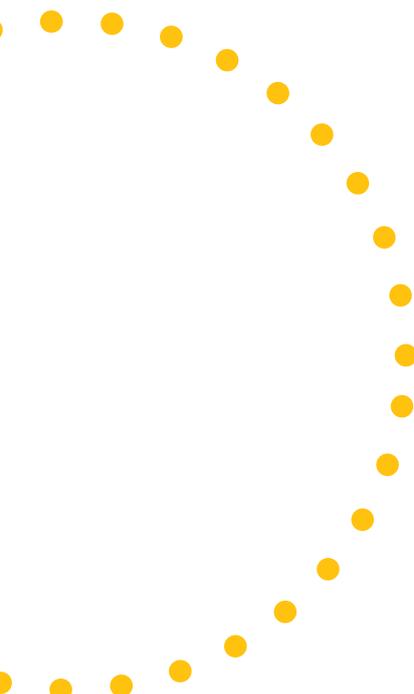
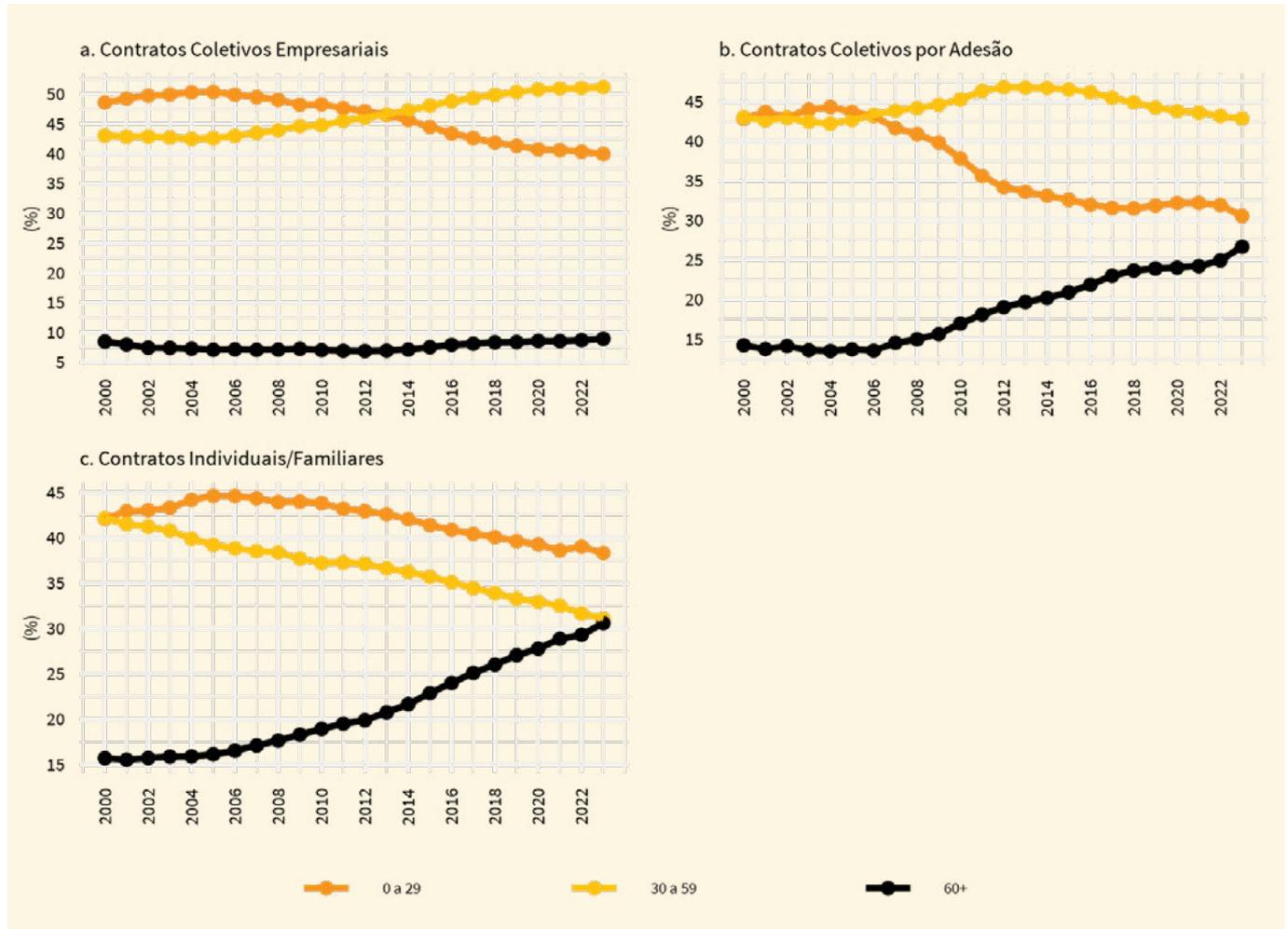


FIGURA 5 – ENVELHECIMENTO DAS CARTEIRAS DE PLANOS INDIVIDUAIS E DE PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO: EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR FAIXAS ETÁRIAS



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. O primeiro Painel mostra a evolução no percentual dos contratos coletivos empresariais por faixa etária (0 a 29 anos, 30 a 59 anos, 60 anos ou mais). O segundo Painel mostra a evolução no percentual dos contratos coletivos por adesão por faixa etária, e o terceiro Painel mostra a evolução no percentual de contratos individuais ou familiares por faixa etária.

Como a regulação da ANS em relação a reajustes de preços e cancelamento de contratos se concentra no segmento de planos individuais, que embora mais protegido, está cada vez menor e mais restrito, é possível que a resposta das operadoras às dificuldades enfrentadas no mercado passe a ser dada cada vez mais através do segmento de contratos coletivos por adesão ou empresariais de menor porte: por exemplo, via reajustes mais altos e rescisões unilaterais sobre as carteiras mais caras. Naturalmente, esse movimento deve se intensificar na medida em que a concorrência continue aumentando e a população continue envelhecendo. Além disso, o contingente de pessoas que se aposentam e perdem seus planos empresariais também deverá aumentar. Sem alternativas de seguro privado, as necessidades de financiamento desta demanda poderão recair sobre o SUS, que já se encontra subfinanciado, migrar para gastos diretos do próprio bolso ou mesmo para outros serviços de financiamento destes gastos – aqui potencialmente incluídos novos produtos de financiamento, como planos de saúde com cobertura limitada e cartões de benefício.

4. A incorporação de tecnologia e de novos insumos nem sempre segue alinhada ou disciplinada por evidências científicas consolidadas sobre custo-efetividade. Um ator importante neste caso é o setor de insumos de saúde, que compreende indústrias como a farmacêutica, de medicamentos e de materiais e equipamentos hospitalares. Os interesses das empresas farmacêuticas e os interesses do público, dos pacientes, das operadoras e prestadores muitas vezes se sobrepõem, mas não são idênticos. Para a indústria, a necessidade médica deve ser combinada com a probabilidade de retorno financeiro. Isso, por sua vez, pode gerar práticas e conflitos de interesses questionáveis, como por exemplo, incentivos monetários e não monetários para que prestadores adotem determinado produto. Por esse motivo existe um debate crescente a respeito de como alinhar os incentivos para inovar, os incentivos para conter custos no setor, e sobre um regime regulatório eficaz para garantir que a indústria atue alinhada ao interesse público. Sem este regime em prática, o horizonte de incorporação de tecnologia e seus respectivos custos tornam-se incertos, podendo gerar alocação ineficiente de recursos e acelerar o crescimento das necessidades de financiamento.

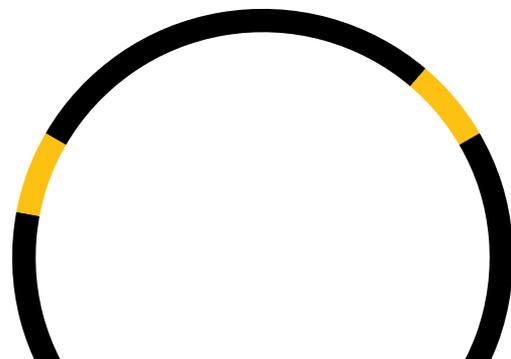
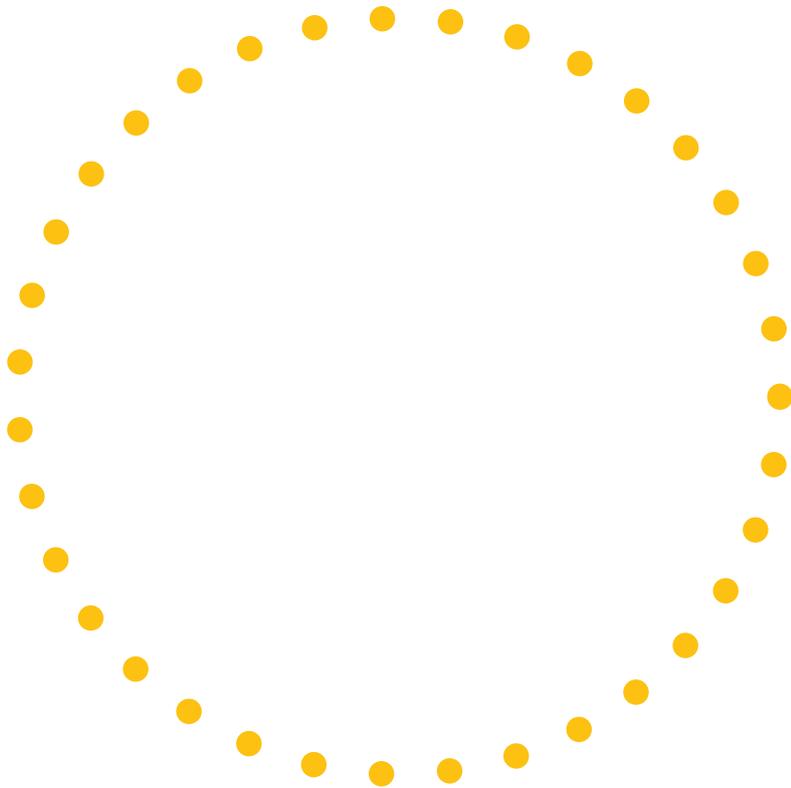
5. Não menos importante, restrições fiscais e dificuldades de ampliar o financiamento do SUS limitam a sustentação daquele que é constitucionalmente estabelecido como o mecanismo de seguro para toda a população brasileira. No limite, projeções indicam que, se o gasto público em saúde permanecer constante em termos reais, a sua proporção sobre o gasto total deverá ter diminuído pela metade até 2060, ou para cerca de 20%, patamar parecido ao de países de renda per capita muito baixa, como é o caso dos países da África Subsaariana.³ Permanecido este cenário, as necessidades de financiamento à frente recairão sobre o setor privado, que não parece organizado ou direcionado à ampliação da oferta de serviços de seguro.

■ Mantidas as regras atuais, essa expansão do gasto privado poderá comandar mais subsídios financiados pela sociedade. Nos últimos anos, os gastos tributários cresceram expressivamente no país, e equivalem atualmente a uma parcela cada vez maior do orçamento federal para a saúde. Em 2024, a previsão é de que a União deixe de arrecadar R\$ 77,9 bilhões por conta destes subsídios. O gasto tributário em saúde é majoritariamente destinado ao subsídio de despesas médicas (34,6%) declaradas pelos contribuintes do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e das despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados (17,3%) deduzidas do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ). Em conjunto, esses subsídios são responsáveis por 51,9% do gasto tributário em saúde, ou quase R\$ 40 bilhões. Tais gastos são impulsionados diretamente pelo aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde e pelo aumento de seus preços. Ou seja, em alguma medida refletem as ineficiências do setor, possivelmente incluídos aqui os altos custos de transação e os incentivos à sobreutilização de serviços.

Por fim, um debate importante a ser feito é em que medida existe governança capaz de responder aos desafios atuais e futuros do país. Depois

3 Rocha et al (2021).

de 1988, a universalização da saúde prevista de jure no texto constitucional, e continuamente expandida de facto ao longo dos anos, foi acompanhada por dificuldades no financiamento e na provisão de serviços pelo SUS, assim como pelo aprofundamento da segmentação público-privada. No segmento privado, a regulação encontra-se restrita a partes muito limitadas do mercado, como é o caso do segmento de planos individuais e familiares. Em comparação à experiência internacional, existe relativamente pouca capacidade ou institucionalidade para regular, responder às inovações do mercado e induzir a expansão de serviços de seguro. Os esforços do governo são concentrados sobre o SUS, e há pouca institucionalidade para disciplinar as relações público-privadas, como discutiremos a seguir. Em última instância, a segmentação público-privada na oferta de seguros e serviços parece também se refletir em nosso arcabouço legal e regulatório, também segmentado. Falta governança mais ampla do sistema de saúde brasileiro, envolvendo todos os seus componentes, capaz de conduzir o sistema através dos desafios à frente.



3

As relações público-privadas

O mercado de trabalho dos profissionais de saúde

A segunda parte deste trabalho, como mencionado, se concentra em pontos de interseção entre o setor público e o privado. Além de resultados mais específicos contidos em cada estudo, em seu conjunto o material nos permite uma reflexão mais geral sobre as relações público-privadas no país. Como descrevemos abaixo, os dois setores são conectados por inúmeros pontos, e estes vasos comunicantes revelam implicações importantes. Dentre estas implicações, as evidências nos mostram que alterações em um setor podem afetar diretamente o outro, embora estas conexões muitas vezes não sejam levadas em conta no desenho de políticas públicas ou da regulação do setor.

Começamos pelo mercado de insumos, em particular pela evolução e distribuição do número de profissionais de saúde entre setores. O número de médicos, enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem cresceu significativamente no Brasil. Para médicos e enfermeiros o total de profissionais praticamente triplicou de 1992 a 2023, enquanto para técnicos e auxiliares, o maior grupo de profissionais de saúde analisado neste trabalho, o total dobrou nesses 30 anos. Esse aumento no número de profissionais de saúde foi mais acentuado na última década, impulsionado pelo crescimento das vagas em cursos de graduação, principalmente privados, que quadruplicaram para medicina e mais que dobraram para enfermagem.

As evidências indicam que até meados dos anos 2000, houve um aumento de médicos atuando exclusivamente no setor público. No entanto, desde 2013 iniciou-se um movimento de crescimento na parcela de médicos atuando exclusivamente no setor privado, atingindo quase 60% em 2022, atraídos por melhores remunerações. Paralelamente, a maioria dos enfermeiros atuou apenas no setor público durante todo o período, mas essa proporção tem diminuído em detrimento do crescimento de atuação no setor privado.

- É importante destacar que, entre os médicos, a proporção daqueles que atuam exclusivamente no setor privado tem aumentado na maioria das especialidades. Tendo em vista limitações dos dados e cuidados na interpretação das estatísticas, encontramos evidências de que o

percentual de cardiologistas e dermatologistas com vínculo apenas privado aumentou de cerca de 40% em 2008 para mais de 65% em 2023. Para os cirurgiões, esse percentual cresceu de 40% para 55% no mesmo período, enquanto para geriatras, ginecologistas e psiquiatras, a proporção de profissionais atuando exclusivamente no setor privado evoluiu de cerca de 30% para mais de 50%.

- Ademais, o forte crescimento da força de trabalho desses profissionais decorrente da expansão das vagas para faculdades de medicina e enfermagem parece estar levando a mudanças estruturais no mercado de trabalho, incluindo a redução do diferencial salarial entre os setores público e privado, e o surgimento de novos arranjos de contrato alternativos à CLT e estatutários. A proporção de médicos com vínculo só público com contratos CLT ou estatutário é a mais alta, mas variou de cerca de 70% em 1992, caindo para 50% em 2023. Já os médicos com vínculo só privado apresentam a menor proporção de contratos CLT, variando de cerca de 20% em 1992, caindo para aproximadamente 10% em 2000, e se mantendo em torno de 10-20% até 2023.

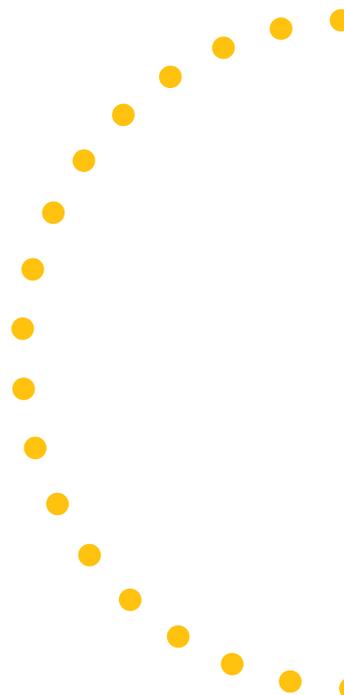
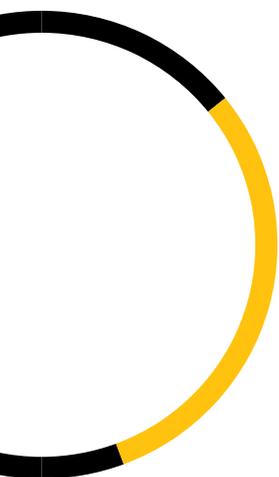
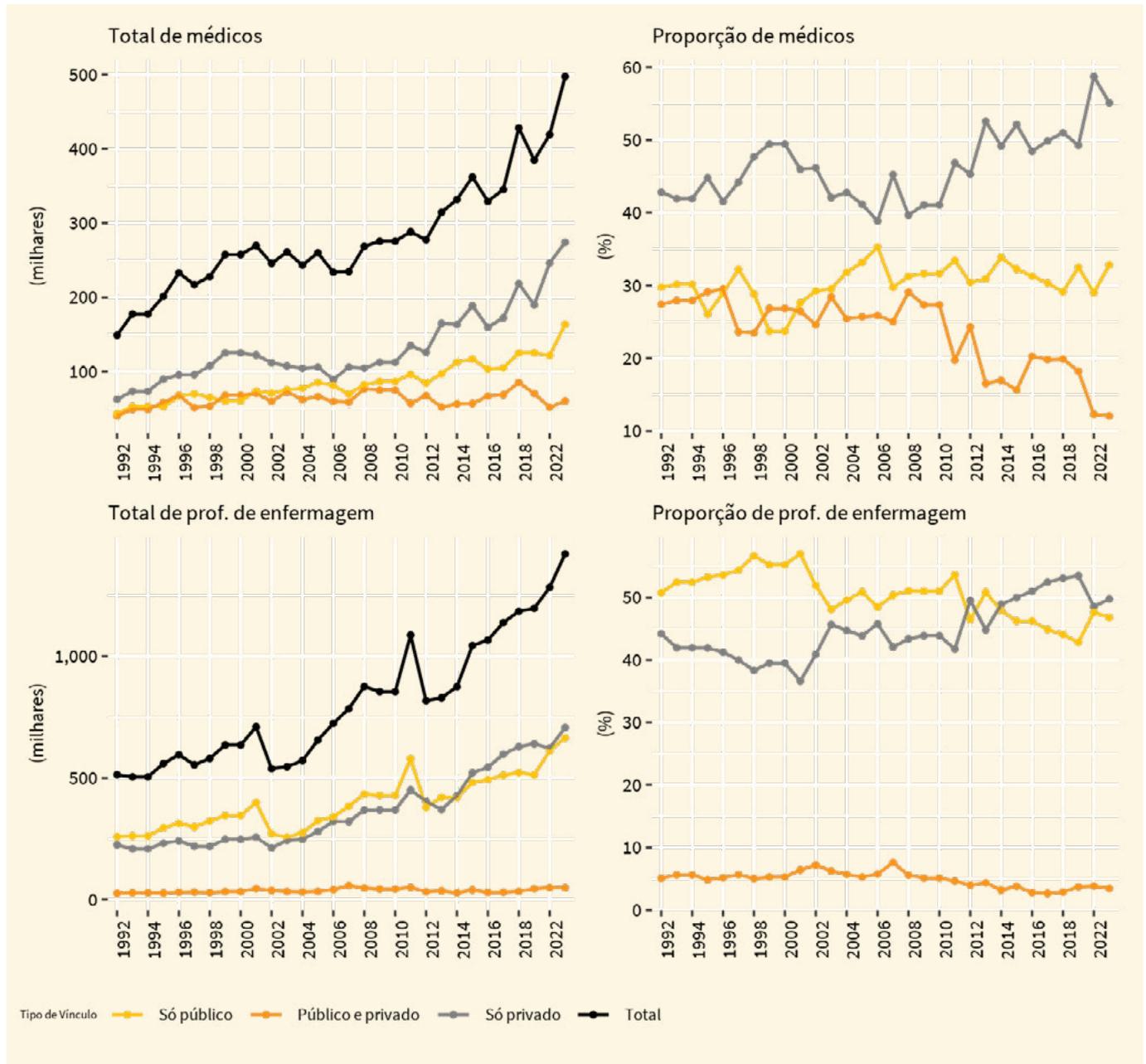


FIGURA 6 – NÚMERO TOTAL E PROPORÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS POR TIPO DE VÍNCULO, 1992-2023:
APENAS VÍNCULO PÚBLICO, APENAS PRIVADO, E DUPLO VÍNCULO



Fonte de dados: PNAD e PNAD-C, IBGE, 1992 a 2023. Elaborado pelos autores.

O mercado de trabalho de profissionais de saúde é competitivo e pouco regulado. Os resultados sugerem que políticas ou variações de condições de mercado de trabalho em um setor (público vs privado) e para determinados profissionais (médicos vs de enfermagem) podem ter consequências diretas sobre os demais. Fica claro aqui que setores e ocupações não se comportam como compartimentos isolados, já que os mercados de trabalho são integrados e profissionais diferentes podem ser substitutos ou complementares na produção de determinados serviços de saúde. Neste caso, quaisquer políticas de formação de recursos humanos em saúde ou regulações sobre o mercado de trabalho podem ter efeitos de equilíbrio geral de difícil, mas importante e necessária compreensão.

Os hospitais filantrópicos e as Santas Casas

Seguimos com a descrição da evolução de uma parte relevante do setor de assistência à saúde no Brasil: os hospitais filantrópicos de maneira geral, e as Santas Casas, em particular. Aqui consideramos este grupo de hospitais em sua totalidade, tanto como prestadores de serviços para o setor público quanto para operadoras de planos de saúde.

- Os dados disponíveis mostram que na última década houve uma redução de 7% no número de hospitais filantrópicos. Em dezembro de 2023 foram registrados 1.829 hospitais filantrópicos (gerais e/ou especializados), representando cerca de 25% do total de hospitais no país. Desse total, 94% prestam algum tipo de serviço ao SUS, incluindo aqueles vinculados ao PROADI. Juntos, esses hospitais somam quase 183 mil leitos, sendo 40% deles em hospitais de pequeno porte. Em 2023 esses hospitais foram responsáveis por mais de 5 milhões de internações, ou cerca de 40% das internações realizadas pelo SUS. O número de hospitalizações, juntamente com número de exames e de outros procedimentos, totalizou 28% da produção hospitalar do SUS.
- Aproximadamente 90% são hospitais gerais de baixa complexidade, com número baixo de leitos e localizados em municípios do interior, com até 50 mil habitantes. Isto sugere que esses hospitais são a única opção de atendimento hospitalar em muitos municípios ou até mesmo em regiões de saúde, levando-os a enfrentar desafios relacionados à escassez de recursos e de profissionais de saúde, gerando questões de financiamento e de qualidade, segurança e eficiência. Os outros 10% são hospitais especializados de alta complexidade, com mais de 150 leitos, localizados em municípios de maior porte, especialmente nas capitais e nos municípios com população acima de 200 mil habitantes.
- As Santas Casas representam 16% dos hospitais filantrópicos no Brasil. Estão presentes em 15 estados e possuem cerca de 30 mil leitos (16% dos leitos filantrópicos). Cerca de 82% das Santas Casas são de pequeno e médio portes (até 150 leitos) e, em sua maioria, estão localizadas no interior dos estados, sendo 57% localizadas no estado de São Paulo, 22% no estado de Minas Gerais e os outros 21% estão distribuídos por 13 estados. Apenas 19 das 292 Santas Casas prestam atendimento considerado 100% SUS.

Apesar de sua importância para o país, este tema não tem sido abordado em artigos científicos publicados. O trabalho atual traz como contribuição documentar e discutir o fato de que esses hospitais apresentam desafios relevantes, para o seu futuro e até para a sustentabilidade do SUS.

Em sua importante dispersão pelo território brasileiro há aqueles de pequeno porte, com frequência ociosos, respondendo a modelos assistenciais e organizacionais antigos e com baixo grau de eficiência e resolubilidade, que padecem de dificuldade de negociação tanto com seu corpo profissional interno quanto com gestores públicos locais ou, ainda, com operadoras de planos de saúde. No entanto, entre eles existem também centros de referência nacionais, de grande porte e até mesmo de porte especial que se

tornaram benchmarks nacionais e/ou conseguiram viabilizar formas alternativas de financiamento.

De modo geral, a análise informada por visões de stakeholders importantes do setor sugere que, mantidas as atuais condições de governança do sistema e de gestão dos serviços, os hospitais filantrópicos continuam em crise. Dados da Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB), apresentados em audiência pública na Câmara dos Deputados em 2015, demonstram endividamento crescente dos hospitais Filantrópicos e Santas Casas, de cerca de 1,8 bilhão de reais em 2005 para 5,9 bilhões, em 2009, 11,2 bilhões em 2011 e 21,6 bilhões, em 2015, dos quais 12 bilhões de reais referem-se a pendências com o sistema financeiro – em sua maioria constituídas de empréstimos tomados para rolar dívidas anteriores, sem contar as dívidas com fornecedores, impostos e contribuições não recolhidos, passivos trabalhistas, salários e honorários médicos em atraso. Em dezembro de 2023 esse endividamento era de cerca de 20 bilhões, metade desse valor contraído com o sistema financeiro.

Faz-se necessária uma política de saúde com mais capacidade regulatória, tanto no que diz respeito a critérios de funcionamento para todo tipo de hospitais (inclusive os filantrópicos) quanto no que concerne a novos modelos de assistência, onde se possa contar com tipos de serviços além dos já tradicionalmente existentes. Sua gestão e seu financiamento poderiam ser reorientados, como parceiros preferenciais do SUS, para um âmbito de governança loco/regional ou macrorregional de saúde, desenhada em função das necessidades da população e não mais pela capacidade de oferta de serviços em geral, coordenados pelos gestores do sistema nos seus diferentes níveis. As evidências da pesquisa qualitativa indicam que existe demanda do setor por maior envolvimento com planejamento regional e expectativa neste sentido.

FIGURA 7 – NUVEM DE PALAVRAS GERADA A PARTIR DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS SOBRE O TEMA DAS SANTAS CASAS



Nota: elaboração própria baseada em entrevistas qualitativas.

As Organizações Sociais de Saúde

Em meio às possibilidades de parceria com o setor privado, cresceu nas duas últimas décadas a transferência da gestão de equipamentos públicos às Organizações Sociais de Saúde – OSS. Em 2022, mais de 1700 estabelecimentos no Brasil eram geridos por essas organizações. Esses estabelecimentos abrangem desde a atenção primária até a especializada, incluindo hospitais e unidades de pronto atendimento, com maior concentração na região Sudeste. Vinte estados brasileiros, além do Distrito Federal, tinham algum estabelecimento gerido por OSS, com as maiores concentrações nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Embora a regulamentação para esse tipo de gestão exista desde 1998, em 2005 havia contratos apenas para gestão de hospitais, com um crescimento significativo a partir de 2015, especialmente entre unidades que migraram de gestão pública direta para OSS. Além disso, um pequeno número de OSS gerenciava a maioria dos estabelecimentos, indicando uma concentração significativa

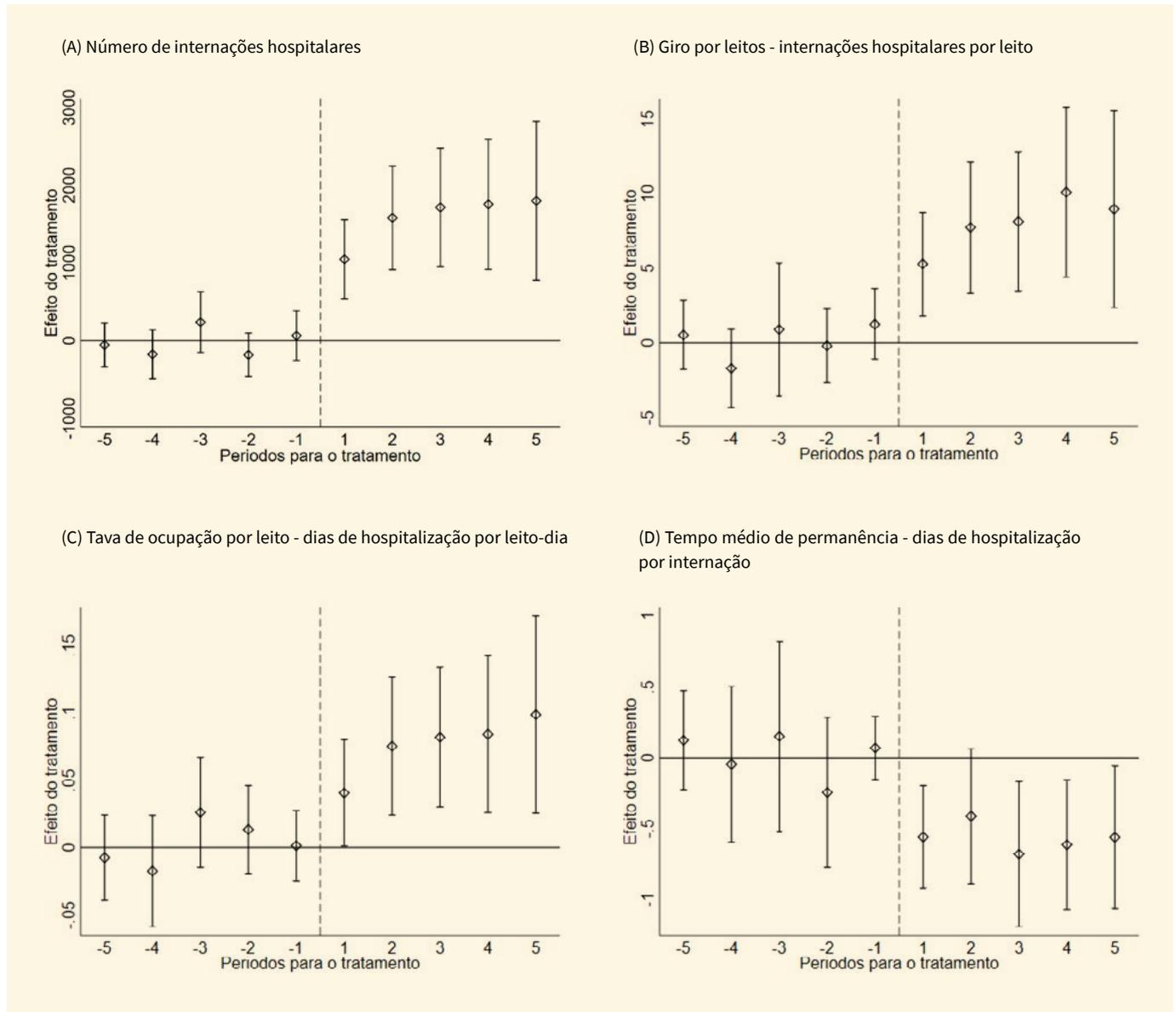
na administração desses serviços. Mas quais são os impactos da transferência de gestão de serviços públicos a entidades privadas? Quais são os ganhos e quais são os custos? Para avançar nessa questão, a análise das OSS se concentra sobre o setor hospitalar.

Observamos que a transição de um hospital público de administração direta para a gestão OSS leva a um aumento acentuado no número de internações hospitalares – em média equivalente a 39% da produção hospitalar estimada na linha de base. Os hospitais que transitaram para a gestão OSS apresentam também aumentos substanciais na rotatividade e nas taxas de ocupação de leitos, além de uma redução no tempo médio de permanência dos pacientes. Em particular, observamos aumento em giro de leitos e em sua ocupação de 23% e 14%. Ao mesmo tempo, o tempo médio de permanência dos pacientes diminuiu em 9%. Essa otimização é provavelmente alcançada por meio do emprego de ferramentas discricionárias pela OSS para a gestão de recursos humanos e de capital. Observamos a intensificação no uso de recursos, a mudança na composição da força de trabalho e a escolha de regimes de trabalho que aumentam a flexibilidade de contratação. Ocorre um aumento principalmente no corpo de enfermagem em detrimento a uma diminuição de técnicos de enfermagem, enquanto o número de médicos por leito permanece relativamente estável. Observamos também maior contratação de pessoal de apoio administrativo.

- Com relação ao perfil de contrato, a transição para a gestão OSS resulta em uma redução substancial na porção de funcionários sob o regime estatutário, acompanhada por um aumento igualmente significativo na fração daqueles contratados sob CLT. O impacto na proporção de trabalhadores autônomos ou terceirizados é negativo, pequeno e não estatisticamente significativo.
- Esse aumento de eficiência operacional não compromete a qualidade do serviço, medidas pelas taxas de mortalidade e readmissão hospitalar. O resultado tampouco é explicado por uma eventual mudança no perfil de pacientes, e não está associado à migração de pacientes entre hospitais no sistema local de saúde.

De modo importante, os resultados indicam que hospitais administrados por OSS com mais experiência, medida como tempo prévio de operação em serviços hospitalares, apresentam aumentos mais expressivos de produtividade, o que sugere a importância da qualificação e da experiência na gestão hospitalar para o sucesso do modelo OSS. De modo mais geral, também indica o potencial de melhoria na regulação desse modelo a partir de critérios de seleção mais rigorosos das OSS pelo Estado.

FIGURA 8 – EFEITO DA TRANSIÇÃO DA GESTÃO DE ADMINISTRAÇÃO DIRETA PARA GESTÃO POR OSS EM INDICADORES DE PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE HOSPITALAR (NOS EIXOS HORIZONTAIS O NÚMERO 1 MARCA O PRIMEIRO ANO DE GESTÃO POR OSS)



Nota: Esta figura mostra o efeito da transição para o modelo OSS sobre indicadores de performance hospitalar intervalos de confiança de 95% calculados com bootstrap agrupado em nível hospitalar e estimadores de diferenças-em-diferenças (DiD) de tratamento e placebo para os efeitos do modelo OSS no número de internações hospitalares (painel a), giro de leitos (painel b), ocupação de leitos (painel c) e tempo médio de permanência (painel d). O Efeito Médio do Tratamento calcula uma média dos estimadores para cada tempo de evento, variando de um a cinco. O Efeito Médio do Placebo é definido analogamente para os tempos de evento negativos.

- Hospitais públicos gerenciados por OSS mais experientes tiveram um aumento médio de 54% nas internações nos cinco anos seguintes à transição, em comparação com um aumento modesto de 21% em hospitais gerenciados por entidades menos experientes. As diferenças em produtividade entre as empresas são ainda mais pronunciadas. A rotatividade de leitos em hospitais gerenciados por OSS mais experientes aumentou em média 41%, em comparação com apenas 1,1% em hospitais sob gestão de entidades menos experientes.
- Em particular, estima-se que as OSS mais experientes tendem a necessitar de menos de um terço do investimento inicial para alcançar a mesma expansão de capacidade em comparação com suas contrapartes menos experientes.

Por fim, uma análise de custos sugere que a transição para a gestão OSS é custo-efetiva quando comparada a uma expansão equivalente do modelo tradicional de administração direta, e isso é válido mesmo para as entidades menos experientes. As conclusões do estudo naturalmente não podem ser estendidas a outros serviços, e a performance dos serviços hospitalares pode variar entre unidades hospitalares específicas.

As conclusões, no entanto, apontam para resultados relevantes associados à gestão por OSS. Para garantir que os ganhos de eficiência não venham às custas da qualidade do atendimento, no entanto, é essencial fortalecer os mecanismos de governança e supervisão. Isso inclui a definição clara de metas de qualidade e a implementação de sistemas de monitoramento e avaliação. Isso inclui também aumentar a transparência sobre os custos e o financiamento do modelo OSS, informações geralmente difíceis de serem encontradas de modo sistemático.

Além disso, observamos que existe uma heterogeneidade grande no conteúdo dos contratos, com variação entre entes da federação, gestores e por serviços de saúde. O desenho dos incentivos no contrato de OSS em geral favorece o aumento do volume de produção e potencialmente da produtividade (produção por insumo alocado), dependendo de como o gestor seleciona os insumos. No entanto, o impacto esperado sobre a qualidade do cuidado é ambíguo, dado que os mecanismos contratuais são difusos e limitados nesse aspecto. É recomendado, portanto, o levantamento das melhores práticas e ganhos de aprendizado e capacitação entre gestores, para que os contratos se tornem cada vez mais completos e eficientes.

Por fim, não examinamos a maneira pela qual os serviços administrados por OSS são integrados aos sistemas de regulação locais ou regionais. Esta integração parece ser fundamental para ganhos de performance, eficiência e escala em sistemas de saúde, em particular se coordenada em nível regional.

A expansão das clínicas populares

Documentamos movimentos mais gerais de expansão de investimentos, consolidação de mercado e intensificação no uso de insumos de produção no setor privado da saúde. Alinhado a estas tendências, analisamos também um movimento mais específico, de crescente expansão das clínicas privadas no Brasil, em particular das chamadas clínicas populares. Estes estabelecimentos, que têm atraído investimentos significativos de grupos empresariais, baseiam-se em uma estratégia de preços acessíveis para consultas e procedimentos médicos, em geral voltada para a população que financia seu atendimento de saúde diretamente, sem recorrer a seguros de saúde. Além de oferecer preços competitivos, esses grupos adotam estratégias variadas para fidelizar clientes e manter um fluxo constante de pacientes, consolidando-se como uma rede alternativa de assistência à saúde em relação ao SUS e aos planos de saúde tradicionais.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, o percentual da população brasileira sem plano de saúde privado que procurou serviços médicos privados aumentou de 10% para 14% entre 2013 e 2019. Paralelamente, a oferta privada de clínicas também cresceu. De acordo com registros do CNES, houve aumento de 50% no número de estabelecimentos entre 2010 e 2022. No caso das clínicas populares, esse crescimento foi

ainda mais acentuado, chegando a 200%. As análises indicam que os principais usuários dessas clínicas são indivíduos que têm o SUS como seu único segurador de saúde. Fatores como renda, emprego e uma autoavaliação positiva da saúde foram identificados como preditores significativos para o uso desses serviços.

- As evidências indicam que as clínicas populares se caracterizam por um maior número de médicos por estabelecimento, oferta diversificada de especialidades e serviços de saúde adicionais, como exames diagnósticos, atendendo predominantemente pacientes que pagam do próprio bolso.
- Mas existe variação no perfil das clínicas. A análise detalhada de seis grupos empresariais que operam em São Paulo revelou que, embora todos compartilhem algumas características comuns, existem diferenças significativas em suas estruturas e modelos de negócios. Alguns grupos se assemelham a hospitais-dia, oferecendo serviços de média complexidade, enquanto outros operam mais como consultórios tradicionais, com um número menor de médicos e menor oferta de serviços diagnósticos. Parte dos estabelecimentos se localizam em áreas de maior fluxo populacional e renda, como regiões próximas a estações de transporte público em São Paulo. Outra parte está frequentemente situada em áreas com menor renda per capita e mais distantes da área central da cidade.

Dentre os resultados da análise, observamos que a presença das clínicas populares está associada a uma redução no uso de consultas médicas em estabelecimentos do SUS com localização próxima, sugerindo uma possível substituição entre os serviços públicos e privados. Além disso, alguns resultados sugerem leve aumento no número de profissionais com duplo vínculo (público e privado) nas regiões onde as clínicas populares se estabelecem.

Por ser um fenômeno novo e crescente, é importante continuar a investigação sobre os impactos destas clínicas tanto no mercado de insumos, como na demanda por serviços privados e do SUS. Mas desde já é possível levantarmos algumas preocupações e pontos de atenção regulatória.

- Com o uso crescente de serviços privados pagos diretamente pelo usuário, é essencial que o governo amplie o monitoramento da qualidade e de práticas desses prestadores. Atualmente, a ANS regula apenas as seguradoras e operadoras de saúde, deixando um vácuo regulatório em relação aos prestadores que atendem pacientes que pagam diretamente por serviços médicos. Isso precisa ser corrigido para assegurar a proteção dos consumidores e a qualidade do atendimento.
- É preciso reconhecer os potenciais conflitos de interesse em estabelecimentos de saúde que combinam a venda de consultas e de exames, e atuar para que esses conflitos sejam eliminados. Podem existir incentivos financeiros desalinhados às necessidades dos pacientes, levando à solicitação de exames e tratamentos desnecessários. Isso não apenas expõe os pacientes a riscos, mas também pode resultar em desperdício de recursos. Evidências da literatura científica destacam os perigos de

tal desalinhamento de incentivos, reforçando a necessidade de uma regulamentação mais rigorosa para proteger a saúde dos pacientes e evitar abusos.

- O crescimento dos serviços financeiros vinculados às clínicas populares, como cartões de benefícios e programas de fidelização, requer uma atenção especial dos órgãos reguladores. É preciso determinar se esses serviços se configuram como produtos financeiros ou como uma forma de plano de saúde limitado. A ausência de uma regulação clara pode resultar em práticas comerciais abusivas, como vendas casadas, e na oferta de serviços que não cumprem as obrigações legais de planos de saúde.

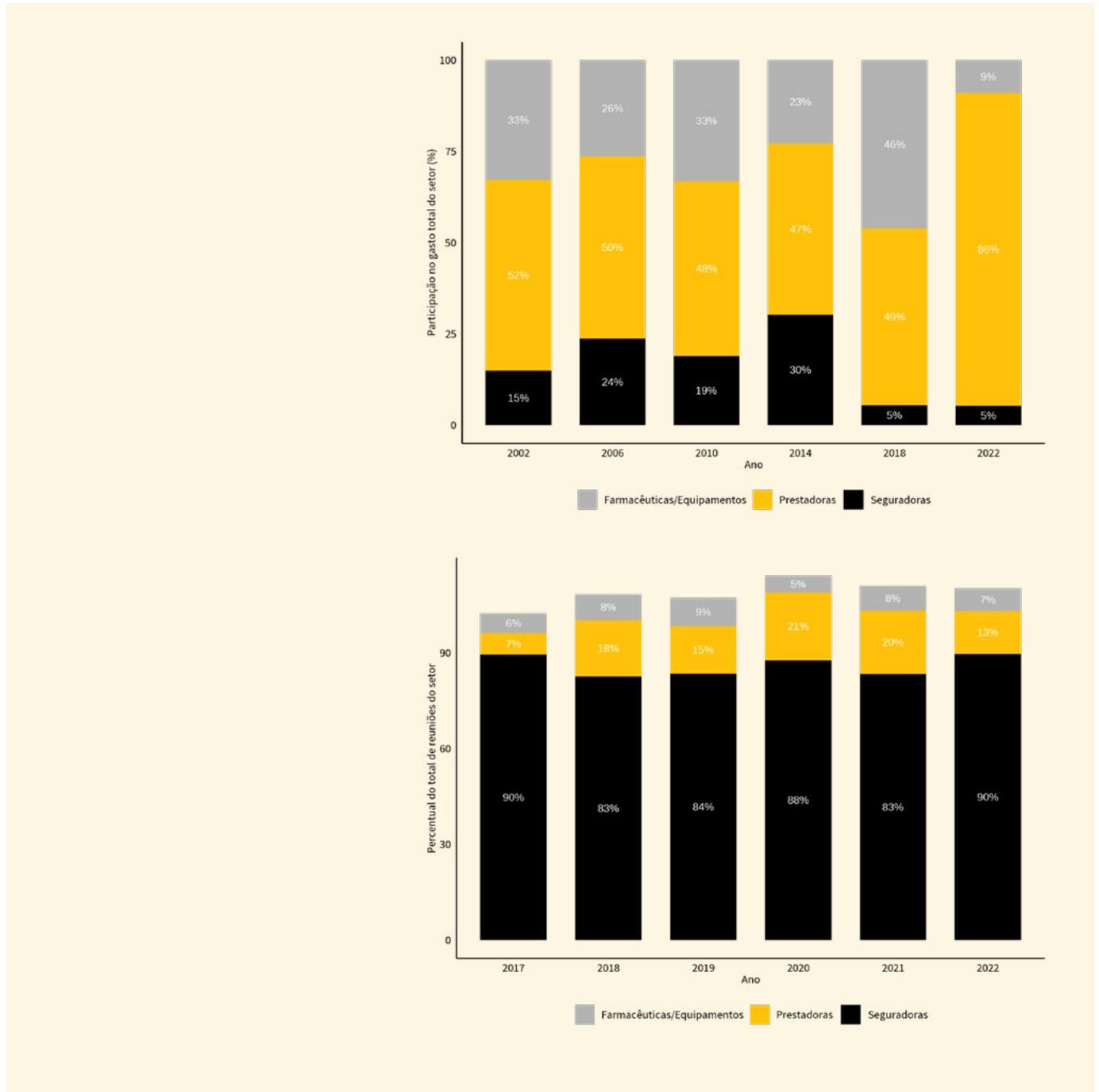
É possível que o crescimento das clínicas populares reflita, em parte, as limitações do SUS em atender às necessidades da população. Ao mesmo tempo, a expansão de serviços privados pode levar a uma fragmentação do sistema, prejudicando ações de saúde pública e vigilância, bem como estratégias importantes do SUS, como aquelas com foco na adesão dos pacientes ao cuidado preventivo e longitudinal, e a consolidação da atenção primária como principal porta de entrada e coordenação dos cuidados de saúde. Mais uma vez, são desafios ao sistema que se manifestam em pontos de relação entre o setor público e o privado.

Relações políticas

Por fim, quaisquer inovações de governança ou no marco regulatório do setor de saúde no país – bem como a inércia e restrições à resposta regulatória – muitas vezes passam pelas relações entre as empresas do setor privado de saúde e atores políticos e responsáveis pela atividade legislativa. Embora com limitações, a análise dos padrões de doações de campanhas eleitorais por empresas de saúde, da presença destas empresas em reuniões junto à ANS e da atuação de congressistas em temas de saúde pode, portanto, ajudar a revelar padrões importantes neste sentido.

De modo geral, observa-se que, para os cargos legislativos nas eleições federais e estaduais, apesar das empresas doarem para algo entre 7% e 17% dos candidatos, mais de 30% dos candidatos eleitos receberam doações de empresas ou pessoas físicas conectadas com empresas do setor de saúde, em média, durante um período analisado de mais de duas décadas. Existem padrões distintos de doação entre operadoras, prestadoras e empresas farmacêuticas, com as prestadoras apresentando um volume maior de doações entre estes três ramos de atuação. Por sua vez, a análise das reuniões na ANS revela uma presença substancialmente maior de operadoras e seguradoras em comparação com prestadoras e empresas farmacêuticas. De forma geral, nota-se que, enquanto as prestadoras parecem buscar uma relação mais próxima com atores políticos por meio de doações, as operadoras e seguradoras concentram relativamente mais esforços em pontos de contato com o regulador direto do seu segmento.

FIGURA 9 – PERCENTUAL DE DOAÇÕES DE CAMPANHA ELEITORAL (PRIMEIRO GRÁFICO) E DE PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES OFICIAIS COM A ANS POR SETOR DE ATIVIDADE (SEGUNDO GRÁFICO)



Nota: Elaboração a partir de dados do TSE.

A escassez de dados detalhados sobre as relações entre empresas privadas de saúde e atores políticos no Brasil representa um desafio significativo para a pesquisa nesta área. As conexões podem ocorrer de forma informal, sem registros oficiais, o que dificulta o mapeamento e a compreensão abrangente dessas interações e de seus efeitos sobre a legislação e a regulação. Faz-se necessário aumentar a transparência destas relações e a participação da sociedade civil através da regulação da atividade de lobby no país.

4

Caminhos à frente: em busca do seguro perdido

O SUS é o mecanismo de seguro universal brasileiro, cobrindo toda a população e financiado com impostos. O setor privado também oferece serviços de saúde, que podem ser pagos através de seguros e planos privados de saúde ou diretamente do próprio bolso. Como mencionado, o SUS é financiado com aproximadamente 4% do PIB para cobrir toda a população brasileira, enquanto gastam-se 6% do PIB na saúde privada com um quarto da população. **Dados estes números, perguntamos então quão segura realmente está a população brasileira hoje? E quão segura estará no futuro?**

Há muita pesquisa e diagnóstico sobre assistência à saúde prestada pelo SUS e seu financiamento. Encontra-se essencialmente que o SUS é cronicamente subfinanciado, o que limita severamente a sua capacidade em expandir ou mesmo sustentar a sua atuação como segurador universal de saúde.

O conjunto dos estudos publicados neste trabalho revela uma outra parte da história, a privada, que reflete e é refletida na anterior. Documentamos tendências recentes, e ainda pouco compreendidas, da atuação do setor privado na área da saúde e das relações público-privadas no Brasil. **Encontramos evidências de que o setor privado tem se expandido em diversas frentes: nos investimentos, no uso de recursos tecnológicos, na absorção de insumos e da demanda em geral. No entanto, as evidências sugerem que este crescimento tem ocorrido sem cobertura de mecanismos genuínos de seguro, de modo fragmentado e sem escala, induzindo sobreutilização de serviços e em meio a lacunas regulatórias, sobretudo pelo lado do financiamento.**

- Os sinais de que este padrão está em curso e se alimenta endogenamente aparecem de várias formas: observamos tendências à expansão de gastos diretos do próprio bolso, desequilíbrios em carteiras de planos individuais, movimentos de rescisão unilaterais de contratos, e crescimento de novos produtos financeiros, como é o caso dos cartões de benefício.
- Em particular, pelo lado da prestação de serviços, observamos a expansão dos serviços de mais baixa complexidade, como é o caso das clínicas populares, que ocupam nichos de mercado. Pelo lado das seguradoras e operadoras, observamos também mobilização pela autorização de



venda de planos de saúde de cobertura limitada. Salientamos que, em todos estes casos, o mercado está se direcionando a populações que são atualmente usuárias do SUS, em geral sem vínculo formal de trabalho e de renda relativamente mais baixa.

Uma das respostas do mercado ao desalinhamento de incentivos entre operadoras e prestadores foi o movimento de verticalização das operações do setor, combinando prestação e plano de saúde. Operações recentes de fusões, aquisições e parcerias entre grandes empresas do setor também reforçam esta tendência. Neste caso, no entanto, ainda inexistem capacidade ou tampouco institucionalidade regulatória para o monitoramento da qualidade dos serviços prestados.

Reunimos a seguir pontos de atenção e caminhos para o enfrentamento dos desafios postos neste estudo. **Por princípio, nos guiamos pela premissa de que precisamos fortalecer mecanismos de seguro no país – algo não apenas fundamental para a equidade, como também, em última instância, para viabilizar a existência de um sistema de saúde e de serviços de saúde.**

1. Segurar é preciso: a necessidade do seguro

É fundamental evitar retrocessos, reagir e expandir os mecanismos de seguro de saúde no país.

O SUS é o mecanismo de seguro universal brasileiro e encontra-se cronicamente subfinanciado. Desde a Emenda Constitucional 29 de 2000, e legislações subsequentes, estabeleceram-se regras de financiamento do SUS com base em pisos mínimos de receitas de estados e municípios, bem como na vinculação do gasto federal a variações do PIB. No entanto, este esforço não deverá cobrir as necessidades de financiamento da saúde ao longo dos próximos anos e décadas, em particular caso seja preciso um esforço adicional como proporção do PIB, como estamos prevendo. Adicionalmente, embora existam margens para ganhos de eficiência e equidade do gasto público, os avanços neste sentido se mostram insuficientes. Tornam-se, portanto, cada vez mais importantes a priorização e o aumento do financiamento público da saúde.

- Isso inclui, por exemplo, financiamento adicional e que seja indutor da organização e redução das filas de acesso a serviços, de coordenação de investimentos e serviços em nível regional, e da contratação eficiente de recursos, serviços e equipamentos – seja pela administração direta ou de entidades privadas, filantrópicas ou não.
- Isso inclui também limitar o crescimento dos gastos tributários no país. Isso pode ser feito através do estabelecimento de um teto para os subsídios públicos à utilização de serviços privados, e o direcionamento dos recursos liberados para o SUS.

Muitas destas recomendações sobre financiamento e subsídios públicos são já bastante consolidadas ou discutidas no debate público. Por outro lado, debatemos menos o fato de que o segmento de seguros e planos privados de saúde pouco contribui com a oferta de serviços genuinamente de seguro, com a exceção do pequeno e cada vez mais restrito segmento de



planos individuais, de contratos empresariais de maior escala, ou de produtos direcionados a alguns nichos de mercado. Como agravante, e já mencionado, o segmento de seguros e planos de saúde parece estar organizado e regulado de modo a reforçar respostas de mercado em direção a menos seguro e a mais fragmentação do financiamento.

Este movimento deveria ser revertido através de regulação que induza a consolidação de serviços de seguro baseados em grandes carteiras de beneficiários, equilibradas atuarialmente, em contraposição à entrada ou permanência no mercado de produtos de cobertura limitada, tanto em termos de serviços como em termos de proteção contra reajustes abusivos ou rescisão unilateral. Seguimos com detalhes abaixo.

2. Segurar é preciso: a precisão regulatória

É fundamental avançar na regulação do setor de saúde, atuando sobre assimetrias de informação, mitigando falhas de mercado, garantindo qualidade dos serviços e induzindo mecanismos de seguro. A capacidade regulatória do setor de saúde é extremamente restrita no país, e as inovações de mercado precisam ser acompanhadas por um arcabouço regulatório bem financiado, moderno e capaz de reagir a novos desafios com a precisão necessária. Seguem três pontos de atenção e ações prioritárias.

2.1 A relação entre prestadores e seguradoras/operadoras é um dos pontos mais nevrálgicos do setor privado. Esta relação é repleta de incentivos perversos gerados por assimetrias informacionais.

- É possível contornar tais incentivos através de dois caminhos. Por um lado, através de regulação que induza a utilização de mecanismos de pagamento por serviços baseados em diagnóstico ou protocolos transparentes e rastreáveis. Por outro, estes incentivos são alinhados em operações verticalizadas, nas quais prestação e plano de saúde são combinados.
- No entanto, não apenas no caso das operações verticalizadas, como também em geral, é fundamental o monitoramento e a regulação da qualidade das práticas e serviços prestados, algo que não existe no país.
- Essa recomendação torna-se ainda mais importante no caso das operações verticalizadas, e se aplica também a quaisquer prestadores que combinem a oferta de serviços médicos prescritivos, exames diagnósticos e procedimentos, como pode ocorrer, por exemplo, em clínicas populares. Nestes casos existe enorme potencial para conflitos de interesses, que devem ser coibidos.
- É importante também evitar direcionamento estratégico de beneficiários de planos privados ao SUS. Em caso de direcionamento, deve ocorrer ressarcimento ao SUS não com base na Tabela SUS, mas em preços médios pagos no setor privado no mercado relevante.

2.2 A regulação de preços e reajustes de seguros e planos de saúde deve promover a formação de grandes pools de contribuintes, permitindo o subsídio cruzado entre aqueles que necessitam mais e menos de serviços de saúde.

- Para isso, uma abordagem poderia ser estabelecer limites de reajustes de preços para o conjunto de contratos individuais, coletivos por adesão e empresariais com base em preços de procedimentos praticados e na sinistralidade agregada ao nível do mercado relevante – ao contrário do que se pratica hoje, em que as sinistralidades recentes têm impacto grande na correção de preços de carteiras específicas, em particular em carteiras pequenas. Estratégias regulatórias que definem o reajuste de preços de seguros ao nível regional, e com base no perfil etário e epidemiológico da região, por exemplo, são utilizadas em países como Austrália, França e Japão.
- Além disso, é essencial monitorar a concentração de mercado entre prestadores e utilizar ferramentas de defesa da concorrência para prevenir práticas abusivas, assegurando que o pooling permaneça grande e diversificado o suficiente para reduzir riscos efetivamente.
- Por fim, as rescisões unilaterais de contratos por parte das operadoras teriam que ser coibidas.

2.3 Devem-se estabelecer regras claras e unificadas que confirmem previsibilidade ao processo de incorporação de tecnologia e de mudanças na cobertura de procedimentos, de forma a reduzir processos de judicialização e garantir o acesso a cuidados de qualidade por parte dos usuários sem afetar a sustentabilidade do sistema como um todo, tanto do SUS como das seguradoras e operadoras de planos privados.

- É fundamental que a incorporação de tecnologia e de novos insumos seja disciplinada e baseada em evidências científicas consolidadas sobre custo-efetividade. Este processo deve levar em conta aspectos médicos, jurídicos e econômicos da questão.
- Ainda pelo lado dos custos assistenciais, práticas de compartilhamento de custos (cost-sharing) devem ser utilizadas apenas com a finalidade de resolver problemas de perigo moral (moral hazard), e não como mecanismos de financiamento de gastos.
- Por outro lado, deve-se estudar a utilização de práticas de descontos ou discriminação de preços que induzam comportamento saudável de beneficiários e a ações de promoção e prevenção à saúde, como ocorre em outros países. Este é o caso, por exemplo, de se permitir discriminação de preços conforme status quanto a tabagismo, prática de exercícios, vacinação e vinculação a uma unidade básica de saúde para acompanhamento longitudinal da saúde e ações de vigilância sanitária pelo SUS.

3. Segurar é preciso, governança também

- Por fim, é importante minimizar custos de transação e de intermediação no setor. A criação de marketplaces que unifiquem a oferta de produtos de seguro, com transparência e padronização de regras contratuais, sob supervisão de órgão regulador, pode contornar a necessidade e custos de serviços de corretagem.

No início deste documento discutimos em que medida existe governança capaz de responder aos desafios atuais e futuros da saúde no Brasil. Argumentamos que a segmentação público-privada que existe na oferta de seguros e na prestação de serviços parece também se refletir em nosso arcabouço legal e regulatório. Não existe institucionalidade ou governança mais ampla do sistema de saúde brasileiro, envolvendo todos os seus componentes e atores, públicos e privados, capaz de coordenar as ações ou reformas que se mostram necessárias. A experiência internacional nos indica que esse papel cabe ao Estado, aos governos e as suas agências de regulação. No entanto, mesmo que o governo passe a liderar estes esforços, dificilmente chegaremos a soluções que caminhem em direção a mais equidade e mais eficiência sem transparência, participação da sociedade civil, do legislativo, de instituições jurídicas, sem pesquisa e diálogo. De fato, não está claro como ou tampouco se conseguiremos nos organizar enquanto sociedade para enfrentar os desafios que temos e teremos no país com relação à saúde. O debate, entretanto, está posto.

